

PSIHIJATRIJA DANAS

Časopis Udruženja psihijatara Srbije

UDK 616.89
ISSN-0350-2538



PSIHIJAT. DAN.
2022/LIV/1/5–89/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.
2022/LIV/1/5–89/BEOGRAD

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

PSIHIJARIJA DANAS / PSYCHIATRY TODAY

Izdaje / Published by

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

Časopis Udruženja psihijatara Srbije
Official Journal of the Serbian Psychiatric Association

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

Redakcija / Editorial Office

Glavni urednik / Editor-in-Chief

Olivera VUKOVIĆ

Urednički odbor / Editorial Board

Milica PEJOVIĆ-MILOVANČEVIĆ

Nađa MARIĆ BOJOVIĆ

Čedo D. MILJEVIĆ

Bojana PEJUŠKOVIĆ

Maja MILOVANOVIĆ

Milutin KOSTIĆ

Maja MILOSAVLJEVIĆ

Vanja MANDIĆ-MARAVIĆ

Ana MUNJIZA

Izdavački savet / Advisory Board

Salman Akhtar (Philadelphia), Svetomir Bojanin (Beograd), Michel Botbol (Paris),
Jovan Bukelić (Beograd), George N. Christodoulou (Athens), Robert Cloninger (St. Louis),
Aleksandar Damjanović (Beograd), Slavica Đukić-Dejanović (Kragujevac),
Saveta Draganić Gajić (Beograd), Mira Divac Jovanović (Beograd),
Marko Ercegovac (Beograd), Kostas Fountoulakis (Thessaloníki), Xenia Gonda (Budapest),
Olivera Žikić (Niš), Lidija Injac (Podgorica), Maja Ivković (Beograd),
Veronika Išpanović-Radojković (Beograd), Miroslava Jašović-Gašić (Beograd),
Vladimir S. Kostić (Beograd), Milan Latas (Beograd), Dušica Lečić Toševski (Beograd),
Zorka Lopičić (Beograd), Gordana Mandić (Beograd), Juan E. Mezzich (New York),
Goran Mihajlović (Kragujevac), Srđan Milovanović (Beograd), Marko Munjiza (Beograd),
Igor Pantić (Beograd), Mirko Pejović (Beograd), Stefan Pribe (London), Michelle Riba (Ann Arbor),
Norman Sartorius (Geneva), Miodrag Stanković (Niš), Vladan Starčević (Sidney),
Nenka Tadić (Beograd), Ivana Timotijević (Beograd),
Sanja Totić Poznanović (Beograd), Dragan Švrakić (St. Louis)

Tehnički urednik / Assistant to the Editor

Ivana Gavrilović

PSIHIJARIJA DANAS

GODINA 54	BEOGRAD	BROJ 1, 2022
-----------	---------	--------------

SADRŽAJ

Bipolarni poremećaj i psihosocijalna podrška roditeljima <i>/Sladojević Matić J., Radovanović M., Draganić Gajić S.</i>	5
Sindromi sumanutog prepoznavanja – od pripovedanja Dostojevskog do sagledavanja konektoma <i>/Marić P. N., Andrić Petrović A., Jerotić S.</i>	23
Komunikacija kroz različite forme projektivnih identifikacija <i>/Pešić D., Jerić M.</i>	39
Komunikacija sa adolescentima u različitim kontekstima grupne terapije <i>/Lazarević M.</i>	51
Psihoterapija u vrtlogu pandemije – iskustva psihoterapeuta u Srbiji <i>/Aleksić Hil O., Kalanj M.</i>	59
Poremaćaji ishrane kod adolescenata tokom pandemije <i>/Lazarević M., Košutić Ž</i>	71
In memoriam Prof. dr Marko Munjiza <i>/Milovanović S.</i>	79
Obaveštenje Uputstva saradnicima	81

PSYCHIATRY TODAY

YEAR 54	BELGRADE	NUMBER 1, 2022
---------	----------	----------------

CONTENTS

Bipolar Disorder and Psychosocial Support for Parents <i>/Sladojevic Matic J., Radovanovic M., Draganic Gajic S.</i>	5
Delusional misidentification syndromes – from the narration of Dostoevsky to exploration of the connectome <i>/Maric P.N., Andric Petrovic S., Jerotic S.</i>	23
Communication through different forms of projective identifications <i>/Pesic D., Jeric M.</i>	39
Communication with adolescents in different group therapy contexts <i>/Lazarevic M.</i>	51
Psychotherapy in the darkness of the pandemic – experiences of psychotherapists in Serbia <i>/Aleksic Hil O., Kalanj M.</i>	59
Eating disorders in adolescents during the pandemic <i>/Lazarevic M., Kosutic Z.</i>	71
In memoriam Prof. dr Marko Munjiza <i>/Milovanovic S.</i>	79
Announcement: Instruction to contributors	85

UDK: 616.895.1:316.356.2

BIPOLAR DISORDER AND PSYCHOSOCIAL SUPPORT FOR PARENTS

**Jelena Sladojevic Matic¹, Milos Radovanovic²,
Saveta Draganic Gajic¹**

¹Faculty of Media and Communications, Psychology Department,
Singidunum University, Belgrade, Serbia

²The Faculty of Medicine, University of Belgrade, Serbia

Abstract: Stigmatization in the field of mental health is particularly noticeable when assessing the parental competence of persons with certain psychological problems. Numerous studies indicate that there is a correlation between psychotic disorders and the quality and functionality of parenthood. The aim of this study was to assess the parental capabilities of people suffering from bipolar mood disorder and their healthy partners, as well as to profile potential programs for psychosocial support. Using a semi-constructed interview and a questionnaire pertaining to the socio-emotional commitment of parents to their children, 30 patients diagnosed with Bipolar Disorder type I, as well as their spouses, were analyzed. The results of the study did not reveal any significant differences in parental competency of the compared groups. A high level of compatibility in the perception of parental functionality, both in the cases of the people suffering from the disorder and their partners, shows a need for preserving co-parenthood. The study suggests possibilities pertaining to systemic support for ailing parents in the development and enhancement of their parental competency, seeing as the findings show that their functionality in a parental role is more adequate in circumstances where there is already parental cooperation and support from a broader social network.

Key words: *parental competency; psychosocial support; bipolar disorder*

Introduction

Parenthood is one of the most valued social roles, and the quality of parental competencies is of the greatest importance in all societies and cultures. Numerous studies point to the stigmatization of people suffering from mental disorders, particularly in terms of parenthood [1]. These individuals bear a double burden, not only because of the presence of the symptoms but also because of the risk of losing parental rights as a consequence of the disease [2]. Studies show that women suffering from serious mental disorders have the same desire to have a child as healthy women [3], but they are at a much bigger risk of losing custody over their children and they get divorced more often [4]. Moreover, stigmatization may also come from professionals engaged in professional institutions [5].

Clinical research and therapeutic experience point to a significant link between mental health disorders and the various forms of family system dysfunctions, especially the quality and functionality of parenthood. Bipolar disorder (BD) is characterized by unpredictability, the contagiousness of the affect, and chronicity, which creates a specific set of challenges for a family because it necessitates a great deal of flexibility, „split parental functions”, frequent role and hierarchy reversal, and broader systemic social support. [6] A lot of studies talk about the importance of both the social network of the family and its social context, and they indicate that the network is one of the most important factors influencing the quality of parenthood, apart from the personal characteristics of the parents, their parental capacities, and the characteristics of the children themselves [7].

The parent's disease is connected to a child's development and can represent one of the risk factors for psychopathology development in both childhood and adulthood. Some studies, using a developmental psychopathology framework, identified that the offspring of parents with BD presents a high-risk group for a range of mood and non-mood disorders in childhood, adolescence, and young adulthood, providing evidence for a developmental psychopathology trajectory of precursor risk to BD in this group [8].

This points to the need for further research into questions relating to the influence of the mental disorder on parental competencies of people suffering from the mental disorder, societal influence and stigmatization that society directs toward both the afflicted individuals and their families, and the nature of the children's vulnerability.

The studies performed so far indicate that the treatment of people suffering from mental disorders does not include support for parenthood as a distinct field in the context of a classical medical ap-

proach [9] People suffering from a mental disorder feel that they need additional support in parenting during the treatment process such as psychoeducation as an evidence-based treatment delivered primarily by nurses in adult outpatient psychiatric care [10]. Similar results are presented by the authors of a study where more than half of the participants emphasized the need for specific support that would be provided by medical institutions and connected to custody, legal support, support in relationships with the children, and creating support groups for the parents [11]. Although the study emphasizes that the most important thing for the parents is offering help and support in recognizing the importance of emotional connection and exchange with the children, especially for mothers with BD and their infants in „finding” each other in interactions at three months postpartum [12] there is still not enough research dealing with systemic support for psychiatric patients in the field of parenthood [13]. Studies like this mainly focus on the differences in the approach of the medical staff in general hospitals compared to specialized psychiatric institutions, finding that only 3-14% of the professional staff (mostly social workers) provide specific information connected to parenthood. To provide such help, staff training is critical, as is the finding that if staff understand this as a part of their professional role, they are more able to offer relevant information to the parents [14].

Another finding that highlights the importance of the study and the proposed model of systemic support for people suffering from mental disorders, in terms of strengthening both the narrow and broad networks of social support for the family, is that the assessment of the social skills and parental skills is a better prognostic measure of adaptability for people suffering from psychotic disorders than the diagnostic assessment, i.e. symptoms assessment [15].

This paper aims to investigate the potential differences in the level of parental competencies of parents suffering from BD and their healthy partners, as well as to profile possible systemic support models for both developing and upgrading those parenthood aspects that are possibly compromised by individual psychopathology.

Method

The sample consisted of 30 patients of the Clinical Department for Psychotic Disorders of the Institute of Mental Health in Belgrade. All of them were diagnosed with BD type I based on the MKB-10 criteria before the beginning of hospital treatment. Most of the participants were hospitalized during the depressive phase (with or without psychotic symptoms). The participants had children up to 15

years old. The second group consisted of their healthy spouses. The sample included patients who had exhibited good cooperation, had insights into their disease, underwent regular medical treatment, and had spouses who were adequately included in the treatment. Each participant previously signed an informed consent for study participation, and the results were kept confidential. The research was conducted according to the good scientific practice of the Faculty of Medicine in Belgrade, and it was approved by the Ethics Board of the Institute of Mental Health. Patients diagnosed with organic mental disorders or mental insufficiency, patients over 60 years old, and couples who had already been referred for professional help because of marriage problems were excluded from the research.

A semi-structured interview, made especially for this research, was used for the parental functionality assessment, as well as a modified version of the Parental Investment in Children Questionnaire – PIC [16]. PIC consists of 24 items; they investigate four dimensions of parental socio-emotional devotion to a child, i.e. of parenthood: *Delight* connected to the role of the parent and the interaction with a child; *Separation Anxiety*; *Sensitivity and Responsivity*, which include the cognitive aspects of the knowledge and belief in the developmental needs of a child, care for his or her mental and physical health, well-being, and optimum growing up conditions (*Knowledge/Sensitivity*); *Acceptance of the Parenting Role*.

Cohen's kappa coefficient and the percentage agreement were used to test the agreement of the patients and their spouses in terms of recognizing the developmental needs of a child, parenting style, and other domains of parental functioning. The existence of mutual correlations between variables was tested using the χ^2 -test. Differences between the patients and their spouses in terms of parental investment in the child were tested using the dependent t-test for paired samples, and the size of the effect was assessed using the Eta coefficient.

The results

The average age of the group of patients was 40.17 (SD = 7.90). One person finished elementary school, 20 of them high school, five colleges, three universities, and one person did not disclose any information about their education. In terms of working status, 17 people were employed, 12 were unemployed, and one person did not specify. The average length of the psychiatric treatment was 6.52 years (SD=6.84). The number of children they had was between 1 and 4, with an average of 1.8 (SD=0.93). The average age of the spouse group was 42.20 (SD=11.26). One person finished elementary school,

20 high school, one college, two universities, and six people did not specify. As for their working status, 16 people were employed, eight were unemployed, and six people did not disclose.

- Concerning child care, the correlation between the spouses is not statistically significant. In other words, there are no arguments for the claim that there is a significant correlation between the spouses concerning child care.
- Concerning the health needs assessment, the correlation between the spouses is on the level of the expectation by chance.
- Correlation between the spouses concerning the initiative to take care of health needs is not considerably different than on the level of the expectation by chance.
- When it comes to assessing the child's separation difficulties, there is a high degree of agreement between the spouses ($\kappa=0,742$ $p<0,001$). The percentage agreement is 87%. The existence of mutual correlations between variables was tested using the χ^2 -test ($\chi^2= 13,58$; $C=0.6$; $p<0.5$).
- When it comes to assessing the child's independence, there is a high degree of agreement between the spouses. The percentage agreement is 79,2% ($\kappa=0,545$; $p<0,005$). The existence of mutual correlations between variables was tested using the χ^2 -test ($\chi^2= 7,2$; $C=0.48$; $p<0.5$).
- When it comes to parenting style, spouses correlate on the level of the expectation by chance.
- When it comes to tolerance and punishment, spouses correlate on the level of the expectation by chance.
- When it comes to the behavior that deserves punishment, the correlation of the spouses is on the level of the expectation by chance.
- Regarding the type of punishment, there is a high degree of agreement between the spouses.
- Concerning behavior that deserves a reward, there is a high degree of agreement between the spouses.
- Concerning the punishment style, there is a high degree of agreement between the spouses.
- The correlation of the spouses relating to free time is on the level of the expectation by chance.
- Concerning the home obligations of a child, there is a high degree of agreement between spouses.

- When it comes to how a child fits into their group of peers, the spouses correlate perfectly, and this correlation is significantly higher than the expectation by chance.
- When it comes to educational needs, the correlation of the spouses is on the level of the expectation by chance.
- The results of testing the differences between patients and their spouses regarding separation anxiety, acceptance of the parental role, satisfaction in the parental role as well as knowledge and sensitivity show that there is no significant difference in any of the mentioned dimensions.

Discussion

Bipolar mood disorder is a serious, chronic mental disorder with a high heritable predisposition, and factors such as a family history of BD, the presence of stressors, and inter-episode subsyndromal mood symptoms, among other things, were confirmed as significant for a higher number of recurrences [17]. However, one of the rare longitudinal studies that followed children's development depending on the individual psychopathology of the parents and their parenthood quality [18], indicates that dysfunctional parenthood is the key factor connecting parental psychopathology and the development of psychopathology in children. Aside from trauma, early separation or loss, dysfunctional parenthood, when combined with an early childhood experience, is one of the most significant risk factors for individual psychopathology development.

Separating the category of „relational problems” in the DSM-V mental disorders classification system shows the importance of relational dynamics and parenthood for psychopathology development [19]. Within this group [20], researchers are investigating factors related to problems in close relationships – parent-child, parent-another parent, and children-sibling – while recent studies in the field of epigenetics additionally clarify relational dynamics within the family [21]. Studies dealing with parenthood quality reveal a lot of factors that shape it: genetic factors (especially personality traits and the temperament of the parents), „attribution style” (the tendency to „attribute” certain traits or intentions to a child), the quality of the parents’ partnership and parenting style. One of the most accepted parenting models defines parenthood through the dimensions of acceptance/support and control/supervising [22].

The results of our study, connected to the parental functionality assessment using the semi-structured interview, show that ailing parents demonstrate an appropriate level of recognizing the children’s

needs when assessing the developmental needs and interests of children and that the self-assessment of the diseased parents correlates with the assessment of their spouses.

The results of the research show a high degree of agreement between the ailing parents and their spouses regarding the assessment of the child's separation difficulties, the assessment of the child's independence, the type of punishment, rewarding behavior, the type of reward, the child's home obligations, and the assessment of how the child fits into their peer group.

When it comes to parenting styles, the *liberal parenting style* is the most dominant one in both groups. This style [23] is distinguished by low child behavior control and high support, with high emotional investments in a child, sometimes to the point of complete gratification, with a lack of control and discipline. Parents with this kind of parenting style believe that children will best develop if they explore life with the fewest parental restrictions. They avoid using authority and they do not set a lot of boundaries. The results correlate with the findings confirming that families with members suffering from BD have difficulties in the domain of organizational structure [24] as well as with free time organization and adequate everyday life structure planning [25]. The finding is thus particularly important in light of the data that the family surrounding, in terms of organizational structure, preserved co-parenting, and cohesion within the family, is one of the risk factors for the development of the diseased person's child [26]. These findings confirm the importance of the involvement of family psychosocial and counseling interventions as an integral part of the treatment model.

The term socio-emotional commitment is widely used in the literature along with the term „attachment.” Although the connection between attachment type and mood disorder is confirmed in many studies [27] it is still believed that „attachment” is insufficiently investigated when it comes to children whose parents suffer from BD [28]. In one of the studies, no differences were found in interpersonal functioning and „attachment” type between children with one parent suffering from BD and the control group of children with healthy parents [29]. Analyzing the findings of our research on socio-emotional commitment in the parental role, it was concluded that there was no statistically significant difference between the group of people suffering from BD and their spouses.

The findings of the research indicate that there are no considerable differences in parental functionality between people with BD and their spouses, and that their functionality is more adequate in cir-

cumstances of existing parental cooperation and support from the broader social network. There is a confirmed high level of correlation between patients and partners' perceptions of parental functionality. We believe that preserved co-parenthood, along with voluntary medical treatment of the participants and their spouses' motivated cooperation, considerably contributes to this correlation.

As for the parental functionality of people suffering from BD, the study found that none of the aspects of parental functionality was compromised to the level of dysfunctionality. However, *control* aspects (insufficiently consistent control and liberal parenting style), *parenting role acceptance* recognized by both ailing and healthy parents as demanding and stressogenic, and *discipline*, or punishment/reward style (parents most often chose physical punishment, forbidding the child's favorite activities, or the punishment was generally absent as the disciplinary method), were found to be aspects of parental functionality that could be endangered by mental disorder. It is critical to perform assessments of parental competencies for the stated aspects of parental functionality, as well as to create specific support programs primarily directed toward learning to set both clear and consistent boundaries and rules in the family system, and developing competencies connected to personal organizational abilities and time structuring related to children within the family context.

Cohler states that psycho-educational programs dedicated to parenthood are conducted as part of „wellness programs” in hospitals and mental health clinics, but they are mainly aimed at people suffering from less serious disorders and thus rarely organized for people suffering from psychotic disorders [30]. One of the pioneering projects for providing support to mothers suffering from schizophrenia, designed to teach them parental skills and follow the progress of their preschool children, was organized in Denver, Colorado [31]. Moreover, it was an additional support program for mothers in the context of their psychiatric treatment. A similar program, organized in the United Kingdom as part of the project „Child,” included mothers suffering from psychotic disorders with the aim of assisting in the development of parental and other skills, and entailed home visits and larger social programs [32].

We believe that systematically organized programs dealing with parental competencies of people suffering from psychotic disorders using the experience of best practices are important and valuable. Aside from providing institutional treatment in which ailing parents receive certain directions connected to parenthood quality, it is important to create and consistently carry out group support programs

that are exclusively directed to parental competency development and include psycho-educational and counseling work. It is especially important to direct the focus of interventions toward support for parents with the aim of stress reduction in the parental role, as well as developing the skills of control, clear boundary setting, and adequate disciplining methods. In this domain, in addition to institutional, local community work is also very important. It can involve a multisystem, multidisciplinary approach and the participation of professionals from many fields of expertise.

In the end, we would like to mention certain research limitations, important to take into consideration while interpreting the results, related to the number of participants, the profile of the sample (only one category of mental disorder was included), and the type of study (cross-sectional study). We emphasize that this is a pilot study that can show us certain tendencies and provide guidelines for creating hypotheses and organizing research on larger samples.

Conclusion

The findings of the conducted research indicate that the parental functionality of people suffering from bipolar disorder does not have to be compromised „per se” and that it is more adequate when there is parental cooperation. None of the parental functionality aspects of the ailing parent was compromised to the level of dysfunctionality. Aspects of *control* (insufficiently consistent control and liberal parenting style), *parental role acceptance*, and *discipline* (physical punishment and favorite activities deprivation) stand out as important, and as such, they are the parental aspects toward which psychosocial support should be directed. We believe that research on the still controversial question of the parental competencies of people diagnosed with psychotic disorders requires further, mainly prospectively designed studies, which include more participants. Studies designed in such a way would more thoroughly point to the importance and nature of the connection of factors that influence the parenthood quality of people suffering from mental disorders. They would also allow for a timely and targeted strategy in the context of more specifically profiled psychosocial support programs.

