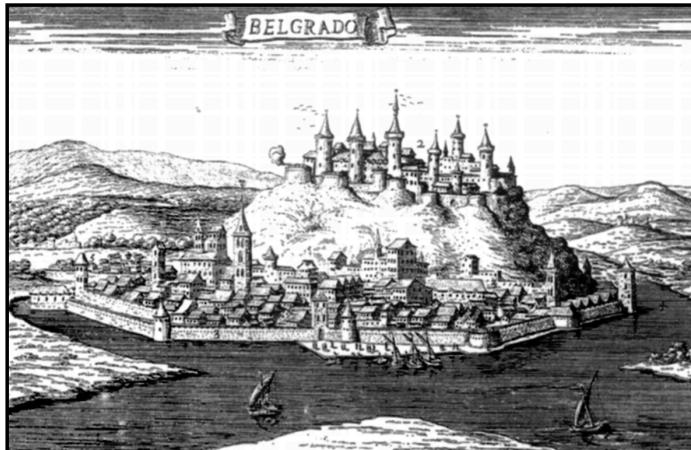


ENGRAMI

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU
PSIHOLOGIJU
I GRANIČNE DISCIPLINE

1-2



Volume 31

Beograd, januar-jun 2009.

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU, PSIHOLOGIJU I GRANIČNE DISCIPLINE

JOURNAL FOR CLINICAL PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY AND RELATED DISCIPLINES

Časopis ENGRAMI osnovao je prof. dr Dimitrije P. Milovanović 1979.

Glavni i odgovorni urednik / Editor in chief
MIROSLAVA JAŠOVIĆ-GAŠIĆ

*Zamenik glavnog i odgovornog urednika
Supplement editor in chief*
SRĐAN D. MILOVANOVIĆ

Pomoćnici urednika / Associate editors
MILAN B. LATAS
MAJA IVKOVIĆ
NAĐA MARIĆ
OLIVERA VUKOVIĆ
DUBRAVKA BRITVIĆ

Urednički odbor / Editorial board
NIKOLA ILANKOVIĆ
JEZDIMIR ZDRAVKOVIĆ
VERA POPOVIĆ
IVANA TIMOTIJEVIĆ
RANKA SAMARDŽIĆ
MILICA PROSTRAN
DUŠICA LEĆIĆ-TOŠEVSKI
LJUBICA LEPOSAVIĆ
DRAGAN MARINKOVIĆ
ALEKSANDAR JOVANOVIĆ
SANJA TOTIĆ
ŽANA STANKOVIĆ
ALEKSANDAR DAMJANOVIĆ
DRAGAN PAVLOVIĆ
GORDANA NIKOLIĆ-BALKOSKI
DRAGANA STOJANOVIC
NADA JANKOVIĆ
DRAGANA ĐURIĆ-JOČIĆ
NADA LASKOVIĆ
IVAN DIMITRIJEVIĆ

Izdavački savet / Consulting board
LJUBIŠA RAKIĆ
JOSIP BERGER
MILAN POPOVIĆ
MIROSLAV ANTONIJEVIĆ
DIMITRIJE MILOVANOVIĆ
JOSIF VESEL
MILUTIN DAČIĆ
SLAVICA ĐUKIĆ-DEJANOVIĆ (Kragujevac)
MIRKO PEJOVIĆ
JOVAN MARIĆ
SRBOLJUB MILJKOVIĆ (Niš)
ALEKSANDAR KNEZEVIĆ (Novi Sad)

Internacionalni redakcioni odbor
International editorial board
U. HALLBREICH (New York)
P. GASNER (Budapest)
D. KOSOVIĆ (New York)
N. ŠARTORJUS (Geneve)
D. ŠVRAKIĆ (St. Louis)
D. BLOCH (New York)
B. SAMUEL -LAJEUNESSE (Paris)
G. MILAVIĆ (London)
V. STARČEVIĆ (Sydney)
A. MARUŠIĆ (Ljubljana)
V. FOLNEGOMIĆ-ŠMALC (Zagreb)
M. JAKOVLJEVIĆ (Zagreb)
S. LOGA (Sarajevo)
J. SIMIĆ-BLAGOVČANIN (Banja Luka)
Z. STOJOVIĆ (Herceg Novi)
B. MITRIĆ (Podgorica)
M. PEKQVIĆ (Podgorica)
S. TOMČUK (Kotor)
A. MIHAJLOVIĆ (Chicago)
Sekretar / Secretary
GORDANA MARINKOVIĆ

Časopis ENGRAMI izlazi četiri puta godišnje.

