

PSIHIJATRIJA DANAS

Časopis Udruženja psihijatara Srbije

UDK 616.89
ISSN-0350-2538



PSIHIJAT. DAN.
2016/XLVIII/2/155–245/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.
2016/XLVIII/2/155-245/BEOGRAD

Psihijatrija danas se indeksira u sledećim bazama podataka:

PsychoInfo; Psychological Abstracts;
Ulrich's International Periodicals Directory,
SCIndeks, EBSCO

PSIHIJARIJA DANAS

Časopis Udruženja psihijatara
Srbije*

Izdaje

INSTITUT ZA MENTALNO
ZDRAVLJE, Beograd

Glavni i odgovorni urednik

Dušica LEČIĆ TOŠEVSKI

Pomoćnici urednika

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

PSYCHIATRY TODAY

Official Journal of the Serbian
Psychiatric Association

Published by

INSTITUTE OF MENTAL HEALTH,
Belgrade

Editor-in-Chief

Dusica LECIC TOSEVSKI

Assistant Editors

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

Redakcioni kolegijum - Editorial Board

S. Akhtar (Philadelphia), J. Aleksandrowicz (Krakow), M. Antonijević (Beograd)
S. Bojanin (Beograd), M. Botbol (Paris), S. Branković (Beograd), J. Bukelić (Beograd)
G. N. Christodoulou (Athens), R. Cloninger (St. Louis), M. Divac Jovanović (Beograd)
S. Đukić Dejanović (Kragujevac), G. Grbeša (Niš), V. 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), 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

PSYCHIATRY TODAY

YEAR 48	BELGRADE	NUMBER 2, 2016
---------	----------	----------------

CONTENTS**GENERAL ARTICLES**

- Austerity, economic crisis, and their persistent effects on mental health in Greece
/N. Christodoulou, G. Rachiotis..... 155
- Time and space in organization of human existence
/S. Bojanin..... 161

RESEARCH ARTICLES

- The relationship between coping strategies and the intention to seek professional psychological help
/J. Sakotic Kurbalija, I. Santa, D. Kurbalija..... 177
- Analysis of trauma severity and the impact of abuse and neglect on personality traits in adolescents
/R. Grujicic, M. Kalanj, J. Radosavljev Kircanski, Z. Kosutic, M. Pejovic Milovancevic 191
- Sex differences in fluid and crystalized intelligence – focus on people with psychosis
/V. Cosovic, N. Todorovic, S. Andric Petrovic, N. P. Maric..... 201
- Comorbidities and treatment of trichotillomania – systemic approach
/M. Maricic, B. Sakic 215

CASE REPORTS

- Drawing as a begining – case report
/J. Stojkovic Pavlovic, M. Milosavljevic, M. Vukovic, Lj. Vidic, D. Lecic Tosevski..... 227

Announcements

- List of congresses.....235
- Instruction to contributors241

PSIHIJARIJA DANAS

GODINA 48

BEOGRAD

BROJ 2, 2016

SADRŽAJ**OPŠTI RADOVI**

- Austerity, economic crisis, and their persistent effects on mental health in Greece
/N. Christodoulou, G. Rachiotis..... 155
- Vreme i prostor u organizovanju ljudskog postojanja
/S. Bojanin..... 161

ISTRAŽIVAČKI RADOVI

- Povezanost strategija suočavanja sa stresom i namere traženja profesionalne psihološke pomoći
/J. Šakotić Kurbalija, I. Šanta, D. Kurbalija..... 177
- Ispitivanje stepena traume i uticaja zlostavljanja i zanemarivanja na dimenzije ličnosti adolescenata
/R. Grujičić, M. Kalanj, J. Radosavljev Kirčanski, Ž. Košutić, M. Pejović Milovančević..... 191
- Fluidna i kristalizovana inteligencija kod osoba sa psihozom – analiza polnih razlika
/V. Ćosović N. Todorović, S. Andrić Petrović, N. P. Marić..... 201
- Sistemski pristup komorbiditetima i tretmanu trihotilomanije
/M. Maričić, B. Šakić..... 215

PRIKAZ SLUČAJA

- Crtež kao početak – prikaz slučaja
/J. Stojković Pavlović, M. Milosavljević, M. Vuković, Lj. Vidić, D. Lečić Toševski..... 227

Obaveštenja

- Kalendar kongresa.....235
- Uputstva saradnicima.....237

AUSTERITY, ECONOMIC CRISIS, AND THEIR PERSISTENT EFFECTS ON MENTAL HEALTH IN GREECE

**Nikos Christodoulou¹, George Rachiotis²,
Dimitris Anagnostopoulos³**

¹Department of Psychological Medicine,
Queens Medical Centre, Nottingham, UK

²Medical Faculty, University of Thessaly, Greece

³Department of Child Psychiatry,
National and Kapodistrian University of Athens, Greece

Abstract: Since its beginning in 2008, the on-going global economic crisis has left many countries struggling with a disaster. Greece is probably the worst affected country, having lost close to a third of its economic productivity, and being still under the imposition of harsh austerity measures. Individual mental health has suffered, as suicide, depression and anxiety, among others, substantially rose during the crisis. Despite efforts to protect mental health systems, they were severely and persistently affected, and evidence suggests that eventually they started failing to meet the health needs of the population. In this narrative review we sought to explore the reasons for this persistent detrimental effect. We identified several evidence-based examples of resonating factors that could help explain why the effects of the crisis are so persistent. We suggest that mental health systems need additional support and investment to overcome the resonating effects of the crisis and to meet the population's mental health needs. We also suggest that such resonating effects should be taken into account for contingency planning and the prevention of future crises.

Key words: *Economic crisis, mental health systems, austerity, Greece, refugees, mental health, inequality, unemployment*

Introduction

The current global economic crisis has severely affected individual mental health and mental health systems across Europe and the world [1]. Greece is suffering the effects of the on-going economic crisis, which are composed of the primary effects of the crisis, enhanced by subsequently imposed austerity measures. The crisis years have been associated with a dramatic drop in Gross Domestic Product (GDP has fallen by 29% since 2008), and a devastating rise in unemployment (from 7.6% in 2008, to 26.5% in 2014) [2], poverty and house insecurity, among others. The crisis initially affected Greece's economy, but subsequently spread to every aspect of society. Inevitably, it affected the coping capacity of health systems through simultaneous budget cuts and increased demand.

In 2009, the World Health Organisation warned that the global economic crisis would pose a risk for health systems and advised effectiveness in the way States manage expenditure and employment, and suggested preparing systems for functioning with less money. The WHO focused on the need to prevent health inequities, maintain access to services, and support the poor [3]. In Greece, all these warnings, and more, became reality. Greece's health system was severely affected. Public expenditure dropped by 36% between 2009 and 2014 [4], whereas per capita expenditure for health dropped from 3,094 US\$ in 2008 to 1,743 US\$ in 2014 [5], representing a drop of 44%. In mental health, during the crisis public expenditure in Greece hovered between 0.16-0.19% of GDP, which means that in absolute terms it decreased in agreement with the drop in GDP, i.e. circa 29% since 2008.

Resonant effects on mental health services

It has already been identified that crises tend to affect mental health harder than other areas. Current evidence about the systemic effect of the crisis in Greece reveals a synergistic pattern of resonance of various effects, which may be able to contribute towards an explanation as to why the crisis is so difficult to overcome in Greece [6].

Systemic resilience

Prior to the economic crisis, mental health services in Greece had been going through a chronic period of reform, and had demonstrated remarkable progress, but also a lot more to be desired, making their reform an unfinished one [7]. In practice, this meant that services and the mental health system as a whole were not ready to bear significant acute pressures, such as those of the economic crisis and the associated measures of austerity, especially as the latter are known to affect mental health systems disproportionately [6]. This acute-on-chronic effect of the crisis on the system has been highlighted emphatically [8,9,10,11] and has been described as catastrophic. This phenomenon has been captured also in the effects of fiscal austerity policies on pre-existing weak social protection [12]. The authors in this publication make a

cautious, but very intriguing comparison between the effects on health in countries that had austerity (Greece, Portugal, Spain), and one which voted against its imposition (Iceland), tentatively concluding that health and social crises are escalated by the effect of austerity on weak systems.

The Greek mental health system bulged under the pressure as demand rose and capacity diminished. In 2010, austerity resulted in unaffordable private care, which led to a 25-30% drop in private admissions due to cost. This inevitably resulted in a 24% increase of attendances at State hospitals. At the same time, State healthcare budgets were severely depleted by imposed austerity policies, thus creating a perfect storm for the system [13]. To give a pragmatic example, we refer to evidence from Child Psychiatry services, which reported a 40% reduction in mental healthcare professionals' salaries while trying to deal with a rising number of referrals [14]. This has contributed to a freefall of morale and a high burnout rate. To make matters worse, cuts in the social care budget and the discontinuation of non-recurrently funded NGO-led services resulted in social care caseload diversions to public health services, particularly mental health. The confluence of increased demand for public services and budget cuts to the same public services, has resulted in a vast increase in unmet healthcare needs in Greece [15]. European Union Statistics on Income and Living Condition (EU-SILC) data show a steep rise in unmet medical needs in Greece from 7% in 2008 to 13.9% in 2013 [16]. Eurostat reports a similar rise in unmet health needs in Greece, from 4% in 2009 to 10.7% in 2015 [4].

Unemployment

There is another well known example of such resonance of effects: There is a well documented association between unemployment and poor mental health and suicide. During the unfolding of the crisis, this association became more pronounced, reinforced by other effects of the crisis. Drydakis and colleagues were able to show that the link of unemployment and poor mental health was stronger in 2010-13 compared to 2008-09 [17]. This observation was corroborated by Rachiotis and colleagues, through a case series analysis of data from the Hellenic Statistical Authority, aimed at identifying discontinuities in suicide trends in the periods 2003-2010 and 2011-2012. The authors reported a 35% rise in suicide rates between 2010 and 2012 and also a positive correlation between unemployment and suicide rates [18]. It has been suggested that these findings could be related to an acute response of the Greek population to the rapid and dramatic changes of socioeconomic conditions induced by the radical austerity programmes. Further, it is notable that a 39% increase in suicide rates was recorded between 1989 and 1994 in Russian men during the implementation of the 'shock therapy' programmes [18].

The refugee crisis

A further very important example of compounding is offered by observing how the ongoing refugee crisis and the financial crisis have multiplied each other's detrimental effects. The effect is seen on individuals' health (locals and refugees alike), and a number of systemic features, including overloading of the system, and a societal rise in tensions and worsening of stigma and discrimination, among many other effects [13,19, 20, 13].

Inequality

There is strong evidence in the literature, suggestive (but not conclusive) of a causal link between inequality and mental illness, implied by Pickett and Wilkinson [22] in the very strong presence of income inequality in countries with high prevalence of mental illness. We have already identified inequality as an important factor in the exacerbation of the effects of financial crises on individual and systemic mental health [6]. Indeed, the relative gap in self-reported unmet health needs between the rich and the poor parts of the population increased 10-fold between 2008 and 2013 [6]. The same authors report that austerity has preferentially affected vulnerable populations, such as those who are uninsured, migrants and intravenous drug users, while the rate of unmet health needs for the rich has actually decreased during the crisis. These results are corroborated by the fact that unmet health needs increased more steeply for the unemployed during the crisis (6.5% in 2009, increased to 15.0% in 2015 for unemployed; 4% in 2009, increased to 10.7% in 2015 for employed) [4]. Another aspect of inequality in mental health services is related to regional differences in mental health provision. There is some evidence from Greece that an association between regional variations in suicide in Greece and provision of mental health services was observed even before crisis [23].

Conclusion

The 2009 WHO report served as a warning for governments to prepare for the consequences of the economic crisis on health. As far as the mental health system in Greece is concerned, fears have not only materialised, but seem to persist. We have identified a number of examples suggesting that effects are multiplied when more than one adverse factors synergise. We suggest that investment and reform are currently warranted, so that mental health systems overcome these detrimental resonating effects and meet the mental health needs of the population, including preventing further psychiatric morbidity. We also suggest that provisions should be made for mental health systems to be supported against future crises, keeping in mind the contingencies required to deal with these resonating effects.

Declaration

The authors declare no conflicts of interest.

References

1. Martin-Carrasco M, Evans-Lacko S, Dom G, Christodoulou NG, Samochowiec J, González-Fraile E, et al. EPA guidance on mental health and economic crises in Europe. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2016;266(2):89-124.
2. Hellenic Statistical Authority [Internet]. Available from: <http://www.statistics.gr/en/home>
3. World Health Organization. WHO Regional Office for Europe Resolution: Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region. 2009.
4. Eurostat [Internet]. Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/main/home>
5. The World Bank [Internet]. Available from: <http://data.worldbank.org/>
6. Christodoulou NG. Individual and Systemic Mental Health Effects of Economic Crises and their Associated Measures. In: Crises and disasters: mental health context and responses. Cambridge Scholars Publishing ISBN (13): 978-1-4438-8944-5; 2016. p. 265-79.
7. Christodoulou GN, Ploumpidis DN, Christodoulou NG, C. Anagnostopoulos D. The state of psychiatry in Greece. *Int Rev Psychiatry.* 2012;24(4):301-6.
8. Hyphantis T. The 'depression' of mental health care in general hospitals in Greece in the era of recession. *J Psychosom Res.* 2013;74(6):530-2.
9. Rachiotis G. The impact of economic crises on health: An overview. In: Crises and disasters: mental health context and responses. Athens; 2016. p. 251-64.
10. Christodoulou NG, Christodoulou GN. Financial crises: impact on mental health and suggested responses. *Psychother Psychosom.* 2013;82(5):279-84.
11. Economou M, Peppou LE, Souliotis K. Mental health repercussions of the economic disaster in Greece. In: Crises and disasters: mental health context and responses. Cambridge Scholars; 2016. p. 279.
12. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet Lond Engl.* 2013;381(9874):1323-31.
13. Simou E, Koutsogeorgou E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review. *Health Policy.* 2014;115(2):111-9.
14. Anagnostopoulos DC, Soumaki E. The state of child and adolescent psychiatry in Greece during the international financial crisis: a brief report. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2013;22(2):131-4.

15. Zavras D, Zavras AI, Kyriopoulos I-I, Kyriopoulos J. Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:309.
16. Karanikolos M, Kentikelenis A. Health inequalities after austerity in Greece. *Int J Equity Health.* 2016;15:83.
17. Drydakis N. The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: a longitudinal study before and during the financial crisis. *Soc Sci Med* 1982. 2015;128:43-51.
18. Rachiotis G, Stuckler D, McKee M, Hadjichristodoulou C. What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003–2012). *BMJ Open.* 2015;5(3):e007295.
19. Anagnostopoulos DC, Giannakopoulos G, Christodoulou NG. The synergy of the financial crisis and the refugee crisis in Greece: Impact on mental health. *Int J Soc Psychiatry.* 2017 Jun;63(4):352-358.
20. Anagnostopoulos DC, Giannakopoulos G, Christodoulou NG. A Compounding Mental Health Crisis: Reflections From the Greek Experience With Syrian Refugees. *Am J Psychiatry.* 2016;173(11):1081-2.
21. Christodoulou GN, Abou-Saleh M. Greece and the refugee crisis: mental health context. *BJPsych Int.* 2016;13(4):89–91.
22. Pickett KE, Wilkinson RG. Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2010;197(6):426–8.
23. Giotakos O, Tsouvelas G, Kontaxakis V. Suicide rates and mental health services in Greece. *Psychiatr.* 2012;23(1):29-38.

Dr Nikos CHRISTODOULOU, MBBS, MSc, PhD, MRCPsych, Consultant Psychiatrist, Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust Honorary Assistant Professor of Psychiatry, University of Nottingham, UK

E-mail: nikoschristodoulou@gmail.com

Opšti rad
UDK 159.923.2:159.937.52/.53
159.937.52/.53:[616.8:159.9.072
COBISS.SR-ID 237444620 1

VREME I PROSTOR U ORGANIZOVANJU LJUDSKOG POSTOJANJA

Svetomir Bojanin

Abstrakt: Svest o sopstvenom postojanju u svetu kojim se prevazilaze njegove biološke osnove nad ambijentalnošću zasniva se na ljudskom vitalitetu koju gradi, i odnosom prema vremenskoprostornim određenjima ljudske stvarnosti. U radu se prate, putem neuropsihološke analize linije razvoja ljudskog vitaliteta, linije doživljavanja vremena i linije doživljavanja prostora kojim se nastojalo da se ceo proces hominizacije prikaže jasno u najkraćim crtama.

Ključne reči: *neuropsihološka analiza, razvoja doživljavanja vremena, razvoj doživljavanja prostora*

Uvod

Problemu prilazim sa stanovišta opisne analitičke psihologije Diltaja [1,2] i fenomenološkog stanovišta Eugena Minkovskog [3], oslanjajući se na psihološka istraživanja Pijažea [4], kliničke opise Ažiriagera [5], savremene literature o razvojnem dobu i na sopsvena klinička iskustva, postavljajući ih u poredak razvojnih linija neuropsihičkog razvoja [6], po metodu Ane Frojd [7], sa namerom da izbegnem kontaminaciju osnovne teme istraživanja nekim konstruktom iz tako raznovrsnih psihijatrijskih teorija koje su danas aktuelne. Pratiću tri opšte linije razvoja nervno-psihičkih struktura i funkcija, koje čine:

- linija razvoja doživljaja sveta i sebe u njemu ili linija ljudskog vitaliteta
- linija razvoja doživljaja vremena i
- linija razvoja doživljaja prostora.

Izlaganje sadržaja ovih puteva zasniva se na pukom opisivanju redosleda javljanja opšte prihvaćenih činjenica koje su već opažane i opisivane, uz određena tumačenja osobitosti koje ovim putem zapažamo. Držaću se Jaspersovog zahteva da psihijatri moraju da znaju šta znaju, da znaju kako su to saznali i da znaju šta ne znaju te da to slobodno smeju da kažu i sebi i drugima [8].

Polazne činjenice

Polazim od činjenice da se naše, ljudsko postojanje u svetu ispoljava i ostvaruje:

- telom zasnovanim na pukoj biološkoj osnovi sa naslednim potencijalima hominizacije ili oljuđenja, koje ta osnova nosi sobom;
- socijalnim poljem i zajednicom u njemu, što se ostvaruje govorom, veštinama tela i ruku, uspravnim hodom, omogućavajući susretanja licem u lice među ljudima. To budi ljudsku osećajnost, koja proživljava motivima za akciju čoveka kao pojavu u svetu, usmeravajući ga ka nečemu ili ka nekom;
- psihičkim funkcijama kojima gradi predstavni svet, takođe neposredno proizašao iz bioloških struktura i funkcija u vidu senzomotornih iskustava; rečima koje kao da izniču iz predmeta i događaja, označavajući ih, pa potom se sa njih strgnu, "uzaberu", sadržavajući u sebi predstave tih sadržaja što ih označavaju.

To omogućava čoveku da govori i sudi o tim stvarima i pojavama i kada su u predstavnoj ravni, izvan kontrole njegovih čula. Što su dalje od tih osnova sa kojih niču, ili što se češće upotrebljavaju izvan čulnih potvrda, time ih sve više udaljavamo od asocijacija na njihove čulne izvore i stvaramo svet čistih misli kao predstave – dakle stvaramo predstavni svet kao osnovu nadambijentnog postojanja koje živimo.

U toj nadambijentalnoj ravni koju oblikujemo ovladavaju formalne misaone operacije i apstraktni misaoni sistemi, što se ostvaruje kao pojavni

hominizovani svet i tumači ljudsko postojanje i čoveka u njemu, dosežući vrhunske domete u oblikovanju ljudske prirode kojoj daju smisao estetskim potrebama, etičkim zahtevima i kreativnim činom što iz njih proizlazi [8].

Buđenje opažanja i prepoznavanja počinje već in utero

Intrauterino doba

Intrauterino doba bi mogli uz izvesne ograde, nazvati i prvom fazom nervno-psihičkog razvoja, ali to ne činim zbog toga što je to vreme još uvek duboke zasnovanosti u biloške procese koji su izvan naših uvida pukim opažanjem, jer dato stanje buđenja nervnih i psihičkih funkcija želim da sagledam na osnovu kliničkog uvida u taj proces. Počinjem od:

- Spinalnog refleksnog luka kojim dete vraća zemljinom težom pomereni ekstremitet u svoj prvobitni ovoidni položaj i što se prepoznaje kao čin zaživljavanja deteta in utero, već krajem četvrtog i tokom petog meseca od začeća, čime se ukazuje zaživeli spinalni refleksni luk;
- Vestibularnog zadovoljstva izazvanog podsticajem zemljine težee rano dozrelih vestibularnih predela, tokom kretanja tela majke, što čini izvor prvih ljudskih zadovoljenja (pre onih hranom) i ostaju aktuelnim i u postpartalnom dobu kao i posle, tokom čitavog ljudskog veka;
- Refleksnih spino-cerebelarnih puteva dozrelih u oba smera, što se događa krajem trudnoće i što učestvuju pri porođaju ostvarujući potrebna stezanja i opuštanja mišića, funkcionalno skladno prema refleksnim, cerebelarnim regulativnim aktivnostima;
- Budi se funkcija slušnih puteva usled blizine aorte i njenih stalnih otkucaja, kojima se podstiče mijelinizacija slušnih puteva i time njihovo funkcionalno zaživljavanje (od 6. meseca trudnoće dete prepoznaje glas majke);
- Budi se i usavršava taktilitet ili čulo dodira, dodirivanjem i opiranjem delovima tela deteta uz zid uterusa;
- Prepoznaju se prve vidne draži ružičastog svetla koje propušta istanjeni zid trbušnih mišića majke, čineći spremnim čulo vida za prve orijentacije u postpartalnom svetu [9].

Odmah, od prvih trenutaka postpartalnog života, već u naručju prve negovateljice po rađanju – babice, sve se to obnovi: stiskanjem uz grudi, njenim hodom – ljuľljanjem; tepanjem-pevušenjem, prigušenim svetlom prostorije, što dete podseća na njegovu prvu zavičajnost intrauterinog mira, što mu uliva poverenje da je ono ipak ostalo u tom svom, već poznatom životu kada mu je bilo sve po meri. U tome je polazište svih naših potonjih nostalgija koje su time snažnije što je u njima bio veći udeo bioloških parametara [8].

Prvim susretanjima tela deteta sa okruženjem odmah po rađanju, ono počinje da opaža čulima i da postepeno prepoznaje opaženo prema procesu zaživljavanja gnostičkih područja korteksa što ih te draži podstiču. Stečeni uvidi u stvarnost se upamćuju, uopštavaju i uzajamno prožimaju gradeći svest o sebi i o svetu u kome se sve to događa. Pri tom, svako dete u razvoju, kao i svaka osoba kasnije, tokom života, organizuju svoja uvek upojedinačena postojanja koja se obavljaju u okviru specifičnih neuropsihičkih linija razvoja o kojima će još biti reči drugom prilikom.

Postpartalno doba

Postpartalno doba mogli bi nazvati i susretom sveta i čoveka pri kome se svet javlja svojim postojanjem uvek kao celovit oblik, kao akcija u kojoj taj oblik zatičemo i kao određeni kvalitet prijatnog-neprijatnog doživljaja osećajnosti kojom se prožima sve opažano i tako prihvata ili odbacuje, čineći energetske osnovu ljudskog vitaliteta.

Na ovaj trijas pojava kojim se javlja svet našoj svesti u nastajanju, ona odgovara usmeravanjem ka toj trijadi:

- Osećanja koja to opažano vrednuje, te odabiru ili ne odabiru za svoj posed [9];
- Inteligenciju kojom se opžano i procenjeno razume u kontekstu smisla koji čovek daje svome životu;
- Volja za neposrednom akcijom, kojom se tom odabranom prilazi.

Posle osmog meseca života svako dete uzima od ponuđenog mu ono što je za njega novo [2], potom, bolje od dobrog, lepše od lepog, što je osnovno obeležje ljudskog postojanja u svetu za uvek. Novorođenče, kasnije, dete ili odrastao čovek, organizuju svoj odnos sa stvarnošću uvek oživljavanjem ljudske osećajnosti, inteligencije i volje, koja je, pri tome, uvek izraz celokupnog ljudskog psihizma u akciji [3] i razmene osećajnosti i misaonih sadržaja sa drugim.

Tabela 1. Susret sveta i čoveka u svom postojanju

Svet se pojavljuje	Čovek odgovara
1. Biološkim zakonomernostima	Osećanjima: čar posedovanja
2. Zahtevima zajednice ljudi	Inteligencijom: čar etičkog odnosa
3. Inertnošću	Ljudskom voljom: čar biranja estetskog

Susret sveta i čoveka u svom postojanju

Svet se javlja u susretu sa čovekom (Tabela 1.):

- Biološkim zakonomernostima u njegovom telu, na koje on odgovara osećajnošću koja ih kroti čineći ih svojim posedom;
- Zahtevima zajednice na koje čovek odgovara inteligencijom, kao gradivnim elementom etičkih odnosa;
- Inertnošću koju čovek prevazilazi voljom koja se susretom sa svakim otporom budi i razvija i u ravni aktivnosti tela i u ravni mentalnih funkcija, budeći time u sebi čar estetskog, u kontekstu lepote koju ljudsko postojanje krije kao svoju mogućnost u životu.