Appendix

List of tables: Spss data

Table 1. Correlation between the patients and their spouses concerning the child care

Patient	Spouse			
	Independently	Relying on the parents' help	Together with the other parent	Does not know to assess
Independently	1	0	3	2
Relying on the parents' help	0	4	0	0
Together with the other parent	3	2	7	0
Does not know to assess	0	0	2	0

N= 24; % correlation= 50%; Kappa= 0,242 p= 0,058

Table 2. Correlation between the patients and their spouses concerning the assessment of health needs of a child

Patient	Spouse			
	Statement of a child	Statement of a family member	Behaviour and mood	Medical report
Statement of a child	0	0	2	1
Statement of a family member	0	0	1	0
Behaviour and mood	1	1	12	0
Medical report	0	0	6	0

N= 24; % correlation= 50%; Kappa= -0,059 p= 0,572

Table 3. Correlation between the patients and their spouses concerning the initiative to take care of health needs

Patient	Spouse	
	Engaging	Passive
Engaging	11	1
Passive	7	3

N= 22; % correlation= 63,6%; Kappa= 0,228 p= 0,190

Table 4. Correlation between the patients and their spouses concerning the parental style

Patient	Spouse			
	Authoritarian	Liberal	Democratic	Inconsistent
Authoritarian	0	2	0	0
Liberal	0	8	5	0
Democratic	1	1	2	0
Inconsistent	0	1	2	1

N= 23; % correlation= 47,8%; Kappa= 0,166 p= 0,203

Table 5. Correlation between the patients and their spouses concerning tolerance and punishment

Patient	Spouse			
	Low tolerance and mild punishment	Low tolerance and harsh punishment	High tolerance and mild punishment	High tolerance and harsh punishment
Low tolerance and mild punishment	8	1	0	2
Low tolerance and harsh punishment	1	0	1	0
High tolerance and mild punishment	6	0	5	0
High tolerance and harsh punishment	0	0	0	0

N= 24; % correlation= 54,2%; Kappa= 0,230 p= 0,109

Table 6. Correlation between the patients and their spouses concerning the behaviour that deserves a punishment

Patient	Spouse			
	Agression	Insubordination	Something else	Nothing
Agression	0	0	0	0
Insubordination	1	9	1	1
Something else	0	0	0	0
Nothing	1	6	0	2

N= 21; % correlation= 52,4%; Kappa= 0,103 p= 0,489

Table 7. Correlation between the patients and their spouses concerning the punishment type

Patient	Spouse			
	Physical punishment	Not allowing the favourite activity	Not paying attention	Nothing
Physical punishment	4	1	0	1
Not allowing the favourite activity	1	3	0	2
Not paying attention	1	1	0	0
Nothing	0	3	0	5

N= 22; % correlation= 54,5%; Kappa= 0,345 p= 0,012

Table 8. Correlation between the patients and their spouses concerning the rewarding behaviour

Pacijent	Spouse				
	School success	Obedience	Special success	Something else	Nothing
School success	7	1	1	1	0
Obedience	1	5	0	2	1
Special success	0	2	0	0	0
Something else	0	0	0	2	0
Nothing	0	0	0	0	0

N= 23; % correlation= 60,9%; Kappa= 0,433 p= 0,001

Table 9. Correlation between the patients and their spouses concerning the type of the reward

Patient	Spouse				
	Praise or attention	Money or gift	Kiss	Something else	No reward
Praise or attention	1	1	0	0	0
Money or gift	1	14	0	0	0
Kiss	0	1	0	0	1
Something else	0	1	1	1	0
No reward	0	0	0	0	0

N= 22; % correlation= 72,7%; Kappa= 0,400 p= 0,002

Table 10. Correlation between the patients and their spouses concerning the free time

Patient	Spouse			
	Leave the initiative to a child	Follows the need of a child, plans the time and balances	The parent takes the initiative and decides	The other parent takes the initiative
Leave the initiative to a child	1	3	0	1
Follows the need of a child, plans the time and balances	5	8	3	0
The parent takes the initiative and decides	0	0	1	0
The other parent takes the initiative	0	2	0	0

N= 24; % correlation= 41,7%; Kappa= -0,012 p= 0,928

Table 11. Correlation between the patient and the spouse concerning the home obligations of a child

Patient	Spouse	
	Yes	No
Yes	9	0
No	3	10

N= 22; % correlation= 86,4%; Kappa= 0,732 p< 0,001

Table 12. Correlation between the patients and their spouses concernign the assessment of the involvement of a child in a peer group

Patient	Spouse	
	Fits in well	Difficult to fit in
Fits in well	18	0
Difficult to fit in	0	1

N= 19; % correlation= 100%; Kappa= 1,000 p< 0,001

Table 13. Correlation between the patients and their spouses concerning the educational needs

Pacijent	Spouse				
	Leaves the learning initiative to a child	Helps a child	Leaves it to the otherfamily members	The other parent is responsible	The other parent is responsible
Leaves the learning initiative to a child	5	0	2	0	0
Helps a child	2	0	1	0	1
Leaves it to the otherfamily members	1	1	0	0	0
The other parent is responsible	1	1	0	1	0
The other parent is responsible	1	0	0	2	0

N= 19; % correlation= 31,6%; Kappa= 0,068 p= 0,564

Table 14. Differences between the patients and their spouses in the domain of Parental Investment in a Child (Questionnaire about socio-emotional devotion of a parent to a child (PIC) Parental Investment in Children Questionnaire

Domain	Group	N	M	SD	χ^2	t	df	p
Separational anxiety	Patients	24	6,71	1,12	0,080	-1,415	23	0,170
	Spouses	24	7,13	1,33				
Parental role acceptance	Patients	24	18,04	2,51	0,131	-1,860	23	0,076
	Spouses	24	19,42	3,28				
Pleasure	Patients	24	15,29	1,73	0,001	0,169	23	0,867
	Spouses	24	15,21	2,41				
Knowledge and sensitivity	Patients	23	10,96	1,66	0,101	-1,573	22	0,130
	Spouses	23	11,83	1,77				

BIPOLARNI POREMEĆAJ I PSIHOSOCIJALNA PODRŠKA RODITELJIMA

**Jelena Sladojević Matić¹, Miloš Radovanović²,
Saveta Draganić Gajić¹**

¹Fakultet za medije i komunikaciju, Departmant za psihologiju,
Univerzitet Singidunum, Beograd, Srbija

²Medicinski Fakultet Univerziteta u Beogradu

Apstrakt: Stigmatizacija u oblasti mentalnog zdravlja posebno je uočljiva kada se procenjuju roditeljske kompetencije osoba sa određenim psihološkim problemima. Brojne studije ukazuju na povezanost psihotičnih poremećaja sa kvalitetom i funkcionalnošću roditeljstva. Cilj rada bio je procena roditeljskih kompetencija osoba obolelih od bipolarnog poremećaja raspoloženja i njihovih zdravih partnera, i profilisanje predloga programa psihosocijalne podrške u odnosu na dimenzije roditeljstva koje su potencijalno ugrožene poremećajem. Polustrukturisanim intervjuom i Upitnikom o socijalno-emocionalnoj posvećenosti roditelja detetu ispitano je 30 pacijenata sa dijagnozom BAP-a i njihovih zdravih supružnika. Rezultati istraživanja pokazali su da nema značajnih razlika u roditeljskoj kompetenciji poredjenih grupa. Potvrđen je visok nivo usaglašenosti lične i partnerove percepcije roditeljskog funkcionisanja i očuvano koroditeljstvo. U radu su predložene mogućnosti pružanja sistemske podrške obolelim roditeljima u razvoju i unapređenju roditeljskih kompetencija, s obzirom na nalaz da je njihovo funkcionisanje u roditeljskoj ulozi adekvatnije u okolnostima postojeće roditeljske saradnje i podrške šire socijalne mreže.

Ključne reči: *roditeljske kompetencije, psihosocijalna podrška, bipolarni poremećaj*

Literatura

1. Hinshaw SP. The stigmatization of mental illness in children and parents: developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of child Psychology and Psychiatry*. 2005 Jul.
2. Fox L. Personal accounts: Missing out on motherhood. *Psychiatric Services*. 1999 Feb;50(2):193-4.
3. Mowbray CT, Oyserman D, Ross S. Parenting and the significance of children for women with a serious mental illness. *The journal of mental health administration*. 1995 Mar;22:189-200.
4. Miller LJ, Finnerty M. Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 1996 May 1;47(5):502-6.
5. Nicholson J, Nason MW, Calabresi AO, Yando R. Fathers with severe mental illness: Characteristics and comparisons. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1999 Jan;69(1):134-41.
6. Rolland JS. Toward a psychosocial typology of chronic and life-threatening illness. *Family systems medicine*. 1984;2(3):245.
7. Belsky J. The determinants of parenting: A process model. *Child development*. 1984 Feb 1:83-96.
8. Raouna A, Osam CS, MacBeth A. Clinical staging model in offspring of parents with bipolar disorder: a systematic review. *Bipolar disorders*. 2018 Jun;20(4):313-33.
9. Reupert A, Maybery D, Nicholson J, Göpfert M, Seeman MV, editors. *Parental psychiatric disorder: Distressed parents and their families*. Cambridge University Press; 2015 Jul 9.
10. Ameel M, Kontio R, Välimäki M. Interventions delivered by nurses in adult outpatient psychiatric care: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2019 Nov;26(9-10):301-22.
11. van der Ende PC, Venderink MM, van Busschbach JT. Parenting with success and satisfaction among parents with severe mental illness. *Psychiatric Services*. 2010 Apr;61(4):416.
12. Anke, Teija, Kari Slinning, Vibeke Moe, Cathrine Brunborg, Torill S. Siqveland, and Dag Vegard Skjelstad. „Mothers with and without bipolar disorder and their infants: group differences in mother-infant interaction patterns at three months postpartum.” *BMC psychiatry* 19, no. 1 (2019): 1-12.
13. Korhonen, T., K. Vehviläinen-Julkunen, and A. Pietilä. „Do nurses working in adult psychiatry take into consideration the support network of families affected by parental mental disorder?.” *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15, no. 9 (2008): 767-776.
14. Reupert AE, Maybery DJ. A „snapshot” of Australian programs to support children and adolescents whose parents have a mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2009;33(2):125.
15. Anthony, William A., and Mary A. Jansen. „Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill: Research and policy implications.” *American Psychologist* 39, no. 5 (1984): 537.

16. Whiteside-Mansell, Leanne, Robert H. Bradley, and Ernest Rakow. „Similarities and differences in parental investment for mothers and fathers.” *Journal of Family Issues* 22, no. 1 (2001): 63-83.
17. Estrada-Prat, Xavier, Anna R. Van Meter, Ester Campodon-Rosanas, Santiago Batlle-Vila, Benjamin I. Goldstein, and Boris Birmaher. „Childhood factors associated with increased risk for mood episode recurrences in bipolar disorder-A systematic review.” *Bipolar disorders* 21, no. 6 (2019): 483-502.
18. Johnson, Jeffrey G., Patricia Cohen, Stephanie Kasen, Elizabeth Smailes, and Judith S. Brook. „Maladaptive parenting and the association between parental and offspring psychiatric disorders/Negativer Erziehungsstil und der Zusammenhang von psychiatrischen Störungen bei Eltern und ihren Nachkommen.” *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (2002): 396-410.
19. Strong, Tom. „Diagnoses, relational processes and resourceful dialogs: Tensions for families and family therapy.” *Family process* 54, no. 3 (2015): 518-532.
20. Heyman, Richard E., Amy M. Smith Slep, Steven RH Beach, Marianne Z. Wamboldt, Nadine J. Kaslow, and David Reiss. „Relationship problems and the DSM: needed improvements and suggested solutions.” *World Psychiatry* 8, no. 1 (2009): 7.
21. Beach, Steven RH, Heather M. Foran, Richard E. Heyman, Amy M. Smith Slep, Anthony R. Cordaro, Marianne Z. Wamboldt, and N. Kaslow. „Relational processes: Historical background, current considerations, and future directions for DSM-5 and ICD-11.” *The Oxford handbook of relationship science and couple interventions* (2016): 7-18.
22. Baumrind, Diana. „Current patterns of parental authority.” *Developmental psychology* 4, no. 1p2 (1971): 1.
23. Pini, Stefano, Marianna Abelli, Mauro Mauri, Matteo Muti, Paolo Iazzetta, Susanna Banti, and Giovanni B. Cassano. „Clinical correlates and significance of separation anxiety in patients with bipolar disorder.” *Bipolar disorders* 7, no. 4 (2005): 370-376.
24. Ostiguy, Caroline S., Mark A. Ellenbogen, Anne-Marie Linnen, Elaine F. Walker, Constance Hammen, and Sheilagh Hodgins. „Chronic stress and stressful life events in the offspring of parents with bipolar disorder.” *Journal of affective disorders* 114, no. 1-3 (2009): 74-84.
25. Rubovits, P. „Project CHILD: An intervention programme for psychotic mothers and their young children.” *Parental psychiatric disorder: Distressed parents and their families* (1996): 161-168.
26. DelBello, Melissa P., and Barbara Geller. „Review of studies of child and adolescent offspring of bipolar parents.” *Bipolar disorders* 3, no. 6 (2001): 325-334.
27. Sullivan, Aimee E., Charles M. Judd, David A. Axelson, and David J. Miklowitz. „Family functioning and the course of adolescent bipolar disorder.” *Behavior therapy* 43, no. 4 (2012): 837-847.

28. Harnic, Désirée, Maurizio Pompili, Marco Innamorati, Denise Erbuto, Dorian A. Lamis, Pietro Bria, Paolo Girardi, and Luigi Janiri. „Affective temperament and attachment in adulthood in patients with Bipolar Disorder and Cyclothymia.” *Comprehensive psychiatry* 55, no. 4 (2014): 999-1006.
29. Doucette, S., J. Horrocks, P. Grof, C. Keown-Stoneman, and A. Duffy. „Attachment and temperament profiles among the offspring of a parent with bipolar disorder.” *Journal of affective disorders* 150, no. 2 (2013): 522-526.
30. Reichart, C. G., Jan Van Der Ende, M. H. J. Hillegers, Marjolein Wals, I. L. Bongers, W. A. Nolen, J. Ormel, and F. C. Verhulst. „Perceived parental rearing of bipolar offspring.” *Acta Psychiatrica Scandinavica* 115, no. 1 (2007): 21-28.
31. Cohler, Bertram J., Frances M. Stott, and Judith S. Musick. „Distressed parents and their young children: Interventions for families at risk.” (1996).
32. Waldo, Merilyne C., Margaret Roath, Winifred Levine, and Robert Freedman. „A model program to teach parenting skills to schizophrenic mothers.” *Psychiatric Services* 38, no. 10 (1987): 1110-1112.

Jelana SLADOJEVIĆ MATIĆ, Fakultet za medije i komunikaciju, Departmant za psihologiju, Univerzitet Singidunum, Beograd, Srbija

Jelena SLADOJEVIC MATIC, Faculty of Media and Communications, Psychology Department, Singidunum University, Belgrade, Serbia

E-mail: jelena.sladojevic.matic@fmk.edu.rs

SINDROMI SUMANUTOG PREPOZNAVANJA – OD PRIPOVEDANJA DOSTOJEVSKOG DO SAGLEDAVANJA KONEKTOMA

Nadja P. Marić^{1,2}, Sanja Andrić Petrović², Stefan Jerotić³

¹Medicinski Fakultet Univerziteta u Beogradu

²Institut za mentalno zdravlje, Beograd

³Klinika za psihijatriju, Univerzitetski klinički centar Srbije

Apstrakt: Cilj ovog preglednog rada je da podseti na psihopatološke fenomene koji se nazivaju sindromi sumanutog prepoznavanja, a motiv za izbor teme je 200-godišnjica rođenja Fjodora Mihajloviča Dostojevskog, ruskog književnika koji je među prvima detaljno opisao sindrom *doživljaja sopstvenog dvojnika*. Ovaj sindrom bi s pravom mogao da nosi naziv „Goljatinov sindrom”, pridružujući se tako Fregolijevom sindromu koji nosi naziv po dramskom umetniku iz Italije, kao i Kapgrasovom sindromu, za čiji naziv je zaslužan francuski lekar. Osim opisa i podele sindroma sumanutog prepoznavanja, u radu su izneta savremena saznanja o neurobiološkim osnovama datih saznanjih distorzija, sa posebnim osvrtom na analize humanog konektoma, diferencijalnu dijagnostiku i aktuelna terapijska razmatranja bazirana na postojećoj evidenciji.

Ključne reči: *sumanutost, psihoza, dvojnik, Dostojevski, Kapgras, Fregoli*

Uvod

Vekovima unazad, duševne smetnje su izazivale interesovanje gotovo jednako kao i diskriminaciju. Zapadna literatura, iz koje savremena medicina crpi najviše informacija, u edukativnim materijalima za nastavu iz psihijatrije često se koristi likovima iz književnog opusa V. Šekspira (Hamlet, Ledi Magbet, Kralj Lir, Ofelija) ili iz filmske umetnosti različitih autora. S druge strane, u tom materijalu ređe je bilo mesta za Ivana Karamazova, Raskoljnikova ili Goljatkina, koji preko 150 godina žive u delima F.M. Dostojevskog. Dostojevskom, koji je rođen pre 200 godina (11.11.1821. - 09.02.1881.), pripisuje se značajno mesto u opisivanju različitih epileptičkih fenomena [1], a uz to delo Dostojevskog zasluhuje i sasvim posebno mesto u dubinskoj psihologiji i deskriptivnoj psihopatologiji (Shema 1).

**Različiti uglovi
posmatranja
„ludila” u
romanima
Dostojevskog**
(prema
Beveridge, 2009)

- Dinamičko stanje koje je određeno stavom okoline
- Nesposobnost uklapanja u društvo
- Preveliki pristisci okruženja
- Izgovor za kriminalne radnje
- Posledica nerešenih i nepriznatih ličnih konflikata koji postaju simptomi psihičke bolesti
- Manifestacija sloma porodice i društva
- Moralna, duhovna kriza
- Disfunkcija mozga

Shema 1. Različiti uglovi posmatranja „ludila” u romanima Dostojevskog

Za roman Braća Karamazovi S. Frojd je rekao: „Mesto Dostojevskog nije daleko iza Šekspira. Braća Karamazovi su najveličanstveniji roman ikada napisan”. Takođe, zabeleženo je da je F. Niče izjavio: „Dostojevski je bio jedini psiholog od koga sam imao šta da naučim”, dok je A. Ajnštajn napomenuo da mu je Dostojevski dao više od bilo kog drugog mislioca, pružajući inspirativan uvid u relativizam i nestabilnost stvarnosti [3,4].

Iz ugla aktuelnog prikaza posebna pažnja biće posvećena romanu koji je F. M. Dostojevski napisao sa nepunih 25 godina i koji nosi naslov „Dvojniki”. Ovaj roman nije prošao sasvim neopaženo od strane svetske i domaće stručne

javnosti, o čemu govore publikacije *Das Unheimliche* S. Frojda (1911; srp. *Tajnovito*; eng. *Uncanny* – prema [5]) i „Dvojniki” Dostojevskog i težnja ka moći V. Jerotića [6]. Ipak, utisak je da su bogata psihopatologija opisana kroz ponašanje i doživljaje glavnog junaka ovog romana, kao i progresivno psihotično otuđivanje od realnosti u interakciji sa faktorima neposrednog okruženja i dalje nedovoljno korišćeni u cilju edukacije budućih psihijatara.

Zašto je za psihijatre važan ovaj roman? Razloga ima više, ali najvažniji je da roman sadrži jedan od nabogatijih i ujedno najranijih opisa kliničke slike sumautosti pogrešnog prepoznavanja, koji se danas naziva *doživljaj sopstvenog dvojnika*. Naime, Jakov Petrovič Goljatkin koji je glavni junak romana „Dvojniki” F. M. Dostojevskog, ujedno je i sopstveni dvojniki. Davne 1846. godine prvi doživljaj sumanutog prepoznavanja svog junaka Dostojevski je opisao na sledeći način: „Onaj koji je sad sedeo preko puta gospodina Goljatkina, bio je sam gospodin Goljatkin, bio je jučerašnji košmar gospodina Goljatkina, jednom reči: bio je glavom gospodin Goljatkin – ne onaj gospodin Goljatkin koji sad sedi na stolici zabezbeđen, sa perom koje mu se osušilo u ruci; ne onaj koji je služio kao pomoćnik šefa kancelarije, ne onaj koji je voleo da se pokunji i nestane u gomili sveta; ne onaj, najzad, čiji je hod jasno govorio: „ne dirajte me, jer ja vas ne diram” – ne, to je bio drugi gospodin Goljatkin, potpuno drugi, ali ujedno i vrlo sličan onom prvom, isto onakvoga rasta, isto onakvoga sastava, isto onako odeven, isto onako ćelav – jednom reči, ništa, apsolutno ništa nije bilo zaboravljeno za savršenu sličnost; tako da kad bi njih dvoje stali jedan pored drugoga, niko, apsolutno niko ne bi uzeo na sebe da odredi: koji je pravi Goljatkin a koji lažni; koji je stari a koji novi; ko je original a ko kopija. ... Ne, nije san i kraj. Gospodin Goljatkin oseti kako znoj curi sa njega, kako se s njim dešava nešto nečuveno i dosad neviđeno, i tim samim, za to veću nesreću, i nešto neprilično... najzad počeo sam da sumnja da postoji... Jad ga je davio i mučio. Po katkad bi sasvim gubio svest i pamet...” [7].

U medicinskoj literaturi zasluge za prepoznavanje i opis ovog psihopatološkog fenomena (koga bi psihijatri mogli nazivati i *Goljatkinov sindrom*, uz napomenu da je pre gotovo pola veka nazivanje fenomena po Goljatkinu predložio i M. Markidis [8]) pripadaju atinskom psihijatru G. Christodoulou. U njegovom radu objavljenom 130 godina nakon objavljivanja „Dvojnika” je opisana mlada pacijentkinja koja je imala doživljaj svoje dvojnice (najpre jedne, zatim i dve dvojnice), uz mnoge druge psihopatološke fenomene i epilepsiju [9]. Za prepoznavanje ostalih sindroma iz grupe sindroma pogrešnog prepoznavanja zasluge su pripisane lekaru J. Capgras-u (1873-1950) iz Francuske, koji je (zajedno sa Reboul-Lachaux) u medicinskoj literaturi opisao *doživljaj negativnog dvojnika – Capgrasov sindrom*, i lekarima Courbon-u i Fail-u koji su prvi opisali *doživljaj pozitivnog dvojnika – Fregolijev sindrom*, nazvavši ga tako po glumcu Leopoldo Fregoli-ju (1867-1936) poznatom po tome što je veoma brzo prelazio iz lika u lik na scenama širom sveta.

Interesantno je da je u romanu „Dvojniki” nakratko bio opisan i doživljaj negativnog dvojnika, i to na samom kraju romana. U trenutku kada je glavni junak postao već sasvim agitiran i nalazio se u psihotičnom rastrojstvu, a po njega dolaze radi prinudne hospitalizacije (dolazi lekar Krestijan Ivanović Rutenšpic – „*vaš stari poznanik, Jakove Petroviću!*”), unutrašnji svet Goljatkina F.M. Dostojevski opisuje na sledeći način: „*Odjednom je premro: dva ognjena oka gledala su u njega iz mraka, i ta dva oka sijala su zloslutnom paklenom radošću. – To nije Krestijan Ivanović! Ko je to? Ili je to on? To je Krestijan Ivanović, ali ne onaj pređašnji, nego drugi Krestijan Ivanović! To je strašni Krestijan Ivanović!...*”. U tom trenutku veliki pisac je opisao još jedan od doživljaja sumanutog prepoznavanja koji će jasnije biti nazvan Kapgrasov sindrom.

Kada je reč o psihopatologiji, razlog zbog koga su dela F.M. Dostojevskog i posle 200 godina od njegovog rođenja jednako vredna počiva velikim delom u odsustvu diskriminacije, tj. u potrebi za širokim, integrativnim sagledavanjem realnosti iz ugla svakog ljudskog bića, svake duše koliko god „ustrojena” ili „rastrojena” ona bila. Naime, prema rečima britanskog autora A. Beveridge [2], a pre toga M. Bakhtin (1984), na Dostojevskog bi trebalo gledati kao na autora koji je svestan relativnosti svake situacije – umesto jednostranog gledišta, on nudi višedimenzionalnu perspektivu, on stvara polifonijski roman gde se čuju i međusobno komuniciraju mnogi nezavisni glasovi i nijednom se ne daje prioritet (Shema 1). Svaki lekar, a najviše psihijatar, uvek bi trebalo da sagledava svoje pacijente iz različitih uglova (porodica, prijatelji, zdravstveno osoblje, sam pacijent kroz vreme) pritom gradeći smislen klinički zaključak iz svih neretko nepodudarnih, suprotstavljenih informacija – upravo kako sam Dostojevski pristupa svojim likovima. Uz to, pisac prikazuje psihozu kao fluidno i promenljivo stanje, što mnogi savremeni „statički” modeli zanemaruju i time vrše – verovatno nehotice – jedan vid diskriminacije. Sasvim suprotno tome, ruski mudrac nas uči da vrlo retko postoji jasno razgraničenje između razuma i psihoze, a o tome najbolje govori jedan od junaka romana „Zločin i kazna”, dr Zosimov, koji u romanu čije prvo izdanje izlazi 1866. godine kaže: „*u tom smislu smo zbilja svi mi, i to veoma često, bezmalo ludi, s malom samo razlikom što su „bolesnici” malko samo više od nas ludi, te je stoga potrebno razlikovati graničnu crtu. Duševno potpuno zdravog čoveka nikako skoro i nema, u desetinama, a možda i u mnogim stotinama hiljada po jedan se nalazi, pa i to u dosta slabim egzemplarima...*” [10].

Podela, učestalost i opis sindroma sumanutog prepoznavanja

Sindromi sumanutog prepoznavanja privlače pažnju zbog upečatljive fenomenologije. Uprkos uvreženom mišljenju da se radi o veoma retkim poremećajima, u poslednjih pola veka u literaturi je objavljen veći broj prikaza slučajeva ovih sindroma. Iako pouzdanih epidemioloških studija nema dovoljno (nisu formalno prepoznati kao zaseban dijagnostički entitet pa se teško mogu precizno evidentirati epidemiološkim metodama), neki podaci ukazuju da bi

sindromi sumanutog prepoznavanja mogli biti češći nego što se prvobitno mislilo. Smatra se da približno 4% psihotičnih pacijenata svih uzrasnih grupa ispoljava ove psihopatološke fenomene [11], pri čemu su češći kod žena [12].