Rešenjem Sekretarijata za kulturu SRS broj 413-124/80-2a časopis ENGRAMI je proizvod iz čl. 36, st. 1, tačka 7, Zakona o operezivanju proizvoda i usluga u prometu za koji se ne plaća porez na promet proizvoda.

IZDAVAČ / EDITED BY:

UDRUŽENJE PSIHIJATARA SRBIJE I INSTITUT ZA PSIHIJATRIJU KLINIČKOG CENTRA SRBIJE
SERBIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION AND THE INSTITUTE OF PSYCHIATRY CLINICAL CENTRE OF SERBIA

ADRESA UREDNIŠTVA / ADDRESS OF EDITORIAL BOARD
ENGRAMI, Institut za psihijatriju KCS, Pasterova 2, 11 000 Beograd
E-mail. institutzapsihijatrujkc@yahoo.com

Časopis ENGRAMI je referisan u SCIndeks bazi (Srpski nacionalni citatni indeks)
Journal ENGRAMI is listed in SCIndeks (Serbian national citation index)

SADRŽAJ

CONTENTS

ORIGINALNI NAUČNI RADOVI/ORIGINAL ARTICLES

Boris Kordić, Lepa Babić

ENJOYMENT IN PORNOGRAPHY AND SEXUAL BEHAVIOR OF YOUNG PEOPLE OF BELGRADE	5
UŽIVANJE U PORNOGRAFIJI I SEKSUALNO PONAŠANJE MLADIH BEOGRADA	17

Tatjana Tubić, Špela Golubović

POUZDANOST RAZLIČITIH IZVORA INFORMACIJA PRI PROCENI HIPERAKTIVNOSTI DECE	19
RELIABILITY OF DIFFERENT SOURCES OF INFORMATION IN ASSESSING HYPERACTIVITY OF CHILDREN	29

Tatjana Voskresenski, Branislav Đurđev, Veselin Savić, Veronika Bojić

AFEKTIVNI POREMEĆAJI KOD OBOLELIH OD EPILEPSIJE.....	31
AFFECTIVE DISORDERS IN EPILEPTIC PATIENTS	40

Marija Kostić, Obrad Glomazić, Milan Latas

PSIHOPATOLOŠKI FENOMENI KOD SOMATSKI ASIMPTOMATSKEH HIV POZITIVNIH OSOBA	43
PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES IN SOMATIC ASYMPTOMATIC HIV POSITIVE PATIENTS	48

Olgica Latković, Bojana Milekić, Dragan J. Stojiljković, Mirjana Zebić, Nađa P. Marić

ODNOS REDOSLEDA ROĐENJA, SAMOPOŠTOVANJA I USPEHA TOKOM STUDIJA MEDICINE	51
THE RELATION OF BIRTH ORDER, SELF ESTEEM AND AVERAGE GRADE DURING STUDIES OF MEDICINE	59

Vlada Đurić, Milan Latas, Nikola Trajanović, Daniela Jovanović, Srđan Milovanović

ANALIZA PREDISPITNE NESANICE KOD STUDENATA MEDICINSKOG FAKULTETA ...	61
ANALYSIS OF PRE-EXAM INSOMNIA IN MEDICAL STUDENTS	67