Sada prelazimo na opise, gore pomenutih, opštih linija razvoja koje na svome putu obuhvataju osobu u celini, ukazujući na harmoničnu celovitost ljudskog postojanja. One nam pomažu da razumemo određene nesklade koji mogu da nastaju na tim putevima razvoja što čine disharmoničnim njegov tok kojim se već samim susretom ljudskog postojanja sa svetom na koji je ono upućeno događa neki vid dekompanzacije, kome se može prići određenim savetodavnim i reedukativnim pristupima kojima se usklađuju ti odnosi.

Linija razvoja doživljaja sveta i sebe u njemu ili linija ljudskog vitaliteta

Linije razvoja uopšte, obuhvataju one oblike života što proizlaze jedan iz drugog, uvek zasnovani genskim programima što ih nosimo u svom biološkom kontekstu, i koji grade etape razvoja uobličavajući čovekov život uvek na višem nivou i po telesnim sposobnostima i u ravni njegovog psihizma. Za svaku etapu razvoja sam izabrao, prema modelu Minkovskog, jednu trijadu fenomena ponašanja kojima možemo da pratimo razvoj sposobnosti svakog pojedinca iz faze u fazu odrastanja, kojim se određuje njegova dozrelost u svakom razvojnom trenutku (Tabela 2).

Tabela 2. Linija razvoja doživlja sveta i sebe u njemu

Linija razvoja doživlja sveta i sebe u njemu				
Doba bebstva (0 do 3)	Bajkovito doba (4 do 3)	Detinjstvo (7 do 11)	Pubertet (12-14)	Adolescencija (15-18 ili 20)
Opazaj	Igra pokretom sa predmetom, „berba reči“	Decentracija pokreta, osećanja, misli Logička	Odnos	Kult istinitog
Volja	Stvarno-kobajagi	povezanost sveta Pravljenje novog	Zajednica	Čar smisla
Pokret	Mašta		Kult pravde	Kreativni čin

Ako sada pogledamo na tabeli slobodno izabrane trijade tipične za različite etape razvoja koje sam stavio u kolone, a te kolone u niz jednu pored druge, videćemo da u koloni bebstva opažaj-volja-pokret ostvaruju harmoničnu aktivnost igre za taj uzrast. U koloni bajkovitog doba igru sa predmetima prati „berba reči” sa tih predmeta i onih kobajagi što izviru iz mašte, kojima dete tumači sebe i razumeva objektivnu stvarnost. U koloni zrelog detinjstva (od 7 do 11. godine) decentracijom iskustva ostvaruje se logički misaoni tok i otkriva mogućnost stvaranja (grafomotorikom, govorom, predmetima, fantazijom nadambijentno). U koloni pubertetnog doba ukazuje se na prepoznavanje odnosa (apstraktna sfera) na zajednicu, pravdu-nepravdu, što ima dominaciju među motivima za akciju u tom dobu. U koloni adolescentog doba, saznanjem istinitosti, otkrićem čari smisla i to u kreativnom činu, adolescent vidi nadambijentalni svet čoveka kao njegovu jedinu životnu mogućnost.

Linija razvoja doživljaja vremena

Otkriće vremena

Druga linija razvoja koja se nađe odmah tu, u prvo vreme po rađanju, jeste vreme koje se uvek nekako zgrudva da bi nas podsetilo, obeležilo, da nešto prijatno ili neprijatno traje, da je prestalo, da bi opet trebalo da počne, da se obnovi. Obično je tu u pitanju neki, na primer, čin hranjenja, ili neko uranjanje ponovo u san, ili se prepoznaje nagoveštaj o dolaženju majke sa flašicom i čistom plenom preko ruke. Ta očekivanja i moguća radovanja majci unapred, ne vide se po bilo kakvim posebnim slušnim ili vidnim, taktilnim modalitetima koji bi bili bitni za očekivanu pojavu, ali koja sasvim mogu da se naslute onim što bi mogli nazvati atmosferom datog trenutka ili celinom date životne situacije.

Čulna osnova trajanja su matrice refleksnih aktivnosti, bilo da su to one primarne refleksne aktivnosti unutar somatskih struktura, ili uslovne, akcije nastale postpartalno, ili one voljne aktivnosti u ravni želja – zadovoljenje, čiji raspon između draži-želje i izvršenja uvek traje neko kraće ili duže vreme.

Deca i osobe primarno mentalno nerazvijene bez obzira na uzrast, žive ili traju u sadašnjem vremenu, što ih i čini detinjastim. Njihovu stvarnost ispunjava sve ono što se neposredno opaža i očekuje. Sadašnjost je za svako dete duga onoliko koliki je obuhvat vremena između draži i odgovora. Sva deca žive datim trajanjem koje doživavaju neprekidnim. Važno je samo da tu postoje neke aktivnosti, koje povezuju očiglednosti u okruženju, kojima se prikriva nepostojanje – praznina u vremenu – dosada. Čim se događa prekid akcije, što za dete znači prekid postojanja, ono zaplače ili se uznemiri, ako još nije doraslo tome da tu prazninu ispuni makar fantazijom u stvarnosti.

Ono prati svoje trajanje radoznalošću usmerenom na bilo kakve očigledne stvari ili pojave ili pukom fantazijom, kao nekom indicijom što ukazuje na moguće prisustvo drugog, na primer maramicom koju je mama

zaboravila kada je odlazila na posao. Prošlost i budućnost, kao vidove trajanja, vide samo kao fantazmatične međe sadašnjosti koja je iščezla.

Novi misaoni obrasci apstaktnih misaonih mogućnosti, što se stiču u pubertetu, prate misaone sadržaje uopšte i kad oni iskliznu iz sadašnjeg trenutka i počnu da tonu ka zaboravima, time održavaju sa njima kontinuitet poimanja i tih odlazećih događanja – sećanja i misli. Ta stanja misaonih procesa se prepoznaju kao fenomen pamćenja prošlosti, kao vreme što nestaje u beskraj iza nas.

Isto tako, ali u suprotnom smeru, naše mogućnosti apstraktnog mišljenja prate i naše doživljaje vremena i tokom naših sanjarenja, izgradnje životnih projekata koji su uvek usmereni ka budućnosti, sluteći je sasvim živo, na svom putu ka beskonačnom.

Od samog početka sveta postojimo između prošlosti koja nas napušta i budućnosti koja stalno nadolazi, razlivajući naša nadanja i očekivanja po ovoj razuđenoj sadašnjosti koja nas jedina hrani životom u toj kutiji sačinjenoj od vremensko-prostornih gabarita.

Tabela 3. Opažaj vremena i psihički odgovor

	Vreme se javlja kao	Psihički odgovor na to
1.	Prošlo	Sećamo se da besmo
2.	Sadašnje	Osećamo da jesmo
3.	Buduće	Nadamo se da budemo

Opažaj vremena i psihički odgovor

To znači da smo uvek određeni neposrednim osećanjem da jesmo u svome sada, sećanjem na ono što smo bili, koga više nema i da smo usmereni nadom ka budućem koga još nema [10,14]. U svakom uzrastnom dobu svedoče nas uvek osećanje života koji traje, iskustvo o životu koga se još sećamo i nadanje u život koji tek očekujemo [14] (Tabela 3). Na ovo moramo da mislimo uvek kada uspostvaljamo bilo pedagoške bilo psihoterapijske aktivnosti u svrhu podsticanja ili vođenja subjekta u razvoju.

Opis linije razvoja doživljaja vremena

I tako građenjem formacija predstavni predela rečima i pojmovima poniklim na stvarima i pojavama oko nas, zalazimo u dubine prošlosti koja izmiče svakom pokušaju da je dohvatimo i vratimo u sadašnjost radi provere, i uzlećemo ka budućnosti kojoj smo okrenuti našim životima. Prisustvo u svetu kao životu koji započinjemo, prvo prepoznavamo kao priyatnost sitosti i nepriyatnost gladi, olašavajući se spontanim izražavanjem dobrobiti gukanjem, u prvom slučaju, ili plaćem, ako bi se našli u obuhvatu nepriyatnosti;

potom se može dogoditi doživljaj toplote ili hladnoće okruženja u kome se postoji; nežnosti ili grubosti od strane drugih, pri čemu se sve to poprati prikladnim odgovorima u nadi da se ostvari atmosfera prijatnosti koja jedina podstiče razvojne procese tokom uzrastanja.

Tabela 4. Linija razvoja doživljaja vremena

Linija razvoja doživljaja vremena				
Doba bebstva (0 do 3)	Bajkovito doba (4 do 6)	Detinjstvo (7 do 11)	Pubertet (12 do 14)	Adolescencija (15-18 ili 20)
Trajanje	Čar ispunjenog vremena akcijom	Čar svrhe pokreta; dosada.	Uklopljenost u vremenu	Svest o budućnosti
Očekivanje da počne	Veštine pokreta, igre sa pravilima	Segmentacija sadašnjosti; istovremeno, naizmenično, povremeno, po redosledu	Svest o prošlosti	Odgovornost za poredak u napred
Zahtev za prekidom ili počinjanjem	Kobajagi – proteza za vreme kojeg nema	Odlaganje zadovoljenja radi višeg cilja	Obaveza u vremenu	Smisao

U bebstvu, dete prvo prepoznaje trajanje određene materijalne i prostorne stvarnosti, koje bi da prekida i obnavlja po potebi što je samo određuje. Prvi reper stvarnosti je, dakle, vreme, koje se određuje shodno zrelosti čula, umnih osobnosti i ličnog iskustva (Tabela 4). U bajkovitom dobu opažanja pobuđuju oponašanja uočavanog, te se razvijaju pokreti. Oni se međusobno povezuju i ostvaruju uvek određeni ritam, koji se obnavljanjem uvežbava i postaje raznovrsnim. Javljaju se uvek i neki novi predmeti koji moraju da se dodirnu, dohvate; događaji koji bude radoznalost, motivišu akciju, ispunjavajući vreme u kome se postoji, čime ta sadašnjost koja traje dobija svoj smisao. Tako svako opažano vreme motivise akciju u tom vremenu – čar ispunjavanja vremena. I u odraslom dobu čućemo „Super je bilo, svo vreme smo nešto radili: igrali smo, pevali, pričali viceve“ ili „Dosadno, niko ništa da pokrene. Tako smo sedeli, tek da nam vreme prođe“.

Tu negde je i ono kobajagi vreme kada je mali Jova iz čika Zmajeve pesme, u svojoj borbenoj težnji da već jednom bude odrastao, obukao tatin kaput i stavio njegove naočare, pa se hvali kako je veliki. Zna on to, mangup jedan, da on nije velik, ali makar kobajagi; kao i one devojčice tih godina što kradom obuvaju mamine svečane cipele, pa hodaaju po sobi u njima sve u strahu da im ne polome štikle. Kobajagi – proteza za vreme kojeg još nema. Tokom zrelog detinjstva, opsednutog logikom stvari i odnosa, za svaki pokret, za svaku igru postaje potreban neki smisleni razlog. Ako se dete nađe u okruženju bez toga razloga, dakle u praznom vremenu, sve staje i raspada

se u dosadu. Takva stanja se prepoznaju posle šeste godine, u osvit zrelosti detinjstva.

Logički uspostavljenom inteligencijom prepoznaje se sadašnjost, kao celina vremena u kojoj se dve pojave mogu javljati jedna za drugom u redosledu, mogu se pojavljivati istovremeno ili naizmenično, povremeno, isprekidano u vremenu, ukazujući time na segmentiranost sadašnjosti kao pojave iskustva. U tom dobu se događa da dete može da odgodi neposredno zadovoljstvo igre u tome sada, kako bi ga lepše obavio u jednom posle, kada izvrši ono što po raspredu tekućeg života mora sada da obavi. Odlaganje zadovoljstva je znak zrelosti osećanja.

Tokom pubertetnog doba pomoću sposobnosti apstraktnog mišljenja pubescent prepoznaje svoju uklopljenost u vreme sveta (Pijaže), gradeći time celovitost doživljaja vremena kojim je obuhvaćen uvek, svakog trenu ceo zemljin šar. Isto tako, apstraktni misaoni sadržaji i sećanja koji odlaze ka zaboravima i nisu više sadržaji tekuće stvarnosti. Ostajući u sećanju, time grade prošlost kao dimenziju vremena u našim predstavnim predelima, iz kojih putem obaveza motivišu određene aktivnosti, održavajući time svoj stalni uticaj na tekuću sadašnjost, da bi se tokom adolescencije stvorila svest o sebi u budućnosti, dakle, budućnost kao dimenziju vremena u kojoj se dovršavaju nadanja, ostvaruju odgovori i dogovori, što u čoveku podstiče odgovornost pred sobom samim i pred drugim.

Završavajući ovaj segment izlaganja o vremenu treba da podvučemo dve stvari. Prva je ta da je vreme uvek trodimenzionalno i to se prvo javlja kao sadašnjost, koja ima dominaciju u prve tri faze detinjstva, potom kao prošlost koja se sagledava kao dominantna u pubertenom dobu (kult druženja, zajednice, nacionalno osećanje) i kao budućnost, u adolescentnom dobu, kojom se sagledavamo u celini, i kojom se okončava avantura razvojnog procesa. Druga je da je budućnost zborište svih vremena i mesto za proveru svih planova, obećanja i vrednosti naših delanja. Ona je uslov nastanka ljudske etičnosti dajući mogućnost odlaganja neposrednih zadovoljavanja radi zadovoljenja viših vrednosti ljudske moralnosti, čineći tu moralnost neposredno vidljivom. Odnos prema budućnosti kao pojavi vremena sadržan je u svakom sada i osnovni je dinamogeni činilac nadambijentalnog sveta koji ostvarujemo kao jedini mogući vid ljudskog postojanja i i opstajanja.

Linija razvoja doživljaja prostora

Otkriće prostora

Dete prepoznaje prostor od prvih doživljaja udaljavanja svoga tela od tela majke i vraćanja, njenim zagrljajem, uz njene grudi, pri čemu oba bića u susretu otkrivaju sasvim tvrdu među koja prosto ometa totalno uzajamno prožimanje njihovih postojanja putem tela, što je bitno za održanje identiteta svakog pojedinog među njima.

Tabela 5. Opažaj prostora i psihički odgovor

	Prostor kao pojava	Psihički odgovor
1.	Dubina	Zov tajanstvenosti
2.	Širina	Buđenje radoznalosti
3.	Visina	Podsticaj ka usavršavanju

Opažaj prostora i psihički odgovor

Uz asocijaciju na neke stavove Minkovskog [6], ovde ću reći samo to da se prostor javlja svojom trijadom, poput vremena, koja ga određuje, a koju čini (Tabela 5):

- Dubina šupljina u zidu; čaše na stolu, kade u kupatilu, bazena; reka, pećina, što prosto vuku dete, a kasnije i odrasle svojim anticipacijama, što im došaptavaju dok se oko njih igraju ili kasnije, kada se njima bave, produbljujući sopstvenu osećajnost sklonu sasvim subjektivnim merilima u proceni odnosa u prostoru;
- Širina ili daljina, prosto mame radoznalost deteta, kasnije i odrasle osobe da ih upoznaju, i kako da ih ispune;
- Visina, čak i manje uzvišice, mame dete da ih savlada, a kasnije kada reči napuste svoja staništa i uzlepršaju oko nas iz nekih knjiga, pozivaju nas čak i na uspinjanje, osvajanje svake visine u čijoj se senci nađemo.

Opis linije razvoja doživljaja prostora

Prostor je pristupačan opažanju i određivanju merenjem; uspostavljanju stajne tačke, pravca kretanja, gradeći čovekovu stvarnost moguću samo kao vid sadašnjosti u vremenu. Tim međama prostora u vremenu pridružuje se i zakon istovremenosti javljanja odeđenih pojava koja se time usaglašavaju u svojim funkcijama u datom razvojnem trenutku.

Sve počinje sa policentričnim doživljajem sebe u svetu, putem sprega opažaj-pokret, čijoj se aktivnosti opire inertnost koja vlada predmetima okruženja. Tim putem se upoznaju i prožimaju u svom upojedinačavanju lične osobenosti subjekta u razvoju sa sve više upojedinačavanjem za taj subjekt, izvorima i osobenostima inertnosti stvari i pojava sa kojima se susreće. Opažaj i pokret ili senzo-motorni spreg, koji se tim aktivnostima uspostavlja, čini puteve samoostvarenja u prostoru tokom tih prvih nedelja-meseci života.

Posebnu osobenost čini poznavanje sopstvenog tela kojem se pristupa kako putem opažaj/pokret, tako i samom imaginacijom subjekta koji ga posmatra i zaključuje o njemu. Tako je i nastao sledeći red opisivanja prostora tim putevima. Već u trećem mesecu života se opaža da dete prepoznaje lik majke naspram sebe, pre svake mogućnosti kortikalne analize pojava na sebi i okruženju [11]. To Pijaže tumači stalnošću određenih crta toga lika strukturisanog stal-

nošću prostora, u funkciji homeomorfije, ili prednosti ljudskog lika u opažanju [2,8]. Anri Valon, opet, u tome ranom prepoznavanju lika čoveka, vidi nago-veštaj socijalnog nagona koji je, smatra on, urođen čoveku [12].

S obzirom na činjenicu da se prvih osam meseci dograđuju gnostičke kortikalne strukture [8], od primarnih polja ka centru, dete svoje telo ne može da doživljava drugačije nego policentrično u prostoru, što je pukom imagi-nacijom, ne pozavajući neuropsihologiju, nagovestila već M. Klajn idejom o fazi rasparčanosti doživljaja sebe u svetu, kroz koju prolazi svako dete u ranoj fazi odrastanja [13,15].

Tabela 6. Linija razvoja doživljaja prostora

Linija razvoja doživljaja prostora				
Doba bebstva (od 0 do 3)	Bajkovito doba (od 0 do 6)	Detinjstvo (od 7 do 11)	Pubertet (od 12-14)	Adolescencija (od 15-18 ili 20)
Policentrični doživljaj sebe u svetu	Bujanje psihomotorike	Lateralizovanst tela i prostora;	Restrukturacija tela, estetika;	Svest o sebi u prostoru i svetu.
Senzo-motorni odnos	Istraživanje pokretom i rečju	Logičke operacije; konkretno	Grupno delanje	Čar putovanja i susretanja; Čar poretka stvari
Ja-Svet u susretu; govor	Dilema Stvarno nestvarno	Zavičajni prostor	Biti neko Nekome - kult liderstva	

Na osnovu datog opisa prepoznavanja prostora i prostora tela pose-bno, a u kontekstu neuropsihičkog koncepta razvoja, ključne trijade putem kojih možemo da sledimo razvoj ovog fenomena u ljudskom načinu post-ojanja prikazujem u tabeli 6. Tokom bebstva prostor okruženja i prostor tela u njemu doživljavaju se kao posledica senzo-motornih integracija u CNS-u, policentrično sažimajući se u celine senzo-motornih spregova kojima se dograđuju gnostičke oblasti, što omogućava da se sada prepoznaju jedinice prostora u prostoru i ostvaruje svet odnosa prema okruženju, čemu, svakako, doprinosi i razvoj govora.

Tokom bajkovitog doba razigravaju se odnosi telom prema prostoru, predmetima i sa drugim; veštine pokreta, odnosi Ja-Ti, „berbe reči“ koje niču kao nazivi na opažanom i izmišljenom, čime se otkriva pukotina sveta na vidljiv i svet igara i predmeta i na nevidljivi svet pravila igre i ponašanja, pri čemu taj nevidljivi svet vlada vidljivim. Čar igre „Čoveče ne ljiuti se“ i igra sa odraslima Božić Bate ili Deda Mraza.

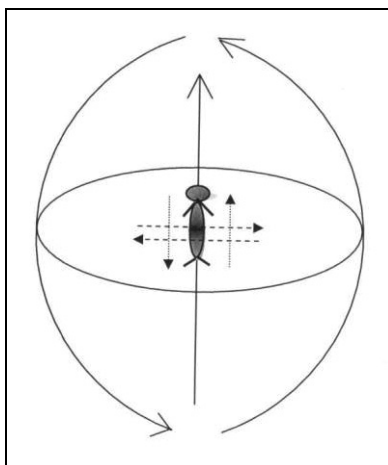
Tokom zrelog detinjstva se prepoznaju i obavljaju lateralizovanosti tela i prostora kako neposrednim aktivnostima tako i u predstavnoj ravni, u polju misaonih operacija; misaone operacije su zasnovane na dinamici od-nosa i kretanja prostornih celina jednih u odnosu na druge – konkretno

logičko mišljenje; zainteresovanost za zavičajni prostor se zadovoljava aktivnostima u njemu i saznanjima što se time stižu.

Tokom pubescentnog doba pojavom restrukturacije tela i mentalnih oblasti aktualizuje se problem doživljaja telesne celovitosti, kako sa stanovišta snage, estetike, tako sada i sa erotskih aspekata, i u ravni veština kojima rado ulazi u nadgornjavanje sa drugima; kroz grupna druženja, kako u nestrukturisanim grupama iz kraja, tako i u onima u sportu, sklonostima subkulturnim pokretima, negovanju kulta tela i snage, adolescent želi biti neko nekom u vršnjačkoj grupi – kult liderstva. Tokom adolescentnog doba očekujemo osobu harmonizovanog razvoja tela i uma, svesnu svog odnosa u ličnom prostoru, sa težnjom ka prostranstvima sveta koja bi da upozna; svesnu budućnosti kao integratnog dela svakog sadašeg trenutka i odgovornosti za njeno kvalitetno ostvarenje i za postavljanje planova novih biofilnih projekata budućnosti, za vremena koja slede.

Diskusija

Čovekov napor da se izvuče iz svog biologizma u što više slojeve humaniteta koji ga uslovljava kao ljudsko postojanje, cepa vreme na one vremenske mase koje se obrušavaju u tmene prošlosti s jedne strane i one koje se rascvetavaju uzrastajući ka beskonačnosti budućeg, pri čemu, između njih ustreperi razapeta, tanana opna vremena gradeći sadašnjost. U njoj je zasnovan čovek, uvek određen jednim Tu u jednom Sada, sveden u te njene gabarite i u njeno trajanje. To je shematski prikazano na Slici 1.



Slika 1. Shematski prikaz vremensko-prostornog omeđenja ljudskog postojanja (S. Bojanin, N. Ristić)

U toj pukotini vremena u kojoj grade, svojim mimoilaženjem, put ka prošlom i put ka budućem, čovek je fizički utkan svojom biloškom osnovom

u ploču prostora koja je postavljena centralno u vremenu, u ljudsku sadašnjost, omeđenu horizontom, izvan koga se ne može ni ispod njega ni preko njega, po kojoj može da se kreće u svim pravcima, ali uvek sputan sadašnjosti koja ga prikiva uz tlo. Ustaljenost i nepromenljivost vremensko-prostornih odnosa kako u razvojnom procesu tako i u odraslom dobu, podstiče u čoveka slobodne volje da to stanje želi da prevaziđe.

Zaključak

Svest o sopstvenom postojanju u svetu zasniva se ljudskim vitalitetom kojim se prevazilaze njegove biološke osnove nadambijentalnošću koju gradi, i odnosom prema vremensko-prostornim određenjima ljudske stvarnosti. U radu se prate, putem neuropsihološke analize linije razvoja ljudskog vitaliteta, linije razvoja doživljavanja vremena i linije razvoja doživljavanja prostora kojim se nastojalo da se ceo proces hominizacije prikaže sasvim jasno u najkraćim crtama.

TIME AND SPACE IN ORGANIZATION OF HUMAN EXISTENCE

Svetomir Bojanin

Abstract: The sense of one's own existence in the world is based on human vitality that supersedes its biological foundations through the superambientality that is being built, and on the relationship with the time-space determinants of human reality. By the means of neuropsychological analysis, this paper follows the lines of human vitality development, as well as the lines of time and space experience, in order to present the entire process of hominization clearly and briefly.

Key words: *neuropsychological analysis, development of time experience, development of space experience*

Literatura

1. Ajuriaguzerra J, Marchelii D. Pschopathologie de l' enfant 3rd. Paris, massn 1; 1989,
2. Piaget J. Six etudes de psychologie, Gonthier 1969.
3. Ajureaguerra J. Manulel de psychiatrie de l' enfant. Masson; 1977.
4. Diltaj V. Studije o utemeljenu duhovnih nauka; u Izgradnja istorijskog sveta u duhovnim naukama BIGZ, 1980.
5. Bojanin S. Diltaj Vilhelm, U: Voleti, ali kako. Konras, Beograd; 2013.
6. Minkowski E. La triade psihologique in Vers une cosmologie. Aubier, Paris 1936. str. 57-68.
7. Bojanin S. O putevima hominizacije, U: Voleti, ali kako. Konras, Beograd; 2013.
8. Bojanin S. Neuropsihološka analiza razvoja ličnosti, U: Psihijatrija razvojnog doba (Ured.) Bojanin S, Deušić-Popović S, IMZ, Beograd; 2013.
9. Palama G. O strastima i vrlinama i o plodovima umnog tihovanja (1346). U: Život Sv. Grigorija Palame; Manastir Čelje, Beograd; 1977.
10. Avgustin A. Ispovijesti. Kršćanska sadašnjost, Zagreb; 1983.
11. Vidović Ž. Kritika između metafike i hermeneutike. Prilozi, Institut za književnost i umetnost, Beograd; 1984.
12. Spitz R. De la naissance a la parol. PUF, Paris; 1968.
13. Valon A. Psihički razvoj deteta. ZUNS, Beograd; 1999.
14. Tadić. N. Osećajno i saznavno. Naučna knjiga, NMD; 2006.
15. Vuković M. Žalovanje kao individuaciona šansa. Psihijatrija danas, 2015; 105-18.
16. Jaspers K. Filozofska autobiografija. FIDELIS, Beograd; 1993.
17. Minkowski E. La volonté; in Vers une cosmologie. Aubier, Paris; 1936.