Sindromi sumanutog prepoznavanja predstavljaju skup psihopatoloških simptoma koji se retko javljaju izolovano, a češće u sklopu drugih poremećaja (funkcionalnih ili strukturnih poremećaja CNSa). Postoje podaci da je približno 70% opisanih slučajeva bilo udruženo sa *primarnim psihotičnim poremećajima*, i to najčešće sa paranoidnom shizofrenijom, a pored toga ovi fenomeni se povezuju sa depresivnim poremećajem (naročito u involutivnom dobu), kao i sa manijom u sklopu shizoafektivnog ili bipolarnog poremećaja. U podeli poremećaja sa sumanutošću prema Oksfordskom udžbeniku psihijatrije [13] koja se oslanja na bazične potrebe (samoodržanje – somatocentrične sumanutosti, seksualnost – eroticentrične sumanutosti i sumanutosti gde je centralna tema lična sigurnost), sindromi sumanutog prepoznavanja su svrstani u oblast lične sigurnosti (eng. *securocentric delusions* – kategorija u koju je svrstana i persekucija).

Pored primarno psihijatrijskih poremećaja, smatra se da se sindromi pogrešnog prepoznavanja u 25-40% slučajeva javljaju u sklopu oboljenja mozga kao što su demencija, epilepsija, tumori, encefalopatije, intoksikacija psihoaktivnim supstancama (kao i nagli prekid upotrebe) i tako dalje. Interesantan je podatak da čak trećina osoba sa Alchajmerovom bolešću ispoljava ove fenomene tokom njenog trajanja [14], mada ima pokazatelja da je učestalost kod osoba sa neurodegenerativnim bolestima ipak nešto niža (oko 16-17% kod Alchajmerove bolesti i demencije sa Levjevim telima [15]).

Osnovna odlika date grupe poremećaja je sumanuto uverenje o postojanju dvojnika ili njegovih ekvivalenata, pri čemu pacijenti ove umišljene dvojnike obično doživljavaju kao opasne i neprijateljski nastrojene („varalice”). Upravo iz tog razloga sumanutosti pogrešnog prepoznavanja često prate podaci o hostilnosti pacijenata, heteroagresivnosti i fizičkom nasilju prema osobama iz najbliže okoline (uključujući i paricid [16]), što je i razlog zašto sindromi sumanutog prepoznavanja imaju veliki sudsko-medicinski značaj.

U literaturi se spominju različite forme sindroma sumanutog prepoznavanja, među kojima su najznačajniji: Kapgrasov sindrom, Fregolijev sindrom, sindrom intermetamorfoze i sindrom sopstvenog dvojnika (Tabela 1). Bitna zajednička karakteristika ovih sindroma je sumanuto uverenje pacijenta da osoba koja se nalazi pred njim/njom nije ko bi trebalo da bude.

Tabela 1. Podela sindroma sumanutog prepoznavanja

Sindrom	Sumanuto uverenje
Kapgrasov sindrom	Bliska osoba je zamenjena identičnim dvojnikom (varalicom)
Fregolijev sindrom	Progonitelji se prerušavaju u poznanike i preuzimaju njihov identitet
Sindrom intermetamorfoze	Osobe u okruženju međusobno zamenjuju uloge/identitete
Sindrom sopstvenog dvojnika (Goljatkinov sindrom)	Oboleli/a smatra da neko drugi stiče vlastite fizičke karakteristike, ali ne i psihološke osobine i identitet

Kapgrasov sindrom je najpoznatiji, najčešći i najpodrobnije proučen među sindromima sumanutog prepoznavanja. Kod ovog sindroma postoji sumanuto uverenje da je bliska osoba (rođak, prijatelj) zamenjena identičnim dvojnikom – bez imena i identiteta, pri čemu je bliska (prava) osoba iščezla. Pacijent tvrdi da je neko koga dobro poznaje zamenjen varalicom koja je ušla u telo bližnjeg i samo zato mu fizički nalikuje. Kod Kapgrasovog sindroma pacijent je u stanju da identifikuje fizionomiju i spoljašnji izgled bliske osobe, na primer supružnika ili roditelja, ali ima doživljaj da se radi o nepoznatoj osobi – što vodi sumanutom zaključku da je član porodice zamenjen dvojnikom (varalicom). Pacijent najčešće veruje da je dvojnik ujedno i progonitelj, te ova osoba može biti predmet njegove agresije, pa čak i žrtva ozbiljnog nasilja. Autori koji su 1923. godine po prvi put opisali Kapgrasov sindrom prvobitno su upotrebljavali termin „*l'illusion des sosies*“ („iluzija dvojnika“) [17]. Međutim, pomenuti termin je izmenjen u „sumanutost dvojnika“, jer patologiju ovog sindroma čini sumanuta ideja (a ne poremećaj percepcije, kako se prvobitno pretpostavljalo). Kapgrasov sindrom se u literaturi naziva još i hipoidentifikacija ili „*iluzija*“ negativnog dvojnika, jer percepcija nepostojećih razlika rezultuje negacijom identiteta.

Kapgrasov sindrom nekad se opisuje i kao *obrnuta prozopagnozija*, jer za razliku od pacijenata sa prozopagnozijom koji su svesni da im je sposobnost prepoznavanja lica narušena i nemaju sumanute ideje, u slučaju Kapgrasovog sindroma postoji očuvana sposobnost prepoznavanja lica, ali izostaje emocionalni odgovor (familijarnost, doživljaj bliskosti) pri susretu sa poznatim licem. Dakle, osobe sa Kapgrasovim sindromom prepoznaju osobu ali poriču njenu autentičnost, a sumanutost se može shvatiti kao pokušaj racionalizacije mentalne fragmentacije.

Fregolijev sindrom. Godine 1927. lekari *Courbon* i *Fail* opisali su slučaj pacijentkinje sa shizofrenijom koja je verovala da se osobe koje progone

nju i njenu porodicu prerašavaju i pojavljuju u obliku njenih poznanika ili bolničkog osoblja, preuzimajući njihov identitet [18]. Kod ovog sindroma sumanutog prepoznavanja pacijent svoje umišljene progonitelje vidi u ljudima iz okruženja optužujući ih da menjaju lica i preuzimaju izgled različitih ljudi u različitim periodima – nešto nalik glumcu koji se transformiše u različite uloge. Nasuprot Kapgrasovom sindromu, Fregolijev sindrom se naziva još i hiperidentifikacija ili „iluzija” pozitivnog dvojnika, jer tu pacijent tvrdi da postoje nepostojeće sličnosti.

Sindrom intermetamorfoze prvi su opisali Courbon i Tusques 1932. godine. Kod ovog sindroma pacijent je uveren da se njemu poznata osoba transformisala u drugu osobu, odnosno da je postala neko drugi i poprimila sve karakteristike te druge osobe (npr. sin obolelog je poprimio izgled i osobine pacijentovog ujaka) [19]. Pacijent veruje da osobe u njegovom okruženju međusobno zamenjuju uloge/identitete, npr. osoba A postaje osoba B, osoba B postaje osoba C, osoba C postaje osoba A i tako dalje.

Sindrom sopstvenog dvojnika – radi se o sumanutom uverenju da neko drugi stiče vlastite fizičke karakteristike, ali ne i psihološke osobine i identitet. Drugim rečima, osoba je uverena da u osobama iz okruženja prepoznaje sebi fizički identične dvojnike (npr. komšija se transformisao u nju/njega).

Važno je razlikovati sindrome sumanutog prepoznavanja od sindroma pogrešnog prepoznavanja bez sumanutosti, u koje se ubrajaju **prozopagnozija** (pamćenje imena, ali ne i lica) ili reduplikativna paramnezija (zamena mesta), koji su više neurološki nego psihijatrijski sindromi. Prvobitno se smatralo da osnovu Kapgrasovog sindroma čini prozopagnozija – bilo sama, bilo u kombinaciji sa psihotičnošću [20]. Ipak, ta hipoteza je odbačena s obzirom da se kliničke karakteristike ova dva poremećaja značajno razlikuju, te da pacijenti sa prozopagnozijom ne razvijaju sumanutost tokom vremena. Značajnu razliku čini i to što pacijenti sa prozopagnozijom tragaju za sličnostima, dok oni sa sumanutim poremećajem uporno tragaju za različitostima. Naposletku, opisi slučajeva Kapgrasovog sindroma kod slepih osoba definitivno su odbacili sve dalje pokušaje njegovog dovođenja u uzročnu vezu sa prozopagnozijom. Odnos slepila i razvoja psihoze je intrigantan, naročito imajući u vidu da ne postoji ni jedan slučaj shizofrenije opisan kod osoba sa kongenitalnim slepilom [21]. S druge strane, osobe kod kojih se gubitak vida dogodio nakon rođenja u riziku su od pojave kako shizofrenije, tako i drugih psihotičnih poremećaja, uključujući i sindrome sumanutog prepoznavanja. U kontekstu Kapgrasovog sindroma, u literaturi je opisano nekoliko slučajeva pojave ovog sindroma kod osoba koje su razvile slepilo tokom života, međutim, nije opisan nijedan slučaj kod osoba koje su slepe od rođenja [22,23].

Etiološka razmatranja

Različitim teorijama, od psihodinamskih do neuroloških, pojašnjavani su mehanizmi nastanka ovih specifičnih sindroma koji se nazivaju i monotematske sumanutosti [24]. Faktori koji se razmatraju u etiologiji sumanutih uverenja [25]

su sledeći: poremećaj funkcije mozga, interakcija temperamenta i karaktera, održavanje samopoštovanja, uloga afekta, odgovor na poremećaj percepcije ili na depresionalizaciju, smetnje u obradi velikog broja informacija, itd.

U stručnoj literaturi sindromi sumanutog prepoznavanja ranije su više sagledavani u svetlu psihodinamskih teorija (funkcionalni poremećaji), ali su se sa razvojem neuronauka i analizama slučajeva pacijenata kod kojih su se poremećaji pojavljivali nakon traume mozga, hemoragije ili ishemije pojavile i različite hipoteze bazirane na pretpostavci postojanja specifične strukturne lezije. Prema *Devin-sky* [26] podelu ovih sindroma na psihijatrijske (primarne) ili neurološke-sistemske (sekundarne) treba uzeti sa oprezom jer je ona veštačka – psihijatrijski poremećaji u kojima se pojavljuju sindromi sumanutog prepoznavanja imaju svoju kako funkcionalnu, tako i strukturalnu moždanu patologiju.

Iz didaktičkih razloga, u narednim pasusima biće ukratko predstavljena psihodinamska razmatranja, teorije kognitivne psihologije i rezultati studija vizuelizacije mozga.

Prema psihodinamskoj teoriji, objašnjenje sindroma sumanutog prepoznavanja svodi se na konflikt između ljubavi i mržnje koji se razrešava projekcijom ambivalentnih osećanja na imaginarnog dvojnika – pacijenta preplavljaju jaka ambivalentna osećanja prema značajnom drugom, a činjenica da ne uspeva adekvatno da ih potisne rađa konflikt koji generiše napetost. Ambivalentna osećanja su usmerena ili prema značajnom drugom, ili prema sebi. Dominantni mehanizmi odbrane su cepanje i projekcija, pri čemu se negativna osećanja projektuju na prisutan (loš) objekat – dvojnika, dok se osećanja ljubavi i naklonosti projektuju na idealni, odsutni objekat. Unutar pacijenta istovremeno postoje dva fundamentalno različita pogleda na istu osobu (objekat) – dugogodišnja ljubav i naizgled novonastala mržnja, a sumanutost dvojnika predstavlja rešenje ovog problema ambivalencije. Pacijent otvoreno izražava mržnju i agresivna osećanja prema „dvojniku” odnosno lošem objektu, bez osećanja krivice koje bi nastalo kada bi takva osećanja bila ispoljena prema voljenom i poštovanom objektu. U radu „Tajanstveno” S. Frojd je postavio dvojnika u svetlu projekcije lošeg dela skrivenog ja [27], dok je V. Jerotić [6] dinamiku „Dvojnika” posmatrao bliže Adleru, naglašavajući značaj težnje za moći, bolesnih ambicija i slavoljublja koje prati borba zajednicu kod obolelog. Ukoliko bi ove psihološke promene bile destruktivno potpomognute od strane nepravednog društva, to je onda postajalo sve dublja prepreka individuacije („u bici za Jastvo”) i može imati tragičan kraj [6].

Kognitivni modeli – prema kognitivnom modelu pojedine sumanutosti se mogu konceptualizovati kao dvostruki proces koji podrazumeva: 1) *pogrešnu percepciju* – koja oblikuje specifičan sadržaj date sumanutosti, i 2) *narušeno preispitivanje uverenja* – što omogućava formiranje bilo koje sumanute ideje [28,29]. Prema kognitivnom modelu *Ellis* i *Young* centralni paradoks u doživljaju pacijenta jeste *istovremeno prepoznavanje* lica osobe i *negacija njene autentičnosti*, što nije slučaj kod prozopagnozije, gde dolazi do neprepoznavanja prethodno

poznatog lica (bez dodatnih neuroloških deficita). Istraživanja prozopagnozije su pokazala da postoje dva nivoa prepoznavanja lica: nivo koji je svestan (eng. *overt*) i nivo koji je izvan svesnog doživljaja (eng. *covert*) [30,31] i koji se može detektovati posrednim markerima poput aktivacije autnomnog nervnog sistema, promene u sprovodljivosti kože, kao i promena u latenciji P300 evociranih potencijala [32,33]. Utvrđeno je da u prozopagnoziji uz svesnu negaciju pacijenta da prepozna određeno lice, ipak postoji aktivacija detektovana putem gore pomenutih markera. *Ellis* i *Young* su naglasili da prozopagnozija i sindrom sumanutog prepoznavanja predstavljaju dva poremećaja u kojima je, poput ogledala, unakrsno očuvan jedan od dva nivoa prepoznavanja – kod sindroma sumanutog prepoznavanja postoji svesno prepoznavanje lica druge osobe, ali u drugom nivou koji je izvan svesnog doživljaja ne postoji prepoznavanje (izostaje potvrda svesnog doživljaja). Smatra se da je za potpuno prepoznavanje druge osobe kao takve neophodan kontinuitet doživljaja koji uključuje obe ove komponente (svesnu, ali i komponentu koja je izvan svesnog doživljaja). Pošto je celovitost procesa prepoznavanja narušena, aktivira se strategija racionalizacije – traži se „razumno” objašnjenje zbog čega ova osoba nije ona koju pacijent „zaista poznaje”. Rezultat toga bi bio utisak pacijenta da se radi o dvojniku, uljezu, progonitelju i sl. Hipoteza koju su predložili *Ellis* i *Young* je dobila delimičnu empirijsku potvrdu kroz eksperimente koji su koristili pomenute markere prepoznavanja izvan svesnog doživljaja: prilikom opažanja lica „uljeza” nije dolazilo do autonomne aktivacije izražene kroz promenu sprovodljivosti kože, niti promena na nivou evociranih potencijala [30].

Neurovizuelizacija – U literaturi se često pominje da je disfunkcija desnog frontalnog korteksa povezana sa oštećenim procesom preispitivanja vlastitih uverenja i to se odnosi na sve poremećaje sa sumanutošću, nezavisno od njihove fenomenologije. Kod sindroma sumanutog prepoznavanja postoji dodatni element koji je izmenjen, a tiče se doživljaja bliskosti/familijarnosti, pa se ovi sindromi mogu posmatrati u ravni *poremećen doživljaj familijarnosti – poremećeno preispitivanje datog uverenja* (što implicuje poremećaj same veze). Kao mogući neuroanatomski korelati sumanutog prepoznavanja razmatrani su različiti regioni – dorzalni vizuelni put, amigdale, fuziformna regija zadužena za percepciju lica, levi retrosplenijalni korteks itd. Relativno skoro, istraživači koje predvodi *M. Fox* su predložili teoriju jedinstvene *lezije funkcionalnog konektiviteta* (veze) [34]. Koristeći sofisticirane meta-analiitičke metode u obradi više studija funkcionalnog neuroimidžinga detaljno obrađenih kliničkih slučajeva, istraživači su najpre formirali originalan uzorak – svi ispitanici su imali sindrom sumanutog prepoznavanja, ali su etiologije bile različite. U daljim ispitivanjima mozga tj. mogućih mehanizama disfunkcije, autori su utvrdili da centralni deficit nije u jednom anatomskom regionu – strukturi, već smetnje postoje u funkcionalnom konektivitetu između levog retrosplenijalnog korteksa – regiona poznatog kao sedište procesiranja „poznatosti” (eng. *familiarity*) opaženog objekta i desne hemisfere i regiona koji odgovaraju desnom

ventralnom frontalnom korteksu/prednjoj insuli (navedene zone desnog mozga su od ranije dovođene u vezu sa stanjima narušenog testiranja realnosti [24]). Dakle, autori nove studije *Darby, Fox* i saradnici tvrdili su da je mehanizam pomoću kojeg određena lezija može izazvati sindrom sumanutog prepoznavanja njen simultani uticaj na dve funkcije: familijarnost i preispitivanje uverenja, tj, uticaj na vezu između njih (mrežu). Smetnja simultanim aktivnostima navedenih zona levog i desnog režnja trajale bi dok se ne sanira lezija koja je uticala na taj deo konektoma, a nakon toga smenje se mogu povući bez posledica.

Pristup *Darby, Fox* i saradnika ponudio je potencijalne neuroanatomske korelate opisanih kognitivnih modela, i to koristeći koncept konektoma. Prema definiciji *Sporns* sa saradnicima [35], konektom predstavlja sveobuhvatnu mapu veza između različitih elemenata nervnog sistema i mogao bi da bude fundamentalna mapa za mehanički prikaz funkcionalne aktivnosti mozga na mikro i makro-planu (da bi se razumelo i kako se neuroni i regioni umrežavanju, kao i gde i kako se razgraničuju). Takve strukturne i funkcionalne mreže ljudskog mozga postale bi kandidati i za poseban „organ”, a taj organ neuronaučnici danas nazivaju „humani konektom” [36]. Da li će sagledavanje dinamike konektoma konkretnije pojasniti mehanizme nastanka smetnji sindroma sumanutog prepoznavanja i olakšati pronalaženje njihove molekularne osnove, pa samim tim i ciljanju terapiju, ostaje pitanje za buduća istraživanja.

Terapijski pristup

Malo je podataka u literaturi koji se odnose specifično na lečenje izolovanog sindroma sumanutog prepoznavanja i (očekivano) nema randomizovanih kontrolisanih studija koje bi poredile efikasnost različitih psihofarmaka niti zvaničnih preporuka za lečenje ovih poremećaja. U perspektivi, ukoliko neurobiološki mehanizam nastanka sindroma sumanutog prepoznavanja bude shvaćen, otvoriće se mogućnost da intervencije budu specifičnije. Do tada, osnovni principi zbrinjavanja i lečenja slučajeva sa Kapgasovim, ali i ostalim sindromima porešnog prepoznavanja podrazumevaju:

- 1) Detekciju organskog uzroka – s obzirom da se oko 1/3 slučajeva može dovesti u vezu sa organskom komponentom, imperativ je uzeti podatke o eventualnim povredama, drugim bolestima, uraditi EEG i neuro-vizuelizaciju (CT/NMR pregled).
- 2) Terapiju osnovnog poremećaja.
Antipsihotici se propisuju kao trenutno najpogodnija terapija kada se radi o psihijatrijskim dijagnozama kod kojih postoji sindrom sumanutog prepoznavanja. Analiza dokumentacije lečenih pacijenata u *Maudsley* bolnici u Londonu počev od 2008. godine je utvrdila da su pacijenti najčešće lečeni antipsihoticima druge generacije – olanzapinom i risperidonom [37].

Kod pacijenata sa sindromom sumanutog prepoznavanja podaci o efikasnosti primene EKT-a su oprečni – od povoljnih [38,39] do nepovoljnih ishoda (u literaturi je čak opisan slučaj pacijentkinje kod koje je primena EKT-

a precipitirala pojavu Kapgrasovog sindroma, premda je ona već imala pseudohipoparatiroidizam – stanje za koje je poznato da je već samo po sebi povezano sa nastankom ovog sindroma).

Kod osoba sa demencijom, preporučuju se različiti pristupi – ako su smetnje blage, nema agitacije, agresivnosti, nema upadljivijeg distresa, dovoljne su nefarmakološke intervencije i savetodavni rad sa negovateljima. U slučaju izraženijih smetnji preporučuju se antipsihotici i po potrebi izolacija do stabilizacije [40].

Uz farmakološke intervencije, preporučuju se i psihosocijalna podrška i drugi vidovi pomoći članu porodice/bližnjem koji predstavlja umišljenog „dvojnika” (najčešće se radi o supružniku/partneru), jer okolina može biti pod visokim rizikom od nasilja pacijenta. Procena rizika od heteroagresivnosti je važna kod svakog pacijenta, a naročito kada se sindromi sumanutog prepoznavanja jave udruženo sa patološkom ljubomorom. Relativno česta povezanost sa slučajevima nasilja prema članovima porodice i drugim bliskim osobama (više o forenzičkom aspektu videti u [41]) naglašavaju potrebu za boljom detekcijom i pažljivim zbrinjavanjem osoba kod kojih se pojavljuju opisani sindromi. U romanu „Dvojniki” je, između ostalog, jasno prikazan tok poremećaja kod osobe koja nije prihvatala medicinsku pomoć i izgubila je svaki vid psihosocijalne podrške.

DELUSIONAL MISIDENTIFICATION SYNDROMES – FROM THE NARRATION OF DOSTOEVSKY TO EXPLORATION OF THE CONNECTOME

Nadja P. Maric^{1,2}, Sanja Andric Petrovic², Stefan Jerotic³

¹Faculty of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

²Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

³Clinic for Psychiatry, University Clinical Centre of Serbia

Abstract: The aim of this review paper is to recapitulate psychopathological phenomena called delusions of misidentification, ie. delusional misidentification syndromes. Current review is inspired by the 200th anniversary of the birth of Fyodor Mikhailovich Dostoevsky, and especially by the contribution of this Russian writer to the description of the syndrome of experiencing someone's own double, which could be called „Goliadkin's syndrome”, and could be hus named similarly as Fregoli's syndrome (the name is belonging to an actor from Italy), and also to Capgras syndrome (the name belongs to French doctor who first described the syndrome it in the medical literature). In addition to the description and classification of the phenomena of irrational, delusional recognition, the paper presents modern knowledge about the neurobiological basis of this dysfunction, with special reference to human connectome research, as well as differential diagnosis and general therapeutic approaches.