PREGLEDNI RADOVI/REVIEW ARTICLES

Miroslava Jašović-Gašić, Aleksandar Damjanović

- KLINIČKE, FARMAKOKINETESKE I FARMAKODINAMSKE
KARAKTERISIKE ZIPRASIDONA 69

- CLINICAL, PHARMACOKINETIC AND PHARMACODYNAMIC
CHARACTERISTICS OF ZIPRASIDONE 76

Žana Stanković

- STRES I PSIHOČNI POREMEĆAJI 79
STRESS AND PSYCHOTIC DISORDERS 88

Dragan M. Pavlović, Aleksandra M. Pavlović

- HAŠIMOTO ENCEFALOPATIJA – AUTOIMUNA ENCEFALOPATIJA
SA ANTITIREOIDNIM ANTITELIMA 91

- HASHIMOTO ENCEPHALOPATHY – AUTOIMMUNE
ENCEPHALOPATHY WITH ANTITHYROID ANTIBODIES 97

Sladana Dragišić Labaš, Slobodan Jovičić, Gorica Đokić

- DRUŠTVENI FAKTORI U NASTANKU
I RAZVOJU ZAVISNOSTI OD ALKOHOLA 101

- SOCIAL FACTORS IN OCCURENCE AND DEVELOPMENT
IN ALCOHOL ADDICTION 110

Aleksandar Damjanović, Aleksandra Damjanović, Srđan Milovanović

- O PSIHOLOŠKOJ STRUKTURI POD-ŽANROVA HOROR FILMA 113
HORROR FILMS SUB-GENRES PSYCHOLOGICAL STRUCTURE 123

PRIKAZ SLUČAJA/CASE REPORT

Andelka Kolarević, Đuro Pucar

- INTEGRATIVNI PSIHOTERAPIJSKI – TRANSAKCIJONO
ANALITIČKI I PSIHOFARMAKOLOŠKI PRISTUP LEČENJU SOCIJALNE FOBIJE 125
INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPEUTICAL – TRANSACTIONAL
AND PSYCHOTHERAPEUTICAL APPROACH IN THERAPY OF SOCIAL PHOBIA 130

- UPUTSTVO AUTORIMA 133

ENJOYMENT IN PORNOGRAPHY AND SEXUAL BEHAVIOR OF YOUNG PEOPLE OF BELGRADE

Boris Kordić¹

Lepa Babić²

UDK: 613.88-053.2 (497.11)

- 1 Faculty of security studies, University of Belgrade, Belgrade, Serbia
- 2 Faculty of Business, Singidunum University, Belgrade, Serbia,

Summary

Author investigates if there is a correlation between the enjoyment in pornographic contents which were presented in the media and sexual behavior of young people in Belgrade. For the purpose of this research, a questionnaire with five-degree Likert scale has been put together. Test results indicate that there is the claimed link between the enjoyment in pornographic contents and sexual behavior of young people. Around 10 % of young population which was included in the research has manifest inclination for consuming pornography which is correlated with the inclination for promiscuous behavior and use of sexual tools. Girls are less inclined to the enjoyment in pornographic contents than boys.

Key words: pornography, sexuality, young people, Belgrade

INTRODUCTION

According to some researches, majority of people have been exposed to pornography during their life. One study from Norway made on a representative sample shows that 84% of their citizens have watched a porno film [1]. Research of influence of mass media on the social construction of sexuality [2] indicates that media determine what is proper and what wrong, what is normal and what deviant, and therefore they inaugurate social standards about sexual behavior. If media stress negative aspects of pornography, they will contribute to the decrease in usage and vice versa.

There are two different conceptual approaches of researchers in respect to the issue of negative influence of pornography [3]. According to the first approach, porno can be enjoyed without any influence

on other aspects of life of an individual, while on the other hand the second approach considers that there is a relation between the porno material and objectification of women as well as violence towards women. For similar purpose, a commission was established in the USA with the task to re-examine the role and influence of pornography on people. Especially tangible was the question if watching pornography influences violence towards women. U. S. Attorney General's Commission on pornography [4] distinguishes between three categories of pornography in respect to the violence: sexual assault, degrading porno, neutral porno. According to their findings, non-violent and non-degrading porno makes so called „primary harm“, as it exposes sexuality as essentially private thing to the public. Presented to children, such material sends the message that sex is public, that sex is commer-

cial and that sex can be divorced from any degree of affection, love, commitment or marriage. Sexual violence and degrading porno strengthen the acceptance of „rape myth“ according to which women enjoy being coerced into sexual activity; they enjoy being physically hurt in sexual context, and that as a result a man who forces himself on a woman sexually is in fact merely acceding to the “real” wishes of a woman, regardless of the extent to which she seems to be resisting. This myth is responsible that victims of rape and other forms of sexual violence are likely to be perceived by people exposed to porno as more responsible for the assault, and the rapist or other sexual offender as less responsible. Such conclusions arise, partly, from the way how women are shown in the porno. Woman is experiencing arousal, orgasm, or other form of enjoyment as the ultimate result of the sexual assault. It is altogether established that usual subjects in porno media are androcentric bias (the opinion along which man is in the „centre“ of universe), sexual exploitation of female and a consistent refutation of established moral beliefs [5]. It is considered that pornography functions as means of entertainment, sexual arousal and stimulation, and as source of information about sexuality, particularly for young people [6]. In accordance with this, there is a possibility that pornography determines the perception of normal and natural sexual behavior [7]. Modern discussions frequently express concern that pornography has the function of establishing standards and therefore influences sexual behavior of young people. A separate question is if pornography influences young men to force women to have anal sex. Some studies show that there is a link between watching porno and different patterns of sexual be-

havior. Such is the finding that consumers of pornography are more likely to have experienced anal and oral sex than are people who have not consumed such material [8, 9].