Prof. dr Svetomir BOJANIN, neuropsihijatar, Beograd

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

E-mail: svetomirbojanin@sbb.rs

POVEZANOST STRATEGIJA SUOČAVANJA SA STRESOM I NAMERE TRAŽENJA PROFESIONALNE PSIHOLOŠKE POMOĆI *

Jelena Šakotić-Kurbalija¹, Irina Šanta² i Dragan Kurbalija³

¹Odsek za psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu

²Osnovna i srednja škola sa domom učenika

“Petro Kuzmjak”, Ruski Krstur

³Poljoprivredna škola sa domom učenika Futog

Apstrakt: Strategije suočavanja sa stresom podrazumevaju sve ono što osoba preduzima u cilju savladavanja nekog (spoljašnjeg ili unutrašnjeg) zahteva koji procenjuje kao ugrožavajući na bilo koji način (telesno, psihički ili socijalno). Kako neki autori ukazuju da i traženje psihološke pomoći predstavlja mehanizam prevladavanja stresa, u ovom radu su prikazani i diskutovani rezultati istraživanja usmerenog na utvrđivanje povezanosti strategija suočavanja sa stresom, merenih Brief COPE skalom (Carver, 1997), i namere traženja profesionalne psihološke pomoći, merene upitnikom (Šakotić-Kurbalija, 2011) konstruisanim za potrebe istraživačkog projekta čiji je deo i ovo istraživanje. Podaci su prikupljeni na uzorku od 2206 žena, različitog socio-ekonomskog statusa, starosti od 19 do 76 godina, koje žive na teritoriji Republike Srbije. Primenom višestruke regresione analize utvrđena je statistički značajna, ali niska povezanost između skupa strategija suočavanja sa stresom i namere traženja profesionalne psihološke pomoći ($R=0,30$; $F(14,1860)=13,06$, $p<0,001$). Kao samostalni značajni prediktori namere da se traži profesionalna pomoć izdvojile su se sledeće strategije: Traženje instrumentalne podrške ($\beta=.15$, $p<.01$), Poricanje ($\beta=-.15$, $p<.01$), Upotreba psihoaktivnih supstanci ($\beta=.12$, $p<.01$), Samookrivljavanje ($\beta=0,11$, $p<.01$), Religioznost ($\beta=.09$, $p<.01$), Ventiliranje ($\beta=.09$, $p<.01$), Odustajanje ($\beta=-.06$, $p<.05$) i Aktivno prevladavanje ($\beta=.06$, $p<.05$). Nalaze ovog istraživanja možemo interpretirati kao sposobnost ljudi da prevladavaju distres i bez profesionalne pomoći, ali i kao nedovoljno razvijenu svest o mogućnosti traženja i/ili dobijanja profesionalne psihološke pomoći. Takođe, može se pretpostaviti i da je namera da se traži profesionalna psihološka pomoć u znatno većoj meri određena nekim drugim faktorima, nego strategijama suočavanja sa stresom.

Ključne reči: strategije suočavanja sa stresom, prevladavanje stresa, profesionalna psihološka pomoć, namera traženja pomoći

*Istraživanje prikazano ovim radom predstavlja deo projekta “Efekti egzistencijalne nesigurnosti na pojedinca i porodicu u Srbiji”, koji finansira Ministarstvo prosvete i nauke Republike Srbije (DN 179022).

Uvod

Mada postoje različita određenja stresa, jedno od najprihvaćenijih je ono koje je dao Lazarus [1], a po kojem stres predstavlja odnos između osobe i okoline, i to takav odnos u kom osoba procenjuje situaciju kao previše zahtevnu, u poređenju s njenim resursima, ili kao preteću za njenu dobrobit. U skladu s ovim određenjem, suočavanje sa stresom predstavlja trajno promenljivo kognitivno i bihevioralno nastojanje da se izađe na kraj sa specifičnim spoljašnjim i/ili unutrašnjim zahtevima, koje osoba procenjuje kao opterećujuće ili u toj meri teške da nadilaze resurse kojima ona raspolaže. Suočavanje se odnosi na akciju čija je svrha savladavanje, redukovanje ili tolerisanje sukoba koji se javlja između osobe i sredine. Pri tom, izbor strategija suočavanja sa stresom zavisi od procene pretnje i procene resursa koji su na raspolaganju osobi za suočavanje sa pretnjom [1].

Najpoznatiju i najčešće korišćenu podelu strategija suočavanja sa stresom je, takođe, dao Lazarus, razvrstavši sve strategije u dve grupe: suočavanje usmereno na problem i suočavanje usmereno na emocije, u odnosu na to šta je njihova funkcija: rešavanje problema ili regulacija emocija [1]. Ove dve vrste prevladavanja, različite po funkciji, nazivane su još i ovladavanje nasuprot traženju značenja ili primarna kontrola nasuprot sekundarnoj kontroli; a pojedini autori ovim dvema grupama prevladavanja (usmerenim na problem i usmerenim na emocije), dodaju, kao treću, prevladavanje usmereno na izbegavanje, koje podrazumeva fizičko ili psihološko udaljavanje od stresora [2].

Savremene konceptualizacije suočavanja sa stresom, uz opšteprihvaćeni mehanizam suočavanja usmerenog na problem, ističu i dimenzije Traženje socijalne podrške i Suočavanje izbegavanjem, a u prilog postojanju ova tri mehanizma suočavanja govore rezultati meta-analize postojećih teorija i instrumenata namenjenih merenju suočavanja [3]. Jasno se može uočiti povezanost strategija suočavanja usmerenog na emocije sa dimenzijama Traženje socijalne podrške i Izbegavanje. Suočavanje usmereno na emocije se sastoji od različitih podtipova suočavanja koji uključuju ispoljavanje emocija i traženje socijalne podrške, poricanje, potiskivanje, povlačenje u sebe i slično. Dimenzija Traženje socijalne podrške podrazumeva specifičan vid suočavanja usmerenog na emocije, gde se emocije smeštaju u kontekst socijalnih interakcija; dok se Suočavanje izbegavanjem može definisati kao mera koja odgovara potiskivanju, s tim da je u ovom slučaju reč o svesnom procesu, a ne o mehanizmu odbrane [3].

Carver, Scheier i Weintraub [4] su ustanovili da postoje dva faktora socijalne podrške: traženje socijalne podrške iz instrumentalnih razloga i traženje socijalne podrške iz emocionalnih razloga. Pri tom se prvo odnosi na traženje saveta, pomoći ili informacija, pa predstavlja suočavanje usmereno na problem; dok drugo (traženje podrške iz emocionalnih razloga) podrazumeva traženje moralne podrške, razumevanja, empatije, pa se može reći da ono predstavlja strategiju suočavanja usmerenu na emocije.

Neki autori [5] prave podelu i na aktivno i pasivno prevladavanje gde, u okviru prvog pojedinac aktivno pristupa samom stresoru i emocijama u vezi sa njim, a kod pasivnog prevladavanja pojedinac nastoji da se distancira od stresora i emocija koje ga prate.

U savremenoj literaturi je rasprostranjeno shvatanje da stres i različiti poremećaji nisu u direktnoj vezi, odnosno, da ne izaziva stres sam po sebi poremećaje, nego načini na koje se ljudi bore sa stresom [2]. Smatra se da efektivno suočavanje sa stresom vodi ka psihosocijalnoj adaptaciji, fizičkom i mentalnom zdravlju, a neefektivno suočavanje sa stresom ka fizičkim i mentalnim poremećajima [6].

Zotović [2] ističe da je za razumevanje prevladavanja stresa neophodno imati u vidu sledeće:

- ono podrazumeva svaki učinjeni napor, i ne mora biti “uspešan” akt;
- napor može biti i na kognitivnom planu, te ne mora biti vidljiv u ponašanju;
- neophodan preduslov za iniciranje prevladavanja je kognitivna procena situacije kao stresne.

Pojedini autori, koji istražuju faktore povezane sa traženjem profesionalne psihološke pomoći, među kojima su i Rickwood, Deane, Wilson i Ciarrochi [7], smatraju neopravdanim to što se literatura o strategijama suočavanja sa stresom i o traženju profesionalne psihološke pomoći razvija relativno nezavisno, te je njihova povezanost retko bila predmet istraživanja.

Niegocki [8] ukazuje na mogućnost da samo traženje psihološke pomoći predstavlja mehanizam prevladavanja stresa. Ona pretpostavlja da su ljudi koji su generalno skloni da pričaju drugim ljudima o svojim problemima skloniji i da traže profesionalnu psihološku pomoć. Utvrdila je da su, od ispitanih strategija suočavanja sa stresom, *Traženje socijalne podrške* i *Ventiliranje* u pozitivnoj, a *Poricanje*, *Konzumiranje psihoaktivnih supstanci*, *Bihevioralno neangažovanje* i *Samookrivljavanje* u negativnoj korelaciji sa namerom traženja psihološke pomoći. *Aktivno prevladavanje*, *Pozitivna reinterpretacija*, *Religioznost* i *Planiranje* su procenjeni kao adaptivne strategije suočavanja sa stresom, zbog pozitivne korelacije sa self-efikasnošću; dok su sa stavovima prema traženju profesionalne pomoći bili u niskoj korelaciji. Ovaj nalaz je interpretiran kao sposobnost ljudi da prevladavaju distres i bez profesionalne pomoći, što je u skladu sa nalazima ranijih istraživanja do kojih su došli Heppner, Leong i Gerstein [9].

Traženje socijalne podrške kao skala sadrži dve vrste prevladavanja: *Traženje instrumentalne podrške* (saveta, pomoći ili informacija) i *Traženje emocionalne podrške* (moralne podrške, empatije ili razumevanja). Prva predstavlja na problem usmereno, a druga na emocije usmereno prevladavanje. U praksi se često sreću istovremeno. Pri tome, *Traženje emocionalne podrške* može imati pozitivne efekte, npr. da se osoba koja je nesigurna, dobijanjem ove vrste podrške, osnaži i aktivno suoči sa stresorom preko nekog na

problem usmerenog prevladavanja. Međutim, *emocionalna podrška* može podstaći i *ventiliranje* osećanja, što se u istraživanjima pokazalo neadaptivnim [4].

Ustanovljeno je, takođe, da su izbegavajući mehanizmi prevladavanja u negativnoj korelaciji sa tolerancijom na stigmatu. Niegocki [8] pretpostavlja da je moguće da ljudi koji u prevladavanju stresa *koriste psihoaktivne supstance, poricanje, neangažovanost* ili *samookrivaljvanje*, osećaju snažnu stigmatizaciju; a da je, takođe, moguće i da se takvi ljudi boje da budu stigmatizovani od strane psihologa, zbog procene da su njihovi načini prevladavanja nezdravi i maladaptivni.

Radziwon [10] je utvrdio da su strategije suočavanja sa stresom koje sadrže primarnu kontrolu u pozitivnoj korelaciji sa namerom traženja profesionalne psihološke pomoći. Osnovna komponenta primarne kontrole [11] je *traženje pomoći od drugih* radi dobijanja direktne pomoći, ili podrške za rešavanje određenog problema. Osobe čija je strategija suočavanja sa stresom bila *neangažovanje*, nisu pokazale ni nameru da potraže profesionalnu psihološku pomoć.

Postoje i istraživanja koja pokazuju drugačije rezultate. Craft [12] je vršila istraživanje na populaciji osoba sa depresivnim simptomima i nije utvrdila značajnu povezanost između dobijanja socijalne podrške i namere traženja profesionalne psihološke pomoći.

Postoje nalazi koji ukazuju na značajnu povezanost između religioznosti i negativnih stavova prema traženju profesionalne pomoći, do kojih su došli na primer Allport i Ross [13], Batson, Flink, Schoenrade, Fultz i Pych [14], Batson, Naifeh i Pate [15], Fulton, Gorsuch i Maynard [16], Hunsberger [17] i McFarland [18]. Međutim, ispitujući relacije između religioznosti i stavova prema traženju profesionalne psihološke pomoći u Grčkoj, Lillions [19] nije utvrdio postojanje značajne povezanosti.

Allport [20] je razdvojio spoljašnju religioznost, koja nije vođena verom individue, nego je izazvana osećanjem krivice, anksioznosti i/ili spoljašnjim pritiscima, od unutrašnje. Park i Cohen [21] su utvrdili da je spoljašnja religioznost kao proces prevladavanja stresa manje efikasna nego unutrašnja. Flores, Hansdottir, Malcarne, Clements i Weisman [22], kao i Gall i Cornblat [23] tvrde da negativna veza sa Bogom (recimo preko doživljaja kažnjavanja, uskraćivanja) može da dovede do povećanog distresa.

U modelu traženja profesionalne psihološke pomoći sa sedam nivoa [24] Saunders i Bowersox navode da je prepoznavanje problema najvažniji preduslov za traženje ove vrste pomoći. Osoba će pre potražiti profesionalnu pomoć ukoliko uviđa da ima ozbiljan problem, mada na primer alkoholizam kao problem predstavlja izuzetak, jer u ovom stanju osoba ima oštećenje funkcije uviđanja.

Istraživanjem, koje su u našoj sredini sprovedi Šakotić-Kurbalija, Kurbalija i Oros [25] na uzorku od 680 žena, diskriminativnom analizom je utvrđena statistički značajna struktura razlika u strategijama suočavanja sa

stresom između ispitanica koje imaju nameru i onih koje nemaju nameru da traže profesionalnu psihološku pomoć. Pri tom je ustanovljeno da je za grupu žena koje imaju nameru da traže profesionalnu psihološku pomoć karakterističnija usmerenost na resurse drugih ljudi, samokritičnost i posedovanje pozitivnih iskustava u traženju pomoći od drugih ljudi.

Cilj istraživanja prikazanog ovim radom je bio da se utvrdi kako su strategije suočavanja sa stresom povezane sa namerom traženja profesionalne psihološke pomoći u našoj sredini.

Metod

Ispitano je 2206 žena, različitog socio-ekonomskog statusa, starosti od 19 do 76 godina ($AS=38.82$, $SD=9.01$). Ispitivanje je sprovedeno na teritoriji Republike Srbije, u većim gradovima, ali i manjim mestima i selima (46.7% ispitanih žena živi u Beogradu i Novom Sadu, dok 53.3% živi u manjim mestima i selima). U saradnji sa psiholozima - stručnim saradnicima, uzorak je prikupljen većim delom preko obdaništa i škola, a ispitanice koje nemaju decu su uključene preko ginekoloških ordinacija. Istraživanje je bilo dobrovoljno i anonimno. Ispitanice su upitnike dobijale u kovertama, nakon čega su ih popunjavale samostalno u svojim domovima i vraćale u zatvorenim kovertama.

Namera žena da traže profesionalnu psihološku pomoć je ispitana upitnikom koji obuhvata iskustva traženja pomoći u prošlosti i sadašnjosti, i nameru traženja profesionalne psihološke pomoći u budućnosti, kao i razloge zbog kojih ispitanica ima ili nema nameru da traži profesionalnu psihološku pomoć [26].

Za ispitivanje strategija suočavanja sa stresom, primenjena je Brief COPE skala [27], koja meri 14 načina suočavanja sa stresom: samoometanje, aktivno prevladavanje, poricanje, zloupotrebu psihoaktivnih supstanci (PAS), emocionalnu podršku, instrumentalnu podršku, bihevioralno neangažovanje, ventiliranje, pozitivno redefinisane, planiranje, humor, prihvatanje, religioznost i samookrivljivanje. Na podacima prikupljenim ovim istraživanjem, ustanovljena je zadovoljavajuća pouzdanost instrumenta merena Kronbahovim Alfa koeficijentom ($\alpha=0,85$).

U cilju utvrđivanja povezanosti navedenih 14 mehanizama prevladavanja stresa i namere traženja profesionalne psihološke pomoći, primenjena je višestruka regresiona analiza.

Rezultati

Skup analiziranih mehanizama prevladavanja stresa je statistički značajno povezan sa namerom traženja profesionalne psihološke pomoći, ali je povezanost niska: $R=0,30$ ($F(14, 1860) = 13.06$, $p<0,001$). Varijansa namere traženja psihološke pomoći koju objašnjavaju mehanizmi prevladavanja stresa iznosi 9%.

U Tabeli 1 su prikazani regresioni parametri i indikatori statističke značajnosti za sve prediktorske varijable.

Tabela 1. Rezultati višestruke regresione analize

Prediktorske varijable	B	SE B	β
Samoometanje	-.009	.028	-.008
Aktivno prevladavanje	.069	.036	.058*
Poricanje	-.135	.023	-.155**
Upotreba PAS	.131	.027	.124**
Traženje emocionalne podrške	-.049	.033	-.048
Traženje instrumentalne podrške	.147	.031	.147**
Odustajanje	-.065	.028	-.064*
Ventiliranje (ispoljavanje neg. osećanja)	.088	.026	.088**
Pozitivno redefinisane (reinterpretacija)	-.064	.036	-.054
Planiranje	.027	.037	.022
Humor	-.016	.021	-.020
Prihvatanje (rezigniranost)	-.010	.031	-.010
Religioznost	.070	.019	.091**
Samookrivljivanje	.100	.024	.107**
			$R^2=.09$
			$F(14, 1860)=13.06^{**}$

* $p < .05$; ** $p < .01$

Kao što se može videti u tabeli 1, od 14 ispitanih strategija suočavanja sa stresom, koje čine prediktorski skup, njih 8 su i samostalni značajni prediktori namere da se traži profesionalna pomoć; to su: Poricanje, Traženje instrumentalne podrške, Zloupotreba psihoaktivnih supstanci, Samookrivljivanje, Religioznost, Ventiliranje, Odustajanje i Aktivno prevladavanje.

Diskusija

Imajući u vidu nalaze ranijih istraživanja, možemo reći da su neki rezultati ovog istraživanja očekivani, ali ima i neočekivanih rezultata, koji su u suprotnosti sa ranijim nalazima.

Potpuno je bila očekivana negativna korelacija Poricanja i Bihevioralnog neangažovanja (odustajanja) sa namerom traženja psihološke pomoći. Na to su ukazivali i rezultati istraživanja do kojih su došli na primer Niegocki [8], Radziwon [10] i Šakotić-Kurbalija [26]. Sasvim je očekivano da osobe čija je strategija suočavanja sa stresom *neangažovanje* neće pokazati ni nameru da potraže profesionalnu psihološku pomoć. Takođe, osobe koje su sklone da ubeđuju sebe da se određena stresna situacija nije desila, ne mogu ni imati izraženu nameru da traže psihološku pomoć, jer je prvi korak u procesu potencijalnog traženja pomoći prepoznavanje da problem postoji [24].

Na osnovu nalaza dosadašnjih istraživanja, koje su sprovedi Niegocki [8] i Radziwon [10], ali i na osnovu nalaza istraživanja koje su sprovedi Šako-

tić-Kurbalija, Kurbalija i Oros u našoj sredini [25], potpuno je bila očekivana i pozitivna korelacija Traženja instrumentalne podrške i Ventiliranja sa namerom traženja psihološke pomoći.

Međutim, ostatak nalaza ovog istraživanja o samostalnim prediktorima namere traženja stručne pomoći nije u skladu sa rezultatima ranijih istraživanja.

U ovom istraživanju je utvrđena pozitivna korelacija Upotrebe psihoaktivnih supstanci sa namerom traženja stručne psihološke pomoći, što je suprotno od nalaza do kojih je došla Niegocki [8]. Pretpostavka, koju bi svakako trebalo proveriti, je da su ispitanici ova dva istraživanja, pri odgovorima na iste stavke, imali u vidu različite aspekte primenjenih varijabli. U prvom *zloupotrebu*, koja može da postane primarni problem usled kog se ljudi ne javljaju za pomoć [24] i usled koga razlog za netraženje profesionalne pomoći može da bude stigmatizacija [8], a u ovom istraživanju su se fokusirali na *upotrebu* psihoaktivnih supstanci, kao reakciju na neki drugi primarni problem.

Dobijen nalaz da Samookrivljavanje pozitivno korelira sa namerom traženja profesionalne psihološke pomoći u suprotnosti je sa nalazima do kojih je došla Niegocki [8] da ovaj mehanizam spada u izbegavajuće, ali je u skladu sa nalazima istraživanja u našoj sredini do kojih su došli Šakotić-Kurbalija, Kurbalija i Oros [25]. Pretpostavlja se da i u ovom slučaju postoji razlika u shvatanju primenjenih varijabli od strane ispitanika u ovom, nasuprot ispitanicima iz navedenog istraživanja. Moguće je da ljudi u našoj sredini Samookrivljavanje doživljavaju kao samokritičnost, introspektivnost i samoodgovornost, pa ih to motiviše na rešavanje, a ne bežanje od problema. Pretpostavku o specifičnosti shvatanja samookrivljavanja ljudi u našoj sredini bi trebalo proveriti u daljim istraživanjima.

Takođe bi bilo zanimljivo istražiti međusobnu povezanost Samookrivljavanja i Religioznosti, s obzirom da je u ovom radu utvrđena pozitivna korelacija oba mehanizma sa namerom traženja stručne psihološke pomoći, a na osnovu nalaza istraživanja koje su sproveli Flores, Hansdottir, Malcarne, Clements i Weisman [22], kao i Gall i Cornblat [23], gde je utvrđena veza između krivice kao problematičnog aspekta spoljašnje religioznosti, i distresa.

Naime, možda treba razmotriti da li se radi o tome da neke vrste religioznosti utiču na normalizovanje osećanja krivice, pri čemu to kod nekih ljudi ipak izaziva dovoljno intenzivan distres za obraćanje profesionalcima radi traženja/dobijanja pomoći. Ova pretpostavka je u skladu sa nalazima istraživanja nekih autora [22,23].

Dakle trebalo bi istražiti više da li nekoga ko sebe krivi za problem a izražava nameru traženja stručne psihološke pomoći, na to motiviše konstruktivna samokritičnost i doživljaj samoodgovornosti, ili doživljeni distres.

Što se tiče zasebne korelacije Religioznosti sa namerom traženja stručne psihološke pomoći, u ovom istraživanju je pokazana pozitivna povezanost; nalazi istraživanja do kojih su došli, na primer, Allport i Ross [13],

Batson, Flink, Schoenrade, Fultz, i Pych [14], Batson, Naifeh i Pate [15], Fulton, Gorsuch i Maynard [16], Hunsberger [17] i McFarland [18], govore o negativnoj povezanosti, dok ima i istraživanja koja pokazuju da ne postoji značajna povezanost [19]. Ove razlike možda mogu da objasne kulturološke specifičnosti. Možda je specifičnost religioznosti u našoj sredini takva da su ljudi koji neguju ovu vrstu duhovnosti, otvoreni i za traženje/dobijanje profesionalne psihološke pomoći, kao prakse koja bi podsticala lični rast. Moguće je da ovaj deo populacije ne traži pomoć samo radi rešavanja nekakvih problema, nego možda i radi učenja kako da poveća lično blagostanje.

Neočekivani nalaz je i pozitivna korelacija između Aktivnog prevladavanja i namere traženja stručne psihološke pomoći. Za razliku od interpretacije svog nalaza o niskoj povezanosti koji je dobila Niegocki [8], da to govori o sposobnosti samostalnog prevladavanja problema bez stručne pomoći, u ovom radu je moguće dobijeni nalaz tumačiti kao pokazatelj da jedan deo ljudi koji su direktno usmereni prema rešavanju svojih problema, vide upravo stručnu psihološku pomoć kao potencijalno rešenje.

Zaključak

Nalaz da je skup analiziranih mehanizama prevladavanja stresa, u celini, statistički značajno povezan sa namerom traženja profesionalne psihološke pomoći, ali da je u pitanju niska korelacija, možemo interpretirati kao sposobnost ljudi da prevladavaju distres i bez profesionalne pomoći, što je u skladu sa zaključcima nekih ranijih istraživanja, a na osnovu nalaza do kojih su došli Heppner, Leong i Gerstein [9]. Međutim, dobijene rezultate možemo interpretirati i kao nedovoljno razvijenu svest o samoj mogućnosti kao i o konkretnoj korisnosti od traženja/dobijanja profesionalne psihološke pomoći. Da ima smisla raditi na približavanju profesionalne psihološke pomoći građanima, potencijalnim korisnicima, kroz kvalitetno informisanje, sugerišu i rezultati istraživanja gde je potvrđena pozitivna korelacija informisanosti i pozitivnog stava prema traženju profesionalne podrške [28] (Zartaloudi & Madianos, 2010). Pored toga, pri planiranju promovisanja profesionalne psihološke pomoći, treba imati u vidu i nalaze istraživanja koje su sprovedli različiti autori (npr. Corrigan i Rusch, [29]; Cooper, Corrigan, & Watson, [30]; Corrigan, [31]; Barney, Griffiths, Jorm, & Christensen, [32]; Pattyn, Verhaeghe, Sercu, & Bracke, [33]), a koji dosledno izveštavaju o visokoj negativnoj korelaciji stigmatizacije i namere traženja pomoći; kao i nalaze do kojih su došli Omarzu, [34]; Vogel & Wester, [35]), a koji pokazuju da osobe koje negativno percipiraju traženje profesionalne pomoći očekuju znatno više rizika i negativnih posledica, u poređenju sa očekivanjem korisnosti.