Key words: *Delusion, Psychosis, Double, Dostoevsky, Capgras, Fregoli*

Literatura

1. Martinović Ž. Epilepsija i struktura romana Dostojevskog. Psihijat. danas. 2002;34(1-2):77-95.
2. Beveridge A. 'Is everyone mad?' The depiction of mental disturbance in the work of Dostoyevsky. Adv Psychiatr Treat. 2009;15(1):32-9.
3. Gide A. Dostoyevsky. Peregrine Books; 1967.
4. Leatherbarrow WJ. The Cambridge Companion to Dostoevski. Cambridge University Press; 2002.
5. Zvedeniuk M. "Doubling, dividing and interchanging of the self": The 'uncanny' subjectivity in Dostoevsky's The Double. Facta Univ Ser Linguist Lit. 2012;10(2):109-24.
6. Jerotić V. „Dvojniki” Dostojevskog i težnja ka moći. Zb za slavistiku. 1982;21-31.
7. Dostojevski FM. Dvojniki. Narodna Prosveta; 1933.
8. Markidis M. Ego, my double (The Golyadkin phenomenon). Bibl Psychiatr. 1986;164:136-42.
9. Christodoulou GN. Syndrome of subjective doubles. Am J Psychiatry. 1978;135(2):249-51.
10. Dostojevski FM. Zločin i kazna. Narodna Prosveta; 1933.
11. Kirov G, Jones P, Lewis SW. Prevalence of delusional misidentification syndromes. Psychopathology. 1994;27(3-5):148-9.
12. Oyeboode F, Sargeant R. Delusional misidentification syndromes: A descriptive study. Psychopathology. 1996;29(4):209-14.
13. Marneros A. Delusional disorders. In: Geddes JR, Andreasen NC, Goodwin GM, editors. New Oxford Textbook of Psychiatry. 3 edn. Oxford University Press; 2020.
14. Enoch D, Ball H. Uncommon psychiatric syndromes. 4th ed. Arnold Publication, London; 2001.
15. Harciarek M, Kertesz A. The prevalence of misidentification syndromes in neurodegenerative diseases. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2008;22(2):163-9.
16. Dunjić B, Marić N, Jašović-Gašić M, Dunjić D. Paricid-psihijatrijski morbiditet. Srp Arh Celok Lek. 2008;136(11-12):635-9.
17. Capgras J. L'illusion des sosies dans un delire systematique chronique. Bull Soc Clin Med Ment. 1923;2:6-16.
18. Courbon P, Fail G. „Syndrome d'illusion de Frégoli” et schizophrénie. Bull la société Clin médecine Ment. 1927.
19. Courbon P, Tusques J. Illusions d'intermétamorphose et de charme [Illusions of intermetamorphosis and of magic spell]. Ann Médico-Psychol. 1932;90(4).
20. Shraberg D, Weitzel WD. Prosopagnosia and the Capgras syndrome. J Clin Psychiatry. 1979.
21. Morgan VA, Clark M, Crewe J, Valuri G, Mackey DA, Badcock JC, et al. Congenital blindness is protective for schizophrenia and other psychotic illness. A whole-population study. Schizophr Res. 2018 Dec 1;202:414-6.
22. Hermanowicz N. A blind man with Parkinson's disease, visual

- hallucinations, and Capgras syndrome. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2002;14(4):462-3.
23. Dalgalarondo P, Fujisawa G, Banzato CEM. Capgras syndrome and blindness: against the prosopagnosia hypothesis. *Can J Psychiatry.* 2002;47(4):387-8.
 24. Gurin L, Blum S. Delusions and the right hemisphere: a review of the case for the right hemisphere as a mediator of reality-based belief. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2017;29(3):225-35.
 25. Oyebo F. Sims' symptoms in the mind: Textbook of descriptive psychopathology. 5th ed. Elsevier Saunders; 2015.
 26. Devinsky O. Right cerebral hemisphere dominance for a sense of corporeal and emotional self. *Epilepsy Behav.* 2000;1(1):60-73.
 27. Freud S. Das unheimliche [The uncanny]. *Imago.* 1919;5(5-6):297-324.
 28. Coltheart M, Langdon R, McKay R. Schizophrenia and monothematic delusions. *Schizophr Bull.* 2007;33(3):642-7.
 29. Coltheart M. The neuropsychology of delusions. *Ann N Y Acad Sci.* 2010;1191(1):16-26.
 30. Ellis HD, Lewis MB. Capgras delusion: a window on face recognition. *Trends Cogn Sci.* 2001;5(4):149-56.
 31. Ellis HD, Young AW. Accounting for delusional misidentifications. *Br J Psychiatry.* 1990;157(2):239-48.
 32. Renault B, Signoret J-L, Debrulle B, Breton F, Bolgert F. Brain potentials reveal covert facial recognition in prosopagnosia. *Neuropsychologia.* 1989;27(7):905-12.
 33. Tranel D, Fowles DC, Damasio AR. Electrodermal discrimination of familiar and unfamiliar faces: A methodology. *Psychophysiology.* 1985;22(4):403-8.
 34. Darby RR, Laganieri S, Pascual-Leone A, Prasad S, Fox MD. Finding the imposter: brain connectivity of lesions causing delusional misidentifications. *Brain.* 2017;140(2):497-507.
 35. Sporns O, Tononi G, Kötter R. The human connectome: a structural description of the human brain. *PLoS Comput Biol.* 2005;1(4):e42.
 36. Sporns O. The connectome. In: Geddes JR, Andreasen NC, Goodwin GM, editors. *New Oxford Textbook of Psychiatry.* Oxford University Press; 2020.
 37. Bell V, Marshall C, Kanji Z, Wilkinson S, Halligan P, Deeley Q. Uncovering Capgras delusion using a large-scale medical records database. *BJPsych open.* 2017;3(4):179-85.
 38. Rapinesi C, Kotzalidis GD, Casale A Del, Ferri VR, Di Pietro S, Scatena P, et al. Treatment-resistant, five-year long, postpartum-onset Capgras episode resolving after electroconvulsive therapy. *Int J Psychiatry Med.* 2015;49(3):227-34.
 39. Yıgman F, Bulut SD, Efe C. Side Effects, Treatment Resistance and Reverse Intermetamorphosis Syndrome: A Case Report and Theoretical Review. *Isr J Psychiatry.* 2020;57(2):59-62.
 40. Cipriani G, Vedovello M, Ulivi M, Lucetti C, Di Fiorino A, Nuti A.

Delusional misidentification syndromes and dementia: a border zone between neurology and psychiatry. *Am J Alzheimer's Dis Other Dementias*®. 2013;28(7):671-8.

41. Carabellese F, Rocca G, Candelli C, Catanesi R. Mental illness, violence and delusional misidentifications: The role of Capgras' syndrome in matricide. *J Forensic Leg Med*. 2014;21:9-13.

Prof. dr Nadja P. MARIĆ, Institut za mentalno zdravlje, Milana Kašanina 3, Beograd, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, Srbija

Professor Nadja P. MARIC, Institute of Mental Health, Milana Kasanina, Belgrade, Faculty of Medicine, University of Belgrade, Serbia Serbia,

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

UDK: 616.89 615.851

KOMUNIKACIJA KROZ RAZLIČITE FORME PROJEKTIVNIH IDENTIFIKACIJA

Danilo Pešić^{1,2}, Marija Jerić¹

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

²Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Beograd, Srbija

Apstrakt: Od kada je opisana 1946. godine, projektivna identifikacija (PI) do danas ostaje centralni pojam klajnijanske teorije kao jedne od najkompletnijih teorija nesvesnog funkcionisanja. Pored intrapsihičkih aspekata, još od Biona se opisuju interpersonalni i bihevioralni efekti PI na druge, koje Sandler naziva aktualizacijom. Zbog eksplanatorne i terapijske snage konceptom se operiše u grupnoj analizi, psihodramskoj psihoterapiji, porodičnoj terapiji i studijama organizacija. U ovom radu se bavimo razvojnim, komunikacionim i patološkim aspektima PI u različitim dijadama i grupama. Kroz ove vizure pokušavamo da pročitamo „dobre” i „loše”, akvizitivne i atributivne, kao i simboličke i konkretne aspekte PI.

Ključne reči: *fantazija, projekcija, identifikacija, komunikacija, klajnijanska teorija*

Definicija i dekonstrukcija pojma PI

Projektivna identifikacija (PI) je u samoj suštini **nesvesna fantazija** u kojoj su delovi selfa i unutrašnjih objekata odcepljeni i pripisani spoljašnjem objektu. Paradoks je u tome što iako je objekat delimično identifikovan sa delom selfa, svesno ne prepoznavamo da objekat ima ikakve veze sa selfom i doživljavamo ga i tretiramo kao nezavisnog nocioca tih kvaliteta (međutim subjekt ne može potpuno odbaciti vezu svojih projektovanih aspekata sa samim sobom, zato i tretira objekt kao deo sebe). Subjekt koji projektuje i objekt u koji je projektovano ulaze u intenzivan odnos i zato kažemo da kao mehanizmi odbrane splitting i PI nisu u potpunosti uspešni.

Najčešće opisivana funkcija PI, funkcija primitivnog mehanizma odbrane (posebno kod graničnih i psihotičnih stanja), proširena je gledištem da PI ima realnu intersubjektivnu dimenziju i da je baza psihološke komunikacije i psihološkog života uopšte.

Mehanizam je opisala Melanija Klajn još 1946. i od tada do danas PI je stožer klajnijske analize. Oto Kernberg upoznaje širu psihijatrijsku zajednicu sa PI, podvlačeći da su splitting i PI tipični mehanizmi odbrane kod granične organizacije ličnosti. Klajnjanci se distanciraju od Kernberga i ne insistiraju na razlici između projekcije i PI, smatrajući da je PI proširenje pojma projekcije i da projektivne i introjektivne fantazije uvek deluju zajedno (za razliku od PI projekciju karakteriše manje izražen gubitak ego granica i manja potreba za kontrolom spoljašnjeg objekta na koji se projektuje).

Koncept PI postepeno postaje koristan instrument u grupnoj analizi i psihodrami (može razjansiti transferno-kontratransferne fenomene, benigno i maligno ogledanje u grupi, fenomen žrtvenog jaraca), u partnerskoj i porodičnoj terapiji ali i u humanističkim terapijama [1].

Naziv PI može da zbunjuje jer onaj ko projektuje sadržaj, nesvesno identifikuje primaoca sa projektivnim sadržajem, *ali se i sam primalac nesvesno identifikuje sa projektovanim sadržajem (mada to ne mora da uradi!)*. Džozef Sandler, najvažniji nastavljajući Frojdove psihoanalitičke škole za PI predlaže naziv *aktuelizacija* (bukvalno rečeno stavljanje fantazije u akciju). Unutrašnji psihološki svet se sastoji od reprezentacija selfa i objekta i po pravilu reprezentacije i introjekti koje su konfliktni i o kojima ne može da se misli imaju tendenciju da se eksternalizuju na različite načine. Takođe unutrašnja interakcija selfa i objekata u nesvesnoj i željenoj fantaziji će uvek pokušati da se ostvari u spoljnoj realnoj situaciji tj. da se aktualizuje, što znači da će terapeut po pravilu biti prisiljen da preuzme ulogu nekog introjekta.

PI je, kao nepotpuno jasan pojam, pogodan za zloupotrebu, te postoji anegdota u kojoj kandidat u superviziji kaže da je interpretirao pacijentu da pacijent u njega ubacuje svoju konfuziju, a supervizor mu odgovara da je možda on sam (kandidat) jednostavno konfuzan. Za svaku konfuznost i anksioznost u komunikaciji može da se kaže „da ih je neko ubacio u nas” te zbog toga i zbog preteranog širenja pojma neki autori predlažu njegovo napuštanje jer je postao „devojka za sve” [2].

Tomas Ogden didaktički opisuje tri faze PI. *Prva faza* predstavlja fantazije oslobađanja od neprihvatljivih sadržaja i pripisivanje tih sadržaja drugome. *Druga faza* predstavlja interpersonalni pritisak „projektor” na „recipijenta“ da se ponaša u skladu sa projektovanom fantazijom. *Treća faza* bi predstavljala reakciju recipijenta na projektovani sadržaj, koja može da se kreće od razumevanja projektovanog sadržaja, pa sve do „odigravanja” tog sadržaja.

Ovaj proces možemo da sagledamo kroz primer „ispovesti najvažnije priče na samom kraju seanse”. Prva faza je fantazija pacijenta da se evakuacijom za kratko vreme može rešiti emocionalni problem. U drugoj fazi materijal deluje toliko značajno da terapeut oseća pritisak da produži seansu. U trećoj fazi terapeut može da shvati potrebu pacijenta da evakuacijom izbegne bol kroz manevar brze ispovesti, i pošto zna da je to nemoguće on će završiti seansu na vreme i eventualno interpretirati ovakvu situaciju na narednoj seansi. Takođe terapeut može da podlegne pritisku, odigra pacijentovu fantaziju i produži seansu [3].

PI je zavisna od brojnih faktora. Blizak emocionalni kontakt (bilo da se radi o odnosu između majke i dece, partnerskom odnosu, porodici ili radnoj grupi i organizaciji) pojačava procese projektivne identifikacije. Posebna stanja kao što su stanja zavisnosti usled teške fizičke bolesti, neka mentalna stanja (akutna kriza, uzimanje droga, granična organizacija, psihoza), promene u organizacionoj strukturi institucije, pojačavaju takođe PI [4].

Vrste PI

Po Klajnovoj PI je u svojoj osnovi mehanizam tj. fantazija koja je odbrambena, onipotentna i intrapsihička i obično se kroz PI oslobađamo loših aspekata selfa (agresivnih, zavidnih, pohlepnih i ljubomornih). Znači osnovni cilj PI bio bi oslobađanje od sopstvenih loših aspekata i nepodnošljivih osećanja. Bion intrapsihičkom procesu PI daje interpersonalnu komponentu i praktično PI vidi kao osnovu komunikacije. Za Biona je PI, za razliku od Klajnovu, proces koji je interpersonalan, realističan (fantazija deluje na druge) i baza je celeokupne ljudske komunikacije. „Normalna” preverbalna komunikacija tokom razvoja, empatija i sve situacije stavljene pod termin „*igrati se sa idejom biti ili ne-biti neko drugi*“ predstavljaju u osnovi PI. Elizabet Spilius opisuje i druge funkcije PI pored već opisanog oslobađanja od neprijatnih osećanja. To su fantazije *fuzije sa objektom* i *intruzije u objekat* sa različitim ciljevima: izbegavanja separacije od dobrog objekta, kontrole nad lošim objektom kao izvorom opasnosti pa sve do namere da se nad objektom dominira i da se objekt povredi ili uništi. Dalje je potrebno dodati da se u drugu osobu mogu projektovati i dobri aspekti (oni delovi ličnosti koji su sposobni da dožive ljubav, zdravu zavisnost, zahvalnost, kreativni aspekti) da bi se kod nekog drugog bezbedno čuvali i zaštitili od sopstvene destruktivnosti ili da bi se druga osoba poboljšala kroz primitivnu projektivnu reparaciju. Takođe treba reći da se određena svojstva druge osobe mogu prisvajati u fantazijama,

a proces krađe nečijeg psihološkog života I osobina, Bolas naziva *ekstraktivnom introjekcijom*, što je oblik PI [1].

Po savremenoj klajnijanskoj podeli fantazije PI mogu da se klasifikuju na atributivne i akvizitivne. Oslobođanje sopstvene psihe od mentalnog sadržaja i pripisivanje drugome predstavlja *atributivnu PI*. Fantazije ulaska u um drugog i prisvajanja nekih njegovih željenih osobina predstavljaju *akvizitivnu PI*. **Radna definicija praktična za primenu u praksi, mogla bi da glasi da su fantazije PI, fantazije po modelu „Ti si ja” ili „Ja sam ti”, ono što Ron Briton naziva „*mental mixing*”.** Pomoću njih možemo razumeti različita stanja od zaljubljenosti, do potpunog gubitka diferencijacije selfa i objekta u psihozi [5].

Razvojni aspekt PI

Kod deteta od početka života postoji bogata fantazmatska aktivnost (fantazije su mentalne reprezentacije nagona) koju prate splitting i PI. Spliting je prva forma mišljenja kroz binarnu klasifikaciju iskustava na prijatna i neprijatna. Pošto neprijatna iskustva fiziološki teže da budu evakuisana iz psihe, od početka života postoji i primitivna forma komunikacije tj. PI. Kod autističnih stanja nema razvojnog splittinga, nema projekivne identifikacije te ni primitivne forme komunikacije; postoji samo *adehezivna identifikacija* tj. prijanjanje uz majku. S obzirom da od početka života postoji potreba za evakuacijom neprijatnog iskustva onipotentna fantazija „*projekcije u*” drugoga postaje realističan fenomen. Kao realistična aktivnost ona se ispoljava kao ciljano ponašanje sračunato da u objektu koji brine (majci) izazove osećanja kojih neko (dete) hoće da se oslobodi. Ukoliko ta primitivna stanja (somske i senzorne ekscitacije, primitivne emocije koja su preplavljujuće i bez smisla) ne predstavljaju pretnju majčinoj psihičkoj ravnoteži, ona mogu da joj služe kao osnova za njenu identifikaciju sa detetom. Jedino takva identifikacija sa detetom omogućava majci da prepozna detetove potrebe i da na njih odgovori na adekvatan način i samo na ovaj način dete stiče mogućnost razumevanja svojih unutrašnjih stanja (npr. kada je dete gladno ono ima svest o frustraciji ali nema svest o specifičnosti svoje potrebe koju saznaje tek kroz majku i zbog toga je u ekstremnoj zavisnosti od njenog kapaciteta za mišljenje). Majka koja nije „pismena za svoja lična osećanja“ ne može da prepozna ni osećanja deteta niti da nauči dete da pročita svoja unutrašnja stanja (da ih mentalizuje). Takođe potrebno je naglasiti da je preduslov za ovaj proces sigurna afektivna vezanost deteta (nema mentalizacije bez sigurnog atačmenta). Ukoliko interakcija između deteta i brigujućeg drugog dobro napreduje, svaka situacija u kojoj su informacije o ranim primitivnim mentalnim stanjima deteta primljene sa njima se uspostavila optimalna emocionalna usaglašenost pa artikulacija od dolazi do introjekcije „dobrog primarnog objekta”, preciznije rečeno njegove funkcije u um deteta. Ako preovlađuju dobra iskustva dolazi do pounutrenja dobrog objekta koji je primarno određen svojom funkcijom: *to je unutrašnja psihička struktura koja se suprotstavlja procesima dezintegracije i fragmentacije iskustva i ima ključnu ulogu u razvoju ja*. Ovo emocionalno iskustvo

sa primarnim objektom („relaciono implicitno znanje”) ostaje zabeleženo u sisteme implicitne memorije (npr. kao naučena motorna veština) i često nije dostupno kroz eksplicitnu memoriju ali oblikuje naše doživljaje sada-i-ovde sa drugim osobama celog života. Identična petlja razumevanja može da se opiše tokom psihoterapije između psihoterapeuta i klijenta. Kontratransfer ustvari predstavlja odgovor na pacijentove projekcije i on može biti konkordantan (kada terapeut oseća empatijsku uskladenost) i komplementaran (oseća suprotno) ali percepcija obe vrste kontratransfera predstavljaju osnovu identifikacije sa pacijentom, emocionalnog usaglašavanja, zajedničkog razumevanja i osnovu interpretativnog (i neinterpretativnog) rada [6].

Bionovim rečima iskazano, dete projektuje sirove čulne podražaje i tenziju („**beta elemente**“) u um „dovoljno dobre majke“ koji mora da bude u specijalnom stanju smirenog sanjarenja („**riveri**“) da bi mogla da ih primi i metaboliše („**kontejnira**“) kroz rad „**alfa funkcije**“ te da ih ponovo vrati detetu u pogodnom stanju za mišljenje (to su sada „**alfa elementi**“). Kako se dešava transformacija sirovih impresija u mentalne slike ostaje nepoznato te zato Bion tu funkciju naziva neodređeno-alfa funkcija. Ukoliko je majčin um zatvoren za projekcije, beta elementi se vraćaju detetu kao bumerang, tenzija je još gora nego što je bila, a to u detetu izaziva bezimeni užas („**namless dread**“). Bion opisuje da za neke osobe propust ranog majčinog kontejniranja dovodi do prave psihološke katastrofe: razvoja „**ego destruktivnog superega**“ tj. destruktivne savesti i stalnog osećaja neprihvaćenosti i nerazumevanja od strane drugih što ih kontinuirano sprečava da uče iz emocionalnog iskustva i ostvare odnos poverenja sa drugima. On naglašava da nesposobnost majke da u sebe primi projekcije deteta, dete doživljava kao namerni destruktivni atak na njega i njegove veze sa drugima („**attack on linking**“) kao i na komunikaciju sa njom samom kao dobrim objektom [1].

Donald Melcer je pokazao koliko je PI važna za adolescentni razvoj u grupi vršnjaka. Ako parafriziramo Vinikotu, kažemo da ne možemo da mislimo o odojčetu van konteksta majčine brige, a ako parafriziramo Melcera kažemo da ne možemo da mislimo o adolescentu bez konteksta adolescentne grupe. Svaki član adolescentske grupe projektuje sopstvene neprihvatljive delove u druge članove, a u isto vreme prima za njega prihvatljive projekcije drugih vršnjaka koje on za njih metaboliše, te tako dolazi do socijalizacije nagona u adolescenciji. To je po Melceru jedini način zdravog i normalnog razvoja adolescenta („*flight-to the group phenomenon*“). U odbačenog „nečistog“ adolescenta koji ne pripada ekipi („parija“ – po indijskoj kasti-nečisti) projektuju se psihotični aspekti dok „parija“ čak svoje zdrave delove projektuje u grupu. Zbog osetljive i snažne povezanosti adolescentne grupe treba nadzirati ali se u njih ne treba mešati [7].

Patološka PI

Bez obzira na cilj, rezultat ekscesivne PI je uvek negiranje odvojenosti između selfa i objekta. Život podrazumeva suočavanje sa činjenicom razdvojenosti selfa od objekta. Brojni autori smaraju da je najveći uspeh razvoja realizacija mentalne separiranosti i percepcija objekta kao nezavisnog entiteta. *Težina zadatka ogleda se u toleranciji paradoksa tj. u tome što je u isto vreme pored tolerancije razdvojenosti potrebno zadržati povezanost sa objektom.*

Kad su urodjeni dezintegrirajući impulsi snažni (npr. postoji snažna zavist) i/ili loša iskustva dominiraju nad dobrim, nema binarnog razvojnog rascepa između dobrog i lošeg (odvajanje dobrog iskustva je jezgro za formiranje dobrog unutrašnjeg objekta) već postoji arbitrarni rascep i fragmentacija ega (odatle osećaj raspada na sitne komade u psihotičnim stanjima). Iako deluje da na početku rešava problem, ekscesivna PI vodi u dalje osiromašenje: projekcija loših delova vodi u doživljaj spoljne persekucije (strah da će napadnuti objekt uzvratiti na isti način), reintrojekcija persekutora izaziva hipohondriju, a projekcija dobrih delova pojačava strah da će dobri aspekti biti zatočeni u objektu što izaziva klaustrofobične anksioznosti i napade panike. U ekstremu u psihotičnim stanjima dominira destruktivna fantazija u kojoj se napada svesnost o unutrašnjoj realnosti i sam mentalni aparat koji doživljava tu realnost (svest, pažnja, pamćenje, mišljenje, senzorne funkcije) a delovi psihe se čak projektuju u nežive objekte. U poznatom Bionovom primeru napadnut je i fragmentiran doživljaj vida i projektovan u gramofon, te pacijent ima sumanutost „gramofona koji ga gleda”. U „napadu na veze” kroz omnipotentnu fantaziju diskonekcije napada se svaka moguća veza subjekt-objekt čiji je rezultat psihotična fuzija kada se spoljašnji svet doživljava kao produžetak unutrašnjeg (odatle i sumanutosti propadanja sveta) [1].