The most distinguished feature of pornography is showing of naked or nearly naked bodies in genital contact [10]. This is also a feature of erotic and it is therefore difficult to determine what is the specific difference between those terms. When we use the term erotic, there is usually an intention to point out the artistic quality, sensuality or implied sexuality, while the term pornography is usually used to indicate explicit sexual acts, denuded of additional meanings except satisfaction of sexual instinct. The term erotic is, therefore, usually perceived in positive sense, and the term pornography in negative.

OBJECTIVE

We started with the hypotheses that enjoying porno in visual media (porno films, porno sites on the Internet) is related with sexual behavior of young people. Along with these basic variables (pornography in media, sexual behavior of young people) we were also examining the influence of three agents of socialization, namely family, school and compeers.

METHODS

209 young people (108 boys and 101 girls) participated in the study. 125 were secondary school pupils and 84 university students. The average age of participants was 19,08 ($SD=2,41$). Participants completed the self-report questionnaire individually. Each participant was told that the study was of personality patterns and be-

havior habits connected with sexuality and pornography.

10 to 12 items for each variables were created by six students of Faculty of security studies University of Belgrade. Author controled items with an emphasis on operationalization of variables and avoiding ambiguity in item content. The item format included five possible responses from strongly disagree to strongly agree. The final questionair has 44 items, two of them were for collecting information. 4 cases were excluded in the final analysis because of missing value.

RESULTS

The data support the initial position that basic trends of young people in the Belgrade towards pornography are similar to trends of young people in developed countries in Europe [11]. Namely, enjoying of pornography is vastly widespread among young people and especially among young men. Relatively significant percent of young women (every fifth) watch pornography. We were able to find out that there is a difference in the approach to pornography between young women and young men. Female consumers of pornography have more active relation towards porno contents and participation in

the media then young men, and a significant part of young men has „uniform” and uncritical relation towards porno contents and are inclined to see them as standards for sexual behavior. Besides this, majority of young people do not consider that pornography has negative influence on sexual behavior, partner relations and apprehension of sexuality. These findings are described more detailed in another article [12]. Here we would like to present the factorial structure of instrument and to investigate in this way the phenomenon of enjoying the porno among young people.

Results obtained on 42 items were submitted to the factor analysis. 6 factors were preserved according the use of scree criteria for the decision about number of relevant factors. Factors were promax rotated with Kaiser Normalization. They cover 52,07% of variance (6 factors explains 16,20%, 10,97%, 8,07%, 7,02%, 5,79%, 4,04% of variance respectively). These are the factors (table 1):

This factor integrates self-evaluation of patterns of behavior associated with consumption of porno contents. It includes the experience of excitement during watching porno, masturbation with porno, as well as commenting porno with compeers. This factor covers also the con-

Table 1. Factor “enjoying porno”

46 Porno scenes in movies excite me	0,840
43 I watch porno movies	0,831
47 Porno movies are usual part of masturbation for me	0,786
52 I would participate in group sex	0,700
49 I would copy scenes from porno movies with my partner	0,685
44 I search for porno sites on the Internet	0,628
28 I openly comment contents of porno movies with my compeers	0,541
48 Porno movies are model for sexual behavior	0,506
55 I would video shoot my own sexual act	0,483

/values on the right represent the factor loadings/

viction that porno serves as a model for sexual behavior and the need to copy porno in relations with the partner or through the group sex, as well as the need to video shoot the own sexual act. In other words, young people who enjoy porno contents appear to have tendency to transform seen porno behavior in their own sexual experiences (table 2).

The second factor indicates the evaluation of openness of parents for sexual issues and the age we live in. It includes mutual exchange of information about sexuality and their own sexual experiences as well as parental worry shown through po-

ting on the importance of contraception and regular medical examination (table 3).

The third factor indicates the evaluation of involvement of school in sexual education and readiness of professors to talk with pupils about sexual issues and problems (table 4).