Kako se i socio-ekonomski status dosledno izdvaja kao značajan prediktor spremnosti za traženje profesionalne psihološke pomoći, i u inostranstvu [36-38], a i u našoj sredini [39], potrebno je pri informisanju građana posebno isticati mogućnost dobijanja besplatne profesionalne psihološke pomoći.

Na samom kraju, može se zaključiti da je namera da se traži profesionalna psihološka pomoć u znatno većoj meri određena nekim drugim faktorima, nego strategijama suočavanja sa stresom, te da se u daljim istraživanjima, pored faktora koji doprinose traženju pomoći, treba usmeriti i na faktore koji doprinose odustajanju od traženja profesionalne psihološke pomoći.

THE RELATIONSHIP BETWEEN COPING STRATEGIES AND THE INTENTION TO SEEK PROFESSIONAL PSYCHOLOGICAL HELP

Jelena Šakotić-Kurbalija¹, Irina Šanta² i Dragan Kurbalija³

¹University of Novi Sad, Faculty of Philosophy,
Department of Psychology

²Elementary and High School "Petro Kuzmjak", Ruski Krstur

³Agricultural School with Dormitory, Futog

Abstract: Coping strategies represent everything that person do in attempt to deal with (external or internal) physical, psychological, or social threats. According to some authors psychological help-seeking also represent a coping mechanism. This paper presents and discusses the research results aimed to determine the correlation between the coping strategies, measured by Brief COPE Scale (Carver, 1997), and the intention to seek professional psychological help, measured by a questionnaire (Šakotić-Kurbalija, 2011) constructed for the purposes of the broader research project that includes this study. Data were collected on a sample of 2206 women of diverse socio-economic status (19 to 76 years), from the Republic of Serbia. The results of multiple regression analysis are showing statistically significant but low correlation between the set of coping strategies and the help-seeking intentions ($R=0.30$; $F(14,1860)=6.13$, $p<0.001$). Individual predictors of help-seeking intentions were: Seeking of Instrumental Social Support ($\beta=.15$, $p<.01$), Denial ($\beta=-.15$, $p<.01$), Use of psychoactive substances ($\beta=.12$, $p<.01$), Self-blame ($\beta=.11$, $p<.01$), Religion ($\beta=.09$, $p<.01$), Focus on and Venting of Emotions ($\beta=.09$, $p<.01$), Behavioral Disengagement ($\beta=-.06$, $p<.05$) and Active Coping ($\beta=.06$, $p<.05$). Low correlation between the set of coping strategies and the help-seeking intentions can be interpreted as a result of one's ability to deal with distress without professional help, as well as the lack of awareness about the benefits of professional psychological help. It can also be assumed that the intention to seek professional psychological help is determined by some factors other than coping strategies.

Key words: coping strategies, coping with stress, professional psychological help, help-seeking intentions

Literatura

1. Lazarus RS, Folkman, S. Stres, procjena i suočavanje. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2004.
2. Zotović M. Prevladavanje stresa - konceptualna i teorijska pitanja sa stanovišta transakcionističke teorije. Psihologija. 2004;37(1):5-32.
3. Hudek-Knežević J i Kardum I. Psihosocijalne odrednice tjelesnog zdravlja: Stres i tjelesno zdravlje. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2006.
4. Carver CS, Scheier M F & Weintraub J K. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. J Pers Soc Psychol. 1989;56:267-83.
5. Connor-Smith J K & Compas B E. Vulnerability to social stress: Coping as a mediator or moderator of sociotropy and symptoms of anxiety and depression. Cognit Ther Res. 2002;26(1):39-55.
6. Aydın KB. Strategies for coping with stress as predictors of mental health. Journal of Human Sciences. 2010;7(1):534-48.
7. Rickwood D, Deane FP, Wilson CJ, Ciarrochi J. Young people's help-seeking for mental health problems. Australiane e-Journal for the Advancement of Mental Health. 2005;4(3):218-51.
8. Niegocki KL. Coping behaviors, self-efficacy and attitudes toward seeking professional psychological help [dissertation]. Muncie, Indiana: Ball state university; 2010.
9. Heppner PP, Leong FTL, Gerstein LH. Counseling within a changing world: Meeting the psychological needs of societies and the world. In: Walsh WB, editor. Biennial review in counseling psychology. Thousand Oaks, CA: Sage; 2008. p. 231-58.
10. Radziwon CD. Help-seeking intentions in adolescents: links to attachment, distress, and coping [dissertation]. The Pennsylvania State University; 2009.
11. Connor-Smith JK, Compas BE, Wadsworth ME, Thomsen AH, Saltzman H. Response to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. J Consult Clin Psychol. 2000;68(6):976-92.
12. Craft BJ. Social support, coping and help-seeking attitudes: decisions to seek treatment for symptoms of depression [dissertation]. Linkoln: University of Nebraska; 1993.
13. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. J Pers Soc Psychol. 1967;5(4):432-43.
14. Batson CD, Flink CH, Schoenrade PA, Fultz J, Pych V. Religious orientation and overt versus covert racial prejudice. J Pers Soc Psychol. 1986;50(1):175-81.
15. Batson CD, Naifeh SJ, Pate S. Social desirability, religious orientation, and racial prejudice. J Sci Study Relig. 1978;17(1):31-41.

16. Fulton AS, Gorsuch RL, Maynard EA. Religious orientation, anti-homosexual sentiment, and fundamentalism among Christians. *J Sci Study Relig.* 1999;38(1):14-22.
17. Hunsberger B. Religion and prejudice: the role of religious fundamentalism, quest, and right-wing authoritarianism. *Journal of Social Issues.* 1995;51(2):113-29.
18. McFarland SG. Religious orientations and the targets of discrimination. *J Sci Study Relig.* 1989;28(3):324-36.
19. Lillions EN. The relationship between attitudes toward seeking professional psychological help, religious orientation, and Greek Orthodox religiosity [dissertation]. Iowa City (IA): University of Iowa; 2010.
20. Allport GW. Pattern and growth in personality. Oxford, England: Holt, Reinhart and Winston; 1961.
21. Park CL, Cohen L. Religious and non-religious coping with the death of a friend. *Cognit Ther Res.* 1993;17(6):561-77.
22. Flores BA, Hansdottir I, Malcarne VL, Clements PJ, Weisman MH. God control beliefs and physical and psychosocial outcomes in chronic illness. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association; San Francisco (CA). 1998.
23. Gall TL, Cornblat MW. Breast cancer survivors give voice: A qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psychooncology.* 2002;11(6):524-35.
24. Saunders S, Bowersox N. The process of seeking treatment for mental health problems. *Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice.* 2007;4(2):99-123.
25. Šakotić-Kurbalija J, Kurbalija D, Oros M. Strategije suočavanja sa stresom onih koji imaju nameru da traže profesionalnu psihološku pomoć. Drugi kongres psihoterapeuta Srbije: Odnosi u psihoterapiji; 2012 Okt 25-28; Beograd, Srbija: Savez društava psihoterapeuta Srbije, Zbornik rezimea na CD-u, 2012:103.
26. Šakotić-Kurbalija J. Karakteristike bračnog odnosa i traženje psihološke pomoći [doktorska disertacija]. Novi Sad: Filozofski fakultet; 2011.
27. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *Int J Behav Med.* 1997;4(1):92-100.
28. Zartaloudi A & Madianos MG. Mental health treatment fearfulness and help-seeking. *Issues Ment. Health Nurs.* 2010;31:662-9.
29. Corrigan PW & Rüsch N. Mental illness stereotypes and clinical care: Do people avoid treatment because of stigma? *Psychiatric Rehabilitation Skills* 2002;6:312-34.
30. Cooper AE, Corrigan PW & Watson AC. Mental illness stigma and care seeking. *The J Nerv Ment Dis.* 2003;191:339-41.
31. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol.* 2004;59(7):614-31.

32. Barney LJ, Griffiths KM, Jorm AF & Christensen H. Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40:51-54.
33. Pattyn E, Verhaeghe M, Sercu C & Bracke P. Public stigma and self-stigma: Differential association with attitudes toward formal and informal help seeking. *Psychiatr Serv*. 2014;65:232-38.
34. Omarzu J. A disclosure decision model: Determining how and when individuals will self-disclose. *Pers Soc Psychol Rev*. 2000;4:174-85.
35. Vogel DL & Wester SR. To seek help or not to seek help: The risks of self-disclosure. *J Couns Psychol*. 2003;50:351-61.
36. Shea M & Yeh CJ. Asian American students' cultural values, stigma, and relational self-construal: Correlates of attitudes toward professional help seeking. *J Ment Health Couns*. 2008;30:157-71.
37. Gonzalez JM, Alegría M, Prihoda TJ, Copeland LA & Zeber JE. How the relationship of attitudes toward mental health treatment and service use differs by age, gender, ethnicity/race and education. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46:45-57.
38. Yousaf O, Grunfeld EA & Hunter MS. A systematic review of the factors associated with delays in medical and psychological help-seeking among men. *Health Psychol Rev*. 2015;9:264-76.
39. Ruskovski V, Šakotić-Kurbalija J, Kurbalija D. Povezanost sociodemografskih varijabli i bračnog lokusa kontrole sa traženjem profesionalne psihološke pomoći. Četvrti kongres psihoterapeuta Srbije: Razvoj i psihoterapija. 30.10-02.11. 2014; Beograd, Srbija: Savez društava psihoterapeuta Srbije, Zbornik rezimea na CD-u. 2014:57.

Dr sci Jelena ŠAKOTIĆ KURBALIJA, psiholog, psihoterapeut, docent
Odseka za psihologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Novom Sadu

Dr Jelena ŠAKOTIĆ KURBALIJA, psychologist, psychotherapist,
Department of Psychology, School of Philosophy, University of Novi Sad,
Novi Sad, Serbia

E-mail: jelenasakotickurbalija@ff.uns.ac.rs

ISPITIVANJE STEPENA TRAUME I UTICAJA ZLOSTAVLJANJA I ZANEMARIVANJA NA DIMENZIJE LIČNOSTI ADOLESCENATA

**Roberto Grujičić¹, Marko Kalanj², Jelena Radosavljev Kirčanski^{2,3},
Željka Košutić², Milica Pejović Milovančević^{1,2}**

¹Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

²Institut za mentalno zdravlje, Beograd

³Fakultet za medije i komunikaciju, Univerzitet Singidunum, Beograd

Apstakt: Uvod: Zlostavljanje i zanemarivanje dece i adolescenata ostavlja višestruke i dugotrajne posledice na fizičko i mentalno zdravlje, razvoj i budući život deteta. Od posebne važnosti su posledice koje zlostavljanje i zanemarivanje ostavljaju na ličnost osobe. **Cilj rada:** Utvrđivanje stepena traume, kao i razlike u crtama ličnosti adolescenata koji su na psihijatrijskom lečenju i istovremeno registrovani u Kabinetu za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja, u odnosu na adolescente koji se psihijatrski leče i nisu zlostavljani, kao i na kontrolnu grupu. **Materijal i metode:** U studiji su učestvovali tri grupe ispitanika: zlostavljani adolescenti, adolescenti na psihijatrijskom lečenju i kontrolna zdrava grupa. Svi ispitanici su anonimno popunjavali Opšti upitnik sa osnovnim sociodemografskim podacima, Upitnik o traumama iz detinjstva (*Childhood Trauma Questionnaire* – CTQ) i Upitnik za procenu temperamenta i karaktera adolescenata (*Temperament and Character Adolescent Inventory* – ATCI - 46). **Rezultati:** Postoji statistička razlika između grupa, u svim vrstama zlostavljanja: fizičkom, emocionalnom, seksualnom zlostavljanju te fizičkom i emocionalnom zanemarivanju ($p < 0.001$). Adolescenti na psihijatrijskom lečenju imaju značajno niže vrednosti na dimenziji Perzistencije ($p < 0.01$), dok zlostavljani adolescenti imaju niže vrednosti na dimenziji Izbegavanja opasnosti ($p < 0.05$) od druge dve ispitivane grupe. Analizom celokupnog uzorka pokazali smo i negativnu povezanost između zlostavljanja u celini i Self-transcendencije, kao i negativnu povezanost između fizičkog zlostavljanja i Samousmerenosti. **Zaključak:** Zlostavljanje i zanemarivanje u detinjstvu i adolescenciji predstavljaju značajan uzrok traumatizma, pri čemu mogu dovesti do raznolikog spektra psihopatoloških poremećaja i promena u strukturi ličnosti.

Ključne reči: *Zlostavljanje i zanemarivanje, adolescencija, ATCI, CTQ, temperament, karakter*

Uvod

Zlostavljanje i zanemarivanje dece, pojava poznata dugo koliko i civilizacija, ostavlja višestruke i dugotrajne posledice na fizičko i mentalno zdravlje, razvoj i budući život deteta. Kroz istoriju se prepoznaju različiti vidovi zlostavljanja, od blažih, fizičkih kazni, do onih najekstremnijih koje su dovodile do smrti deteta [1]. Uprkos tome ovaj problem je ostao dugo vremena neprepoznat, sve do šezdesetih godina prošlog veka, kada je Henri Kemp, australijski pedijatar, prvi put upotrebio termin "Sindrom pretučenog deteta" ističući i opisujući destruktivnost i drastičnost ove pojave [2]. Danas se zlostavljanje i zanemarivanje prepoznaje kao globalan problem (društveni, psihološki i zdravstveni), koji se prema savremenim konceptima prepoznaje kao fizičko, seksualno i emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje. U novije vreme opisuju se i vršnjačko nasilje, digitalno nasilje, a svedok porodičnom nasilju se posmatra kao odvojeni fenomen lošeg postupanja prema deci. Ova podela je izvršena iz didaktičkih razloga, ali činjenica je da se svi vidovi zlostavljanja međusobno prožimaju i retko javljaju samostalno [3].

Pored saobraćajnog traumatizma, zlostavljanje/zanemarivanje predstavlja vodeći uzrok bolesti i smrti u detinjstvu, a značajno je i zbog dugotrajnih efekata na psihofizičko zdravlje i socijalno funkcionisanje deteta, koji se mogu protezati i u sledeće generacije putem mehanizma tzv. međugeneracijskog prenošenja nasilja [3].

Poslednjih godina rađena su istaživanja na deci i adolescentima koja su ukazala na velike posledice koje svi tipovi zlostavljanja ostavljaju po dalji psihički, kognitivni i emocionalni razvoj osobe [4]. Istraživanja su se najčešće bazirala na seksualnom, a nešto manje na fizičkom zlostavljanju. Studije zlostavljanih adolescenata ukazuju na to da je zlostavljanje značajno povezano sa mnogim navikama i stanjima koji remete buduće zdravlje: zloupotrebom alkohola i psihoaktivnih supstanci u mlađem i starijem dobu, ranim i neželjenim trudnoćama, kognitivnim deficitima, povećanim rizikom od suicida i različitom drugom psihopatologijom [5-8].

Od posebne važnosti su posledice koje zlostavljanje i zanemarivanje ostavljaju na ličnost osobe u odraslom dobu, što su mnoge studije potvrdile [9-12]. Ove studije pokazuju da je značajno veća prevalencija različitih vrsta poremećaja ličnosti u populaciji koja je iskusila neki vid zlostavljanja u detinjstvu ili adolescenciji. Međutim, mnoge od tih studija su retrospektivnog karaktera i sprovedene su na odrasloj populaciji, pa su podaci o uticaju traume na promene u crtama ličnosti kod dece i adolescenata vrlo retki i nekonzistentni.

Zbog svega navedenog, cilj našeg rada bio je da utvrdimo stepen traume, kao i razlike u crtama ličnosti adolescenata koji su na psihijatrijskom lečenju i istovremeno registrovani u Kabinetu za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja Instituta za mentalno zdravlje (u daljem tekstu Kabinet), u odnosu na adolescente koji se psihijatrijski leče, a nisu zlostavljani i u odnosu na kontrolnu grupu zdravih adolescenata.

Materijal i metode

Ispitanici

U našoj studiji učestvovalo je tri grupe ispitanika: psihijatrijski lečeni adolescenti registrovani u Kabinetu, psihijatrijski lečeni adolescenti koji nisu zlostavljani i adolescenti iz opšte populacije.

Prvu grupu ovog istraživanja sačinjavalo je 44 ispitanika – adolescenta (uzrasta od 12-18 godina, $M=14.90$, $SD=1.37$) koji su u Kabinetu registrovani u skladu sa Posebnim protokolom sistema zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja Ministarstva zdravlja Republike Srbije. Istraživanje je odobreno od strane Etičkog komiteta Instituta za mentalno zdravlje u Beogradu. Svi adolescenti i njihovi roditelji su potpisali saglasnost za učešće u ovoj dobrovoljnoj i anonimnoj studiji.

Drugu grupu sačinjavalo je 19 ispitanika (uzrasta od 12-18 godina, prosečan uzrast $M=16.52$ $SD=1.12$) koji se psihijatrijski leče u Institutu za mentalno zdravlje u Beogradu. Pre sprovedenog ispitivanja, adolescenti i njihovi roditelji su potpisali saglasnost za učešće.

Treću grupu sačinjavalo je 86 ispitanika (uzrasta od 14 do 18 godina, $M=16.09$, $SD=1.29$), učenika Gimnazije “Vuk Karadžić” u Loznici, uz odobrenje direktora škole. Svi učesnici su dobrovoljno prihvatili učešće i anonimno su popunili upitnike.

Instrumenti

1. Opšti upitnik, sastavljen za potrebe našeg istraživanja, koji je sadržao opšte sociodemografske podatke ispitanika, istoriju sukoba u porodici, kao i istoriju nekih psihijatrijskih bolesti.
2. Upitnik o traumama iz detinjstva (*Childhood Trauma Questionnaire – CTQ*) [13,14] koji je služio za procenu fizičkog (FZ), seksualnog (SZ) i emocionalnog zlostavljanja (EZ), kao i fizičkog (FZN) i emocionalnog zanemarivanja (EZN). Sadržao je ukupno 26 pitanja, a na ponuđene tvrdnje ispitanici su odgovarali zaokruživanjem željene vrednosti od 1 do 5 na petostepenoj skali Likertovog tipa.
3. Upitnik za procenu temperamenta i karaktera (*Temperament and Character Inventory – TCI – 80*) [15] koji se zasniva na Klonindžerovom, psihobiološkom, sedmodimenzionalnom modelu ličnosti i meri crte temperamenta i karaktera. Prvobitno je napravljen za odrasle, a posle i adaptiran za decu (JTCI). Nakon toga je isti test skraćen i adaptiran za adolescente (*Adolescent Temperament and Character Inventory – ATCI – 46*) (16) i predstavlja upitnik koji smo koristili u ovom istraživanju. Tvrdnje su grupisane u četiri skale temperamenta: Potraga za novinama (*Novelty Seeking – NS*), Zavisnost od nagrade (*Reward Dependence – RD*), Izbegavanje opasnosti (*Harm Avoidance – HA*) i Perzistencija (*Persistence – P*), kao i tri skale karaktera: Samousmerenost (*Self-directedness – SD*), Kooperativnost (*Cooperativeness – C*) i Self-transcendencija (*Self-*

transcendence – ST). Na svaku tvrdnju ispitanici su odgovarali zaokruživanjem brojeva od 1 do 5 na petostepenoj skali Likertovog tipa.

Rezultati

Deskriptivna statistička analiza prikazana je u Tabelama 1. i 2. Kada uzmemo u obzir granične vrednosti, koje su se pokazale najsenzitivnije za sve pripadajuće varijable zlostavljanja i zanemarivanja [13,14], grupa zlostavljanih ispitanika je u značajnom procentu iznad graničnih vrednosti (FZ=61,4%; EZ=72,7%; SZ=52,3%; EZN=77,3%; FZN=50,0%), u poređenju sa grupom adolescenata koji su psihijatrijski lečeni (FZ=26,3%; EZ=42,6%, SZ=21,1%; EZN=36,8%, FZN=26,3%) i sa opštom grupom (FZ=8,1%; EZ=22,1%; SZ=5,8%; EZN=32,6; FZN=11,6%).

Analizom varijanse je pokazano da postoji statistički visoko značajna razlika između grupa, u svim merenim tipovima zlostavljanja: fizičko zlostavljanje (Welch's F (2, 36.626)= 17.464 p<0.001), emocionalno zlostavljanje (Welch's F (2, 44.214)= 19.981 p<0.001), seksualno zlostavljanje (Welch's F (2, 38.174)= 8.126 p<0.001), emocionalno zanemarivanje (Welch's F (2, 46.009)= 19.338 p<0.001) i fizičko zanemarivanje (Welch's F (2, 41.636)= 13.681 p<0.001), a *Post hoc* testovi (*Games-Howell*) potvrđuju da se zlostavljana populacija razlikuje u odnosu na druge dve populacije.

Tabela 1. Deskriptivne statističke mere zlostavljanja i zanemarivanja i rezultati analize varijanse pri poređenju između grupa.

Varijabla	Grupa	M	SD	Min	max
	Zlostavljeni	13.13	6.10	3.00	25.00
Fizičko zlostavljanje (FZ)	psihijatrijska kontrola	8.84	3.13	5.00	15.00
	zdrava kontrola	7.09	2.92	5.00	17.00
	Zlostavljeni	11.22	6.50	5.00	25.00
Emocionalno zlostavljanje (EZ)	psihijatrijska kontrola	6.63	2.87	5.00	16.00
	zdrava kontrola	5.50	1.36	5.00	13.00
	Zlostavljeni	8.29	5.31	4.00	23.00
Seksualno zlostavljanje (SZ)	psihijatrijska kontrola	5.63	1.38	5.00	9.00
	zdrava kontrola	5.17	.87	5.00	11.00
	Zlostavljeni	14.06	5.39	5.00	23.00
Emocionalno zanemarivanje (EZN)	psihijatrijska kontrola	9.26	3.79	5.00	16.00
	zdrava kontrola	8.39	3.70	5.00	22.00
	Zlostavljeni	9.02	4.47	5.00	21.00
Fizičko zanemarivanje (PZN)	psihijatrijska kontrola	6.36	1.46	5.00	9.00
	zdrava kontrola	5.60	1.22	5.00	10.00
	zlostavljeni	55.75	21.70	25.00	104.00
Ukupan skor na skali zlostavljanja	psihijatrijska kontrola	36.73	9.28	26.00	63.00
	zdrava kontrola	31.76	7.52	25.00	59.00

Analizom varijanse pokazano je da postoji značajna razlika između grupa na dimenziji Perzistencije (P) (F (2.135) = 5.076 p<0.01) i Izbegavanja

opasnosti (HA) (Welch's $F(2, 37.96) = 3.993$ $p < 0.05$). *Post hoc* testovi (*Games-Howell*) su pokazali da se na dimenziji P razlikuje psihijatrijska grupa od druge dve grupe, a da se na dimenziji HA razlikuje zlostavljana grupa od psihijatrijske i opšte. Psihijatrijska grupa ima značajno niže vrednosti na dimenziji P od druge dve grupe, dok zlostavljana grupa ima značajno niže vrednosti na dimenziji HA.

Tabela 2. Deskriptivne statistike mera temperamenta i karaktera i rezultati analize varijanse pri poređenju između grupa

Varijabla	Grupa	M	SD	Min	max
Potraga za novinama	zlostavljani	15.67	5.23	5.00	25.00
	psihijatrijska kontrola	13.72	4.48	4.00	21.00
	zdrava kontrola	15.67	3.81	8.00	25.00
Izbegavanje opasnosti	zlostavljani	18.38	5.26	8.00	30.00
	psihijatrijska kontrola	19.00	7.45	6.00	29.00
	zdrava kontrola	21.05	5.11	7.00	30.00
Zavisnost od nagrade	zlostavljani	22.08	5.11	4.00	30.00
	psihijatrijska kontrola	22.11	5.54	10.00	29.00
	zdrava kontrola	21.69	3.52	13.00	29.00
Perzistencija	zlostavljani	23.32	5.81	6.00	30.00
	psihijatrijska kontrola	19.77	5.78	6.00	28.00
	zdrava kontrola	23.89	4.44	11.00	30.00
Samousmerenost	zlostavljani	20.23	6.26	5.00	30.00
	psihijatrijska kontrola	18.27	6.66	6.00	30.00
	zdrava kontrola	21.29	4.98	10.00	30.00
Kooperativnost	zlostavljani	23.91	5.33	4.00	30.00
	psihijatrijska kontrola	23.77	3.55	15.00	29.00
	zdrava kontrola	24.15	3.74	9.00	30.00
Self-transcendencija	zlostavljani	18.41	6.61	5.00	30.00
	psihijatrijska kontrola	18.44	5.69	8.00	27.00
	zdrava kontrola	20.65	5.37	8.00	30.00

Merenjem korelacije između mera zlostavljanja, zanemarivanja i dimenzija ličnosti na celokupnom uzorku i sve tri grupe pojedinačno, dobili smo negativnu povezanost, malog intenziteta, između ukupnog skora na CTQ i Self-transcendencije (ST) ($p = -0.384$, $p = 0.03$). Takođe, uočili smo i negativnu povezanost, malog inteziteta, između fizičkog zanemarivanja i Samousmerenosti (SD) u uzorku iz kontrolne grupe ($p = -0.229$, $p = 0.03$).