Po Britonu postoji bazični nagon koji predstavlja hostilnost pre svemu što je strano i što nije self. On taj nagon naziva ksenocidnim impulsom i on predstavlja neku vrstu psihološkog imunog sistema. *Narcizam bi po njemu mogao da se redefiniše kao negativna reakcija povezivanja sa objektom (reakcija na ingestiju tj.introjekciju objekta) zato što nije identičan sa selfom (stran je selfu) te izaziva psihički imuni odgovor.* Ekstremna „psihička imunološka reakcija” opažena kao totalno povlačenje mogla bi da se vidi u psihotičnim stanjima gde su konekcije sa bilo čim izvan selfa totalno eliminisane (npr. u slučajevima katatone shizofrenije ili u teorijskom konceptu primarnog narcizma). U ovom ključu zanimljiv je stari Frojdov naziv za psihoze-narcističke neuroze, koje ne mogu da uspostave transfer, ali se danas zna da psihotični transfer postoji i da je ono što vidimo kao diskonekciju u stvari psihotična fuzija. Kroz fantazije PI omogućena su i određena patološka „rešenja” povezivanja sa objektom ali bez suštinskog uvažavanja separiranosti. „*Borderline rešenje*” predstavlja eliminaciju drugosti kroz nametanje jedne i to sopstvene psihičke realnosti objektu, kroz fantazije usisavanja objekta (odatle katastrofičan strah od napuštanja). „*Histerično rešenje*” predstavlja napuštanje sopstvenog selfa kroz fantazmatsko stapanje sa drugim

identitetima. Kroz fantazije PI čitav self se projektuje naizmenično u objekt reprezentaciju jednog pa drugog roditelja, što objašnjava oscilovanje u multimplim identifikacijama i razne disocijativne fenomene [5].

PI i poremećaji simboličke funkcije

Pošto ekscesivna PI vodi u konfuziju jer je diferencijacija između unutrašnje i spoljašnje realnosti zamagljena, ona oštećuje funkciju simbolizacije koja je u osnovi apstraktnog mišljenja i testiranja realnosti (test realnosti je u suštini razlikovanje spoljne od unutrašnje realnosti).

Početak simboličke funkcije zapažamo u dečijoj igri gde dete kroz igru reprezentuje svoja unutrašnja stanja. Simboli su supstituti (ali ne ekvivalenti) objekta i formiraju se kada su fantazije o posedovanju objekta napuštene, a odvojenost od objekta prihvaćena. Pravi simbol („*symbol proper*”) je formiran kad je self jasno diferenciran od objekta, te je i simbol jasno diferenciran od onoga što simbolizuje. U simboličkom izjednačavanju simbol (preciznije simbolički substitut) se doživljava pogrešno kao originalni objekt i služi da poredne odustvo i odvojenost od idealnog objekta. Simboličko izjednačavanje je posledica ekscesivne PI u kojoj dolazi do nejasnog razdvajanja između ega i spoljne realnosti te u paralelnom procesu i nejasnog razdvajanja simbola (koji je u funkciji rada ega) i simbolizovanog objekta. Pošto je ego pomešan sa spoljašnjim objektom, simbol je takođe pomešan sa objektom koji treba da simbolizuje. Dete u situacijama visoke aksioznosti igračku lava može doživeti kao konkretnog lava, i početi iznenada da vrišti. Igračka lav koja simbolizuje realnu životinju počne da se doživljava kao pravi živi lav, simbolički se izjednači igračka (simbol) sa pravom životinjom (simbolizovani objekat). Ovaj proces se nalazi u srcu magijskog i konkretnog mišljenja, te omniscijencije (koja supstituiše naporan proces mišljenja) i onipotencije (koja supstituiše bolan proces učenja iz iskustva). Pošto u shizofreniji nema adekvatne funkcije prefrontalnih regiona u kojima se dešava mentalizacija, nema razdvajanja subjekt i objekt reprezentacija, gubi se razlika između označenog i znaka te dolazi do idiosinkratičnog govora i svih poznatih karakteristika shizofrenog jezika [8].

Neurobiologija PI

Iako je funkcija ogledalnih neurona u frontalnoj kori široko korišćena kao teorijski eksplanatorni model za afektivnu rezonancu i empatiju (i dodatno kao eksplanacija za oštećenja socioemocionalne komunikacije kod autizma gde je opisana patologija prefrontalne kore i gde nema PI već samo adhezivne identifikacije) mora se naglasiti da je Ricolatijeva grupa koja je opisala ove neurone to uradila isključivo na primeru makaki majmuna i to prvenstveno u premotornoj kori (areja F5) i to isključivo za motornu aktivnost. Specifičnost miroring neurona ogleda se u tome što se aktiviraju i prilikom egzekucije i prilikom observacije motorne aktivnosti, što su inače razdvojene funkcije. Njihova funkcija se najkraće može opisati izrazom „što majmun vidi to majmun radi“. Pored frontalnih regija ogledalni neuroni su kasnije opisani i u

parijetalnoj kori i u zonama važnim za usvajanje jezika. Potrebno je naglasiti da i dalje nema čvrstih dokaza da sistem ogledalnih neurona igra ulogu u empatiji i socijalnoj kogniciji [9]. Kreativno je spekulisati da postoje deljeni neuralni sistemi i reprezentacije i da je tendencija da se spontano mećuju motorna (kroz mimikiju i imitaciju) i emocionalna stanja, rezultat zajedničkog biološkog programiranja (primaoci prevode signale koristeći sopstvene reprezentacije), ali nema čvrstih naučnih dokaza za ove fenomene, te su potrebna dalja istraživanja. Poznati neuronaučnik Antonio Damasio smatra da su svi ljudi evolutivno neurobiološki umreženi („*hard-wired*“) iz čega sledi da se u PI aktivira nešto što već postoji u primaocu [9]. Privlačno je kroz prizmu ovih ideja razmišljati o PI, razumeti nesvesnu povezanost u matriksu grupe, pojavu da novi član ne zna ništa o članovima a može da im ukaže na njihov intra psihički konflikt itd. Osnivač afektivne neuronauke, Jak Panksep, pokazao je da je tačno sedam osnovnih emocionalnih krugova (potraga, strah, bes, požuda, briga, panika/tuga i igra) biološki ugrađeno u mozak svih ljudi i sisara (čak i ptica). Ovih sedam univerzalnih emocionalnih/motivacionih krugova su drevni predajnici/prijemnici koje svi posedujemo, omogućavajući nam da prepoznamo emocije u sebi i drugima.

Sve više se PI razume kao „projektivna transidentifikacija“ (komunikativna intersubjektivna PI) jer PI deluje sa obe strane te je preciznije da govorimo o „bi-personalnoj fantaziji“ i „bi-personalnom polju“. Terapeut nije samo objektivni dekodirer nesvesnog jezika pacijenta već i on u polje ubacuje svoje nesvesne anksioznosti, otpore i želje, te uvek u obzir uzimamo rezultantu oba projektivna vektora. Grotštajn (jedan od retkih američkih klajnjianaca) smatra da, naravno, ne postoji konkretna projekcija (fizičko ubacivanje mentalnih sadržaja i emocija) u spoljašnji objekt tokom PI, već osoba projektuje u sopstvenu unutrašnju objekt-reprezentaciju tj. sliku u umu koju ima o drugome. Ta slika drugog zasićena kvalitativnim i kvantitativnim sadržajem projekcije sada ima moć da izaziva određeno ponašanje druge individue kroz svesnu/predsvesnu/nesvesnu senzomotornu indukciju. Grotštajn navodi da postoji „*hipnozi slična indukcija*“ te slike ili tih osećanja u drugoj osobi, ali naravno osoba treba da bude pogodan prijemnik za to. Takođe percepcij da se drugi ponaša u skladu sa projekcijom pojačava induktivnu rezonancu. Ovaj proces je nesvestan, nezavistan od verbalnih znakova i uključuje posturu, mimiku, gestove, prozodiju, intonaciju, ritam disanja, ritam govora, treptanje, boju u licu, sve ono što francuska psihoanalitičarka i filozofkinja Julija Kristeva u komunikaciji naziva preverbalnom semiologijom [10].

PI kod parova

Balint opisuje ljubavnu komunikaciju opisujući u pricipu PI: „Mi govorimo da jedna osoba projektuje deo selfa u drugu osobu i oseća da joj to nedostaje, i stupajući u vezi sa tim delom sebe u drugoj osobi opet ostvaruje doživljaj celine i nesvesnog prepoznavanja projektovanog dela...Ponekad se oslobađamo delova sebe koji nam se ne dopadaju a optužujemo partnera što

takve delove poseduje. Takođe, možemo se osećati emocionalno prazni i možemo stupiti u kontakt sa našim ljubavnim osećanjima jedino u prisustvu partnera (jer ih on projektovane poseduje). Ili možemo reći da nam je naš partner neophodan da bismo osetili da možemo da volimo, da potvrdimo naša ljubavna osećanja i da ih zatim ponovo uzmemo u sebe i osećamo se dobro“. PI čini da partner nosi duplu dozu onoga što je u njega projektovano, npr. supruga projektuje u partnera sopstvenu agresivnost pa tako on sadrži i svoju i njenu agresivnost tj. „duplu dozu agresivnosti“, te ovaj proces razmene može da bude ekstremno te se nekad čini da je svaki od supružnika u braku ne sa realnom osobom već sa neželjenim, otepljenim i projektovanim delovima sebe [11].

PI u terapijskim grupama

Kroz PI mogu da se objasne različiti fenomeni u terapijskim grupama (žrtveni jarac, benigno i maligno ogledanje). Rad u maloj analitičkoj grupi može se pratiti na tri nivoa dubine: na nivou socijalizacije, na nivou celih objekata (gde se član grupe transferno doživljava kao značajna figura sa kojom sada može da se uspostavi dijalog) i na nivou parcijalnih objekata gde je član grupe kroz PI identifikovan sa sopstvenim odbačenim aspektom. Komunikacija u matriksu analitičke grupe i interpretativni rad dovode do reintrojekcije modifikovanih otepljenih delova, a važan element je uvid da drugi članovi grupe, a ni sam član nisu razoreni negativnim aspektima otepljenog dela.

Na psihijatrijskim odeljenjima obično jedan član grupe, a da toga nije svestan izražava osećanja cele grupe. Iz nekog razloga određen broj članova ili cela grupa želi da se reši nekog osećanja. Grupa se deli i obično jedan deo nje predstavlja „projektor“ a obično jedan član funkcioniše kao „prijemnik“. Projektori se povezuju jer se istovremeno oslobađaju istih neprihvatljivih delova sebe, a prijemnik se oseća da sadrži odbačena osećanja koja su bila grupna preokupacija i oseća pritisak da se ponaša u skladu sa projektovanom fantazijom (te može da reaguje kao pobunjenik, agresivac ili zaštitnik grupe) [4].

PI u institucijama i društvu

Izabel Menzes Li i Eliot Žak, pioniri rada na Tavistok institutu za ljudske odnose, prvi su podvukli da je PI važan mehanizam psihodinamike organizacija i institucija. *Inače uprošćeno bi mogli da kažemo da pripadnost grupi podrazumeva prihvatanje pravila određene grupe, što znači prihvatanje primitivnih mehanizama odbrana te grupe.* Žak kao primarne kohezivne elemente koji povezuju ljude u instituciji navodi odbrane od psihotične anksioznosti. On govori da ljudi primarno koriste socijalne institucije da bi podržali sopstvene mehanizme odbrane, pa su institucionalne prakse ustvari kolektivne vrste odbrana koje zove *socijalnim odbrambenim sistemima* („social defence system“). Menzes Li takođe stavlja glavni fokus na anksioznosti u institucijama i na grupne odbrane od te anksioznosti. U važnom članku gde se bavi organizacijom u ortopedskoj bolnici u Londonu ona pokazuje da rigidna hijerarhija, fiksirane uloge i rutinizacija posla kroz određene procedure

(koje svako novi mora da usvoji i koje omogućavaju da se izbegnu teške odgovorne odluke) služe da se, u njenom primeru, odgovornost rasprši sa medicinske sestre kao individue, na sistem kao celinu. U takvim sistemima vlada splitting, PI, depersonalizacija, potiskivanje osećanja, „pansionski mentalitet“, delegiranje odgovornosti na više instance i sistem jer nema zrelijih načina za kontejniranje anksioznosti. Ove procedure štite od anksioznosti ali i podrivaju cilj institucije, a to je kontakt sa teškim pacijentima i lečenje pacijenata. Dobra organizacija mora da obezbedi efektivno kontejniranje anksioznosti osoblja što je posebno važno za organizaciju zdravstvenih sistema i sistema socijalne zaštite, a lider mora stalno da unosi kontejnirajuće a metaboliše (nikako da raspiruje) proganjajuće elemente u sistemu [13,14].

Kroz PI može da se objasni podaništvo u grupama. Podanik projektuje idealizovani deo sebe (moral, pamet) u vođu. Vođa obezbeđuje identitet grupe i oslobađa od lične odgovornosti. Što je projekcija masovnija doživljaj odgovornosti je manji ali doživljaj ispraznjenosti je veći. Objektno relacije u organizacijama koje karakteriše rigidna kontrola, strah od podsmeha, posramljivanje zaposlenih, isključivanje, zavođenje, manipulacija, prinuda, isticanje preterane kompetitivnosti, izazivanje zavisti kod zaposlenih, karikaturalno imitiranje od strane moćnijih, u osnovi imaju snažnu PI i često su u vezi sa psihopatologijom uprave. Ovi faktori su važni u grupnoj dinamici sindroma pregorevanja u čijoj osnovi stoji razočarenje zaposlenog u sistem. Ovakva dinamika je češća u društvima u kojima je postojala „kultura oskudice“ u kojoj su ljudi živeli u stalnom osećaju nedostatka hrane, novca, sigurnosti te kontinuirano imaju „strah od propadanja“, te su prijemčiviji za PI i manipulaciju [14].

U ovom radu smo diskutovali na koji način koncept projektivne identifikacije može da pomogne u razumevanju nesvesne komunikacije u širokom spektru dijadnih i grupnih odnosa. Iako pojedini autori smatraju da ga treba napustiti jer je postao preširok i zbunjujuć, drugi smatraju da je PI najplodniji psihoanalitički pojam posle pojma nesvesnog i da nije moguće temeljno razumeti psihotičnu i graničnu patologiju, a posebno psihotične (dezintergacione) anksioznosti savremenog društva bez ovog koncepta [15].

COMMUNICATION THROUGH DIFFERENT FORMS OF PROJECTIVE IDENTIFICATIONS

Danilo Pesic^{1,2}, Marija Jeric¹

¹University of Belgrade, Faculty of Medicine, Belgrade, Serbia

²Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

Abstract: Since it was described in 1946., projective identification (PI) has remained a central concept of Kleinian theory as one of the most complete theories of unconscious functioning. In addition to intrapsychic aspects, Bion has described the interpersonal and behavioral effects of PI on others, which Sandler calls actualization. Due to its explanatory and therapeutic power, the concept is used in group analysis, psychodrama psychotherapy and organizational studies. In this paper, we analyze developmental, communication and pathological aspects of PI in different dyads and groups. Through these views we try to understand „good” and „bad”, acquisitive and attributive, as well as symbolic and concrete aspects of PI.

Key words: *fantasy, projection, identification, communication, kleinian theory*

Literatura

1. Bott Spillius et al. The New Dictionary of Kleinian Thought, Based on A Dictionary of Kleinian Thought by R.D. Hinselwood; Routledge, London; 2011.
2. Erić Lj, editor. Psihodinamička psihijatrija, Tom 1. Istorija, osnovni principi, teorije. Službeni glasnik, Beograd; 2011.
3. Ogden, TH. On Projective Identification. Int. J. Psycho-Anal. 1979; 60(3):357-73.
4. Stefanović S. O projektivnoj identifikaciji. In Kondić K, editor. Psihodinamska razvojna psihologija. Plato, Beograd; 1998.p.66-83
5. Britton R. Between mind and brain: Models of the mind and models in the mind. Karnac, London; 2015.
6. Vulević G. Razvojna psihopatologija. Akademska knjiga, Beograd; 2016.
7. Meltzer D, Harris M. Adolescence: Talks and Papers by Donald Meltzer and Martha Harris. Karnac Books Ltd; 2011.
8. Vulević G. Poremećaji simboličke reprezentacije-shizofrenija kao bolest semiotičkog. Psihijatrija danas. 2007;39:181-95.
9. Bakkali S, Youssef GJ, Donaldson PH, Albein-Urios N, Hyde C, Enticott PG. Is the Putative Mirror Neuron System Associated with Empathy? A Systematic Review and Meta-Analysis. Neuropsychol Rev; 2020.
10. Grotstein J. Projective identification: An extension of the concept of projective identification. Int. J. Psycho-Anal. 2002;86:1051-69.
11. Nielsen AC. Projective Identification in Couples. J Am Psychoanal Assoc. 2019;67(4):593-624.
12. Yalom ID, Leszcz M. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. 5th ed. New York: Basic Books; 2005.
13. Jacques E. Requisite Organization: Total System for Effective Managerial Organization and Managerial Leadership for the 21st Century. London: Gower; 1997.
14. Menzies-Lyth I. Containing Anxiety in Institutions. Vol.1. London: Free Association Books; 1998.
15. Young R.M. Racism: Projective Identification and Cultural Processes. Process Press; 1994.

Dr Danilo PEŠIĆ, klinički asistent, Institut za mentalno zdravlje, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, Srbija

Danilo PESIC, MD, psychiatrist, Clinical Teaching Assistant, Faculty of Medicine University of Belgrade, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E-mail: pesicdanilo@yahoo.com

*UDK: 616.89-053.6:615.851.6
614.253*

KOMUNIKACIJA SA ADOLESCENTIMA U RAZLIČITIM KONTEKSTIMA GRUPNE TERAPIJE

Miloš Lazarević

Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Abstrakt: Adolescencija se može predstaviti kao period između detinjstva i odraslog doba koji gotovo nikada ne prolazi neprimetno. Imajući to u vidu uloga terapeuta nekada podrazumeva i ulogu mentora u procesu sazrevanja adolescenta. Grupna psihoterapija u okviru Institucije može biti sredstvo koje adolescentima pomaže u procesu lečenja i odrastanja. Grupni rad u okviru matriksa bolnice ili određenog bolničkog odeljenja, u odnosu na grupni rad sa adolescentima u ambulantnom ili vanbolničkom setingu ističe različite aspekte terapije sa kojima se vođa grupe susreće. Bez obzira na razlike, grupe adolescenata imaju mogućnost da pokrenu iste terapijske faktore, opisane u okviru interpersonalnog pristupa grupnoj terapiji po Jalomu sa naglašenim specifičnostima primene grupne terapije u kliničkim uslovima.

Ključne reči: *adolescencija , grupna terapija, mentor, terapijski faktori*

Adolescencija se može označiti kao period između detinjstva i odraslog doba, vreme drugog rađanja, vreme tokom koga adolescent prolazi kroz niz preobražaja na telesnom, intra-psihičkom i socijalnom planu [1]. Vreme tokom koga su adolescenti, kako autori dalje navode, negde između, više nisu deca a još uvek nisu odrasli [1]. U svakoj normalnoj adolescenciji postoje krize, smenjivanja progresivnih i regresivnih tendencija, ali najveći broj transformacija prođe bez teškoća [1].

U radu sa adolescentima terapeut je suočen sa brojnim izazovima u koje se upušta kako bi pomogao adolescentu koji se obraća za pomoć da sa što manje teškoća prođe putem sazrevanja i izlečenja. Pored uloge lekara, psihijatra, psihologa ili drugog zdravstvenog radnika u radu sa adolescentima jedna od uloga koju terapeut dobija može biti i uloga mentora koji usmerava tretman i razvoj adolescenta ka zdravom i zreлом odraslom dobu.

Adolescent Telemah i Mentor

Prema definiciji Oxfordskog rečnika mentor je „iskusna osoba koja kroz određeni period savetuje i pomaže nekome sa manje iskustva“ [2]. Ova definicija svoje poreklo duguje liku Mentora u Homerovoj Odiseji. Mentor je Odisejev drug koji za vreme Trojanskog rata ostaje na Itaci i kome Odisej poverava da brine o njegovoj kući, ocu i „sve da mu čuva“ [3].

Telemah, sin Odisejev star oko 20 godina, u godini Odisejevog povratka je mladić adolescentnog uzrasta kako taj period odrastanja danas definišemo. On živi u kući okupiranoj proscima koji žele da se ožene njegovom majkom Penelopom i time dođu u posed njegovog nasleđa. Telemah se Boginji Ateni žali na prosce a ona ga savetuje šta da uradi, i da pođe na put u Pil i Spartu kako bi saznao o svome ocu. Tokom ovih događaja Atena se Telemahu prikazuje različitim likovima, u nekoliko navrata i likom Mentora, čiji lik uzima i prilikom poziva Telemahu da se ukrca na brod, nakon čega se i sama pod likom Mentora ukrcava na brod i polazi sa njim [3].

Telemahovu odluku da se suprotstavi proscima i krene na put kako bi saznao o svome ocu možemo posmatrati kao proces sazrevanja, Atenine savete kao vešte terapijske intervencije kojima mu olakšava taj proces, a brod na koji se ukrcava i kojim putuje kao sredstvo koje u tom procesu koristi. Grupna psihoterapija u uslovima institucionalnog lečenja može biti sredstvo koje nam pomaže da se adolescenti koji se obraćaju za pomoć „prevezu“ do postavljenog cilja. Atenino uzimanje lika Mentora ostaje nam kao nasleđe koje moderno značenje mentorstva danas nosi.

Mogućnosti grupne terapije adolescenata u instituciji

U okviru institucije adolescenti mogu biti tretirani u uzrasno homogenim grupama, u okviru terapijskih zajednica adolescenata na odeljenjima Klinike za decu i omladinu, ili u uzrasno heterogenim grupama sa odraslima, pri odeljenjima Klinike za odrasle – kada postoje indikacije za zbrinjavanje adolescenta na nekom od odeljenja Klinike za odrasle.

Adolescent može biti uključen u grupnu terapiju koja se sprovodi u stacionarnim uslovima – na zatvorenom ili na odeljenju poluotvorenog/otvorenog tipa, grupnu terapiju u okviru Dnevne bolnice ili ambulantno. U radu sa adolescentima, kao i u drugim situacijama, mogu biti zastupljeni različiti psihoterapijski modaliteti prilagođeni radu u grupnom formatu.

Grupna psihoterapija i društvo – kratak istorijski osvrt

Primena grupne terapije kao metode lečenja ima značajnu tradiciju na ovim prostorima. Tako je upravo grupna psihoterapija bila tema II jugoslovenskog psihoterapijskog seminara održanog na Mokricama 1968. godine. Poslednji dan trodnevnog seminara bio je posvećen grupnoj psihoterapiji dece i omladine [4]. Među značajnim učesnicima seminara iz Srbije bio je i pionir grupne psihoterapije kod nas, dr M. Popović koji tri godine kasnije brani doktorsku disertaciju sa temom: Grupna psihoterapija kao jedna od metoda lečenja shizofrenih bolesnika u bolničkim uslovima rada [5]. Na uvodnom predavanju prvog dana pomenutog seminara, posvećenom tehnikama grupne terapije dr Popović naglašava da grupna psihoterapija u uslovima stacionarnog lečenja dobija u vrednosti ako se odvija u demokratskom kontekstu terapijske zajednice [4]. Dr Popović se takođe osvrće na međusobne odnose šire zajednice – društva, grupne psihoterapije i pojedinca koji je uključen u grupu, a naglašava i specifičnosti pristupa tehnici grupno terapijskog rada u našem socio-kulturnom okruženju, koje proizilaze iz patrijarhalne dimenzije našeg društva [4].

Tokom narednih godina bilo je više radova, referata i prikaza koji su se bavili ovom temom. Kada je u pitanju grupna terapija adolescenata zanimljivo je pomenuti prikaz dr Đorđević i dr Sedmaka u izdanju Psihijatrije danas posvećenom grupnoj psihoterapiji iz 1979. godine [6]. U prikazu autori ukazuju na sledeće osobenosti grupne psihoterapije adolescenata na Odeljenju: 1. naročito naglašena verbalizacija transfernih odnosa, posebno negativnog, 2. na dinamiku grupe utiču i zbivanja koja se odigravaju na nivou terapijske zajednice, 3. potreba za stalnim uvidom u kontratransferna doživljavanja terapeuta, 4. stav terapeuta u grupi na odeljenju je aktivan, 5. interpretacija adolescentu nije genetska već više usmerena na situaciju „ovde i sada“, 6. u grupnoj psihoterapiji adolescenata otpor ima svoje specifičnosti [6].