The fourth factor integrates self-evaluation of particular patterns of sexual behavior as is the use of sexual tools and aphrodisiacs, and readiness to offer and pay for sexual services (the behavior I call "promiscuous"). Such behavior is linked with the interest for cases of rape at school as well as with the inclination to look for partners through the Internet (table 5).

Table 2. Factor “openness of parents for sexual issues”

11 I openly ask my parents something about sex that interests me	0,859
10 Parents openly talks with me about sexual issues	0,849
12 Parents warn me about the importance of use of contraceptives	0,785
13 Parents talk with me about the need of visiting physician regulary (gynecologist, urologist,..)	0,679
17 Parents have understanding for contemporary way of living	0,591
20 Parents recommend to me ways how to get informed about sex	0,588
18 Parents tell me about their sexual experiences	0,571
22 Parents are acquainted with my sexual behavior	0,543
21 Parents watch themes about sex in media	0,438

/values on the right represent the factor loadings/

Table 3. Factor “openness of school for sexual issues”

9 We are informed about the consequences of inadequate sexual behavior at school	0,816
6 Professors warn us about the importance of protection during sexual intercourse	0,798
1 School organizes lectures about sexuality	0,784
5 Professors readily answer questions about sexuality	0,768
2 In collaboration with other organizations, school offers lectures about sexuality	0,674
8 School adequately reacts upon pupil's demands for help in sexual matters	0,624
4 I openly talk with my professors about sexuality	0,494

/values on the right represent the factor loadings/

The fifth factor includes evaluation of the inclination of compeers to watch and to comment on porno films, to use them for masturbation, to talk about one's own sexual experiences, to video shoot sexual behavior and insult the opposite sex (table 6).

The sixth factor speaks about self evaluation of conviction that pornography has negative influence on behavior and apprehension of sexuality in young people because it motivates for more aggressive

sexual behavior, weakens emotive ties in relationships with partners and impoverishes sexual imagination.

Cronbach's α for 6 factors is 0.881, 0.843, 0.842, 0.809, 0.711, 0.755 respectively.

In inter-correlation of given factors (see table 7.) we find a significant correlation between self evaluation of „enjoying porno“ and self evaluation of the „inclination for promiscuous behavior and use of

Table 4. Factor “inclination to promiscuous behavior and use of sexual tools”

53 I use sexual tools	0,777
54 I use aphrodisiacs (Viagra, honey and walnuts, and similarly)	0,694
32 I am aware of the cases of rape at my school	0,690
51 I am ready to pay for sexual services	0,617
45 I am looking for partner through the Internet	0,610
50 I would provide sexual services in exchange of material benefit	0,504

/values on the right represent the factor loadings/

Table 5. Factor “inclination of compeers for porno”

29 My compeers openly comment porno films among themselves	0,626
35 Compeers exaggerate when speaking about their sexual experiences in company of others	0,621
34 There are cases of video shooting sex between the compeers at school (with mobile phone, camera, etc)	0,612
26 My compeers watch porno	0,606
27 Porno films are component part of masturbations for my compeers	0,586
30 Compeers exchange their sexual experiences	0,565
31 There are insulting heckling to the opposite sex at school	0,492

/values on the right represent the factor loadings/

Table 6. Factor “conviction that porno has negative influence on sexual behavior”

58 Pornography induces more aggressive sexual behavior	0,814
57 Pornography weakens emotional bonds in relationships with partners	0,785
59 Pornography impoverishes sexual imagination	0,690
56 Pornography influences the comprehension of sexuality in a negative manner	0,644

/values on the right represent the factor loadings/

sexual tools“, and also with evaluation of the „inclination of compeers for porno“. If we look at the first of these factors as the independent variable, in other words as the enjoying of young people in porno, and the other as the dependent variable, in other words the sexual behavior of young people, then we have confirmed the starting hypothesis that enjoying porno in visual media (porno films, porno sites on the Internet) is correlated with sexual behavior of young people (table 7).

From the table 7. it is visible that agents of socialization such as parents and school are not correlated with enjoying in porno nor with the inclination for promiscuous behavior and use of sexual tools; they are neither correla-

ted with conviction that porno has negative influence on sexual behavior.

Factor analysis of six given factors, with principal component analysis, extracts two components of whom the first takes 29.373 % of variance, and the second 20.480 % of variance. Inter-correlation of variables is 0,083 which means that there are no relations between components. Table 8. presents matrix of patterns which confirms the finding about the correlation between „enjoying porno“, „inclination for promiscuous behavior and use of sexual tools“ and „inclination of compeers for porno“. Others factors form the group of the other component (table 8).