Diskusija

Rezultati ove studije potvrđuju naše inicijalne hipoteze, da su adolescenti koji su registrovani pri Kabinetu za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja Instituta za mentalno zdravlje pretrpeli značajno veće traume od druge dve ispitivane grupe, kao i da mnogo češće prijavljuju pretrpljeno zlostavljanje i zanemarivanje. Prisustvo svih vrsta zlostavljanja je značajno češće u ovoj grupi, što, sudeći po velikom broju studija, može imati velike posledice po njihovo psihičko, fizičko i socijalno blagostanje u budućnosti [10,11,17,18]. Uzimajući u obzir granične vrednosti, koje su se pokazale najsenzitivnije za sve pripadajuće varijable, uočavamo da su se određeni

tipovi zlostavljanja javljali u sve tri ispitivane grupe (EZN i FZ), međutim u mnogo većem procentu u zlostavljanoj i psihijatrijskoj grupi u odnosu na kontrolnu. Naši rezultati, takođe, ukazuju na to da su u našoj zemlji emocionalno zlostavljanje i emocionalno zanemarivanje dva najučestalija traumatska iskustva adolescenata, odmah praćena učestalošću fizičkog zlostavljanja i zanemarivanja. Ovaj nalaz je u skladu sa većinom studija koje su istraživale učestalost različitih vidova zlostavljanja kod dece i adolescenata [19-21].

Analizom temperamenta i karaktera tri različite grupe, pokazali smo da zlostavljana grupa ima značajno niže vrednosti na dimenziji Izbegavanja opasnosti (*Harm avoidance* – HA). HA je jedna od četiri dimenzije karaktera, prema Klonindžerovom psihobiološkom modelu ličnosti i niske vrednosti na ovoj dimenziji pokazale su se kao značajni prediktorni faktori za rano započinjanje konzumacije alkohola i narkotika, kao i za razvijanje antisocijalnog poremećaja ličnosti [22-24]. Pokazano je da visoke vrednosti na ovoj dimenziji određuju visok stepen agresije i impulsivnosti, stoga možemo pretpostaviti da osobe sa niskim skorom HA, što je slučaj sa našom zlostavljanom grupom, ne iniciraju konflikte koji bi potencijalno vodili nasilju, ili ih pak potiskuju [25]. Takvo reagovanje potencijalno se može objasniti njihovim prethodnim traumatskim iskustvima, povezanim sa dugoročnim trpljenjem nasilja. Pronašli smo i da populacija adolescenata koja je na psihijatrijskom lečenju ima značajno niže vrednosti na dimenziji Perzistencije (*Persistence* – P) od druge dve grupe, što potencijalno može biti okidač za različite oblike rizičnog ponašanja koji ugrožavaju zdravlje pojedinca (brza vožnja, korišćenje psihoaktivnih supstanci), kao i značajan faktor rizika za nastanak teških depresivnih poremećaja [26-28].

Kroz analizu celokupnog uzorka, na sve tri grupe, našli smo statistički značajnu negativnu povezanost između povećanog stepena traume u detinjstvu i niske Self-transcendencije (*Self-transcendence* – ST). Ovakva povezanost je nađena i prilikom analize karaktera depresivnih pacijenata i pacijenata sa anksioznošću [29]. Ovakav nalaz je razuman s obzirom na to da su glavne karakteristike osoba sa niskom ST: socijalna izolovanost, objektivizam, materijalizam i praktičnost [24]. Na osnovu ovakvog rezultata možemo izvesti zaključak da visok stepen traume doprinosi razvoju depresivnih stanja i socijalne izolacije. Takođe, uočili smo i značajnu negativnu povezanost između fizičkog zlostavljanja i Samousmerenosti (*Self-directedness* – SD). Niske vrednosti SD imaju osobe koje se opisuju kao brzopleti, pesimisti, obično bez životnog cilja, stoga su pokazale najznačajniju povezanost od svih dimenzija karaktera sa različitim poremećajima ličnosti, depresijom i drugom psihopatologijom [30].

Zaključak

Rano otkrivanje i reagovanje na zlostavaljanje i zanemarivanje, kao i prekid zlostavljanja nad decom i adolescentima može prevenirati nastanak poremećaja mentalnog zdravlja. Zbog toga je neophodno nastaviti sa intenzivnim unapređenjem znanja i veština ljudi koji rade s decom i mladima izloženim zlostavljanju i zanemarivanju.

ANALYSIS OF TRAUMA SEVERITY AND THE IMPACT OF ABUSE AND NEGLECT ON PERSONALITY TRAITS IN ADOLESCENTS

Roberto Grujicic¹, Marko Kalanj², Jelena Radosavljev Kircanski^{2,3},
Zeljka Kosutic², Milica Pejovic Milovancevic^{1,2}

¹ Belgrade University School of Medicine, Belgrade, Serbia

² Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

³ Department of Psychology, Faculty of Media and Communications,
Singidunum University, Belgrade, Serbia

Abstract: **Introduction:** Abuse and neglect might cause multiple and long-term consequences on physical and mental health, development and future life of children. The consequences that abuse and neglect cause on a child's personality and functioning in adult life have particular importance. **The aim:** Determining the level of trauma, as well as differences in personality traits of adolescents who are on psychiatric treatment and has been registered in Department for the protection of children against abuse and neglect, comparing with children who are on psychiatric treatment but not abused, and control group of adolescents. **Materials and methods:** The study analysed three groups: abused group on psychiatric treatment, group on psychiatric treatment and not abused, and control healthy population. All subjects filled out General questionnaire with basic socio-demographical data, Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), and Temperament and Character Adolescent Inventory (ATCI – 46). **Results:** There is statistically significant difference between groups in all types of abuse: physical, emotional, sexual, as well as emotional and physical neglect ($p < 0.001$). Psychiatric group has significantly lower scores on Persistence (P) ($p < 0.01$), while abused group has lower scores on Harm avoidance (HA) ($p < 0.05$). Negative correlation between abuse and Self-transcendence (ST), and negative correlation between physical abuse and Self-directedness (SD) has been shown. **Conclusion:** Abuse and neglect in children and adolescents are a significant cause of trauma and can cause different psychopathology, as well as changes on character and temperament traits.

Keywords: *abuse and neglect, adolescents, personality traits, ATCI, CTQ*

Literatura

1. Stevković, Lj. Karakteristike nasilja nad decom u porodici i njegove posledice po zdravlje. *Temida* 2006;9(3):23-31.
2. Helfer MA, Kempe RS, Krugman R. *The Battered Child*, (5th edn) Chicago and London: The University of Chicago Press, 1997.
3. Ispanović Radojković V. Porodično nasilje. U: M. Babić (urednik) *Skrining u medicini*, Jugoslovenska fondacija protiv raka, Beograd 2001; 719-39.
4. Cannon EA, Bonomi AE, Anderson ML, Rivara F, Thompson RS. Adult health and relationship outcomes among women with abuse experiences during childhood. *Violence and Victims*. 2010;25(3):291-305.
5. Garwood S, Gerassi L, Jonson-Reid M. More Than Poverty: The Effect of Child Abuse and Neglect on Teen Pregnancy Risk. *J Adolesc Health*. 2015;57(2):164-8.
6. Gould F, Clarke J, Heim C, Harvey PD, Majer M, Nemeroff CB. The effects of child abuse and neglect on cognitive functioning in adulthood. *J Psychiatr Res*. 2012; 46(4): 500-6.
7. Huang S, Trapido E, Fleming L, Crandall L, French M, Malcolm S, et al. The long-term effects of childhood maltreatment experiences on subsequent illicit drug use and drug-related problems in young adulthood. *Addict Behav*. 2011;36(1-2):95-102.
8. Barbosa L, Quevedo L, G Da Silva, Jansen K, Pinheiro RT, Branco J, Lara D2, Osés J1, da Silva RA et al. Childhood trauma and suicide risk in a sample of young individuals aged 14-35 years in southern Brazil. *Child Abuse Negl*. 2014;38(7):1191-6.
9. Brodsky BS, Cloitre M, Dulit RA. Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152:1788-92.
10. Raczek SW. Childhood abuse and personality disorders. *J Personal Disord*. 1992;6:109-16.
11. Weaver TL, Clum GA. Early family environments and traumatic experiences associated with borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol*. 1993; 61:1068-75.
12. Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J, Mitropoulou V, New AS, Silverman JM, Siever LJ. Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectr*. 2003;10:737-54.
13. Fink LA, Bernstein D, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M. Initial reliability and validity of the Childhood Trauma Interview: a new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *Am J Psychiatry* 1995;152:1329-35.
14. Rossiter A, Byrne F, Wota A, Nisar Z, Ofuafor T, Murray I, et al. Childhood trauma levels in individuals attending adult mental health services: An evaluation of clinical records and structured measurement of childhood trauma. *Child Abuse Negl*. 2015;44:36-45.
15. Timotijević I, Paunović V. *Instrumenti kliničke procene u psihijatriji*. Beograd: Institut za mentalno zdravlje; 2003.
16. Džamonja Ignjatović T, Milanović M, Dukanac V, Švrakić D. *Upitnik za procenu temperamenta i karaktera za adolescente (ATCI)*. Empirijska istraživanja u psihologiji – knjiga rezimea 2013:148-9.

17. Banducci A, Lejuez C, Hoffman E. The impact of childhood abuse on inpatient substance users: Specific links with risky sex, aggression, and emotion dysregulation. *Child Abuse Negl.* 2014;38:928-38.
18. Hussey JM, Chang JJ, Kotch J. Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics.* 2006;118(3):933-42.
19. Pinheiro P. World Report on Violence against Children. New York. 2006. United Nations.
20. Meltzer H, Doos L, Vostanis P. The mental health of children who witness domestic violence. *Child and Family Social Work.* 2009;14(4):491-501.
21. King N, Churchill L. Ethical principles guiding research on child and adolescent subjects. *Journal of Interpersonal Violence* 2005;15(7):710-24.
22. Louise C, Richard E. Behavior of boys in kindergarten and onset of substance use during adolescence. *Arch Gen Psychiatry.* 1997;54(1):62-8.
23. Cloninger R, Sigvardsson S, Bohman M. Childhood Personality Predicts Alcohol Abuse in Young Adults. *Alcohol Clin Exp Res.* 1988;12(4):494-505.
24. Cloninger R, Svrakic DM, Przybeck T. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50(12):975-90.
25. Tikkanen R, Holi M, Lindberg N. Tridimensional Personality Questionnaire data on alcoholic violent offenders: specific connections to severe impulsive cluster B personality disorders and violent criminality. *Psychiatry.* 2007;7:36.
26. Sellman JD, Mulder RT, Sullivan PF. Low persistence predicts relapse in alcohol dependence following treatment. *J Stud Alcohol.* 1997;58(3):257-63.
27. Bensaeed S, Jolfaei AG, Jomehri F, et al. The Relationship between Major Depressive Disorder and Personality Traits. *Iran J Psychiatry.* 2014;9(1):37-41.
28. Dorothy JB, Langley J. Identifying predictors of persistent non-alcohol or drug-related risky driving behaviors among a cohort of young adults. *Accident Analysis & Prevention.* 2004; 36(6):1067-71.
29. Ellermann CR, Reed PG. Self-transcendence and depression in middle-age adults. *West J Nurs Res.* 2001;23(7):698-713.
30. Laidlaw M, Dwivedi P. Low self-directedness (TCI), mood, schizotypy and hypnotic susceptibility. *Personality and Individual Differences.* 2005;39(2):469.

Roberto GRUJIĆIĆ, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

Roberto GRUJICIC, Belgrade University School of Medicine, Belgrade, Serbia

E-mail: robertogrujicic@gmail.com

FLUIDNA I KRISTALIZOVANA INTELIGENCIJA KOD OSOBA SA PSIHOZOM – ANALIZA POLNIH RAZLIKA

Vojislav Ćosović¹, Nevena Todorović¹,
Sanja Andrić Petrović², Nadja P Marić^{1,2}

¹Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

²Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd

Apstrakt: Uvod: Fluidna inteligencija se opisuje kao sposobnost rešavanja problema u trenutku, snalaženja i prilagođavanja u novim situacijama. Kristalizovana inteligencija predstavlja sposobnost korišćenja i pravovremene upotrebe naučenih informacija i veština. S obzirom na to da je inteligencija jedna od kognitivnih funkcija koje su značajno oštećene u psihozama iz shizofrenog spektra, postavlja se pitanje da li postoje i kakve su polne razlike u ukupnom IQ, kao i u sferi fluidne odnosno kristalizovane inteligencije. **Cilj:** Utvrditi da li postoji razlika u postignućima među polovima kod osoba sa psihozom i koliko je zaostajanje u postignućima obolelih u odnosu na zdrave osobe istog pola, uzrasta i iz iste sredine. **Materijal i metode:** Studijom su bili obuhvaćeni pacijenti sa dijagnozom iz shizofrenog spektra (F20-29 prema MKB 10; n = 52, starosti 29,3±5,9 godina, trajanje bolesti <10 godina) i kontrole (n = 51, starosti 29,8±6,3 godina). U analizi su primenjene metode deskriptivne statistike i analitičke statistike. **Rezultati:** Prilikom poređenja ukupnog IQ, fluidne i kristalizovane inteligencije među polovima, slabije postignuće u domenu kristalizovane inteligencije uočeno je kod osoba ženskog pola (poredjenje pacijenata i pacijentkinja – p = 0,039; poredjenje zdravih muškaraca i žena – p = 0,016). Kada je poredjena inteligencija unutar istog pola, kod pacijenata su postojala niža postignuća u odnosu na zdrave muškarce u svim ispitivanim kategorijama, dok kod pacijentkinja kristalizovana inteligencija nije značajno odstupala od postignuća kontrolne grupe ženskog pola (p = 0,160). **Zaključak:** Kod muškaraca sa psihozom, oštećenje inteligencije se uočava u oba ispitivana pod-domena inteligencije, dok je kod žena uočeno samo u domenu fluidne inteligencije. Protektivni faktori koji doprinose očuvanju pojedinih kognitivnih funkcija kod pacijentkinja u odnosu na osobe muškog pola zaslužuju dalju evaluaciju, jer mogu da ukažu na mehanizme za ublažavanje nepovoljnog toka i ishoda poremećaja iz shizofrenog spektra.

Ključne reči: Psihoza, Inteligencija, IQ testovi, Polne razlike

Uvod

Inteligencija se definiše kao sposobnost rasuđivanja, planiranja, rešavanja problema, apstraktnog mišljenja, memorisanja, brzog učenja, kao i učenja iz iskustva. Ovakvim pristupom pojmu omogućeno je kvantifikovanje ljudske inteligencije, kao i uočavanje razlika među pojedincima. Da bi se ovaj apstraktni konstrukt mogao izmeriti testom bio je neophodan razvoj na polju psihometrije standardizacijom i evaluacijom psiholoških mernih instrumenata. Savremeni testovi inteligencije sadrže pitanja iz polja aritmetike, vizuo-prostorne orijentacije, verbalne inteligencije, memorisanja i brze obrade informacija. Pomak u sagledavanju i shvatanju inteligencije doneli su Katel [1], a zatim dalje razradili Horn [2] i Kerol [3], teorijom koja uvodi dva domena (faktori višeg reda) inteligencije: fluidnu i kristalizovanu inteligenciju. Fluidna inteligencija se opisuje kao sposobnost rešavanja problema u kratkom vremenskom periodu, sposobnost snalaženja i prilagođavanja novim okolnostima. Kristalizovana inteligencija, s druge strane, odgovara korišćenju i pravovremenoj upotrebi prethodno naučenih informacija i veština. Fluidna inteligencija se intenzivno razvija tokom detinjstva i dostiže vrhunac u ranom adultnom dobu kada počinje lagano da opada, dok kristalizovana inteligencija raste postepeno, tokom adultnog doba ostaje relativno konstantna da bi počela da opada kasnije, prema nekim autorima tek nakon 65. godine života [4]. Pokazano je da rezultati na testovima inteligencije pozitivno korelišu sa uspesima u školi i na radnom mestu, u sferi socijalnog funkcionisanja, kao i sa dužinom životnog veka [5].

Kada je reč o polnim razlikama u postignućima na testovima inteligencije, pregled ranije literature nije govorio u prilog bilo kakvoj značajnoj razlici među polovima sve do istraživačkog rada Ričarda Lina iz 1994. godine [6] u kojem je inteligencija testirana na uzrastu 7, 11 i 16 godina i kada je uočeno da razlika u inteligenciji među polovima ne postoji u uzrastu 5-10 godina, dok u uzrastu 11-14 godina devojčice su te koje ostvaruju blagu prednost na svim subtestovima, da bi nakon 15. godine mladići postizali više rezultate. Slično je potvrđeno i od strane Elis i saradnika [7].

Psihijatrijske poremećaje iz psihotičnog spektra karakteriše poremećaj većine neurokognitivnih funkcija. Deficiti su najizraženiji u domenima epizodičkog pamćenja, složene pažnje, egzekutivnih funkcija i brzine procesuiranja [8]. Preovlađujuće je mišljenje da poremećaje iz spektra shizofrenije karakteriše prisustvo generalizovane intelektualne disfunkcije [9], mahom kao funkcionalne posledice abnormalne komunikacije između specifičnih moždanih regiona (diskonektivitet). Prema podacima iz literature, vrednosti IQ-a (odnosno njihove alteracije) predstavljaju dobar pokazatelj generalizovane neurokognitivne disfunkcije i težine/izraženosti neurokognitivnih oštećenja u psihotičnim poremećajima [10]. Pad postignuća na subtestu „Šifra“ Vekslerovog individualnog testa inteligencije (VITI), čije izvođenje zahteva simultano angažovanje većine neurokognitivnih funkcija tipično narušenih u psihozi (brzina procesuiranja informacija, vigi-lnost pažnje, radna

memorija, egzekutivne funkcije), naročito se smatra relevantnim pokazateljem i pouzdanim obeležjem kognitivnog pada u ovim poremećajima [11, 12]. U prilog postojanju generalizovane neurokognitivne disfunkcije u psihozi govore i nalazi pojedinih studija da većina budućih pacijenata još od perioda detinjstva (premorbidno) ima niži IQ u poređenju sa vršnjačkom grupom, što postaje još naglašenije nakon pojave klinički manifestnog poremećaja i predstavlja važno obeležje obolelih osoba u daljem životu [13-15]. Na osnovu 12 prospektivnih populacionih studija, sa ukupno 750.000 ispitanika, potvrđen je značajno niži premorbidni IQ kod osoba koje su kasnije u životu obolele od psihotičnih poremećaja, kao i da se rizik za oboljevanje povećava za 3.7% sa svakom jedinicom nižeg količnika inteligencije [16].

Uzevši u obzir dinamiku razvoja fluidne i kristalizovane inteligencije, zanimljivo je uočiti da se prva epizoda psihoze iz spektra shizofrenije (*First Episode Psychosis - FEP*), najčešće dešava u adolescentnom ili ranom adultnom periodu, što se poklapa sa periodom kad je fluidna inteligencija već razvijena dok je, s druge strane, kristalizovana inteligencija i dalje u razvoju. S obzirom na to da osobe ženskog pola ranije ispoljavaju prednost na testovima sposobnosti (prema Linu i Elislu) [6, 7], tj. relevantne kognitivne funkcije sazrevaju ranije, može se pretpostaviti da će intenzivirani psihotični proces kod adolescentkinja manje oštetiti globalni kapacitet rasuđivanja (IQ) u odnosu na mladiće – kod kojih sazrevanje nije okončano, pa je time IQ vulnerabilniji na patološke uticaje psihotičnog procesa.

Ovaj rad imao je za cilj da ispita da li postoji razlika u postignućima među polovima kod osoba sa shizofrenijom, odnosno, da li će kod ženskog pola IQ biti viši u odnosu na muški pol, kao i koliko iznosi zaostajanje u postignućima obolelih u odnosu na zdrave osobe istog pola, uzrasta i iz iste sredine.

Materijal i metode

Uzorak je sačinjavalo ukupno 103 ispitanika, koji predstavljaju srpski uzorak u okviru multicentrične *EUGEI* studije – 1) pacijenti (n=52) lečeni na Klinici za psihijatriju Kliničkog centra Srbije i Specijalnoj bolnici za psihijatrijske bolesti „Kovin“ pod dijagnozom psihotičnog poremećaja (shizofrenija (F20), akutni i prolazni psihotični poremećaj (F23), shizoafektivni poremećaj (F25) i nespecifikovani neorganski psihotični poremećaj (F29) prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10); 2) Zdravi ispitanici (n=51) uključeni su na dobrovoljnoj bazi i bili su usklađeni sa obolelima prema polu i uzrastu, bez psihijatrijskih poremećaja u ličnoj anamnezi i bez psihotičnih poremećaja u porodičnoj anamnezi. Svi uključeni ispitanici koji su potpisali informisani pristanak za učešće bili su stariji od 18 godina, IQ ≥ 70 , bez težeg akutnog ili hroničnog somatskog oboljenja, bez zloupotrebe alkohola i psihoaktivnih supstanci u periodu od šest meseci koji su prethodili testiranju. Za uključivanje pacijenata potrebni su bili i dijagnoza psihotičnog poremećaja koji nije uzrokovan organskom bolešću ili zloupotrebom

trebom psihoaktivnih supstanci (postavljena na osnovu MKB-10 kriterijuma od strane specijaliste psihijatrije) i dužina trajanja bolesti do 10 godina. Primenom semistrukturisanog intervjua od ispitanika su dobijeni relevantni sociodemografski podaci (pol, uzrast, edukacija). Istraživački projekat bio je odobren od strane Etičkog odbora Kliničkog centra Srbije, Etičkog odbora Specijalne bolnice u Kovinu i od strane Etičkog odbora Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu.

Kratka verzija Vekslerovog individualnog testa inteligencije

Kod procene intelektualnih sposobnosti koja zahteva upotrebu obimnih baterija testova i značajno angažovanje psihologa, što može da bude napor za pacijente sa već narušenom pažnjom, koncentracijom i voljno-nagonskim dinamizmima, korišćena je modifikacija treće verzije Vekslerovog individualnog testa inteligencije (*WAIS-R*) koja podrazumeva primenu odabranih supstestova. Naime, pokazano je da *WAIS-R* adekvatno odražava globalne intelektualne sposobnosti ispitanika [17] i to sa objašnjenjem približno 90% varijanse. Velthorst i saradnici su pokazali da je za izvođenje *WAIS-R* testa potrebno svega 15-20 minuta i da pruža pouzdanu procenu IQ-a kako kod zdravih ispitanika, tako i kod psihotičnih pacijenata [18]. *WAIS-R* je sažeta forma treće verzije Vekslerovog testa u kojoj se koriste supskale: Informacije, Aritmetika, Šifra i Kocka mozaik radi procene ukupnog IQ-a. Fluidna inteligencija – sposobnost logičkog mišljenja i rešavanja novih situacija nezavisno od postojećeg stečenog iskustva; kapacitet da se prepoznaju obrasci i relacije koje su u osnovi tog problema i da se on logički razume, merena je kao suma skaliranih skorova na supskalama Šifra i Kocka mozaik. Kristalizovana inteligencija – umeće upotrebe znanja, iskustava i veština koje su memorisane (naučene serije informacija), merena je kao suma skaliranih skorova na supskalama Informacije i Aritmetika. Testiranje je sprovedeno od strane obučanih istraživača uključenih u EUGEI studiju [12].

Statistička analiza

Statistička obrada podataka sprovedena je pomoću softverskog paketa *Statistical Package for Social Sciences – SPSS for Windows v. 19* (SPSS Inc. Chicago, IL). Za opis uzorka korišćene su odgovarajuće metode deskriptivne statistike: mere centralne tendencije (aritmetička sredina, medijana) i varijabiliteta (opseg, standardna devijacija). Za procenu značajnosti razlike ispitivanih obeležja posmatranja, primenjivani su χ^2 test, *Mann-Whitney U-test* i *Studentov t-test*: parametarski test. Statistička značajnost procenjena je na minimalnom nivou $p < 0.05$, vrednosti $p < 0.01$ smatrane su statistički visoko značajnim. Da bi kvantifikovali stepen u kojem se rezultat dobijen na uzorku razlikuje odočekivanja specifikovanih nultom hipotezom, tj. radi zaključivanja o veličini efekta uočenih na osnovu značajnosti vrednosti p , koristili smo statistički pokazatelj veličine efekta – *Cohen's d* (uz interpretaciju veličine efekta: 0.2-0.5 slab/umeren efekat; 0.5-0.8 umeren/jak efekat; preko 0.8 jak efekat).