Grupna psihoterapija u okviru stacionarnog tretmana

Jalom opisuje jedanaest primarnih terapijskih faktora grupne psihoterapije: ulivanje nade, univerzalnost, pružanje informacija, altruizam, korektivnu rekapitulaciju primarne porodične grupe, razvoj društvenih tehnika, imitativno ponašanje, interpersonalno učenje, grupnu koheziju, katarzu, i egzistencijalne faktore. Opisani u najvećoj meri na otvorenoj, dugoročnoj ambulantnoj grupi, isti terapijski faktori deluju u svim tipovima terapijskih grupa [7]. Jalom dalje navodi da njihova interakcija i razlika u značaju u velikoj meri variraju od grupe do grupe, kao i da usled pojedinačnih

razlika, učesnici iste grupe mogu imati koristi od različitih grupa terapijskih faktora [7]. Iako se u uslovima institucionalnog rada sa adolescentima dugoročna, ambulantna grupna terapija uspešno primenjuje, akcenat u daljem delu biće stavljen na grupni tretman u stacionarnim uslovima., pre svega zbog jasnije izraženih specifičnosti koje treba uzeti u obzir prilikom primene grupne terapije u instituciji.

Kao osnovne korake modifikacije tradicionalne grupne terapije za specijalizovane kliničke situacije Jalom navodi: 1. procenu kliničke situacije, 2. formulisanje odgovarajućih kliničkih ciljeva i 3. modifikaciju tradicionalne tehnike da bi odgovarala novoj kliničkoj situaciji i novim kliničkim ciljevima [8].

1. Procena kliničke situacije uključuje a) spoljašnje – koje terapeut može da menja i b) unutrašnje ograničavajuće faktore – koji se ne mogu menjati [ubrzani protok pacijenata, heterogenost patologije, vreme, granice grupe, ponekad suprotstavljajuće uloge koje vođa grupe na odeljenju ima]. Prvo važno razmatranje sa kojim se treba suočiti prilikom vođenja stacionarnih grupa u akutnom okruženju je to da grupa nikada nije nezavisna, samostalna jedinica. Ona se odvija u složenom odnosu prema široj zajednici – odeljenju, kao i instituciji u kojoj se odeljenje nalazi. Stvaranje terapijskog okruženja zavisi od podrške rukovodioca i osoblja [8].
2. Ciljevi akutne bolničke grupe nisu isti kao ciljevi akutne hospitalizacije. Cilj akutne bolničke grupe nije da razreši psihotičnu depresiju; da smanji psihotičnu paniku; da uspori maničnog pacijenta; da smanji halucinacije i deluzije. Ostvarivi ciljevi bolničke grupe su uključivanje pacijenta u terapijski proces; pokazivanje da razgovor pomaže, uočavanje problema; smanjivanje izolacije; pomaganje drugima i ublažavanje anksioznosti u vezi sa hospitalizacijom [8].
3. Modifikacija tehnike. Prilikom modifikacije tehnike treba uzeti u obzir skraćeni vremenski okvir zbog koga se treba postaviti kao da će grupa trajati samo jednu seansu. Od terapeuta se zahteva povećan nivo aktivnosti. Potrebno je stvoriti atmosferu podrške koju će članovi doživeti kao pozitivnu i konstruktivnu. U fokusu bolničke grupe na ovde i sada potrebno je pomoći pacijentima da uoče interpersonalne probleme i ojačaju interpersonalne snage kako bi u nastavku lečenja, po okončanju stacionarnog tretmana, mogli da rade na interpersonalnim problemima identifikovanim u grupi [8].

Imajući u vidu iznesene karakteristike grupnog psihoterapijskog rada u okviru institucije grupnu psihoterapiju je moguće videti kao posrednika u različitim fazama tretmana adolescenta, kao i razvoja komunikacije kod adolescenta sa terapeutom, drugim adolescentima i odraslima, institucijom i širom društvenom zajednicom. Prilikom susreta sa adolescentom terapeut i adolescent uspostavljaju terapijski odnos, a ovaj terapijski odnos nije izolovan

već se nalazi se u uzajamnoj interakciji sa institucijom i širom društvenom zajednicom.

Moguće je pretpostaviti tok tretmana tokom koga se adolescent obraća za pomoć u toku akutnog kriznog stanja kada je neophodna hospitalizacija na akutnom zatvorenom odeljenju u okviru koga će se upoznati sa mogućnošću grupne psihoterapije. Tretman se može nastaviti ambulantno, uz dalje lečenje i mentorstvo terapeuta koji kasnije može proceniti da je adolescentu indikovano lečenje u okviru dnevne bolnice radi daljeg psihoterapijskog rada koji će uključivati i različite oblike rada u grupnom formatu. U daljoj fazi tretmana adolescent može, ali ne mora, biti uključen u dugotrajnu, ambulantnu grupu. Takođe je moguće da tokom procesa lečenja u bilo kojoj fazi dođe do regresije i potrebe za ponovnim zbrinjavanjem na stacionarnom odeljenju. Opisani proces tretmana najbolje je prikazati na primeru.

Prikaz tretmana adolescentkinje O.

Adolescentkinja O. prve probleme u ponašanju ispoljava u vrtiću, u vidu hiperaktivnog, povremeno agresivnog, ponašanja zbog koga se vaspitačice u više navrata žale roditeljima. Tada je prema navodima roditelja od strane psihologa iz vrtića naglašeno kako joj „nisu postavljene granice“. Kasnije tokom osnovne škole se javljaju povremene opsesivne misli i ritualne radnje, povremeni napadi panike i samo-povređivanje u vidu grebanja po butinama i rukama. Takođe se dobija podatak o vršnjačkom nasilju krajem osnovne škole, kao i još nekoliko traumatskih iskustava u sličnom periodu.

Na lečenje u IMZ obraća sa 16 godina, zbog promenljivog raspoloženja, glavobolje, napada panike, konverzivnih reakcija praćenih somatskim manifestacijama u vidu grčeva, trnjenja, gubitka osećaja u rukama i nogama, disfunkcionalne komunikacije u okviru porodice.

Po uspostavljanju terapijskog odnosa sa ordinarijusom, tokom inicijalnih par meseci ambulantnog tretmana, adolescentkinja je primljena na parcijalno hospitalno lečenje u Dnevnu bolnicu za adolescente. Tokom tretmana se pored dijagnostičke obrade, i psihofarmakoterapijskih intervencija uključuje i u različite forme grupne psihoterapije, u okviru uzrasno homogene grupe adolescenata, koja se u Dnevnoj bolnici sprovodi. U okviru Dnevne bolnice postiže se poboljšanje na simptomatskom planu, kao i inicijalni pomak u interpersonalnoj sferi, kako sama kasnije navodi, upoznaje ljude sa kojima kasnije održava kontakte.

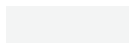
Dalje adolescentkinja O. nastavlja sa ambulantnim psihijatrijskim kontrolama, a paralelno je započeta i porodična terapija u ambulantnim uslovima. Nepunih godinu dana kasnije dolazi do pogoršanja u vidu intenziviranja afektivnih oscilacija, osećaja nezadovoljstva, praznine, problema u komunikaciji u okviru porodice i odnosa sa vršnjacima. Tada se ostvaruje druga hospitalizacija, ovaj put na Odeljenju za krizna stanja i afektivne poremećaje. Tokom te hospitalizacije je takođe učestvovala u grupnim terapijskim aktivnostima koje se na odeljenju sprovode, ovaj put u

okviru uzrasno heterogene grupe sa odraslima. Po okončanju tretmana na stacionaru ostvarena je još jedna hospitalizacija u Dnevnoj bolnici za adolescente nakon čega nastavlja ambulantni psihijatrijski tretmani i psihoterapiju u ambulantnim uslovima u okviru ustanove. Budući tretman adolescentkinje O. će možda obuhvatati uključivanje u dugotrajnu, ambulantnu grupu što u ovom trenutku ostaje samo jedna od mogućnosti.

Zaključak

Rad sa adolescentima terapeuta između ostalog stavlja u ulogu mentora koji će primenjivati različite oblike tretmana i usmeravati adolescenta na put izlečenja i sazrevanja. U tom radu važnu ulogu imaju i mentori koji su utabali put grupnoj terapiji i radu sa adolescentima.

Adolescent je u okviru grupne terapije, odeljenja, Institucije i društva suočen sa brojnim interakcijama kroz koje usvaja modele komunikacije. Rad u formatu grupne terapije sa adolescentima nudi brojne mogućnosti koje proces razvijanja konstruktivne komunikacije, odrastanja i lečenja čine lakšim.



COMMUNICATION WITH ADOLESCENTS IN DIFFERENT GROUP THERAPY CONTEXTS

Milos Lazarevic

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

Abstract: Adolescence could be defined as a period between childhood and adulthood. Period that almost never goes unnoticed. Having that in mind, the role of the therapist sometimes implies the role of a mentor in the process of adolescent maturation. Group psychotherapy within the Institution can be a tool that helps adolescents in the process of treatment and growing up. Group work within the matrix of a hospital or a particular hospital ward, in relation to group work with adolescents in an outpatient setting, highlights various aspects of therapy that the group leader encounters. Regardless of the differences, those groups may initiate the same therapeutic factors, described within the interpersonal approach to group therapy according to Jalom, with emphasized specifics of the application of group therapy in clinical conditions.

Key words: *adolescence, group therapy, mentor, therapeutic factors*

Literatura

1. Čurčić V, Bradić Z. Preobražaji adolescencije. U: Adolescencija - revolucija i evolucija u razvoju. 1997. p. 21-30.
2. Oxford ENGLISH - SERBIAN Student's Dictionary. Oxford University Press; 2006.
3. Homer. Odiseja. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 2002.
4. Beck-Dvoržak M, Blažević D, editors. Grupna psihoterapija - II jugoslavenski psihoterapijski seminar. Zagreb: Sekcija za psihoterapiju Zbora liječnika Hrvatske; Ljubljana: "Lek", tvornica farmaceutskih i kemijskih proizvoda; 1969.
5. Popović M. Grupna psihoterapija kao jedna od metoda lečenja shizofrenih bolesnika u bolničkim uslovima rada. 1971.
6. Đorđević V, Sedmak T. Grupna psihoterapija adolescenata - praktični prikaz. Psihijatr danas. 1979;XI[1]:81-6.
7. Jalom I, Lešč M. Terapijski faktori. U: Teorija i praksa grupne psihoterapije. Novi Sad: Psihopolis institut; 2013. p. 23-40.
8. Jalom I, Lešč M. Specijalizovane terapijske grupe. U: Teorija i praksa grupne psihoterapije. Novi Sad: Psihopolis institut; 2013. p. 503-52.

Dr Miloš LAZAREVIĆ, Dnevne bolnice za adolescente, Klinike za decu i omladinu Instituta za mentalno zdravlje u Beogradu

Milos LAZAREVIC, MD, PhD, Day Hospital for Adolescents, Clinic for Children and Adolescents, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E:mail: miloslazarevic@yahoo.com

UDK 616.98:578.834]:616.89(497.11)"2021"
615.851(497.11)"2021"

PSIHOTERAPIJA U VRTLOGU PANDEMIJE – ISKUSTVA PSIHOTERAPEUTA U SRBIJI

¹Olivera Aleksić Hil, ¹Marko Kalanj

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Apstrakt: Cilj istraživanja bio je preliminarno ispitivanja iskustava psihoterapeuta u radu tokom perioda pandemije. Pilot ispitivanje je sprovedeno na uzorku od 74 psihoterapeuta, različitih psihoterapijskih usmerenja (psihodinamska, sistemska porodična, transakciona analiza, rebt i kbt i ostali), sa medijalnom vrednošću od oko osam godina iskustva. Podaci su sakupljeni popunjavanjem upitnika sa otvorenim pitanjima u elektronskoj formi, i analizirani kvalitativnim metodama (tematska analiza), radi izdvajanja značajnih tema, u svrhu eventualnog pravljenja strukturisanog upitnika za dalja istraživanja na ovu temu. Sa početkom proglašenja pandemije, uočene su tendencije povećanja broja klijenata i povećanja rada online, a većina ispitanika je prijavila pojačan doživljaj stresa i prisustvo povremenog doživljaja preplavljenosti i iscrpljenosti. Problemi u prilagođavanju na nove okolnosti i načine rada su bili prisutni, ali nisu opisani kao naročito teški, i uglavnom su uspešno prevaziđeni. Najveći broj ispitanika opisao je da je krizna situacija unela u terapijski odnos pojedine nove pozitivne kvalitete, u smislu boljeg radnog saveza, pojačanog osećaja zajedništva i bliskosti.

Ključne reči: *psihoterapija, pandemija, psihoterapija na daljinu*

Uvod

U martu mesecu 2020. godine proglašena je pandemija Korona virusa [1], i u našoj zemlji proglašeno je vanredno stanje. Kretanje je bilo ograničeno, preporučene su mere zaštite, svakodnevne aktivnosti su dobile novu formu. Većina službi je prestala sa radom, usluge su pružane u manjem obimu. Sa jedne strane i struka psihoterapeuta je morala da se prilagodi novonastalom stanju i da izmeni svoj način rada. Sa druge strane, konstatno su se zemljom širili apeli stručnih lica iz oblasti mentalnog zdravlja da je mentalno zdravlje ugroženo i da su potrebe za psihoterapijom povećane. Kroz rad sa klijentima zapazili smo da su usluge naše struke zaista potrebne i da ljudi imaju potrebu u većoj meri da govore o svojim emocijama. Uslovi pandemije su doprineli širenju različitih negativnih osećanja – pored straha i zabrinutosti za zdravlje, doživljaja gubitka, ugroženosti i frustracije, i osećanja uslovljenih primenom preventivnih mera, kao što su doživljaj izolovanosti, usamljenosti, depresije [2]. Pored ostalog, ovi uslovi remetili su i psihoterapijski rad, na više načina – kroz povećan strah od zaraze u kontaktu, kroz poremećaj strukture i ritma klijentovog i terapeutovog života (uključujući i lične prihode, dostupno vreme i resurse za relaksaciju i sl.), kroz fizičko distanciranje i rizik od gubitka socijalne podrške [3]. Psihoterapija na daljinu, tj. online, do tada isproban način rada, ali relativno ograničenog obima primene, je postala uobičajen modalitet [3].

Ovim istraživanjem smo želeli da ispitamo kako su se terapeuti u psihoterapijskom procesu ponašali, šta su im bili najveći izazovi, i kako su prihvatili nov način rada.

Metod

Tip studije je studija preseka. Podaci su prikupljeni u periodu od juna do novembra 2021. godine. Ispitanici u istraživanju su bili psihoterapeuti. Ispitanici su regrutovani slanjem molbe i linka za učešće u istraživanju putem elektronske pošte, preko ličnih kontakata autora, uz molbu da proslede link kolegama za koje smatraju da bi eventualno bili zainteresovani za učešće. Upitnik je bio anoniman. Uvodni deo upitnika sadržao je informisani pristanak ispitanika za učešće u istraživanju.

Uzorak

Uzorak je bio prigodnog tipa, finalni uzorak je činilo 74 psihoterapeuta. U pogledu osnovnog zanimanja, najveći deo uzorka su činili psiholozi (62%), potom psihijatri (17%), defektolozi i specijalni pedagozi (5%), dok ostatak čine pojedini odgovori niske učestalosti (npr. profesor, lekar, psihoterapeut). U pogledu psihoterapijskih usmerenja – 39% su činili terapeuti psihodinamske orijentacije (psihoanaliza, psihoanalitička psihoterapija), 19% sistemski porodični terapeuti, 15% praktikuje transakcionu analizu, 11% REBT i KBT, dok se u ostatku uzorka nalaze pojedini terapeuti integrativnih i ostalih orijentacija (dečija integrativna psihoterapija, geštalt, konstruktivizam, psihodrama).

Prosečan broj godina iskustva u psihoterapiji je iznosio 11,36 (SD=9,01), sa medijalnom vrednošću od osam godina. Podaci o populaciji klijenata sa kojima psihoterapeuti rade (odrasli, deca...) nije bio posebno registrovan.

Instrument

Podaci su prikupljeni pomoću upitnika u elektronskom formatu, napravljenog za potrebe istraživanja. Upitnik je sadržao jedanaest pitanja otvorenog tipa, sa prva tri pitanja koja se odnose na opšte podatke:

1. Koje je Vaše osnovno zanimanje?
2. Koji je Vaš psihoterapijski pravac?
3. Broj godina iskustva u psihoterapiji?

Ostala pitanja su se odnosila na doživljaj rada tokom pandemije:

1. Da li ste imali povećanje ili smanjenje klijenata (broj novih, intenzitet viđanja sa starim) tokom pandemije ili je sve ostalo isto?
2. Koliko su se klijenti bavili temom pandemije, bolesti generalno?
3. Šta je bilo drugačije u organizaciji Vašeg rada (online i/ili uživo)?
4. Da li ste imali teškoća sa tehničkom organizacijom rada?
5. Da li ste bili pod povećanim stresom i kako ste izlazili sa time na kraj?
6. Da li ste imali doživljaj različite percepcije pandemije između klijenata i Vas i kako ste sa time izlazili na kraj?
7. Da li je pandemija unela neki novi kvalitet u Vašem odnosu sa klijentima i, ako jeste, kako biste ga opisali?
8. Da li ste se u nekom trenutku osećali preopterećeno, preplavljeno, i šta ste sa time činili?

Upitnik je sastavljen da bude kratak i lak za popunjavanje, kako ispitanicima ne bi oduzeo previše vremena i energije u situaciji inače ograničenih resursa. Namenski su odgovori ostavljeni otvorenim kako bi svako mogao dati odgovor prema svojim preferencijama, te da bi se mogle prvo kvalitativno analizirati značajne teme koje se pojavljuju u odgovorima, što bi služilo kao osnova za eventualno pravljenje strukturisanog upitnika za dalja istraživanja na ovu temu.

Prikupljanje i obrada podataka

Prikupljeni odgovori su analizirani tematskom analizom, u smislu kategorizacije podataka u određeni broj tema ili deskriptivnih kategorija.

Rezultati

Broj klijenata

Analizom odgovora na pitanje: „Da li ste imali povećanje ili smanjenje klijenata (broj novih, intenzitet viđanja sa starim) tokom pandemije ili je sve ostalo isto?“, registruje se da 60% ispitanika u svojim odgovorima navodi da su

zapazili povećanje broja novih i/ili učestalije viđanje sa starim klijentima, 24% ispitanika je odgovorilo da nije bilo promena, 8% da je zapazilo smanjenje broja klijenata, a praktično isto toliko da su zapazili smanjenje broja klijenata na samom početku pandemije, i povećanje nedugo potom.

Tema pandemije i bolesti

U pogledu toga koliko su se klijenti bavili temom pandemije i bolesti generalno, u 43% odgovora se beleži da nisu naročito ili da su se bavili minimalno („malo”, „retko”, „direktno malo, nisu nudili to kao glavnu temu.”), a u 25% odgovora je kratko navedeno da su se bavili često ili relativno često. U 27% odgovora su ispitanici opisivali više prisustvo pandemije u pozadini („Uglavnom usputno pričaju o pandemiji, ali su teme besmisla i bespomoćnosti više prisutne”, [Većina ih spominje, uglavnom usputno uz promene oko svakodnevnog funkcionisanja”, „Indirektno kroz pojačavanje svojih primarnih tegoba...preokupacija”, „Ne suviše direktno ali je tema više bila prisutna indirektno, kroz povišeno osećanje opšte nesigirnosti”), te da su širi aspekti pandemijske situacije bili češće tema (organizacija vremena u kući zbog online rada i sagorevanje zbog nejasnih granica radnog i slobodnog vremena, usamljenost i otežano upoznavanje potencijalnih partnera, frustracija zbog nedostatak slobodnih aktivnosti, sagorevanje zbog porodičnih obaveza, povećanog obima posla...). Pored ovoga, u manjem broju odgovora pominje se i da su se pojedini klijenti intenzivnije bavili temom bolesti zbog ličnog straha („Klijenti koji su inače skloni hipohondriji su se bavili temom straha od zaraze tokom vanrednog stanja i nekoliko meseci nakon toga...”, „Pojedinim klijentima je razlog javljanja bila upravo pandemija, bolnički oporavak od bolesti, strah za zdravlje bližnjih”). U 5% odgovora se navodi da su se klijenti u početku intenzivnije bavili temom bolesti, da bi sa prolaskom vremena to prestala da bude značajna tema („isprva su više bili zabrinuti, a u drugoj godini pandemija gotovo da nije ni usputna tema”).

Rad uživo ili online

U pogledu organizacije rada, najveći broj, 37% navodi da su više radili online, 10% ispitanika je navelo da nije bilo značajnijih promena, a 10% navodi da su u početku pandemije više radili online, da bi se sa protokom vremena vratili na regularan način rada. Ostatak ispitanika opisuje promene u organizaciji, ali više u odnosu na pojedinačne slučajeve i preferencije klijenata za rad online ili uživo. Pored ovoga, često se navodi i prilagođavanje na rad uz primenu mera opreza (nošenje maski, fizička distanca, pojačana higijena...), ali se ne pominu neke posebne teškoće u vezi toga, osim u vrlo malom broju slučajeva.

Tehnička problemi u radu

Teškoće sa tehničkom organizacijom rada je iskusilo 37% ispitanika, dok je većina, 63%, navelo da nije imalo naročitih problema. U najvećem broju

slučajeva (44%), pominju se problemi sa kvalitetom veze sa internetom i sitni tehnički problemi, koji bi uglavnom bili brzo otklonjeni. U ostalim slučajevima, mešovito se pominju teškoće održavanja terapijskog settinga pri radu online, teškoće u držanju granica zbog rada od kuće (ulaženje dece, kućnih ljubimaca u kadar i sl.), teškoće oko nalaženja večernjih termina, naročito tokom perioda „policijskog časa”, potom i otpor pojedinih klijenata prema radu online, kao i otpor samih terapeuta prema ovakvom načinu rada, uz jasno naglašavanje preferencije za rad uživo.

Doživljaj povećanog stresa

Najveći broj ispitanika, 60%, naveo je da su bili pod povećanim stresom. U odnosu na način izlaženja na kraj sa stresom, odgovorima se mogu grupisati u dve kategorije, sa praktično podjednakim brojem slučajeva. Oko polovina ispitanika je navelo da im je najviše pomagao lični rad (odlazak na supervizije, sopstvena psihoterapija, primena tehnika kojima uče klijente, autoanaliza...), dok je druga polovina stavila fokus na relaksaciju u kontekstu privatnog života (razgovori i aktivnosti sa porodicom i prijateljima, šetnje, duže pauze, različite disktrakcije...).

Razlike u percepciji pandemije

Nešto više od polovine ispitanika (54%), je u odgovorima opisalo postojanje različitih percepcija pandemije između njih i klijenata, trećina (32%) je navela da nije bilo takvih razlika, a u ostalim odgovorima (14%) se navodi da je razlika bilo ponekad ili u odnosu na pojedinačne klijente, ali generalno ne. Tema koja se dosledno izdvaja je percepcija opasnosti („Npr. negiranje postojanja korone.”, „Neki su se klijenti protivili dolaženju s maskom, ali su pre ili kasnije to prihvatili kao uslov za rad uživo. Neki su došli do toga da sumnjaju u postojanje virusa, neki se od početka epidemije postavljaju tako.”, „Neki su poricali, neki su potpuno bili preplavljeni.”, „Kod nekih klijenata negacija opasnosti i pretnje bolesti i gubitka”). Navedene razlike generalno nisu ispitanicima stvarale teškoće u radu, nije bilo odgovora u kojima bi bilo opisano da su one dovele do nerazumevanja ili konflikta, i ispitanici su uglavnom opisivali da su sa njima izlazili na kraj kroz razgovor sa klijentima i uvažavanje njihovih uverenja („Bilo je isključivih uverenja, ali su ona uvažena”, „Razgovarali, prepoznavali šta sve to stoji iza takvih stavova (ekstremna ležernost/briga i strah)”, „uvažila sam da ne mislimo isto i istrajavala u nošenju maski.”).