The aim of second order factor analysis is to strengthen my conclusion about correlation between enjoying porno and

Table 7. Inter-correlations of principal components

	1	2	3	4	5	6
1 – enjoying porno	1,000	-0,014	0,106	0,264(**)	0,329(**)	-0,065
2 – openness of parents for sexual issues		1,000	0,133	0,043	0,005	0,081
3 – openness of school for sexual issues			1,000	0,101	-0,010	0,073
4 – inclination for promiscuous behavior and use of sexual tools				1,000	-0,004	0,105
5 – inclination of compeers for porno					1,000	0,027
6 – conviction that porno has negative influence on sexual behavior						1,000

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization.

(**) – correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

Table 8. Matrix of patterns for II order factors

	1	2
enjoying porno	0,876	
inclination for promiscuous behavior and use of sexual tools	0,710	0,207
inclination of compeers for porno	0,662	-0,170
openness of parents for sexual issues	-0,101	0,662
openness of school for sexual issues	0,147	0,609
conviction that porno has negative influence on sexual behavior		0,605

specific sexual behavior, and also to confirm that school and parents as agents of socialization have no connections with sexual behavior of youth. Only evaluation of the „inclination of compeers for porno” has significant correlation with sexual behavior of youth. It is probably because of real influence of peers on behavior of youths, and also because of projection of one's own attitudes, interests and behaviors on peers. Self-evaluation of “conviction that porno has negative influence on sexual behavior” goes with evaluation of “openness of parents (school) for sexual issues” probably because these kind of conviction is seen as coming from adults values. It is interesting that such conviction is present parallel (and contrary) to specific behavior as enjoying porno. It means that such convictions lives side by side with specific sexual behavior of youth.

GENDER SPECIFIC DIFFERENCES

Table 9. shows that there are significant differences between young men and young women in factors which form the first component (see table 8.). In other dimensions there are no significant statistical differences.

Coefficient of canonical correlation as the index of maximal differentiations of young men and young women on linear function composed of scores of given 6 factor extracted in our research is 0.708 (Wilks Lambda=.499, Chi-square=139.192, df=6, p <.001). Table 10. shows that the discriminative function which maximally differentiates young men from young women is mostly determined by „enjoying porno”, and then by „inclination for promiscuous behavior and use of sexual tools”. Group centroids on this function are: men = 0.974, and

Table 9. Arithmetic means, standard deviations and F-test of significance of differences between arithmetic means for 6 factor between the young men and young women

GENDER	VARIABLE	AS	SD	F	df1	df2	Sig.
M N=108	enjoying porno	3,23	0,82	0,682	1	207	0,001
	openness of parents for sexual issues	2,44	0,75	8,669	1	206	0,064
	openness of school for sexual issues	2,09	0,85	1,164	1	206	0,706
	inclination for promiscuous behavior and use of sexual tools	1,80	0,94	26,067	1	206	0,001
	inclination of compeers for porno	3,96	0,60	4,925	1	207	0,017
	conviction that porno has negative influence on sexual behavior	2,78	0,96	1,343	1	206	0,408
W N=101	enjoying porno	1,82	0,74				
	openness of parents for sexual issues	2,67	1,00				
	openness of school for sexual issues	2,05	0,95				
	inclination for promiscuous behavior and use of sexual tools	1,27	0,54				
	inclination of compeers for porno	3,74	0,76				
	conviction that porno has negative influence on sexual behavior	2,90	01,05				

women= -1,023. These results point to the fact that pornography is primarily male „entertainment” (table 10).

TYPICAL YOUTH GROUPS

We have considered it useful to classify young people in typical groups according to factors collected through our research and we have, therefore, done hierarchical cluster analysis with optimization with Ward's criterion. Matrix of distances is formed as the matrix of Euclidian distances. Then we have used canonical discriminative analysis as the basis for establishing the number of real clusters, as well as for the description of detected clusters.

Four clusters were formed on the basis of this procedure. On the linear composit which most strongly discriminates given groups of young people (canonical coefficient correlations is .873) the largest distance between groups is 6 standard deviations (see table 12.). It is the first function which differs those groups on the basis of „inclination for promiscuous behavior and use of sexual tools“ and „enjoying porno“ (see table 11.).