Rezultati

Uzorci su sastavljeni od 52 pacijenta sa dijagnozom psihoza iz spektra shizofrenije (uzrasta $29,3 \pm 6,0$ godina) i 51 zdravih ispitanika (uzrasta $29,8 \pm 6,3$ godina). Karakteristike uzorka date su u Tabelama 1 i 2.

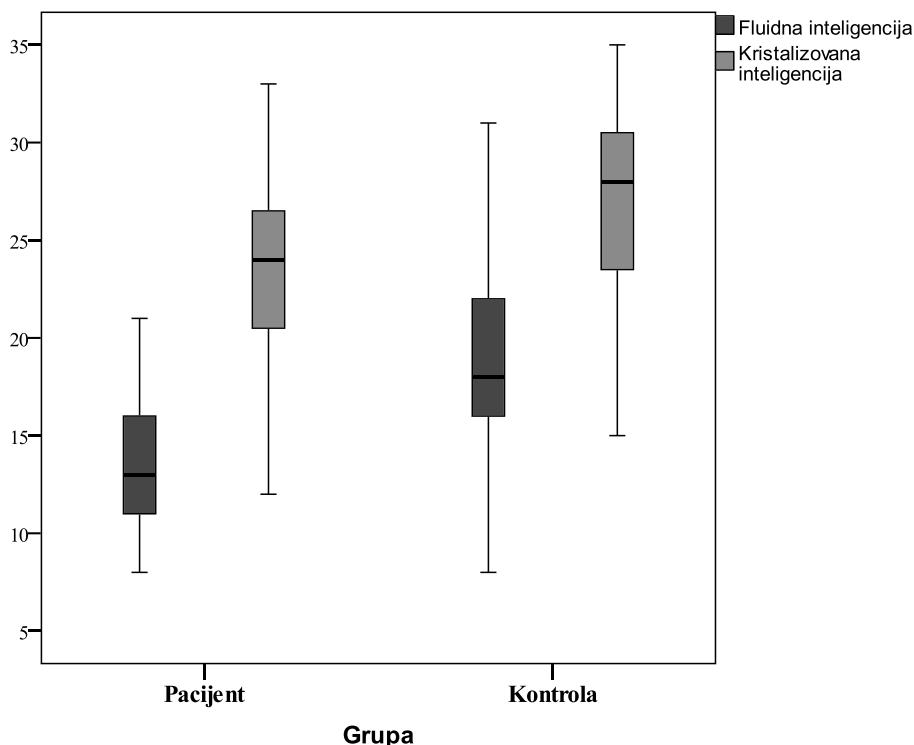
Tabela 1. Socio-demografske karakteristike ispitanika

	Pacijenti n=52 (Srednja vrednost $\pm$ SD)		Kontrole n=51 (Srednja vrednost $\pm$ SD)		p Pacijenti vs Kontrole
	M = 31	Ž = 21	M = 23	Ž = 28	
Uzrast	29,3 $\pm$ 5,9		29,8 $\pm$ 6,3		0,695
	29,0 $\pm$ 5,8	29,7 $\pm$ 6,3	30,1 $\pm$ 5,8	29,6 $\pm$ 6,8	
Godine edukacije	12,5 $\pm$ 2,0		14,0 $\pm$ 2,3		0,001
	12,1 $\pm$ 1,7	13,0 $\pm$ 2,5	13,8 $\pm$ 2,5	14,1 $\pm$ 2,1	
Početak bolesti	23,9 $\pm$ 4,8	25,1 $\pm$ 5,6	/	/	0,409
Pol (M%)	59,6	40,4	45,0	55,0	0,140

Tabela 2. Poređenje rezultata na testovima inteligencije među polovima

		Pacijenti (srednja vrednost $\pm$ SD)	p (Cohen's d)	Kontrole (srednja vrednost $\pm$ SD)	p (Cohen's d)
WAIS total IQ	R	M 95,5 $\pm$ 12,6	0,182	M 109,7 $\pm$ 16,3	0,411
		Ž 90,3 $\pm$ 15,4		Ž 105,6 $\pm$ 18,6	
Fluidna inteligencija		M 13,8 $\pm$ 3,6	0,881	M 21,6 $\pm$ 13,6	0,456
		Ž 14,0 $\pm$ 4,1		Ž 20,0 $\pm$ 5,0	
Kristalizovana inteligencija		M 23,8 $\pm$ 5,0	0,039 (0.60)	M 26,9 $\pm$ 5,2	0,016 (0.71)
		Ž 20,2 $\pm$ 7,1		Ž 22,9 $\pm$ 6,0	

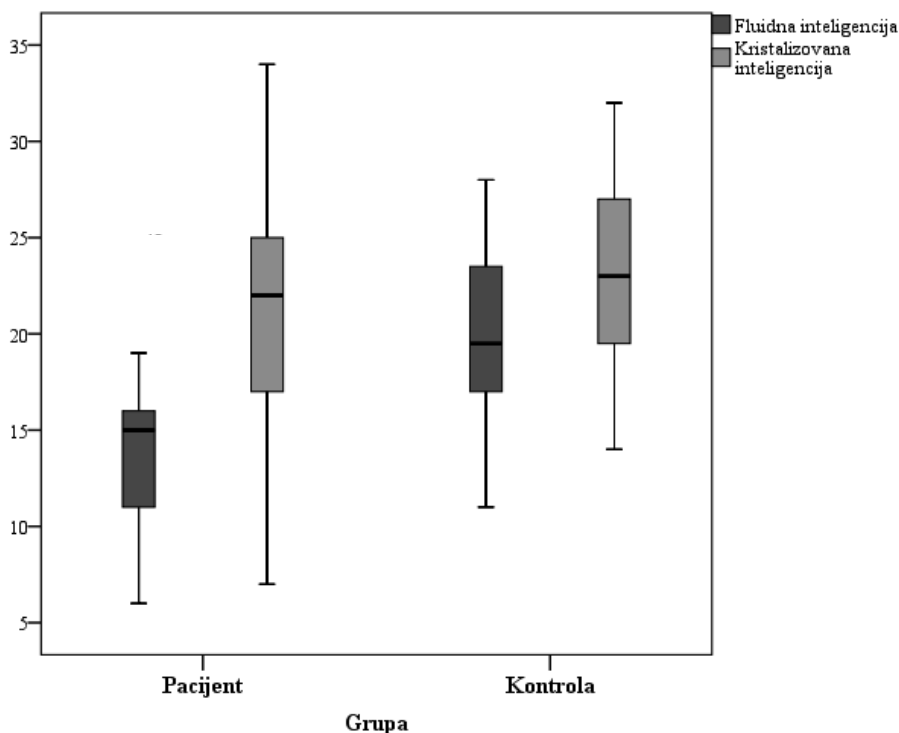
Najpre su poređene razlike među polovima (zdrave žene vs. zdravi muškarci; pacijentkinje vs. pacijenti). Uočeno je da su pripadnici muškog pola postigli statistički značajno viši rezultat u pod-domenu kristalizovane inteligencije, i to kod obe grupe ispitanika (Tabela 2). Indikator veličine uočenog efekta (*Cohen's d*), ukazuje da se radi o umereno-jakom efektu, potvrđujući postojanje polno specifične razlike u postignućima na testovima inteligencije, koja je nezavisna od psihijatrijske bolesti.



Grafik 1. Poređenje na testovima za ispitivanje kristalizovane i fluidne inteligencije unutar pola (muškarci)

Zatim su poređene razlike unutar istog pola (zdravi muškarci vs. pacijenti; zdrave žene vs. pacijentkinje;). Muškarci iz grupe kontrola (WAIS total IQ $109,7 \pm 16,3$; Kristalizovana inteligencija $26,9 \pm 5,2$; Fluidna inteligencija $21,6 \pm 13,6$) postigli su značajno bolje rezultate od pacijenata sa psihozom (ukupan IQ $95,5 \pm 12,6$; Kristalizovana inteligencija $23,8 \pm 5,0$; Fluidna inteligencija $13,8 \pm 3,6$) u svim ispitivanim varijablama ($t = -3.619$ i $p = 0,001$ u kategoriji WAIS total IQ - Cohen's d 0.97; $t = -4.378$ i $p = 0,000$ u podkategoriji Fluidna inteligencija - Cohen's d 0.78; $t = -2.220$ i $p = 0,031$ u podkategoriji Kristalizovana inteligencija-Cohen's d 0.60) (Grafik 1).

Žene iz grupe kontrola (WAIS total IQ $105,6 \pm 18,6$; Kristalizovana inteligencija $22,9 \pm 6,0$; Fluidna inteligencija $20,0 \pm 5,0$) postizale su bolje rezultate od pacijentkinja (WAIS total IQ $90,3 \pm 15,4$; Kristalizovana inteligencija $20,2 \pm 7,1$; Fluidna inteligencija $14,0 \pm 4,1$) u WAIS total IQ ($t = -3.080$ i $p = 0,003$; Cohen's d 0.89), ali samo u domenu Fluidna inteligencija ($t = -4.493$ i $p = 0,000$; Cohen's d 1.31), dok na nivou Kristalizovane inteligencije nije uočena statistički značajna razlika ($p = 0,160$) (Grafik 2). Ovaj nalaz sugerše naglašeniji uticaj bolesti kod osoba muškog pola, kod kojih su uočeni deficiti u oba domena inteligencije, dok je kod žena deficit jasno uočen samo u vezi sa fluidnom inteligencijom.



Grafik 2. Rezultati na testovima za ispitivanje kristalizovane i fluidne inteligencije unutar pola (žene)

Diskusija

Većina psihičkih funkcija je oštećena kod osoba sa dijagnozom psihoza iz shizofrenog spektra, a fokus našeg istraživanja bila je jedna od kognitivnih funkcija – inteligencija, tj poređenje oštećenja inteligencije među polovima. Rezultati aktuelne analize pokazuju da je kod osoba ženskog pola u ranom adultnom dobu postignuće na testovima kristalizovane inteligencije slabije u odnosu na muški pol, što se uočava kod zdravih, kao i kod osoba sa dijagnozom psihoze. Ovaj nalaz ukazuje na polno specifičnu razliku u postignućima koja je nezavisna od prisustva psihijatrijskog oboljenja. Pregled dosadašnje literature na ovu temu daje neusaglašene rezultate, a među radovima čiji je nalaz sličan našem nalaze se Lin [6] i Elis sa saradnicima [7].

Kako bi se poredila veličina deficita uzrokovanog psihozom, obavili smo i analize poređenja zdravih ispitanika i pacijenata, tj. ispitali smo koliki je deficit IQ kod pacijenata u odnosu na kontrole u okviru istog pola. Ovim analizama pokazano je da su pacijenti muškog pola imali značajno niža postignuća i na fluidnoj i na kristalizovanoj inteligenciji u odnosu na zdrave muškarce iste starosne dobi, dok je kod pacijentkinja deficit evidentiran dominantno na testovima fluidne inteligencije. U zadacima koji mere kris-

talizovanu inteligenciju nije uočena statistički značajna razlika među grupama ženskog pola u aktuelnom uzorku, dakle kristalizovana inteligencija je bila više oštećena bolešću kod pacijenata nego kod pacijentkinja, kada se poredi sa zdravim osobama istog pola. Dobijeni rezultati daju vežne smernice za dalje istraživanje polnih specifičnosti pod-domena inteligencije u psihotičnim poremećajima, ali je potrebno imati na umu izvesna ograničenja aktuelnog istraživanja. Rezultati su dobijeni na relativno malom uzorku, pri čemu je varijabilitet opserviranih varijabli visok, te je za donošenje definitivnog zaključka o međusobnoj interakciji pola i psihotičnog procesa poželjno istraživanje sprovedi na većem uzorku i primeniti sofisticiranije statističke metode (poput dvofaktorske analize varijanse). I pored toga, aktuelni nalaz ukazuje da je negativni uticaj bolesti kod osoba ženskog pola blaži, jer jasno pogađa samo jedan od domena inteligencije (fluidnu).

Očuvanost (ili blaža oštećenost) kristalizovane inteligencije, odnosno bolja zaštićenost u odnosu na oštećenja prouzrokovana neurobiološkim procesima koji stoje u osnovi psihoze kod žena može se posmatrati sa različitih aspekata. Najpre, potrebno je spomenuti postojanje razlika u kliničkoj slici shizofrenije među polovima. Ukoliko se uporede kategorije kao što su premorbidno funkcionisanje, vreme početka bolesti, prisustvo negativnih i pozitivnih simptoma i ishod bolesti, uočava se dihotomija: lošije premorbidno funkcionisanje, [19] kao i raniji početak bolesti [20-22] kod pripadnika muškog pola, zatim učestalija pojava pozitivnih simptoma kod žena [23,24] odnosno negativnih (težih, trajnijih) simptoma kod muškaraca [25,26]. Takođe, uočeno je da bolest ima povoljniju prognozu kod pripadnica ženskog pola, posebno na početku bolesti [27]. Imajući u vidu ove razlike, postavlja se pitanje da li je diskrepanca kliničke slike među polovima toliko očigledna da možemo posmatrati shizofreniju muškaraca i žena kao dva različita entiteta? Iako postoje istraživači koji se zalažu za podelu shizofrenije na onu sa ranijim početkom bolesti (*Early Onset Schizophrenia – EOS*) odnosno dominantno „mušku“ formu i formu sa kasnijim početkom bolesti (*Late Onset Schizophrenia – LOS*) gde ženski udeo pacijenata čini 66-87% [28], ipak razlike nisu tolike da bi opravdale uvođenje posebnih entiteta u odnosu na pol.

Tradicionalna teorija o etiologiji shizofrenije počiva na urođenim i stečenim oštećenjima (od same koncepcije, tokom prenatalnog, perinatalnog perioda i nadalje) koje dovode do promena u razvoju centralnog nervnog sistema i do diskonektiviteta (sinaptopatije). Novija istraživanja naglašavaju značaj perioda rane adolescencije u kojem se intenziviraju procesi sazrevanja mozga najviše kroz orezivanje sinapsi („*pruning*“). Ova neurorazvojna faza posebno je osetljiva na štetne nokse i može rezultovati progresijom u bolest. Pretpostavlja se da se u fazi „*pruning*“-a najviše oštećuju kognitivne funkcije, među njima i inteligencija, a ono što bi mogao biti protektivni faktor je estrogen, tj. neuroprotektivni i neurotrofički efekat ovog hormona koji se ponaša kao anti-dopaminski agens [29]. Prema Boldvinu i Srivastavi, dejstvo estrogena je dovoljno da kompenzuje latentna oštećenja sve do ulaska u meno-

pauzu, kada se značajno povećava broj žena obolelih od psihoze („*second peak*“) [29].

Postoji još nekoliko aspekata sa kojih se neurorazvojni period mozga kod žena i muškaraca razlikuju i oni su predmet aktuelnih istraživanja. Na primer, neurorazvoj kod muškaraca je sporiji, lateralizacija izraženija, a kompenzacija lezija nastalih tokom razvoja manje efikasna nego kod žena [28]. Osim toga, bogatiji set inflamatornih ćelija (veće prisustvo ćelija mikroglije) kod muškaraca mogu doprineti vulnerabilnosti mozga muškaraca [30] zbog ekscitativne proizvodnje prostaglandina, citokina i drugih inflamatornih medijatora [30].

Analiza molekularnih procesa koji su u osnovi polnih razlika važna je jer daje smernice, između ostalog, i za unapređenje terapije. Tako, danas se lek raloksifen, inače selektivni modulator receptora za estrogen, nalazi u završnoj fazi testiranja kao dodatna terapija antipsihoticima kod osoba oba pola, sa uočenim efektima u smislu poboljšanja kognitivnih funkcija – pažnje/procesuiranja informacija (što spada u domen testova koji mere fluidnu inteligenciju) i memorije (koju mere pojedini testovi kristalizovane inteligencije) [31,32]. U isto vreme, minociklin, tetraciklični antibiotik, koji deluje putem modulacije aktivnosti mikroglije i oslobađanja proinlamatornih citokina, takođe prolazi klinička testiranja (IV faza) kao dodatna terapija kod psihoza u najranijim fazama, [33,34] sa očekivanjem da će smanjivati inflamaciju i sledstveni kognitivni deficit karakterističan za klinički manifestnu psihozu. Pored budućih farmakoloških interpretacija, danas postoje i studije nefarmakoloških metoda za poboljšanje neurokognicije u psihozi, koje bi mogle biti prilagođene prema polu kako bi se postigla još bolja efikasnost [12,34].

Zaključak

Aktuelna studija pokazuje da je u shizofreniji deficit IQ kod ženskog pola izraženiji u nivou sposobnosti logičkog mišljenja, rešavanja novih situacija, kapaciteta da se prepoznaju obrasci i relacije koje su u osnovi tih situacija i da se one logički razumeju (fluidna inteligencija), dok je u domenu umeća upotrebe znanja, iskustava i veština koje su memorisane (naučene serije informacija) postignuće pacijentkinja bliže njihovim zdravim vršnjakinjama. Kod pacijenata muškog pola, oštećenje je zahvatilo i fluidnu i kristalizovanu inteligenciju, što je dovodilo do značajnih razlika u oba domena u odnosu na zdrave vršnjake. Uzevši u obzir da su shizofrenija i slične psihoze nešto češće kod pripadnika muškog pola, kao i da pacijenti imaju lošiji tok i prognozu, dalje ispitivanje biološkog supstrata polnih razlika obezbediće novu dimenziju u razumevanju etiologije psihotičnih poremećaja i otvoriće mogućnost personalizacije i unapređenja terapije.

Zahvalnica

Autori se zahvaljuju kl. asist. dr Marini Mihaljević i dr Tijani Mirjanić, koje su učestvovala u prikupljanju podataka u okviru istraživanja "The European Network of National Schizophrenia Networks Studying Gene-Environment Interactions" (EUGEI).

Napomena

Rad je prezentovan na 58. Kongresu studenata biomedicinskih nauka Srbije (Kopaonik, 2017).

SEX DIFFERENCES IN FLUID AND CRYSTALIZED INTELLIGENCE – FOCUS ON PEOPLE WITH PSYCHOSIS

Vojislav Cosovic¹, Nevena Todorovic¹,
Sanja Andric Petrovic², Nadja P. Maric^{1,2}

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

²Psychiatric Clinic KCS, Belgrade, Serbia

Abstract: **Introduction:** Fluid intelligence is described as ability to rapidly solve novel problems and capacity to manage and easily adapt to new situations. Crystallized intelligence reflects ability to timely use lifetime-learned information and skills. Bearing in mind that intelligence is one of the impaired cognitive functions in psychosis, a question arises there are if any sex differences in patients, regarding total IQ, fluid or crystallized intelligence. **Aim:** To evaluate sex differences in psychosis and to analyze the differences between patients and sex, age and origin matched healthy controls. **Materials and methods:** This cross-sectional study evaluated schizophrenia spectrum patients (F20-29 based on ICD10; n = 52, age = 29,3±5,9 years, illness duration <10 years) and controls (n = 51, age = 29,8±6,3 years). Descriptive and inferential statistics were used to analyze data. **Results:** Analyzing sex differences in total IQ, fluid and crystalized IQ, it has been found that women exhibited lower crystallized intelligence scores both in the patient group (p = 0,039) and in the control group (p = 0,016). Among male patients, lower scores were found in comparison to the healthy male controls in all of the categories, while female patients scores in crystallized intelligence were not significantly different in comparison to female healthy group ((p = 0,160). **Conclusion:** In the male subjects with psychosis, a deficit was found in both subdomains of intelligence, while in female subjects it was found in fluid intelligence only. Factors which could serve as protective from greater cognitive impairment in female patients need further evaluation, as a sign of potential mechanisms that could ameliorate the course and prognosis of schizophrenia spectrum disorders.

Key words: *Psychosis, Intelligence, IQ tests, Sex differences*

Literatura

1. Cattell RB. Theory of fluid and crystallized intelligence: A critical experiment. *J Educ Psychol.* 1963;54:1-22.
2. Horn JL. The Theory of Fluid and Crystallized Intelligence in Relation to Concepts of Cognitive Psychology and Aging in Adulthood. In: Craik FIM, Trehub S, editors. *Aging and Cognitive processes.* New York:Plenum Press;1982. p.237-78.
3. Carrol JB. Human cognitive abilities: a survey of factor-analytic studies. New York: Cambridge University Press; 1993.
4. Cavanaugh JC, Blanchard-Fields F. *Adult development and aging.* Wadsworth (OH): Cengage Learning; 2010.
5. Deary IJ, Penke L, Johnson W. The neuroscience of human intelligence differences. *Nat Rev Neurosci.* 2010;11:201-11.
6. Lynn R. Sex differences in brain size and intelligence. A paradox resolved. *Pers Individ Dif.* 1994;17:257-71.
7. Ellis L, Hershberger S, Field E, Wersinger S, Pellis S, Geary D et al. Sex differences: Summarizing more than a century of scientific research. New York: Psychology press; 2008.
8. Palmer BW, Heaton RK, Paulsen JS, Kuck J, Braff D, Harris MJ et al. Is it possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal? *Neuropsychology.* 1997;11:437-46.
9. Munjiza A, Stojiljkovic D, Dulovic M, Maric N, Rosandic H. Da li se osobe sa pojedinim psihijatrijskim poremećajima razlikuju prema koeficijentu inteligencije? *Engrami* 2007; 29 (3-4): 17-22.
10. Mesholam-Gately RI, Giuliano AJ, Goff KP, Faraone SV, Seidman LJ. Neurocognition in first-episode schizophrenia: a meta-analytic review. *Neuropsychology.* 2009;23:315-36.
11. Dickinson D, Ramsey ME, Gold JM. Overlooking the obvious: a meta-analytic comparison of digit symbol coding tasks and other cognitive measures in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64:532-42.
12. Andrić Petrović S. *Analiza socijalne kognicije i razvojnog prilagođavanja kod osoba pod različitim rizikom za psihozu [disertacija].* Medicinski fakultet: Univerzitet u Beogradu; forthcoming 2017.
13. Aylward E, Walker E, Bettes B. Intelligence in schizophrenia: meta-analysis of the research. *Schizophr Bull.* 1984;10:430-59.
14. Kremen WS, Seidman LJ, Faraone SV, Tsung MT. Intelligence quotient and neuropsychological profiles in patients with schizophrenia and in normal volunteers. *Biol Psychiatry.* 2001;50:453-62.
15. Bilder RM, Reiter G, Bates J, Lencz T, Szeszko P, Goldman RS et al. Cognitive development in schizophrenia: follow-back from the first episode. *J Clin Exp Neuropsychol.* 2006;28:270-82.
16. Khandaker GM, Barnett JH, White IR, Jones PB. A quantitative meta-analysis of population-based studies of premorbid intelligence and schizophrenia. *Schizophr Res.* 2011;132:220-7.

17. Blyler CR, Gold JM, Iannone VN, Buchanan RW. Short form of the WAIS-III with patients with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2000;46:209-15.
18. Velthorst E, Levine SZ, Henquet C, de Haan L, van Os J, Myin-Germeys I et al. To cut a short test even shorter: reliability and validity of a brief assessment of intellectual ability in schizophrenia—a control-case family study. *Cogn Neuropsychiatry.* 2013;18:574-93.
19. Larsen TK, McGlashan TH, Johannessen JO et al. First episode schizophrenia: Premorbid patterns and gender. *Schizophr Bull.* 1996;22:257-69.
20. Lewine RRJ, Strauss JS, Gift TE. Sex differences in age at first hospital admission for schizophrenia: fact or artifact? *Am J Psychiatry.* 1981;138:440-4
21. Jablensky A, Cole SW. Is the earlier age at onset of schizophrenia in males a confound finding? *Br J Psych.* 1997;170:234-40.
22. Hafner H, Maurer K, Löffler W, Riecher-Rossler A. The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 1993;162:80-6.
23. Goldstein JM. Sex differences in schizophrenia: epidemiology, genetics and the brain. *Inter Rev Psychiatry.* 1997;9:399-408.
24. Seeman MV. Psychopathology in Women and Men: Focus on female hormones. *Am J Psych.* 1997;154:12:1641-7.
25. Flor Henry P. Influence of gender in schizophrenia as related to other psychopathological syndromes. *Schizophrenia Bull.* 1990;16:211-27.
26. Schultz AB, Ashton Miller JA, Alexander NB. What leads to age and gender differences in balance maintenance and recovery? *Muscle nerve suppl.* 1997;5:S 60-4.
27. Leef J, Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G. The international pilot study of schizophrenia: five year follow up findings. *Psychol Med.* 1992;22:131-45.
28. Castle D, Murray R. The neurodevelopmental basis of sex differences in schizophrenia. *Psychol Med.* 1991;21:565-75.
29. Baldwin CH, Srivastava LK. Can the neurodevelopmental theory account for sex differences in schizophrenia across the life span? *J Psychiatry Neurosci.* 2015; 40:75-7.
30. McCarthy MM. Sex differences in developing brain as a source of a inherent risk. *Dialogues Clin Neurosci.* 2016;18:361-72.
31. Weickert TW, Weinberg D, Lenroot R, Catts SV, Wells R, Vercammen A et al. Adjunctive raloxifene treatment improves attention and memory in men and women with schizophrenia. *Mol Psychiatry.* 2015;20:685-94.
32. Maric NP, Jovicic MJ, Mihaljevic M, Miljevic C. Improving Current Treatments for Schizophrenia. *Drug Dev Res.* 2016;77(7):357-367.
33. Liu F, Guo X, Wu R, Ou J, Zheng Y, Zhang B et al. Minocycline supplementation for treatment of negative symptoms in early-phase schizophrenia: a double blind, randomized, controlled trial. *Schizophr Res.* 2014;153:169-76.