Nov kvalitet u odnosu sa klijentima

Većina ispitanika, nešto više od dve trećine (69%) ja opisalo da je aktuelna situacija unela neki nov kvalitet u njihov odnos sa klijentima, dok je 31% ispitanika navelo da nije imalo doživljaj neke posebne promene u ovom pogledu. U najvećem broju odgovora, pominju se pozitivni novi kvaliteti, najčešće u smislu boljeg radnog saveza, pojačanog osećaja zajedništva i

bliskosti („Čini mi se da je učvrstila radni savez, negde ojačala potrebu za vezivanjem i javili se i se strahovi od napuštanja”, „Izoštrila je percepciju, uvećala osećanje zahvalnosti za period kada klijente vidjam uživo”, „Unela je više bavljenja realitetom i više razmišljanja o transferno-kontratransfernom odnosu...“, „Sa starim klijentima, kao da smo postali blizu na ljudskom, egzistencijalnom nivou. I na neki način pandemija nam je pokazala da smo svi „smrtni, ranjivi...”, „Neki pacijenti su se osećali (i osećaju se) da smo zajednički i zajedno prolazili kroz nešto jako neizvesno i/ili teško i/ili nehumano (kao da smo bili zajedno u rovovima) što je sa nekim pacijentima razvilo i veću sigurnost i vezanost ali i veću zahvalnost...“). U vrlo malom broju odgovora su pominjani negativni kvaliteti („Ne pozitivan već moj doživljaj da sam više na „površini rada”, „Teže su mi padali gubici (smrt članova porodice, kao posledice COVID-a) jer su bili mlađi ljudi”).

Preopterećenost

Nešto više od polovine ispitanika (54%) u odgovorima opisuje intenzivniji, opšti ili čest doživljaj preplavljenosti i preopterećenosti. U odgovorima koji sadrže duže elaboracije, primetno je da ispitanici značajno češće dovode u vezu doživljaj preopterećenosti sa činiocima iz privatnog života („Da, ali više zbog privatnih razloga i obaveza.”, „Da, pogotovo kada je u porodici ili kod mene bilo zdravstvenih problema, prehlada. Češće sam u takvim situacijama otkazivala seanse uživo.”, „Jesam, ali naglašavam zbog lične i porodične situacije”), a ređe sa opterećenjem n poslu („Jesam, ali ne zbog pandemije, već preopterećenosti poslom”). U pogledu načina izlaženja na kraj sa preplavljenošću, ispitanici su navodili slične odgovore kao na pitanje o povećanom stresu generalno (lični rad, supervizije, relaksacija), ali sa donekle većim naglaskom na odmor, predah, privremeno smanjenje obima posla („Da. Pauze i kraći odmori učestalije.”, „Rasteretila bih raspored tako što sam potencijalne nove klijente prosljeđivala.”, „Odbijala sam nove klijente.”). Od ostatka ispitanika, 22% je u odgovorima opisalo redak, povremen, ili umeren doživljaj preplavljenosti, više vezan za specifične situacije trenutnog povećanja obima posla („To sam osećala kada bi klijent tražio dodatnu seansu ili kada se prekoračivalo vreme trajanja.”, „osećala sam se preopterećeno kad se povećao broj konsultacija sa roditeljima”). Ostatak ispitanika, 24%, je naveo da nisu imali doživljaj preopterećenosti ili preplavljenosti.

Diskusija

Na osnovu sprovedene pilot studije, može se zaključiti da je na početku proglašenja pandemije bila prisutna tendencija povećanja broja klijenata na psihoterapiji. U najvećem broju slučajeva, ispitanici su naveli da konkretno pandemija nije bila centralna tema u radu, već pre širi aspekti pandemijske situacije. Očekivano, uočava se tendencija povećanja rada online, naročito u početnom periodu pandemije, a problemi u prilagođavanju na ovaj način rada su bili

prisutni, i uglavnom su opisani kao relativno malo značajni za rad psihoterapeuta. Većina ispitanika je opisala povećani doživljaj stresa, sa kojim je izlazila na kraj, najviše kroz lični rad i relaksaciju u slobodno vreme.

U vreme koncipiranja rada i prikupljanja podataka, kao ni u trenutku pisanja rada, nisu nam bile poznate slične studije sprovedene u našoj zemlji. Poređenja radi, navešćemo rezultate nekoliko studija koje su se bavile sličnim temama. Na uzorku od 300 terapeuta tokom vrha pandemije u Italiji, autori su uočili da su terapeuti sa skoro polovinom njihovih klijenata, usled zaključavanja, imali prekide u radu, i izdvojili tri najbitnija činioca koji na to utiču – nedostatak prethodnog iskustva psihoterapeuta sa radom na daljinu, teorijska orijentacija (kognitivno – bihejvioralni terapeuti su izveštavali o najviše prekida), i nedostatak privatnosti klijenata kod kuće [4]. Istraživanje na značajno većem uzorku (skoro 600 ispitanika), ali relativno sličnog sastava u pogledu teorijskih orijentacija terapeuta (sa preovlađujućim psihoanalitičkim, psihodinamskim, geštalt i sistemskim terapeutima) iz Italije je utvrdilo da je većina terapeuta prešlo na rad online, bez razlika u odnosu na teorijsku orijentaciju, ali da je ubedljiva većina istakla prisustvo problema koji imaju kritičan uticaj na rad: potrebe za većom fleksibilnošću od strane terapeuta, potrebe ta većom pažnjom i koncentracijom, i, naročito, povećan zamor [5]. U odnosu na navedeno, stiće se utisak da psihoterapeuti u našem istraživanju nisu u toj meri naglašavali probleme u radu. Nisu uočene sistematske razlike u odgovorima odnosu na teorijsku orijentaciju i broj godina iskustva u psihoterapiji, ali ovo može biti i proizvod relativno malog, prigodnog uzorka. Istraživanje sprovedeno tokom prvih nedelja zaključavanja u Austriji, na uzorku od preko 1000 terapeuta, ustanovilo je da je većina terapeuta ocenila svoja iskustva u radu na daljinu kao bolja u odnosu na očekivanja koja su imali, ali da se rad na daljinu i dalje ne može porediti sa kontaktom uživo, kao i da su bihejvioralni terapeuti davali niže ocene radu na daljinu u odnosu na psihodinamski ili sistemski orijentisane terapeute [6]. Specifičnosti psihoanalitičke prakse ispitane su na uzorku približno jednake veličine našem, na 71 psihoanalitičara i psihoanalitičkih terapeuta mesec dana posle „zaključavanja”, gde je utvrđeno da je oko šestine ispitanika privremeno prekinulo svoju praksu, a da su oni koji su nastavili primetili da klijenti unose na terapiju intenzivna osećanja straha, besa, bespomoćnosti i beznada, te da uspešnost u nošenju sa izazovima rada u novim uslovima najviše zavisi od godina iskustva [7], dok u našem uzorku nisu uočene sistematske razlike u ovom pogledu. Pregledom navedenih radova, može se uočiti da se spominje suočavanje sa relativno intenzivnijim teškoćama, što se možda može dovesti u vezu sa periodom prikupljanja podataka – navedena istraživanja su sprovedena u periodu neposredno nakon ili čak tokom izolacije i „zaključavanja” na početku pandemije, a naši podaci su prikupljeni više od godinu dana kasnije, doduše za ista pitanja te je možda na odgovore uticala vremenska distanca od perioda doživljavanja sa početka pandemije. Slični rezultati, u pogledu inicijalno većeg priliva klijenata, povećanja pa smanjenja broja klijenata sa kojima se radi na daljinu,

i tendencije da rad uživo ostane dominantni modalitet, dobijeni su u ispitivanju na uzorku od po sto terapeuta iz Češke, Slovačke i Nemačke [8]. Pregled istraživanja o radu online pokazuje da je, uprkos skepticizmu i terapeuta i javnosti, ovakav način rada pouzdana alternativa koja se može usvojiti i efikasno koristiti za tretman čestih problema mentalnog zdravlja kao što su anksioznost, depresija i postraumatski distres, te da su (kao i u tradicionalnom terapijskom setingu) veći broj seansi u bolje upravljanje očekivanjima pacijenata od procesa asocirani sa povoljnijim ishodima, a da slabo poznavanje metoda komunikacije preko interneta i tehničke poteškoće mogu smanjiti efektivnost online psihoterapije [9]. Na stavove psihoterapeuta prema online psihoterapiji utiču različiti činioci, kao što su psihoterapijski modalitet, kliničko iskustvo, prethodno iskustvo sa radom online kao i lična iskustva tokom perioda pandemije i mesto življenja [10], što bi se sve moglo sistematski ispitati u daljim istraživanjima.

Ograničenja

Ograničenja našeg istraživanja se ogledaju, pre svega, u malom i prigodno sakupljenom uzorku, što otežava generalizaciju. Drugi opšti podaci, osim usmerenja, osnovnog zanimanja, i broja godina iskustva nisu prikupljeni, u cilju skraćivanja vremena potrebnog za popunjavanje upitnika, te nije moguće utvrditi postojanje eventualnih sistematskih razlika u odnosu na druga obeležja (godine, pol, mesto življenja...). U pogledu teorijskih orijentacija terapeuta, uzorak je bio heterogen, sa grupama nejednake veličine, te je teško generalizovati zaključke ili ustanoviti eventualne sistematske razlike između grupa terapeuta različitih orijentacija.

Zaključak

Pored ozbiljne pretnje po somatsko zdravlje tokom pandemije, kao psihoterapeuti smo neprestano bili suočeni sa unutrašnjom ljudskom fragilnošću. Socijalna izolacija, usamljenost, preplavljenost katastrofičnim, često paradoksalnim, informacijama u nekim slučajevima doveli su do naglašene anksioznosti, pomešane sa strahom, depresivnom ideacijom, somatizacijama, osećanjima bespomoćnosti, blokiranjem procesa mentalizacije. Strah da ćemo se razboleti, da ćemo razboleti druge, da će nas svi napustiti, da ćemo biti bespomoćni, zavisni od negovatelja, usamljeni u bolesti, o kojoj tako malo razumemo, da ćemo doživeti zdravstveni, socijalni, ekonomski slom i na kraju možda umreti u bolnici, potpuno sami, kod pojedinih ljudi je dovela do teških duševnih „lomova“.

Pored svega navednog, nametalo se važno pitanje, na koje nismo mogli dati precizan odgovor: do kada će pandemija ovo trajati, kako ćemo kao pomagači izdržati, pogotovu oni koji se svakodnevno suočavaju sa pacijenatima u prvim redovima u covid bolnicama. Za izdržavanje takvih stanja osim ličnog i profesionalnog integriteta, kao i u svim stresnim situacijama dinamski gledano, vraćamo se na rane mehanizme odbrane kako bi preživeli užas svakodnevog

suočavanja sa nemoći i smrti. Situacija korona virusa je verovatno jedna od najtraumatičnijih situacija u poslednjih nekoliko decenija, koje je potpuno izmenila funkcionisanje ljudi. Izmenjen način života zahteva izmenjene načine delovanja, ali i povećanu brigu za mentalno zdravlje [11]. Shodno tome, naša struka je bila pred velikim izazovima. Bez obzira na sva ograničenja sprovedenog istraživanja, možemo se usaglasiti da predstavnici psihoterapije moraju da budu „ispred” vremena, spremni da odgovore na sve njegove izazove. A kako bismo bili u stanju da budemo prva i prava podrška kada krize nastupe, važno je da brinemo o sebi, kao i da ne zaboravimo na naše pravo da se oslonimo na nekoga.

PSYCHOTHERAPY IN THE DARKNESS OF THE PANDEMIC – EXPERIENCES OF PSYCHOTHERAPISTS IN SERBIA

¹Olivera Aleksić Hil, ¹Marko Kalanj

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

Abstract: The aim of the research was to preliminary examine the experiences of psychotherapists in their work during the pandemic period. The pilot study was conducted on a sample of 74 psychotherapists, of different psychotherapeutic orientations (psychodynamic, systemic family, transactional analysis, rebt and cbt, etc.), with a median value of about eight years of experience. Data were collected by filling out questionnaires with open questions in electronic form, and analyzed by qualitative methods (thematic analysis), in order to highlight important topics, in order to possibly create a structured questionnaire for further research on this topic. With the onset of the pandemic, there was a tendency to increase the number of clients and increase online work, and most respondents reported an increased experience of stress and the presence of occasional experiences of feeling overwhelmed and exhausted. Problems in adapting to new circumstances and ways of working were present, but were not described as particularly difficult, and were mostly successfully overcome. The largest number of respondents described that the crisis situation brought some new positive qualities into the therapeutic relationship, in terms of a better work alliance, increased sense of community and closeness.

Key words: *psychotherapy, pandemic, remote psychotherapy*

Literatura

1. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, de Groot RJ, Drosten C, Gulyaeva AA, et al. The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nature Microbiology*. 2020 Mar 2;5(4):1-9.
2. Mental health and COVID-19 [Internet]. [www.euro.who.int](https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/technical-guidance/mental-health-and-covid-19). Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/technical-guidance/mental-health-and-covid-19>
3. Markowitz JC, Milrod B, Heckman TG, Bergman M, Amsalem D, Zalman H, Ballas T, Neria Y. Psychotherapy at a distance. *American Journal of Psychiatry*. 2021 Mar 1;178(3):240-6.
4. Boldrini T, Schiano Lomoriello A, Del Corno F, Lingiardi V, Salcuni S. Psychotherapy during COVID-19: How the clinical practice of Italian psychotherapists changed during the pandemic. *Frontiers in psychology*. 2020:2716.
5. Cantone D, Guerriera C, Architravo M, Alfano YM, Cioffi V, Moretto E, Mosca LL, Longobardi T, Muzii B, Maldonato NM, Sperandeo R. A sample of Italian psychotherapists express their perception and opinions of online psychotherapy during the covid-19 pandemic. *Rivista di psichiatria*. 2021 Jul 1;56(4):198-204.
6. Humer E, Stipl P, Pieh C, Pryss R, Probst T. Experiences of psychotherapists with remote psychotherapy during the COVID-19 pandemic: cross-sectional web-based survey study. *Journal of medical Internet research*. 2020 Nov 27;22(11):e20246.
7. Velykodna M, Tsyhanenko H. PSYCHOANALYSIS AND PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY IN UKRAINE DURING THE COVID-19 PANDEMIC UNFOLDING: THE RESULTS OF PRACTITIONERS'SURVEY. *Psychological journal*. 2021 Jan 30;7(1):20-33.
8. Humer E, Pieh C, Kuska M, Barke A, Doering BK, Gossmann K, Trnka R, Meier Z, Kascakova N, Tavel P, Probst T. Provision of psychotherapy during the COVID-19 pandemic among Czech, German and Slovak psychotherapists. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020 Jan;17(13):4811.
9. Poletti B, Tagini S, Brugnera A, Parolin L, Pievani L, Ferrucci R, Compare A, Silani V. Telepsychotherapy: a leaflet for psychotherapists in the age of COVID-19. A review of the evidence. *Counselling Psychology Quarterly*. 2021 Oct 2;34(3-4):352-67.
10. Békés V, Aafjes-van Doorn K. Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2020 Jun;30(2):238.
11. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, Ng CH. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The lancet psychiatry*. 2020 Mar 1;7(3):228-9.

Prim. dr Olivera ALEKSIĆ HIL, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Primarius Olivera ALEKSIC HIL, MD, PhD, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E-mail: olivera.aleksic-hil@imh.org.rs

*UDK 616.89-008.441.42-053.6(497.11)
616.98:578.834]:616.89(497.11)*

POREMEĆAJI ISHRANE KOD ADOLESCENATA TOKOM PANDEMIJE

Miloš Lazarević, Željka Košutić

Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Abstrakt: Pandemija COVID 19 je donela niz promena u svakodnevnom funkcionisanju. Neizvesnost daljeg toka same pandemije ogleda se i u činjenici da je Delta soj, aktuelan tokom održavanja simpozijuma na kome je ovaj rad prezentovan, nasledio Omikron soj aktuelan tokom konačnog aplikovanja rada. Epidemiološke mere nametnute pandemijom za adolescente, za razliku od odraslih, ne predstavljaju „samo” nov izvor stresa i testiranja adaptacionih mehanizama, već pozornicu na kojoj se odvija proces prelaska u odraslo doba. Poremećaji ishrane predstavljaju veoma značajan problem za adolescente, a pandemija je otvorila više pitanja koja se tiču ove patologije i koja se ogledaju ne samo u promeni trendova samog poremećaja kod adolescenata tokom pandemije, već i promeni pristupa lečenju, i otvaranja novih problema i izazova ne samo za pacijente već i za saradnike u lečenju. Brojni su uglovi iz kojih se uticaji pandemije mogu posmatrati, a ovaj rad ima za cilj da ukaže na neke aspekte uticaja pandemije na populaciju adolescenata koji se bore sa poremećajima ishrane.

Ključne reči: *poremećaji ishrane, anoreksija, bulimija, covid 19*

Uvod

Bolest izazvana koronavirusom (COVID19) je zarazna bolest uzrokovana virusom SARS-CoV-2. Prvi slučajevi atipične pneumonije virusnog porekla koji su skrenuli pažnju Svetske zdravstvene organizacije zabeleženi su u Vuhanu u Centaralnoj Kini 31. decembra 2019. godine. U januaru 2020. Svetska zdravstvena organizacija (SZO) proglasila je da je izbijanje nove bolesti izazvane korona virusom (COVID-19) vanredna situacija za javno zdravlje od međunarodnog značaja i da postoji veliki rizik od širenja COVID-19 na druge zemlje širom sveta. U martu 2020. SZO je ocenila da se COVID-19 može okarakterisati kao pandemija. 18. marta 2020. godine Svetska zdravstvena organizacija objavljuje izjavu koja se tiče mentalnog zdravlja i psihosocijalnih razmatranja povezanih sa izbijanjem pandemije COVID 19. [1]

Dostupni podaci ukazuju na nepovoljan uticaj pandemije COVID 19 na pacijente sa poremećajima ishrane. Podaci britanske Nacionalne zdravstvene službe ukazuju na povećanje broja hospitalizacija pacijenata sa poremećajima ishrane u periodu od juna do novembra 2020. godine, u odnosu na isti period 2019. godine za skoro jednu trećinu. Prema istom izvoru broj osoba mlađih od 18 godina na listi čekanja tretmana zbog poremećaja ishrane u periodu od oktobra do decembra 2019. godine se povećao sa 532 na 1216 u sitom periodu 2020. godine. Dok se broj osoba mlađih od 18 godina koje zahtevaju urgentni tretman zbog problema izazvanog poremećajem ishrane učetrostručio tokom 2020. godine poređeno sa istim periodom 2019. godine. [2]

Cilj rada je da izdvoji i skrene pažnju na dosadašnja saznanja o uticaju pandemije na poremećaje ishrane koja mogu poslužiti unapređenju kliničkog rada i formiranju strategija za rad sa ovom fragilnom populacijom u uslovima pandemije.

Pregledom četiri vodeća časopisa koja se bave poremećajima ishrane (*Journal of Eating Disorders, European Journal of Eating Disorders, Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia, and Obesity, i International Journal of Eating Disorders*) pomoću ključnih reči „COVID“, „pandemic“ izdvojeno je 105 radova. Nakon sagledavanja naslova izdvojen je 31 rad od kojih je nakon čitanja apstrakta za ovaj prikaz izabrano devet tekstova koji su detaljnije obrađeni u ovom prikazu.

Uticaj pandemije na javljanje i tok poremećaja ishrane

Izvestan broj istraživanja jasno ukazuje na nepovoljne uticaje pandemije na pacijente sa poremećajima ishrane. Tako u istraživanju Kanadske grupe autora sprovedenom na kohorti dece i adolescenata (uzrasta 9-17 godina), lečenih u okviru multidisciplinarnog intenzivnog programa za tretman poremećaja ishrane u terciarnoj dečjoj bolnici, devetnaest od 48 pacijenata ispitanih tokom pandemije direktno navodi pandemiju i posledično zatvaranje kao precipitator poremećaja ishrane. Neki pacijenti u pomenutom istraživanju kao uzrok stresa navode to što su morali da prestanu da se bave takmičarskim sportovima, drugi navode brigu zbog ocena pošto je nastava krenula onlajn, dok

ostali opisuju dosadu i usamljenost kao i to da nemaju šta da rade tokom čitavog dana kod kuće. Pacijenti koji su navodili pandemiju kao uzrok razvoja simptoma pokazuju trend ka nestabilnom telesnom stanju prilikom pregleda u poređenju sa onima koji pandemiju ne dovode u vezu sa pojavom simptoma (78.9%/55.2%). U poređenju sa pacijentima koji se na lečenje javljaju u periodu periodu od 1. aprila do 31. oktobra 2019. godine, mladi koji se obraćaju za pomoć u istom periodu tokom pandemije imaju tendenciju ka nižem procentu ciljane telesne mase i višim stopama samoprocenjenog pogoršanja. Takođe, pacijenti pregledani u periodu pandemije su u značajnoj meri bili somatski ugroženi u odnosu na pacijente pregledane pre pandemije, i značajno češće je bila potrebna hospitalizacija u okviru četiri nedelje od pregleda. [3]

Učesnici sa anoreksijom nevožom u studiji sprovedenoj u SAD-u i Holandiji, na više od 1000 ispitanika, izveštavaju o povećanju restrikcije u ishrani i intenziviranju strahova vezanih za pronalaženje hrane u skladu sa njihovim planom ishrane tokom pandemije, dok oni sa bulimijom i poremećajem prejedanja referišu o intenziviranju epizoda prejedanja i poriva za prejedanjem tokom pandemije. [4] Dok je na osnovu navedenih podataka lako uočiti nepovoljan uticaj pandemije na poremećaje ishrane, značajno je napomenuti napomenuti da ispitanici u pomenutoj studiji izveštavaju i o pozitivnim efektima koji uključuju veću povezanost sa porodicom, više vremena da se posvete brizi o sebi, i motivaciji za oporavak. [4]

Kako nam navedeno istraživanje sugerise, postoji kompleksan odnos uticaja negativnih ali i pozitivnih uticaja pandemije na poremećaje ishrane. Situacija sa tumačenjem uticaja dosadašnjeg toka pandemije na poremećaje ishrane postaje još složenija kada se u obzir uzmu brojni i raznovrsni faktori vezani za poremećaje ishrane i pandemiju, kao i međusobni uticaj tih faktora. Takođe i sama heterogenost fenomenologije poremećaja ishrane otežava sveobuhvatno sagledavanje odnosa pandemije sa poremećajima ishrane.