The most critical group of young people includes 19 respondents (from total of 205 who have entered the analysis, that means 9 %). This is the 1st group who has shown the most distinguishable inclination for promiscuous behavior and use of sexual tools ($AS=3,62$) associated with

Tabele 10. Standardized coefficients and structure of canonical discriminative function

	standardize coefficients	structure
enjoying porno	1,097	0,937
inclination for promiscuous behavior and use of sexual helping devices	-0,208	0,351
inclination of compeers for porno	-0,135	0,166
openness of parents for sexual issues	-0,012	-0,134
conviction that porno has negative influence on sexual behavior	-0,275	-0,065
openness of school for sexual issues	0,031	0,034

Table 11. Matrix structure of canonical discriminative function

	1	2	3
inclination for promiscuous behavior and use of sexual tools	0,806 (*)	0,308	-0,461
enjoying porno	0,686 (*)	-0,373	0,619
conviction that porno has negative influence on sexual behavior	0,036	0,590 (*)	0,137
openness of parents for sexual issues	-0,023	0,386 (*)	0,295
openness of school for sexual issues	0,099	0,267 (*)	0,230
inclination of compeers for porno	0,130	0,056	0,311 (*)

* Largest absolute correlation between each variable and any discriminant function

marked enjoying porno (AS=3,73) and, interestingly, conviction that porno has negative influence on sexual behavior (AS=3,37) (see table 5.3.). On the opposite end is the 2nd group which includes 78 examinees (38 %) who have expressed given factors in much smaller extent (inclination for promiscuous behavior and use of sexual tools AS=1,15; enjoying porno AS=1,54; conviction that porno has negative influence on sexual behavior AS=2,72). The 3rd group includes same number of examinees (also 78) as the 1st group. It was characterised by high result on factor enjoying porno (AS=3,28). Finally, the 4th group (30 examinees, i.e. 15 %) was characterized by conviction that porno has negative influence on sexual behavior (AS=3,95) linked with high scores on evaluation of inclination of compeers

for porno (AS=4,15) and openness of parents for sexual issues (AS=3,50). In other words, the 4th group differs from other groups along second and third function (see table 12.).

If we would try to name the derived groups in a way to reflect their characteristics, then the 1st group would represent young people with deviant sexual behavior, the 3rd group represents young people who enjoy porno, the 4th group represents young people who resist the porno although they partly find joy in it, and the 2nd group are young people who simply don't consume porno (table 13).

We compare the answers to questions 61 and 62 with given groups (see tables 14. and 15.). We find significant connections (question 61: Pearson Chi-Square=40,122, df=12, p <.001; question 61:

Table 12. Functions of group centroids

clusters	1	2	3
1	4,623	1,064	-1,281
2	-1,581	0,051	-0,838
3	0,668	-1,056	0,619
4	-0,554	1,936	1,381

Unstandardized canonical discriminant functions evaluated at group means

Table 13. Arithmetic means of dimensions according to clusters (sorted over the first dimension)

	number of young people in the group	enjoying porno	inclination for promiscuous behavior and use of sexual tools	conviction that porno has negative influence on sexual behavior	openness of parents for sexual issues	openness of school for sexual issues	inclination of compeers for porno
1	19	3,731	3,623	3,368	2,503	2,451	4,023
3	78	3,278	1,509	2,41	2,369	2,015	3,995
4	30	2,378	1,322	3,95	3,496	2,733	4,152
2	78	1,543	1,15	2,724	2,407	1,795	3,553
Total	205	2,528	1,541	2,844	2,561	2,077	3,852

Pearson Chi-Square=26,927, df=12, p <.008). We note that there is a remarkable difference between cluster 3 (enjoying porno) and 2 (without consuming porno). The 3rd group locates the ideal time for the first sexual experience far earlier from the 2nd group, and it is also more prone to short relationships and sexual adventures, unlike the 2nd group which appears to have tendency to find pleasure in relationships with stable partner.