34. Paquin K, Wilson AL, Cellard C, Lecomte T, Potvin S. A systematic review on improving cognition in schizophrenia: which is the more commonly used type of training, practice or strategy learning? BMC Psychiatry. 2014;14:139.

Prof. dr Nadja P. MARIC, Medicinski fakultet Univerzitet u Beogradu, Klinika za psihijatriju KCS, Beograd, Srbija

Prof. dr Nadja P. MARIC, MD, PhD, Belgrade University School of Medicine, Psychiatric Clinic KCS, Belgrade, Serbia

E-mail: nadja.maric-bojovic@med.bg.ac.rs

SISTEMSKI PRISTUP KOMORBIDITETIMA I TRETMANU TRIHOTILOMANIJE

Mina Maričić¹, Branislav Šakić^{2,3}

¹Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu

²Klinika za psihijatriju Kliničkog centra Vojvodine

³Katedra za psihijatriju i medicinsku psihologiju
Medicinskog fakulteta Univerziteta u Novom Sadu

Apstrakt: Uvod: Trihotilomanija je tip traumatske alopecije nastale kao posledica navike izvlačenja dlake iz korena i klasifikovan je kao poremećaj kontrole impulsa. Radi se o hroničnom, rekurentnom psihijatrijskom poremećaju sa dermatološkom ekspresijom, koji ima specifičnu simptomatologiju, utiče na svakodnevne aktivnosti i vodi socijalnoj izolaciji. **Cilj:** Cilj istraživanja bio je utvrditi sličnosti i razlike u simptomatologiji kod populacije sa trihotilomanijom, utvrditi povezanost sa drugim navikama i poremećajima, razlike u tretmanu ovog poremećaja i efikasnost različitih tretmana na osnovu procene i zadovoljstva pacijenata. **Materijal i metode:** Istraživanje je bilo prospektivno i obuhvatilo 880 ljudi sa trihotilomanijom iz celog sveta u periodu od 5. novembra do 15. decembra 2016., a podaci su dobijeni pomoću standardizovane internet ankete. **Rezultati:** Trihotilomanija se najčešće javlja između 9 i 13 godina. 48,5% ispitanika ima poremećaj lokalizovan na jedan deo tela, ostali na više regija. Najviše čupaju kosu, zatim obrve i trepavice. 56,5% obolelih izvlači vlasi svakodnevno, a 61,6% to čini i u društvu. 20,9% njih ima oralne navike u vezi sa izvučenim dlakama. Trihotilomanija je udružena sa dermatilomanijom u 42,0%, s navikom grickanja noktiju u 37,0% slučajeva, abuzusom alkohola (21,7%) i psihoaktivnih supstanci (12,3%), anksioznim (60,6%), afektivnim (55,3%), opsesivnom-kompulsivnim (19,4%) i poremećajima spavanja (11,3%). Najefikasniji tretman prema oceni ispitanika je kombinovani tretman psihoterapije zajedno sa antipsihotikom i antidepresivom. **Zaključak:** Većina obolelih pokazuje polimorfnu psihijatrijsku kliničku sliku, te stoga ne postoji univerzalan tretman bolesti. Neophodno je lečiti trihotilomaniju zajedno sa komorbiditetima, a naročito one sa oralnim navikama, koji predstavljaju potencijalne hirurške pacijente.

Ključne reči: trihotilomanija; simptomatologija; komorbiditeti; tretman

Uvod

Problem trihotilomanije zavređuje potrebnu medicinsku pažnju tek 3 decenije, kada je zabeležen kao poremećaj u međunarodnoj klasifikaciji bolesti. Trihotilomanija (trichotillomania) je traumatska alopecija nastala kao posledica navike izvlačenja dlake iz korena. Prema novoj klasifikaciji bolesti MKB-10, svrstana je kao poremećaj kontrole impulsa, uprkos kontroverzama o klasifikaciji zbog sličnosti sa opsesivno-kompulsivnim poremećajem. Radi se o hroničnom, rekurentnom psihijatrijskom poremećaju sa dermatološkom ekspresijom, koji ima specifičnu simptomatologiju, utiče na svakodnevne aktivnosti i vodi socijalnoj izolaciji. Osobe sa ovim poremećajem izvlače dlake sa kosmatog dela glave, dakle kose, obrva, trepavica, brade, ali i sa tela.

U nekim slučajevima poremećaj je blago ispoljen i lako se prevazilazi, dok su drugi ozbiljni, rezistentni na terapiju i udruženi sa drugim poremećajima. Poremećaj se javlja u manjim ili većim epizodama koje mogu biti česte, svakodnevne ili retke, precipitirane određenim situacijama ili emocijama. Razlikujemo akutni oblik ovog poremećaja, koji se uglavnom javlja u detinjstvu i hronični, koji nastaje u adultnom periodu, a odlikuje se egzacerbacijama i remisijama, udruženih sa signifikantnom psihopatologijom [1]. Dok neke osobe čupaju po jednu dlaku, druge čupaju čitave pramenove kose. Veliki broj osoba sa trihotilomanijom izvučenu dlaku stavlja u usta, žvaće ili guta, što se naziva trihofagija, a gotovo svi imaju naročite rituale poput posmatranja ili dodirivanja izvučene dlake [2]. Ova navika može se sprovoditi svesno, fokusirano ($\frac{1}{4}$ pacijenata) ili potpuno nesvesno, automatski ($\frac{3}{4}$ pacijenata). Impuls je praćen napetošću, anksioznošću, svrabom, a nakon izvlačenja dlake može doći do osećaja olakšanja i zadovoljstva. Ove osobe mogu imati konstantan osećaj frustracije, srama i straha od osude okoline. Uglavnom sakrivaju svoju naviku, kao i predele bez dlaka od okoline i porodice, koristeći šminku ili perike. Često se povlače iz društva, imaju manjak samopouzdanja, osećaju se bezvrednim i samoosuđuju se. Oni sa vidljivim gubitkom kose izbegavaju odlazak na plivanje, u frizerski salon, kod lekara, sve do potpunog socijalnog izolovanja.

Uzrok trihotilomanije je nepoznat. Kao i drugi kompleksni poremećaji, verovatno je u pitanju kombinacija genetskih abnormalnosti i spoljašnjih uticaja. Poznate korelacije sa doprinosećim faktorima su: pozitivna porodična anamneza, godine (istraživanja pokazuju da se poremećaj najčešće javlja između 4. i 11. godine), neurodegenerativni procesi (Parkinsonova bolest i demencija), a bihevioralna i psihodinamska psihoanaliza daju teorije uticaja stresa i emocionalne disregulacije u ranom detinjstvu.

Prema postojećoj literaturi trihotilomanija je udružena sa anksioznim (57%) i afektivnim poremećajima (65%), bolestima zavisnosti u 22% slučajeva, poremećajima ishrane (20%) i opsesivno-kompulzivnim poremećajima u 16% slučajeva [3].

U mehanizmu etiopatogeneze navode se poremećaji u homeostazi serotonina i dopamina. Postoje podaci da dopaminergički lekovi i psihoak-

tivne supstance mogu precipitirati trihotilomaniju. Magnetna rezonanca je u nekim studijama pokazala promene u frontalnoj kori, bazalnim jedrima i cerebelumu, a *Positron emission tomography* (PET) skener je pokazao povećanu potrošnju glukoze u cerebelumu i parijetalnim režnjevima. Molekularni eksperimenti na životinjama pokazuju prekid ekspresije Hoxb8 gena [4].

U istraživanjima se navodi da 1-2 od 50 dece ima ovu naviku, a u adultnom periodu u zavisnosti od strogosti kriterijuma prevalenca iznosi 0,6-2,5% [4]. U detinjstvu nema razlike u prevalenci među dečacima i devojčicama, a u adultnoj populaciji 70-93% ljudi sa trihotilomanijom čine žene. Razlike u prevalenciji među rasama nisu primećene [5]. Iako se ne čini ozbiljnim, ovaj poremećaj može dovesti do ozbiljnih posledica, kako na somatsko, tako i na duševno zdravlje. Pa tako, mogu se javiti emocionalna nestabilnost, problemi u formiranju emocionalne veze i porodice, izostajanje i gubitak posla, anksiozni i afektivni poremećaji. Često je udružen sa drugim poremećajima ponašanja fokusiranih na sopstveno telo (*body focused repetitive behaviors*-BFRB): dermatilomanijom (oštećivanje kože) i navikom grickanja noktiju [6]. Osim toga, mogu se javiti i dermatološki poremećaji kao što je folikulitis, trajna cikatrijalna alopecija, internističke i hirurške bolesti kao što su malnutricija, anemija, mučnina, povraćanje, pankreatitis i opstruktivni ileus (poznat i kao Repunzel sindrom) uzrokovani trichobezoarima [7].

Osobe sa ovim poremećajem zahtevaju stručnu pomoć, a kao najpotentnija terapija pokazala se kombinovana, psihoterapija zajedno sa uvođenjem medikamenata. Najpoželjnija psihoterapija je bihejvioralna i to trening zamene navika (*Habit reversal training*) [8], a kao manje poželjne koriste se kognitivna i terapija prihvatanja i privrženosti. Psihoterapeut će u okviru bihejvioralne terapije pomoći u delovanju u toku samog impulsa. Pacijent treba da nauči da prepozna impuls i u tim trenucima se uvode zamenske aktivnosti, kao što su stiskanje loptice, crtanje, pisanje, grickanje semenki, igranje igrice, dodirivanje predmeta sa posebnom teksturom.

Administracija za hranu i lekove (*Food and Drug Administration*) ne odobrava farmakoterapiju za lečenje izolovane trihotilomanije. U zavisnosti od prisustva komorbiditeta, razlikuje se i farmakoterapijski pristup, kao i efikasnost tretmana. Terapija prvog reda podrazumeva SSRI antidepressive kao što su paroksetin, sertralin i fluoksetin. Efikasni mogu biti i drugi antidepressivi, a uglavnom se spominju klomipramin, imipramin, amitriptilin, mianserin i trazodon. Osim antidepressiva u obzir dolaze i anksiolitici: buspiron i klonazepam, zatim male doze atipičnih antipsihotika: aripirazola i risperidona. U pojedinačnim istraživanjima spomenuti su i alternativni lekovi za tretman trihotilomanije kao što su N-acetil-cistein (NAC), fenfluramin, pimozid, levonogestrel, naltrekson, dronabinol, antikonvulzivi i silimarin [9].

Uglavnom u studijama slučaja, spominje se i efikasnost hipnoterapije. Hipnoterapija regresije pokušava da pronađe skrivene emocionalne konflikte, dok hipnoterapija ponašanja relaksacionim tehnikama smanjuje napetost. Kasnije se pacijenti obučavaju samohipnozi [10].

Cilj istraživanja

Cilj istraživanja bio je utvrditi sličnosti i razlike u simptomatologiji kod populacije sa trihotilomanijom.

Drugi cilj je bio utvrditi povezanost sa drugim navikama i poremećajima, razlike u tretmanu ovog poremećaja i efikasnost različitih tretmana na osnovu zadovoljstva i individualne procene pacijenata sa trihotilomanijom.

Materijal i metode

Istraživanje je bilo prospektivno i sprovedeno u periodu od 05.11.2016. do 15.12.2016. Kao materijal korišćena je anonimna internet anketa na engleskom jeziku sa informisanim pristankom koju su popunjavali članovi 30 internet grupa i portala podrške za populaciju sa trihotilomanijom. Upitnik je sastavljen u anketnom obrascu GoogleForms. Učestvovanje u anketi bilo je dobrovoljnog karaktera. Za maloletne ispitanike, upitnik su popunjavali roditelji, članovi grupa podrške za roditelje dece sa trihotilomanijom. Zajedno sa anketom podeljeno je i obaveštenje o svrsi i ciljevima istraživanja. U istraživanju su učestvovali ispitanici kojima je trihotilomanija dijagnostikovana, kao i oni koji navode simptome dovoljne za dijagnozu trihotilomanije. Anketa se sastojala iz 23 pitanja, čiji se prvi deo odnosio na socio-demografske karakteristike ispitanika (pol, godine, država). Ostatak pitanja je bio u vezi sa simptomatologijom ovog poremećaja kod ispitanika (lokalizovanost poremećaja na određeni deo tela, učestalost epizoda čupanja vlasi, mogućnost kontrole impulsa u društvu), prisustvom komorbiditeta (drugi poremećaji fokusirani na sopstveno telo: dermatilomanija, grickanje noktiju i samopovređivanje; konzumacija alkohola i psihoaktivnih supstanci; anksiozni i afektivni poremećaji; poremećaji spavanja i ishrane), dobijanjem profesionalne pomoći u vidu farmakoterapije i psihoterapije i zadovoljstvom pruženog tretmana. Kompletan upitnik nalazi se u prilogu rada.

Nakon prikupljanja, podaci su obrađeni u program Excell 2015. Lekovi su analizirani prema ATC klasifikaciji, preuzetoj sa sajta ALIMIS (Agencije za lekove i medicinska sredstva). Podaci su prikazani tabelarno.

Rezultati

U istraživanju je učestvovalo ukupno 880 ispitanika sa trihotilomanijom, uzrasta od 1 do 64 godine. Medijana iznosi 26 godina. Od 878 ispitanika koji su odgovorili na pitanje o polu, 822 ispitanika se izjašnjava ženskim polom (93,6%), 38 muškim polom (4,3%), a ostalih 18 se izjašnjavaju van granica ovog opsega (2%).

Ispitanici u najvećoj meri potiču iz Severne Amerike i Evrope, a manjim delom iz Australije i Okeanije, Azije, Afrike i Južne Amerike.

Tabela 1. Prostorna distribucija ispitanika

Kontinent	Broj i procenat stanovnika
Evropa	218 (24,8%)
Severna Amerika	508 (57,7%)
Južna Amerika	14 (1,6%)
Azija	42 (4,7%)
Australija i Okeanija	76 (8,6%)
Afrika	22 (2,5%)

Trihotilomanija se kod 878 ispitanika koji su odgovorili na pitanje javila između 1. i 50. godine. Aritmetička sredina je 11,57 sa standardnom devijacijom od 5,6 godina.

427 ispitanika (48,5%) izvlači dlake sa samo jednog određenog dela tela, dok ostalih 453 (51,5%) ispitanika izvlači dlake sa više delova ili celog tela.

Tabela 2. Delovi tela zahvaćeni poremećajem

Deo tela	Broj ispitanika	%
Kosa	412	46,8
Obrve	377	42,8
Trepavice	360	40,9
Telo	125	14,2

56,5% osoba sa ovim poremećajem (497 od 879 ispitanika) navodi da vlasi čupa svakodnevno, 33,9% (298 od 879) skoro svakoga dana, 2,1% (19 od 879) jednom nedeljno, dok 7,3% (64 od 879) ima ređe epizode izvlačenja dlaka.

Od 878 osoba sa trihotilomanijom 337 (38,4 %) izvači dlake samo kada su sami, a 541 (61,6 %) i u društvu.

85 % (746 ispitanika od 877) ima naročite rituale sa iščupanim vlasima, poput gledanja, igranja, sakupljanja, dok 184 ispitanika (20,9%) ima oralne navike.

Većina ispitanika povezuje veće epizode izvlačenja dlaka sa određenim delom dana, pa tako 559 ispitanika od 873 (64%) navodi veče, a samo 23 (2,6%) jutro. 43 ispitanika (4,9 %) čupa vlasi u snu.

Pridruženi poremećaji trihotilomanije su česti, pa su tako sa njom najčešće udruženi anksiozni i afektivni, drugi poremećaji kontrole impulsa fokusirani na sopstveno telo, bolesti zavisnosti, opsesivno-kompulzivni poremećaji i poremećaji spavanja, a ređe poremećaji ishrane. 26,49% pacijenata nema dijagnostikovan nijedan pridruženi poremećaj.

Tabela 3. Trihotilomanija i komorbiditeti

Pridruženi poremećaj	Broj ispitanika	%
Dermatilomanija	375/892	42,0
Grickanje noktiju	327/894	36,58
Alkoholizam	191/879	21,73
Konзумacija psihoaktivnih supstanci	108/878	12,30
Anksiozni poremećaji	519/857	60,56
Unipolarna depresija	393/857	45,86
Opsesivno-kompulzivni poremećaj	166/857	19,37
Poremećaji spavanja	97/857	11,30
Bipolarna depresija	81/857	9,45
Poremećaji ishrane	17/857	1,98
Bez pridruženog poremećaja	227/857	26,49

Efikasnost tretmana predstavljena je prosečnim ocenama na skali od 1 do 10, a 167 ispitanika (18% ispitanika) koji koriste medikamentoznu terapiju ocenilo je istu u celini prosečnom ocenom 4,6. Efikasnost medikamentoznog tretmana iz tehničkih razloga obimnosti rada biće predstavljena za 7 najčešćih farmakoterapijskih pristupa.

Tabela 4. Farmakoterapijski pristupi i njihova efikasnost

Farmakoterapija	Oцена	Broj ispitanika koji su ocenili
SSRI antidepresivi (NO6AB)	4,58	52
Ostali antidepresivi (NO6AX)	5,00	18
Antipsihotik + antidepresiv (NO5A+NO6A)	5,83	12
N-acetil-cistein	5,56	9
Benzodiazepinski anksiolitici (NO5BA)	4,62	8
Antipsihotici (NO5A)	5,17	6
Antiepileptici (NO3A)	5,25	6

Od 864 ispitanika, 218 (25 %) koristi psihoterapiju i ocenilo ju je prosečnom ocenom 5,1. Od 859 ispitanika, 126 (14,67%) koristi kombinovani tretman trihotilomanije i ocenjuje ga prosečnom ocenom 5,4.

Diskusija

Analizom podataka uspeali smo da sagledamo osnovne karakteristike populacije sa trihotilomanijom, kao i osobenosti ispoljavanja ovog poremećaja. Pored toga ispitali smo udruženost trihotilomanije sa drugim navikama i poremećajima i procenili efikasnost tretmana.

Prednost našeg istraživanja je u tome što za razliku od većine drugih studija, koje obuhvataju manji uzorak ili uzorak koji čine isključivo studenti, naše obuhvata podatke 880 osoba sa trihotilomanijom svih uzrasta. Takođe, retka su istraživanja koja međusobno upoređuju efikasnosti različitih tretmana.

Nedostatak istraživanja je na nivou odabira uzorka, pa tako uzorak čini populacija sa trihotilomanijom koja ima pristup internetu i svesno i dobrovoljno traži pomoć u grupama koje nude informacije i podršku ljudima sa trihotilomanijom. Stoga, u uzorku se nisu našle osobe koje nemaju pristup internetu, osobe koje iz bilo kog razloga nisu sposobne ili ne žele da ispune upitnik, oni koji nemaju uvid u svoj poremećaj, itd.

Naše istraživanje je pokazalo da postoji diskrepanca u obolevanju između žena i muškaraca, slično drugim starijim studijama [11].

Iz dobijenih rezultata vidimo da se trihotilomanija može javiti u bilo kom životnom dobu, počevši od prve godine, ali je početak najčešći u periodu puberteta, kao i u kliničkim studijama i studijama u kojima su ispitanici bili isključivo student [6].

Ozbiljnost poremećaja može se izvesti iz karakteristika simptomatologije koje smo ispitali. Naime, analizirali smo lokalizovanost navike prema delovima tela, učestalost epizoda čupanja vlasi i mogućnost samokontrole poremećaja u društvu.

Čak 21% osoba sa trihotilomanijom ima oralne navike u vezi sa izvučenim vlasima, uključujući trihofagiju i predstavlja potencijalne hirurške pacijente. Slični rezultati dobijeni su i u drugim istraživanjima u kojima se navodi da je učestalost ovih navika 5-18% [12]. Trihofagija može dovesti do opstrukcije creva trihobezoarom i manifestuje se anoreksijom, mučninom, povraćanjem, gubitkom telesne mase, bolovima i palpabilnim tumefaktom. Moguće brojne komplikacije čine Repunzel sindrom potencijalno životno-ugrožavajućim.

Iako svrstan u poremećaj kontrole i impulsa, trihotilomanija je poremećaj koji je blizak i dismorfofobiji i opsesivno-kompulsivnom spektru. Ovaj kompleksni poremećaj često se javlja udruženo sa brojnim drugim poremećajima, a mi smo se zadržali na analizi najčešće udruženih poremećaja prema literaturnim navodima. Svega 25% naših ispitanika nema dijagnostikovane pridružene poremećaje. Oko 40% njih takođe ima i druge navike iz grupe ponavljajućih ponašanja fokusiranih na telo (dermatilomanija i grickanje noktiju). Veliki je broj i osoba sa trihotilomanijom koji svakodnevno konzumiraju alkoholna pića i koji koriste psihoaktivne supstance. Ovde je moguće i poželjno sprovesti detaljno istraživanje o redosledu javljanja poremećaja i doći do zaključka da li je trihotilomanija prethodila zavisnosti ili zavisnost trihotilomaniji.

Ispitali smo i povezanost trihotilomanije sa anksioznim i afektivnim poremećajima, poremećajima spavanja i ishrane. Analizom podataka dobijamo da je trihotilomanija udružena sa poremećajima raspoloženja u 55% slučajeva, u manjoj meri nego u ranijim istraživanjima gde je ovaj procenat 65%. Međutim, treba imati na umu da ona obuhvataju i shizoafektivni poremećaj, što kod nas nije slučaj [6]. Nasuprot tome, naši rezultati su pokazali nešto veću udruženost sa anksioznim poremećajima (60%) u odnosu na navedene rezultate, gde su anksiozni poremećaji prisutni u 57%. Ud-

ruženost trihotilomanije sa opsesivno-kompulsivnim poremećajima bila je prisutna u 20% ispitanika. Ova udruženost je u drugim studijama je nekonzistentna i iznosi između 13% i 27% [11,13].

Iako se poremećaji ishrane u pomenutim studijama javljaju kao komorbiditet u 20% slučajeva, mi nismo došli do takvih zaključaka, pa tako u našem istraživanju poremećaji ishrane su komorbidni sa trihotilomanijom u manje od 2% i ne odstupaju od prevalencije poremećaja ishrane u opštoj populaciji.

Grant i sar. [14,15] navode da klinička prezentacija trihotilomanije u velikoj meri zavisi od prisustva komorbiditeta, te da je su simptomi izraženiji u slučajevima multiplih komorbiditeta. Takođe, težina i ozbiljnost trihotilomanije utiče na ispoljavanje komorbidnih poremećaja, pa tako teži oblici trihotilomanije povećavaju mogućnost manifestacije težih oblika komorbidnih stanja. U praksi je nekad teško utvrditi koji je poremećaj primaran, ali važno iz aspekta tretmana i prevencije.

Efikasnost tretmana predstavljena je srednjim vrednostima ocena terapije svih ispitanika na skali od 1 do 10. Psihoterapija u celini pokazala je bolje rezultate u odnosu na medikamentoznu, što je u skladu sa savremenim smernicama za lečenje ovog poremećaja, gde se ističe važnost treninga zamene navika, kao prvi korak u lečenju [16]. Kao najuspešniji u kontroli simptoma bio je kombinovani tretman. Posebno je obrađena evaluacija za svaki od 7 najčešćih farmakoterapijskih pristupa simptomima trihotilomanije. Pri tome, najistaknutije rezultate je pokazala kombinacija antipsihotika i antidepresiva, zatim N-acetilcistein, antiepileptici i monoterapija antipsihoticima. Kao manje efikasni pokazali su se triciklični antidepresivi, SSRI (*Selective serotonin reuptake inhibitor*) antidepresivi i benzodiazepinski anksiolitici. Kontrola simptoma trihotilomanije je neophodna za ostvarivanje kako dugotrajnog somatskog zdravlja, tako i kvaliteta života. Efikasan tretman trihotilomanije zahteva dalja naučna istraživanja, čiji će rezultati imati implikacije na praktičan rad sa pacijentima, a u smislu smernica i protokola za lečenje trihotilomanije, kao i integrisan višesektorski pristup, koji će ostvariti težnju boljeg kvaliteta života ovih pacijenata. Ovakav pristup pored medikamentozne i psihoterapije podrazumeva adekvatnu socijalnu podršku [17], kao i saradnju stručnjaka iz oblasti dermatologije i psihijatrije u poljima istraživačkog rada, ali i svakodnevne kliničke prakse.

Zaključak

Populaciju sa trihotilomanijom predstavljaju osobe svih životnih doba, prevashodno žene. Simptomi se počinju ispoljavati najčešće u periodu između 9 i 14 godina. Polovina ispitanih ispoljava blažu, a druga polovina značajniju simptomatologiju. Značajan problem predstavlja velik procenat trihofagije kod obolelih. Većina osoba sa trihotilomanijom pokazuje i polimorfnu komorbidnu psihijatrijsku kliničku sliku, ređe se javlja kao izolovan poremećaj, te od toga zavisi i terapijski pristup. U lečenju komorbidnih stanja ili izolovane trihotilomanije, na smanjenje simptoma trihotilomanije najveći uspeh ima psihoterapija u kombinaciji sa antipsihoticima i antidepresivima.