Istraživanje obavljeno na uzorku populacije mladih odraslih (uzrasta od 22 do 26 godina) pokazalo je da je niska mogućnost upravljanja stresom bila značajno povezana sa većim brojem ekstremno nezdravih ponašanja u kontroli težine (korišćenje pilula za mršavljenje, izazivanje povraćanja, korišćenje laksativa, i diuretika). Nesigurnost oko hrane, jače izraženi simptomi depresije i finansijske poteškoće bili su značajno povezani sa većim brojem manje ekstremno nezdravih ponašanja u vezi sa hranom (post, veoma mali obroci, preskakanje obroka, pušenje više cigareta). Viši nivo stresa i simptoma depresije bili su značajno povezani sa većom verovatnoćom za prejedanje. Isto istraživanje pitanjima otvorenog tipa izdvaja šest tema koje se odnose na poremećenu ishranu tokom pandemije: (a) nepromišljeno jedenje i grickanje, definisano kao povišeno jedenje iz dosade i u odsustvu gladi tokom dana; (b) jedenje veće količine hrane; (c) smanjenje apetita ili unosa hrane; (d) jedenje kao tehnika za prevazilaženje naglašenih emotivnih stanja (stresa, ljutnje, straha...); (e) smanjenje unosa hrane u vezi sa pandemijom (što je povezano sa tendencijom za preskakanje obroka); i (f) ponovna pojava ili značajno povećanje

simptoma poremećaja ishrane (ispitanici su opisivali kao javljanje ili pogoršanje simptoma ili navika koje su pripisivali ranijoj dijagnozi poremećaja ishrane). [5]

Kao poseban aspekt uticaja pandemije na poremećaje ishrane može se sagledati i mera zatvaranja radi suzbijanja pandemije koja je u različitim regionima, različitom periodu i u različitom obimu globalno bila na snazi. Grupa autora iz Portugalije u svom istraživanju ispituje uticaj zatvaranja na pacijente koji se u tom trenutku leče, ili su ranije lečeni na specijalizovanom odeljenju za poremećaje ishrane. Među pacijentima koji su aktuelno u procesu lečenja kod 27% se stanje pogoršava, 31% nema promena, dok se 42% pacijenata poboljšava. Kod pacijenata koji nisu aktuelno bili u procesu lečenja, kod 18% se dobijaju podaci o pogoršanju, 53% bez promena, a 29% referišu o poboljšanju nakon zatvaranja. Dok se na osnovu dobijenih rezultata ovog istraživanja ne može jasno zaključiti koji je uticaj samog zatvaranja na ispitanike, nedvosmisleniji je podatak dobijen Korona virus impakt skalom koji ukazuje da najveći broj ispitanika smatra da su njihove rutine umereno ili izuzetno pogođene doživljenim stresom povezanim sa koronavirusom, kao i to da pokazuju teškoće u održavanju rutina vezanih za fizičko vežbanje i ishranu. [6]

Zanimljivo je i istraživanje urađeno sa ispitanicima Registra poremećaja u ishrani i njihovih komorbiditeta tokom vremena kod mladih (*RECOVERY*) uzrasta 10 do 27 godina tretiranih u vanbolničkom programu za poremećaje ishrane pri Bolnici za decu u Bostonu koje ispituje uticaj „izazovnog okruženja“ (*triggering environment*) tokom pandemije na poremećaje ishrane. „Izazovno okruženje“ nije definisano te su odgovori zasnovani na definicijama samih ispitanika. Od ispitanika je traženo da ocene nivo zabrinutosti na četvorostepenoj likertovoj skali u odnosu na izjavu „Zabrinut sam zbog pogoršanja poremećaja u ishrani zbog dužeg vremena življenja u izazovnom okruženju“. Većina ispitanika je izrazila zabrinutost za pogoršanje poremećaja ishrane zbog „izazovnog okruženja“ (63%). Većina je prijavila povećanje misli vezanih za poremećaje ishrane (74%), osećanje anksioznosti (77%), depresije (73%) i izolacije (80%) u vezi sa pandemijom. Skoro jedna trećina ispitanika prijavila je smanjenje motivacije za oporavak (29%). Učesnici koji su prijavili zabrinutost za pogoršanje poremećaja ishrane zbog „izazovnog okruženja“ imali su skoro 18 puta veće šanse za smanjenu motivaciju za oporavak i skoro 24 puta veće šanse za povećane misli o poremećaju ishrane u poređenju sa onima koji nisu prijavili zabrinutost zbog pogoršanja poremećaja ishrane zbog „izazovnog okruženja“. [7]

Meta analiza sprovedena na ukupno 26 studija koje su ispunile kriterijume za uključivanje pokazuje ukupnu prevalenciju simptomatskog pogoršanja u poremećajima ishrane od 65%. Ukupnu prevalencija povećanja težine kod gojaznosti od 52%. Najmanje 75% osoba sa poremećajima ishrane je prijavilo zabrinutost za liniju, i ishranu i povećano razmišljanje o vežbanju. Objedinjene analize longitudinalnih studija nisu pokazale značajne razlike u periodu pre pandemije do prve faze zatvaranja u indeksu telesne mase,

simptomima poremećaja ishrane, dok samo nekoliko studija ukazuje na povećanje stresa, posebno kod osoba sa anoreksijom nervozom. [8]

Možemo zaključiti da je pandemija pokazala jasan nepovoljan uticaj na populaciju pacijenata sa poremećajem ishrane, ali i da je taj uticaj složen i zavistan od uzajamnog odnosa različitih faktora.

Pandemija je globalno doprinela intenziviranju korišćenja telekomunikacije i njenoj intenzivnijoj upotrebi u brojnim domenima, jedan od kojih je i online pružanje psihološkog tretmana.

Prelazak na virtualne metode tretmana

Kao i mnoge druge, pandemija je usmerila i pacijente sa poremećajima ishrane na traženje onlajn opcija tretmana. U studiji na 25 ispitanika koji su nakon dijagnostikovanog poremećaja ishrane započeli tretman uživo ubrzo nakon čega su prešli na onlajn pružanje usluga tokom prvog talasa kovida 19 u zapadnoj Australiji suprotno predpostavljenoj hipotezi (da će imati lošiji ishod tretmana, lošiji terapijski savez, i kvalitet tretmana u proseku), pacijenti su postigli značajan napredak u simptomima poremećaja ishrane i raspoloženja, koji se mogao meriti sa ranijim prepandemijskim rezultatima postignutim na istoj klinici. Takođe, pacijenti su visoko ocenili kvalitet tretmana, kao i kvalitet terapijskog saveza. [9]

Druga studija koja poredi intenzivni vanbolnički program sproveden uživo (na 60 ispitanika u periodu mart 2018.- mart 2020. godine) i onlajn (na 33 ispitanika u periodu mart 2020.- januar 2021. godine) ne pronalazi razliku u ishodu tretmana uživo ili onlajn, a pokazuje da dolazi do značajnog snižavanja u simptomima poremećaja ishrane, depresije, i perfekcionizma, kao i do značajnog povećanja indeksa telesne mase. [10] Korišćeni tretman se sastoji od 3 individualna susreta sa terapeutom, 2 susreta sa dijetetičarem, 1 susret sa psihijatrom, 1-2 grupna obroka dnevno, 1-2 grupe nedeljno, uključujući grupe fokusirane na terapiju izlaganjem, izazivanje razmišljanja, dijalektičko bihevioralne veštine, perfekcionizam, i telesnu shemu. Prosečna dužina programa je 11 nedelja. [10]

Na osnovu navedena dva istraživanja možemo zaključiti da je pandemija podstakla razvoj tele-medicinskog pristupa u tretmanu poremećaja ishrane, i dala inicijalno obećavajuće rezultate za primenu lečenja ovim putem kod pacijenata sa poremećajima ishrane.

Opterećenje saradnika u tretmanu

Kada je u pitanju tretman poremećaja ishrane neophodno je osvrnuti se i na saradnike u tretmanu koji predstavljaju neizostavan deo adekvatnog tretmana. U preglednom članku koji sumira poznate informacije vezane za teret onih koji brinu o osobama sa poremećajem ishrane autori vezano za pitanje zašto Kovid 19 može da dovede do daljeg opterećenja kod njih izdvajaju: 1) smanjen pristup službama koje se bave poremećajima ishrane, 2) povišenje fizičke vulnerabilnosti (obzirom da se pacijenti sa anoreksijom nervozom i bulimijom

nervozom smatraju pod visokim rizikom) i pogoršanje psihijatrijskih komorbiditeta kod mladih sa poremećajima ishrane (u smislu depresivnosti, ansioznosti, obsesivno kompulzivnog poremećaja, samopovređivanja i suicidalnosti), 3) povećanje praktičnih zahteva koji su na teretu onih koji brinu o osobama sa poremećajem ishrane (uključuje pribavljanje hrane, nedostatak dnevne strukture, porast korišćenja socijalnih mreža), 4) socijalna izolacija i smanjenje socijalne podrške (u smislu toga da nemaju dostupne strategije pomoću kojih upravljaju sopstvenim stresom i izostanak psihosocijalne podrške u uslovima pandemije). [11]

Umesto zaključka

Prikazani radovi ističu povećanje potrebe za tretman poremećaja ishrane tokom 2020. godine za vreme trajanja pandemije u odnosu na isti period prethodne godine. Primećuje se da pandemija ima negativan uticaj na simptome poremećaja ishrane kod pacijenata, ali i da dovodi do nezdravih ponašanja vezanih za ishranu kod mladih uopšte, kao i to da dovodi do narušavanja dnevnih rutina u ovoj populaciji. Određena zapažanja pokazuju i „benefite“ pandemije jedan od kojih je podsticanje tele-medicinskog pristupa koji je u ovom periodu pokazao obećavajuće rezultate. Pod opterećenjem usled pandemije nisu se našli samo pacijenti koji se leče od poremećaja ishrane već i saradnici u lečenju pacijenata koji kao jedan od problema sa kojim su se suočili ističu otežan pristup službama koje se bave poremećajima ishrane, što je zbog uključivanja različitih zdravstvenih centara u kovid režim rada bio slučaj i kod nas.

Izazove koje je pandemija donela u tretmanu poremećaja ishrane tokom prvih godinu i po dana možda najbolje oslikavaju reči pacijentkinje koja se bori sa ovim problemom: „Sve je krenulo nizbrdo kad je bio prvi karantin. Nisam bila naviknuta na tu situaciju zatvaranja, bilo mi je mnogo strašno i sve su te loše misli intenzivirale. Totalno sam izgubila pojam šta je normlana količina hrane. Svakog dana sam bila sama sa sobom i sa kalorijama. To je bilo jako loše. Otada imam prezir prema kući, prema bivanju u kući, prema bilo čemu što podseća na tu situaciju. Pogotovo prema tom nekom „sedećem stanju“. Ne mogu biti mirna u kući celog dana. U mom gradu nisu imali uslove za lečenje, pa su me poslali u Beograd, u veliku kliniku. Tu mi je prvo bilo bolje, ali se onda bolnica naglo zatvorila. Osoblje je moralo da ide u kovid bolnice.”

Zahvalnica

Autori se zahvaljuju Ass. dr Danilu Pešiću i psihologu Đurđi Stojiljković za važnu ilustraciju ovog rada dobijenu od pacijentkinje koja se leči zbog poremećaja ishrane.

EATING DISORDERS IN ADOLESCENTS DURING THE PANDEMIC

Milos Lazarevic, Zeljka Kosutic

Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

Abstract: The COVID 19 pandemic have brought many changes in everyday life. The uncertainty of the further course of the pandemic is reflected by the fact that the Delta strain present during the symposium at which this paper was presented was inherited by the Omicron strain present during the final application of the paper. Epidemiological measures imposed by the pandemic for adolescents do not represent „only” a new source of stress and testing of coping strategies but a stage on which the process of transition to adulthood takes place. There are many angles from which the effects of the pandemic can be observed, and this paper aims to point out some aspects of the impact of the pandemic on the population of adolescents struggling with eating disorders.

Key words: *eating disorders, anorexia, bulimia, covid 19*

Literatura

1. World Health Organisation. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. 2020.
2. No Title [Internet]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/cyped-waiting-times/>
3. Spettigue W, Obeid N, Erbach M, Feder S, Finner N, Harrison ME, et al. The impact of COVID-19 on adolescents with eating disorders: a cohort study. *J Eat Disord* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2022 Feb 7];9(1):1-8. Available from: <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-021-00419-3>
4. Termorshuizen JD, Watson HJ, Thornton LM, Borg S, Flatt RE, MacDermid CM, et al. Early impact of COVID-19 on individuals with self-reported eating disorders: A survey of ~1,000 individuals in the United States and the Netherlands. *International Journal of Eating Disorders* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2022 Feb 7];53(11):1780-90. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/eat.23353>
5. Simone M, Emery RL, Hazzard VM, Scd MEE, Larson N, Neumark-Sztainer D. Disordered eating in a population-based sample of young adults during the COVID-19 outbreak. *Int J Eat Disord*. 2021;54:1189–201.
6. Machado PPP, Pinto-Bastos A, Ramos R, Rodrigues TF, Louro E, Gonçalves S, et al. Impact of COVID-19 lockdown measures on a cohort of eating disorders patients. *J Eat Disord* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2022 Feb 7];8(1):1-8. Available from: <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-020-00340-1>
7. Vitagliano JA, Jhe G, Milliren CE, Lin JA, Spigel R, Freizinger M, et al. COVID-19 and eating disorder and mental health concerns in patients with eating disorders. *J Eat Disord* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2022 Feb 7];9(1):1-8. Available from: <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-021-00437-1>
8. Sideli L, lo Coco G, Bonfanti RC, Borsarini B, Fortunato L, Sechi C, et al. Effects of COVID-19 lockdown on eating disorders and obesity: A systematic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review* [Internet]. 2021 Nov 1 [cited 2022 Feb 7];29(6):826–41. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/erv.2861>
9. Levinson CA, Spoor SP, Keshishian AC, Pruitt A. Pilot outcomes from a multidisciplinary telehealth versus in-person intensive outpatient program for eating disorders during versus before the Covid-19 pandemic. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2022 Feb 7];54(9):1672-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34245028/>
10. Raykos BC, Erceg-Hurn DM, Hill J, Campbell BNC, McEvoy PM. Positive outcomes from integrating telehealth into routine clinical practice for eating disorders during COVID-19. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2022 Feb 7];54(9):1689-95. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34184797/>
11. Maunder K, McNicholas F. Exploring carer burden amongst those caring for a child or adolescent with an eating disorder during COVID-19. *J Eat Disord* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2022 Feb 7];9(1):1-8. Available from: <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-021-00485-7>

Dr Miloš LAZAREVIĆ, Dnevne bolnice za adolescente, Klinike za decu i omladinu Instituta za mentalno zdravlje u Beogradu

Milos LAZAREVIC, MD, PhD, Day Hospital for Adolescents, Clinic for Children and Adolescents, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E:mail: miloslazarevic@yahoo.com

IN MEMORIAM PROF. DR MARKO MUNJIZA (22.04.1943. – 13.02.2021.)



Profesor Marko Munjiza je preminuo 13.02. 2021. godine u Beogradu. Rođen je 22. aprila 1943. godine u Ljubovitici kod Trogira (Hrvatska). Osnovno obrazovanje stekao je u Ljubovitici, Trogiru i Zagrebu, a srednje u Splitu. Medicinski fakultet je upisao školske 1964/65. godine u Novom Sadu. Na trećoj godini studija prešao je na Medicinski fakultet u Beogradu, kao vojni stipendista, gde je i diplomirao 1970. kao jedan od pet najboljih studenata generacije. Naredne godine zasniva radni odnos kao klinički lekar i asistent pripravnik – istraživač u Naučno-istraživačkom odeljenju Zavoda za mentalno zdravlje u Beogradu (danas Institut za mentalno zdravlje). U Institutu za mentalno zdravlje (ranije Zavod za mentalno zdravlje) od 1971. do 1974. radio je u Naučnoistraživačkom odeljenju, kasnije u Odeljenju za lečenje alkoholizma (dispanzer i dnevna bolnica). Od 1976. godine radio je u Odseku za psihoze Dnevne bolnice za odrasle instituta. Od 1992. Bio je rukovodilac istog odeljenja. Od prvobitnog Savetovališta za psihofarmakoterapiju u Institutu gde su se pretežno radile analize litijuma i nekih antiepileptika u serumu, formirao je Centar za psihofarmakoterapiju sa laboratorijom i apotekom Instituta za mentalno zdravlje, čiji sam bio i rukovodilac od 1988. do 1992. godine. U Institutu je završio poslediplomske studije iz primene

epidemiološkog metoda u psihijatriji 1974. godine. Specijalistički ispit iz neuropsihijatrije položio je 1976. godine sa odličnim uspehom. Doktorsku disertaciju pod nazivom „Neka socijalnopsihijatrijska obeležja afektivnih psihoza u urbanoj sredini” je odbranio 1980 godine na Medicinskom fakultetu u Beogradu. Za asistenta za predmet Neuropsihijatrija sa medicinskom psihologijom izabran je 1. jula 1980. da bi sedeamnaset godina kasnije stekao zvanje redovnog profesora Medicinskog fakulteta.

Sa pijetetom i poštovanjem odajemo poštu vrednom lekaru i pedagogu prof. dr Marku Munjizi, čiji je životni put bio ispunjen brojnim zadacima koje je uspešno prebrodio na ushodnom putu u svojoj profesiji. Prof. Munjiza je sjedinio u sebi kvalitete vrsnog lekara i plemenitog čoveka. Tokom profesionalnog rada bio je predavač po pozivu na nekoliko fakulteta u zemlji i u inostranstvu. Autor je i koautor brojnih radova i publikacija kao i mentor velikom broju kandidata. U nekoliko psihijatrijskih i neuroloških bolnica radio je kao konsultant ili član stručnog tela. Bio je član Evropskog udruženja psihijatara, Evropskog kolegijuma za neuropsihofarmakologiju, Svetskog udruženja za primenu cost-benefit analize u psihijatriji, Svetskog udruženja za primenu neuroimidžing tehnika u psihijatriji. Bio je član Savezne komisije za registraciju lekova Ministarstva zdravlja SRJ, član Međunarodnog udruženja za prvu psihotičnu epizodu u kliničkog psihijatriji. Brojne obaveze je preuzimao na sebe u sklopu angažmana u Beogradu i u domovini u cilju unapređenja mentalnog zdravlja. Dodeljen mu je status eksperta od strane evropske kancelarije Svetske zdravstvene organizacije u Kopenhagenu za oblast mentalnog zdravlja, socijalne psihijatrije i epidemiologije.

Posebne oblasti interesovanja kojima se bavio su socijalno psihijatrijske dimenzije u psihijatriji, savremeni tretman psihoza i afektivnih poremećaja, primena epidemiološkog metoda i multivarijacione analize u psihijatriji, socioekonomski aspekti organizacije psihijatrijskih institucija, evaluacija tretmana u psihijatriji, psihogerijatrija, budućnost edukacije u psihijatriji...

Pozitivne osobine čoveka koje su krasile pokojnog prof. Munjizu udružene sa pobrojanom bogatom publicističkom naučnom i stručnom erudicijom stvorile su od njega pedagoga visokog ranga koji ostaje uzor mladim generacijama.

U privatnom životu bio je roditelj, suprug, prijatelj i posvećena osoba – spremna da bude oslonac i podrška,

Svojim pregalaštvom i personom zaslužio je dostojanstveno mesto u srpskoj psihijatriji.

Neka je večna slava i hvala našem prof. Marku Munjizi.

Prof. dr Srđan D. Milovanović

UPUTSTVA SARADNICIMA

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

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

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

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

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

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

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

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

Prateće pismo/fajl

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

¹ Plagijat obuhvata sledeće:

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

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

- **Autorstvo.** Uz rad prihvaćen za štampu koji je autorizovan treba poslati i popunjen formular o potvrdi autorstva. Svaki autor treba da je učestvovao dovoljno u radu na rukopisu kako bi mogao da preuzme odgovornost za celokupan tekst i rezultate iznesene u radu. Autorstvo se zasniva samo na: bitnom doprinosu koncepciji rada, dobijanju rezultata ili analizi i tumačenju rezultata, planiranju rukopisa ili njegovoj kritičkoj reviziji od znatnog intelektualnog značaja, završnom doterivanju verzije rukopisa koji se priprema za štampanje. Autor treba da priloži opis doprinosa pojedinačno za svakog koautora. Svi drugi koji su doprineli izradi rada, a koji nisu autori rukopisa, trebalo bi da budu navedeni u Zahvalnici s opisom njihovog rada, uz pisani pristanak.
- **Izjava o sukobu interesa.** Uz rukopis se prilaže potpisana izjava kojom se autori izjašnjavaju o svakom mogućem sukobu interesa ili njegovom odsustvu – npr. finansijska dobit, lični odnosi, politička ili religiozna uverenja itd. („*Politika izjave o sukobu interesa*“) na internet stranici Svetskog udruženja urednika medicinskih časopisa – World Association of Medical Editors – WAME, <http://www.wame.org>).
- **Etika.** Kada se izveštava o eksperimentu na ljudima, naglasiti da li je procedura sprovedena u skladu sa etičkim standardima Komiteta za eksperimente na ljudima ili sa Helsinškom deklaracijom. Obavezna je i **saglasnost nadležnog etičkog komiteta.** Ne iznositi imena, inicijale ili bolničke brojeve ispitanika, naročito ukoliko je materijal ilustrovan. Primeri etičkog odobrenja:
 - Sve sprovedene procedure u studijama koje uključuju ljude bile su u skladu sa institucionalnim i/ili etičkim standardima nacionalnog istraživačkog odbora i u skladu sa Helsinškom deklaracijom iz 1964. godine i njenim kasnijim amandmanima ili sličnim etičkim standardima. / *Izjava o 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 im je bilo značajnih korekcija, a nakon saglasnosti recenzenta autorima se šalje Proof. U ovoj fazi (Proof) moguće su samo ispravke slovni 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 vodenim žigom na PDF dokumentu, na svakoj stranici, koji ukazuje da je članak povučen (RETRACTED).

Otvoreni pristup

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

Autorska prava

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

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

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

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 obavešteni 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.

ili drugim čitačima (uključujući i čitače 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, Milana Kašanina 3

Tel/Faks: 011 3238 160

e-mail: institutzamentalnozdravlje@imh.org.rs

www.imh.org.rs

Štampa – Print

DOSIJE, Beograd

Direktor – Director

Prof. dr Milica Pejović Milovančević

INSTRUCTIONS TO CONTRIBUTORS

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

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

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

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

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

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

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

¹ Plagiarism includes the following:

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

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

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

Cover letter/file

- In the cover letter the author is required to confirm that the **study has not been published previously** and that the submitted paper is not submitted for review for publishing anywhere else. Copies of all required authorizations should be enclosed: for reprint of already published material, use of illustrations and information on public figures or acknowledgments to people who contributed to the study.
- **Authorship.** Authorized manuscript accepted for publication should be accompanied with a certificate of authorship. Each author should have participates 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 complaint 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 principles 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. 54/2022 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 2022. Popunjen kupon (i kopiju uplatnice za individualnu pretplatu) pošaljite na adresu: Redakcija časopisa Psihijatrija danas, Institut za mentalno zdravlje, Milana Kašanina 3, 11 000 Beograd.

✂

**SUBSCRIBE TO
PSYCHIATRY TODAY Vol. 54/2022 (1 issue) ISSN-0350-2358**

Subscription rates

- ☐ Individual 60 USD
☐ Institutional 120 USD

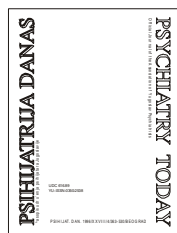
Name

Address

Postal code/City/Country

Return coupon to:

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



CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд
616.89(497.11)

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

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

ISSN 0350-2538 = Psihijatrija danas

COBISS.SR-ID 3372546

Institut za mentalno zdravlje
Milana Kašanina 3, 11000 Beograd, Srbija
Tel. 3238 160
e-mail: institutzamentalnozdravlje@imh.org.rs

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