COMORBIDITIES AND TREATMENT OF TRICHOTILLOMANIA – SYSTEMIC APPROACH

Mina Maricic¹, Branislav Sakic^{2,3}

¹Faculty of Medicine Novi Sad, Novi Sad, Serbia

²Psychiatric Clinic Clinical Center of Vojvodina

³Department of Psychiatry and Medical Psychology
Faculty of Medicine Novi Sad, Novi Sad, Serbia

Abstract: Introduction: Trichotillomania is a type of traumatic alopecia and is defined as the irresistible urge to pull out the hair. It is classified as impulse control disorder. This chronic, recurrent disorder with dermatologic expression has specific symptomatology, affects daily activities and leads to social isolation. **Goal:** The aim of the study was to investigate mannerism between symptoms in population with trichotillomania and to determine connection with other habits and disorders as well as treatment differences and efficiency. **Material and methods:** This prospective research was conducted within 880 people with trichotillomania from all around the world in a period from November 5th to December 15th, 2016. The data were collected by using a standardized internet questionnaire. **Results:** Symptoms of trichotillomania usually start between 9 and 13 years. 48,5% respondents localize their disorder on one specific body region. The most involved are scalp, eyebrows and eyelashes. 56,5% of the patients pull their hairs everyday, 61,6% even in company. Oral habits are present in 20,9%. Trichotillomania is associated with dermatillomania in 42,0%, nail biting habit in 37,0%, alcohol (21,7%) and drug abuse (12,3%), anxiety (60,6%), affective (55,3%), obsessive-compulsive (19,4%) and sleep disorders (11,3%). The most effective treatment seem to be combination of psychotherapy, antipsychotic and antidepressant. **Conclusion:** Trichotillomania shows diverse psychiatric appearance in most cases, so there is not specific treatment for this condition. It is necessary to treat trichotillomania with their comorbidities, especially the ones with oral habits, who present potential surgical patients.

Key words: trichotillomania; symptomatology; comorbidities; treatment

Literatura

1. Harrison JP, Franklin ME. Pediatric trichotillomania. *Curr Psychiatry Rep.*2012;14(3):188-96.
2. Gawłowska SM, Wolski M, Kaminski A, Albrecht P, Wolanczyk T. Trichotillomania and trichophagia – diagnosis, treatment, prevention. The attempt to establish guidelines of treatment in Poland. *Psychiatr Pol.*2016;50(1):127-43.
3. Zellhorst K. Symptomatik, Klassifikation und verhaltenstheoretische Bedingungsmodelle Trichotillomanie [dissertation]. Recklinghausen: Universität Osnabrück; 2000.
4. Christenson GA, Pyle RL, Mitchell JE. Estimated lifetime prevalence trichotillomania in college students. *J Clin Psychiatry.*1991;52:415-17.
5. Woods DW, Houghton DC. Diagnosis, evaluation and management of trichotillomania. *Psychiatr Clin North Am.*2014;37(3):301-17.
6. Siddiqui EU, Naeem SS, Naqvi H, Ahmed B. Prevalence of body-focused repetitive behaviors in three large medical colleges of karachi: a cross sectional study. *BMC Res Notes* [Internet]. 2012 Nov [cited 2017 Jan 15];5: [about 1 p.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3508914/>
7. Sundaram B, Selvarajan N, Somu S, Kamalanathan A. Trichobezoar. *Arch Dis Child.*2003;88(5):378.
8. Keuthen NJ, Rothbaum BO, Falkenstein MJ, Meunier S, Timpano KR, Jenike MA et al. DBT-enhanced habit reversal treatment for trichotillomania: 3 and 6 months follow-up results. *Depress Anxiety.* 2011;28(4):210-3.
9. Franklin M, Zangrabbe K, Benavides KL. Trichotillomania and its treatment: a review and recommendations. *Expert Rev Neurother.*2011;11(8):1165-74.
10. Siddappa K. Trichotillomania. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.*2003;69:63-8.
11. Christenson GA. Trichotillomania-from prevalence to comorbidity. *Psychiatr Times.*1995;12:44-8.
12. Salaam K, Car J, Grewal H, Sholevar E, Baron D. Untreated Trichotillomania and Trichophagia: Surgical Emergency in a Teenage Girl. *Psychosomatics.* 2005;46:362-66.
13. Rettew DC, Swedo SE, Leonard HL, Lenane MC, Rapaport JL. Obsessions and compulsions across time in 79 children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*1992;31(6):1050-6.
14. Grant JE, Leppink EW, Chamberlain SR, Redden SA, Curley EE, Odlaug BL et al. Does comorbidity matter in body-focused repetitive behavior disorders? *Ann Clin Psychiatry.*2016;28(3):175-81.
15. Grant JE, Redden SA, Leppink EW, Chamberlain SR. Trichotillomania and co-occurring anxiety. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2017 Jan [cited 2017 Feb 10]; 72: [about 4 p.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5330411/>
16. Grant JE, Chamberlain SR. Trichotillomania. *Am J Psychiatry.* 2016;173(9):868-74.

17. Flessner CA. Cognitive behavior therapy for childhood repetitive behavior disorders: Tic disorders and trichotillomania. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.*2011;20(2):319-28.

Mina MARIČIĆ, student 5. godine medicine Medicinskog fakulteta Univerziteta u Novom Sadu

Mina Maricic, Faculty of Medicine Novi Sad, Novi Sad, Serbia

E-mail: minamaricic001@gmail.com

CRTEŽ KAO POČETAK – PRIKAZ SLUČAJA

**Jasmina Stojković Pavlović¹, Maja Milosavljević^{1,2},
Marko Vuković¹, Ljubica Vidić¹ i Dušica Lečić Toševski^{1,2,3}**

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

²Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, Srbija

³Srpska akademija nauka i umetnosti, Beograd, Srbija

Apstrakt: Rad sa pacijentima sa afektivnim poremećajima koji se nalaze na hospitalnom lečenju u Institutu za mentalno zdravlje pored farmakoterapije, individualnih suportativnih razgovora, socio-terapijskih grupa sastoji se i od ekspresivnih terapija (art terapija, slušanje muzike, gledanje filma). Art terapija se održava jednom nedeljno u trajanju od sat vremena, tokom kojih pacijenti prvih 20 minuta u strukturisanim uslovima rade crtež na zadatu temu, a narednih 40 minuta u grupi vodi se diskusija. Pacijent prikazan u ovom radu psihijatrijski se leči pod dijagnozama Rekurentni depresivni poremećaj (F33) i Mešoviti poremećaj ličnosti (F61). Tokom prethodnog lečenja pacijent je teško verbalizovao svoje tegobe i osećanja što je otežavalo razumevanje aktuelne psihopatologije. Bio je bez socijalne podrške i saradnika u lečenju. Primenjenim integrativnim lečenjem, farmako i psihoterapijom, uključujući art terapiju, pacijent je, potpomognut grupom koja je bila podržavajuća, po prvi put od početka lečenja govorio o svojim osećanjima beznađa, tuge, otuđenosti i usamljenosti. Došlo je do poboljšanja njegovog stanja što je objektivizovano skalama za procenu depresivnosti – MADRS, anksioznosti – VAS i funkcionalnosti – SDS. Na ovom kliničkom primeru može se videti kako se tokom prezentacije pacijentovog rada i reakcije grupe, koja je bila vrlo podržavajuća i bogato asocirala, neverbalno pretvaralo u verbalno, a nekomunikativno u komunikativno.

Ključne reči: *art terapija, depresija, psihoterapija*

Art terapija u tretmanu afektivnih poremećaja

Art terapija je relativno nova psihoterapijska disciplina. Sam termin „art terapija“ prvi je uveo u upotrebu umetnik Adrian Hil 1942. godine u Velikoj Britaniji, za likovno stvaralaštvo sa terapijskim ciljem, što bi i bila najšira definicija art terapije [1].

Umetnost je neodvojivi deo svakog društva i aktivnosti vezane za slikanje stare su koliko i čovečanstvo. Ona u isto vreme reflektuje ali i predviđa trend kretanja društvenih tokova, a može biti i pokazatelj trenutnog stanja društva [2].

Za razliku od umetnosti u kontekstu društva, gde je estetska komponenta umetničkog dela najbitnija, kao i umetničko delo kao krajnji produkt procesa stvaranja, u art terapiji akcenat bitnosti stavlja se na proces stvaranja [3]. Produkt koji se stvara tokom ovog procesa je opipljiv, konkretan, i predstavlja izraz kako svesnih tako i nesvesnih osećanja i misli osobe koja ga stvara. Preko ovog krajnjeg produkta, koji je posrednik u odnosu terapeut-pacijent, dešava se i terapijska promena [4].

Margaret Numberg psihoanalitički orijentisan art terapeut, i jedan od pionira art terapije, opisala je proces art terapije koji se zasniva na prepoznavanju da se najbazičnije ljudske misli i osećanja koji dolaze iz nesvesnog, lakše i bogatije kanališu i izražavaju preko slika, nego rečima [5]. Ovakvo viđenje je u korelaciji sa saznanjima da naš um procesira informacije i pothranjuje i priziva sećanja na dva načina, vizualizacijom i jezikom, s tim što mentalne slike postoje pre verbalizacije, jer se javljaju kako filogenetski, tako i ontogenetski ranije.

Slikama se na jasan način mogu izraziti osećanja, događaji, razmišljanja, naročito kada postoje teškoće da se o nečemu govori [6]. Numberg takođe navodi da se tehnika art terapije zasniva na značaju da svaka osoba ima latentni kapacitet da projektuje svoje unutrašnje konflikte u vizuelnu formu [7], što na neki način rezonuje sa definicijom umetnosti ruskog slikara i teoretičara Kandinskog, da je umetnost spoljni izraz unutrašnje potrebe.

Tokom psihijatrijske hospitalizacije u Institutu za mentalno zdravlje integrativni tretman pacijenata sa afektivnim poremećajima, pored farmakoterapije, individualnih suportativnih seansi i grupne terapije, sastoji se i od uključivanja pacijenata u art terapiju. Art terapija, kao vid ekspresivne terapije, kroz kreativni proces podstiče komunikativnost, izražavanje osećanja i nudi prostor za međusobno ogledanje.

Art terapija se na Odeljenju za afektivne poremećaje održava jednom nedeljno u trajanju od sat vremena. Način rada, za koji smo se opredelili je grupno-interaktivni pristup, na kojem se akcenat stavlja na individualne procese (crteži, sam proces stvaranja, kao i samorefleksija), kao i na grupnu dinamiku.

U prvom delu art terapije, koji traje 20 minuta i tokom kojeg je aktivan proces stvaranja, pacijenti su na neki način izolovani, povlače se u

sebe, misle i crtaju. Tokom ovog procesa crtanje se koristi kao sredstvo komunikacije i način izražavanja osećanja i misli. Drugi deo terapije traje 40 minuta, sastoji se od diskusione grupe koja se usmerava na crteže, na to kako se pacijent oseća, kako crtež odražava njegova osećanja i kako je proces stvaranja crteža povezan sa aktuelnom situacijom. Tokom diskusione grupe bitno je da se stvori i neguje topla i podržavajuća atmosfera, a grupni proces je moćan i u njemu svako učestvuje. Tokom diskusione grupe svi pacijenti su pozvani da asociraju, kako na svoje, tako i na crteže drugih. Kako je svaki crtež jedinstven, jedino osoba koja ga je stvorila kroz kreativni proces u potpunosti može da razume značenja crteža, zbog čega su od neprocenjivog značaja lične asocijacije stvaraoca [5].

Prikaz slučaja

U radu prikazujemo pacijenta koji se psihijatrijski leči unazad oko pet godina pod dijagnozama Rekurentni depresivni poremećaj (F33) i Mešoviti poremećaj ličnosti (F61). Pacijent je star 56 godina, po zanimanju je fizički radnik, trenutno bez zaposlenja, neoženjen je, nema decu. Pacijent neprepoznate i nelečene tegobe depresivnog spektra ima od 1993. godine kada je bio na ratištu ex-Jugoslavije. Lečen je antidepresivnima (SSRI) i anksioliticima bez značajnijeg terapijskog efekta, a glavne tegobe bili su somatski simptomi (glavobolje, mučnine i sl.). Vodeći problem tokom njegovog psihijatrijskog lečenja i dodatni uzrok nezadovoljavajućeg terapijskog učinka bio je nemogućnost verbalizacije osećanja. Pri prijemu u bolnicu, radna dijagnoza-rekurentni depresivni poremećaj, sadašnja epizoda umerene jačine, postavljena je na osnovu MBK-10 dijagnostičkih kriterijuma [8].

S obzirom na to da je pacijent izuzetno oskudno verbalizovao svoje psihičke tegobe, jedino što je nudio u terapijskom procesu bile su somatske tegobe u vidu glavobolja, bolova u telu i mučnine. Pacijent je bio vrlo suzdržan, ćutljiv, ali i poslušan tokom terapijskih aktivnosti. Dominantni mehanizmi odbrane bili su: somatizacija, poricanje, regresija, kao i izolacija. Kod pacijenta nisu mogli da se uoče specifični obrasci simptoma koji karakterišu specifične poremećaje ličnosti, ali su postojali duboko ukorenjeni i trajni obrasci ponašanja koji su se manifestovali kao nefleksibilno reagovanje na širok opseg ličnih i socijalnih situacija, zbog čega je dijagnostikovao pod dijagnozom Mešoviti i drugi poremećaj ličnosti (F61) [8].

Tokom primenjene art terapije, na zadatu temu „kako vidim sebe za pet godina“, crtež našeg pacijenta sastojao se od crteža čoveka grafitnom olovkom, bez boja, koji je nacrtan bez očiju, usta i nosa, kako se drži za predmet koji bi mogao da liči na padobran (slika 1). Pacijent je crtež objasnio kao svoj doživljaj da ne vidi sebe za pet godina, jer tada neće biti živ kao i da ne vidi izlaz iz aktuelne situacije, a da je nacrtao sebe kako leluja u bezvazdušnom prostoru, bez ikakve percepcije, a svoje stanje na crtežu opisao je kao najsličnije stanju kada spava. Potpomognut grupom koja je bila podržavajuća, po prvi put od početka lečenja govorio je o svojim

razmišljanjima, kao i osećanjima beznađa, tuge, otuđenosti i usamljenosti. Ovo je omogućilo novi uvid u njegovu depresivnost.



Slika 1. „Kako vidim sebe za 5 godina“

Dalji nastavak lečenja poprimio je drugačiji tok, jer je pacijent kroz razumevanje svog crteža postao svesniji svojih osećanja, počeo sa terapeutom da govori o bespomoćnosti, tuzi i strahovima. Komunikacija putem reči postala je mnogo bolja, osećanja su bila verbalizovana, moglo je da se radi sa njima i pacijent se osetio prihvaćenijim. Što je više verbalizovao osećanja, somatske tegobe bile su manje prisutne [9].

Pored povećanja doze antidepressiva, razgovori tokom kojih je pacijent verbalizovao svoja „teška osećanja“, doživljaj odbačenosti, usamljenosti, kao i korektivno emocionalno iskustvo koje je proživljavao kako kroz odnos sa terapeutom, tako i kroz interakcije sa drugim pacijentima tokom grupnih aktivnosti, takođe su pomogli u redukciji depresivne simptomatologije, postizanju boljih interpersonalnih relacija i boljom opštom funkcionalnošću pacijenta. Sve navedeno potvrđeno je primenom skala na početku i završetku bolničkog lečenja koje je trajalo 64 dana: Montgomery-Ašbergova skala za procenu depresivnosti (*Montgomery Asberg Depression Scale*, MADRS) [10] na kojoj je evidentirana redukcija skora od 43 na 7, Vizualno-analogna skala za procenu anksioznosti (*The Visual Analogue Scale for Anxiety*, VAS) [11] na kojoj je registrovana redukcija skora 89 na 12 i Šianova skala za procenu disfunkcionalnosti (*Sheehan Disability Scale*, SDS) [12] koja je ukazala na poboljšanje funkcionalnosti i redukciji ukupnog skora sa 27 na 8.

Pacijent je tokom boravka na odeljenju i dalje redovno dolazio na art terapiju, njegovi radovi su i dalje bili bez boja, ali su ljudi koje je crtao dobili oči, usta, nos i postali приметniji (slika 2. i slika 3).



Slika 2. „Kad bih bio cvet“



Slika 3. „Moj najbolji prijatelj“

U ovom kliničkom primeru može se videti kako se teški sadržaji o kojima je za neke pacijente nezamislivo govoriti, i kojih ponekad pacijenti nisu ni svesni, tokom art terapije, kroz proces stvaranja i samorefleksije, mogu prvo staviti na crtež, a onda prevesti u verbalno, uz pomoć grupe i putem asocijacija. Na taj način sadržaji mogu postati mnogo komunikativniji i pristupačniji za dalji rad.

Diskusija

Značaj integrativnog terapijskog pristupa prvenstveno se sastoji u tome što pacijent u svakom od tretmana ponaosob (individualna suportativna psihoterapija, socio-terapijske grupe, radno-okupaciona terapija, ekspresivne terapije), učestvuje na različite načine. Tokom socio-terapijske grupe može biti tih i miran, kao pacijent koga smo prikazali, tokom terapije gledanja filma može se identifikovati sa nekom od uloga, tokom radne terapije može biti u otporu i sukobiti se sa radnim terapeutom. Bitno je da su sve te različite reakcije jednog pacijenta – ON/ONA, i da je pacijentima važno da vide sebe na više načina, i prihvate sebe u celini – što nimalo nije lak posao i zadatak. Da bi pacijent počeo da prihvata svoje „različite delove“, bitan je timski rad, odnosno saradnja terapeuta, jer analizom pacijentovog psihičkog stanja i sklapanjem mozaika koji se dobija iz različitih uglova sagledavanja, prvo se unutar tima stvara celovita slika pacijenta, da bi onda i pacijent počeo da je introjektuje i prihvata.

DRAWING AS A BEGINING – CASE REPORT

**Jasmina Stojkovic Pavlovic¹, Maja Milosavljevic^{1,2},
Marko Vukovic¹, Ljubica Vidic¹ i Dusica Lecic Tosevski^{1,2,3}**

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

²Belgrade University School of Medicine, Belgrade, Serbia

³Serbian Academy of Sciences and Arts, Belgrade, Serbia

Abstract: Treatment of patients with affective disorders during hospitalisation at the Institute of Mental Health includes pharmacotherapy, individual supportive therapy, group and expressive therapies including art therapy. Art therapy takes a place weekly, it lasts one hour during which patients paint for twenty minutes and then discuss their paintings in the group for the next forty minutes. In this paper the case of a patient who has been treated as recurrent depressive disorder (F33) and mixed personality disorder (F61) is presented. During previous years of treatment the patient had no inability to verbalise his symptoms and feelings, which led to difficult understanding of his actual psychopathology. After applied integrative treatment, pharmaco – and psychotherapy including expressive – art therapy, with the help of the supportive group, the patient for the first time since the beginning of the treatment spoke about his thoughts and feelings of hopelessness, sorrow, alienation and loneliness. All of the applied psychometric scales have shown improvement, for depression – MADRS, for anxiety – VAS and for functionality – SDS. This clinical example shows how the art therapy and interreaction with the group, which was supportive and highly associative, can turn the non-verbal into verbal and non-communication into communication.

Key words: *art therapy, depression, psychotherapy*

Literatura:

1. Ivanović N, Barun I, Jovanović N. Art terapija – teorijske postavke, razvoj i klinička primena. Soc. psihijat. 2014;42(3):190-8.
2. British Association of Art Therapists. Artists and art therapists: a brief discussion of their roles within hospitals, clinics, special schools and in the community. Brighton: Standing Committee of Arts Therapists; 1989.
3. Hogan S. The art therapy continuum: A useful tool for envisaging the diversity of practice in British art therapy. Int J Art Therapy. 2009;14:29-37.
4. Liebmann M. Art Therapy for Groups – A Handbook of Themes and Exercises. London: Routledge; 2005.
5. Naumburg M. Dynamically oriented art therapy. New York: Grune & Stratton Inc; 1996.
6. Naumburg M. Art therapy: its scope and function. Illinois: Thomas; 1958.
7. Kaplan F. Art Therapy and Social Action. London: Jessica Kingsley; 2007.
8. Svetska zdravstvena organizacija. MKB-10 klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Klinički opisi i dijagnostička uputstva. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1992.
9. Pavlovic Stojkovic J, Milosavljevic M, Vukovic M, Vidic Lj, Lecic Tosevski D. The importance of art therapy in the integrative treatment of recurrent depressive disorder - case study. Abstracts of the 24th European Congress of Psychiatry. Eur Psychiatry. 2016;33(525):S1-S806.
10. Montgomery SA & Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. British Journal of Psychiatry 1979; 134:382-3.
11. Hornblow AR & Kidson MA. The Visual Analogue Scale for Anxiety: A Validation Study. Aust N Z J Psychiatry 1976; 10(4): 339-341.
12. Sheehan DV. The Anxiety Disease. New York, Charles Scribner & Sons; 1983.

Dr Jasmina STOJKOVIĆ PAVLOVIĆ, psihijatar, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Jasmina STOJKOVIC PAVLOVIC, MD, psychiatrist, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E-mail: nina975@gmail.com

Kalendar kongresa

2017.

5th International Child and Adult Behavioral Health Conference 2017

January 12-14, 2017, Abu Dhabi, United Arab Emirates
<http://menaconference.com/events/icabhc/>

World Congress on Applied Psychology

February 20-21, 2017 Berlin, Germany
<http://appliedpsychology.conferenceseries.com/>

25th European Congress of Psychiatry (EPA 2017)

April 1-4, 2017, Florence, Italy
<http://www.epa-congress.org/>

18th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP,

co-sponsored by WPA
"Creative processes in psychotherapy and psychiatry"
April 19-22, 2017, Florence, Italy
www.Wadp2017.org

6th World Congress on ADHD

April 20-23, 2017, Vancouver, Canada
<http://www.adhd-congress.org>
Email: adhd@cpo-hanser.de

3rd International Conference on Mental Health & Human Resilience

May 11-12, 2017 Rome, Italy
<http://mentalhealth.conferenceseries.com/>

Association of Psychology and Psychiatry for Adults and Children 22nd Annual International Conference 2017 (APPAC 2017)

May 16-19, 2017, Athens, Greece
<http://www.appac.gr/displayITM1.asp?ITMID=18&LANG=EN>

5th International Congress on Neurobiology, Psychopharmacology and Treatment Guidance (ICNP2017)

May 25-28, 2017, Chalkidiki, Greece
www.psychiatry.gr

13th World Congress of Biological Psychiatry

June 18-22, 2017 Copenhagen, Denmark
<http://www.wfsbp-congress.org/home.html>

17th International Congress of ESCAP 2017

July 8-12, 2017, Geneva, Switzerland

www.ESCAP2017.eu

30th ECNP Congress

September 2-5, 2017, Paris, France

www.ecnp-congress.eu

„Intervencije u ranom detinjstvu: u susret ispunjavanju ciljeva održivog razvoja novog milenijuma”

06-08. oktobar, 2017, Beograd, Srbija

<http://www.fasper.bg.ac.rs/skup/2017-earlyCIC/srpski/index.html>

WPA XVII World Congress of Psychiatry Berlin 2017

October 8-12, 2017, Berlin, Germany

www.wpaberlin2017.com

Psychiatry & Mental Health 2017

November 20-22, 2017, Melbourne, Australia

<http://psychiatrymentalhealth.conferenceseries.com/>

UPUTSTVA SARADNICIMA

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

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

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

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

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

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

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

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

Prateće pismo/fajl

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

¹ Plagijat obuhvata sledeće:

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

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

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

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

Recenzija

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

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

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

Rukopisi koji su poslani recenzentu smatraju se poverljivim dokumentima.

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

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

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

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

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

Otvoreni pristup

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

Autorska prava

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

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

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

Slanje rukopisa

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

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

Priprema rukopisa

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

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

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

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

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

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

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

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

Fusnote nisu dozvoljene u člancima.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Štampa – Print
DOSIJE, Beograd

INSTRUCTIONS TO CONTRIBUTORS

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

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

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

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

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

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

Authors are required to abide by ethical standards relating to scientific research; therefore contributions must not include any plagiarism.

Plagiarism¹, implies taking somebody else's ideas, words or other forms of creative expression and passing them as one's own. It represents major violation of scientific ethics. Plagiarism may also include violation of copyrights, which is punishable under the law.

¹ Plagiarism includes the following:

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

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

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

Cover letter/file

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

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

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

Review

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

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

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

Manuscripts sent to reviewers shall be treated as confidential documents.

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

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

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

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

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

Open access

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

Copyrights

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

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

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

Submitting a manuscript

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

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

Manuscript preparation

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

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

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

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

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

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

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

Footnotes are not allowed in articles.

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

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

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

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

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

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

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

Examples:

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

**PRETPLATITE SE NA
PSIHIJATRIJU DANAS Vol. 48/2016 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 2015. 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. 48 (2 issues) ISSN-0350-2358**

Subscription rates

- ☐ Individual 60 USD
- ☐ Institutional 120 USD

Name

Address

Postal code/City/Country

Return coupon to:

Institute of Mental Health, 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
e-mail: imz@imh.org.rs

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