DISCUSSION

Variables like „enjoyed porno“ and „sexual behavior“ encompass very different patterns of behavior. In our research given variables are presented with small number of items so the result of factor analysis gives components which describe the narrower volume of supposed behavior. Therefore

enjoying porno is presented primarily with enjoying in watching porno movies, and sexual behavior is a factor which we have described as inclination for promiscuous behavior and use of sexual tools. The results of our research show that there is a correlation between given variables. These findings correspond to some earlier researches which have established similar correlations, e.g. between enjoying porno and likelihood for oral and anal sexual behavior [13]. We suppose that correlations appear when we deal with deviant sexual behavior, bearing in mind that today word „deviant“ loses its clear meaning. This happens, apart from other causes, also due to the conviction that anal sex belongs to normal diapason of sexual behavior, as well as due to massive use of different sexual tools. Therefore, we avoid use of the word „deviant“ and use the expression specific patterns of sexual

Table 14. Crosstable of item 61 and clusters

61 Ideal time for first sexual experience							
		15 and earlier	16	17	18	19 and later	Total
Clusters	1	4	4	4	4	3	19
	3	11	26	28	10	3	78
	4	1	8	11	4	6	30
	2	2	9	25	31	11	78
Total		18	47	68	49	23	205

Table 15. Cross table of item 62 and clusters

62 description of relationship between partners							
		didn't have partner till now	have a stable partner, satisfied	had few longer relationships, unsatisfied	short relationships	sexual adventures	Total
Clusters	1	3	5	3	5	2	18
	3	5	18	10	37	8	78
	4	4	10	4	9	3	30
	2	9	41	11	16	1	78
Total		21	74	28	67	14	204

behavior instead. Our research also confirms the difference between genders in consuming and the way of usage of porno movies, as well as the difference in specific patterns of sexual behavior. Men enjoy porno and are inclined for promiscuous behavior and use of sexual tools more than women. These differences justify the need to plan separate research for male and female population in the future. In such a case we expect that factor analysis would give different results for each gender. We also suppose that results would be different if questions about compeers behavior associated with porno would be specifically formulated for men and for women. Cluster analysis indicates that we should be cautious when accepting the extracted correlations because there are very different groups of young people in respect to consuming porno. There is a considerable group of young people (38 %) who don't consume porno and don't show the tendency for promiscuous behavior and use of sexual tools. We can look for reasons of existing such a group in (un)accessibility of erotic films, in the family education, in the way of using of free time, in personality traits, etc. There is also a considerable group of young people (38 %) who consume porno but don't show distinct inclination for promiscuous behavior and use of sexual tools. It is obvious that porno movies are accessible for this group. It is possible that such a group of young people uses porno as accompanying element of masturbations and as means of entertainment and information source about sexuality [14]. The remaining two groups extracted through cluster analysis show some specific qualities. The smallest group (9 %) shows distinguishable enjoying in porno and distinguishable inclination for promiscuous behavior and use of sexual tools. So, this is the group in which both basic varia-

bles of our research are expressed to the highest extent. Probably it is the group of people with specific personality traits which differ from the population average. Therefore, it is likely that we face phenomena which belong to the field of clinical psychology. The last, relatively small group (15 %) which we will mention shows up moderate enjoying in porno with expressed conviction that porno has negative influence on sexual behavior, as well as distinguishable evaluation of inclination of compeers for porno. We suppose that we deal here with a group of young people who have ambivalent attitude towards porno because of existing conflict of motives. On one hand, we suppose that there exists the need for satisfaction of sexual instinct accompanied with curiosity for porno and on the other hand, there is the influence of milieu expressed through the conviction that porno has negative influence on sexual behavior. The consequence is ambivalent attitude towards porno and therefore we find, weakly expressed, but still present enjoying in porno, because the conviction isn't strong enough to inhibit the instinctive desire. We also believe that there is a need to repress desire for enjoying in porno, although insufficiently successful, and therefore the desire is projected as evaluation of expressed inclination of compeers for porno. This way, young people from this group find justification for their periodical enjoying in porno because the majority of young people has the same need far more expressed.

Therefore, the results of our research indicate that the majority of young people enjoy porno and that this behavior is linked with particular patterns of their sexual behavior as well as with their attitudes. It has been established that enjoying porno is associated with the attitude that we should begin with sexual partnerships earlier, as

well as that we should not attach ourselves to partners, but rather choose adventures and short-term relationships. Characteristic of porno movies is that they show how sex can be separated from emotion of love and devotion or from marriage [15].

According to our findings this characteristic influences the attitudes of young people. It would be very interesting to examine if traits of personality, as well as environmental factors, have influence, and to which extent, on different groups of young people which we have established through cluster analysis. It appears that the group of young people who don't consume porno are close to the idea of building stable and long-lasting relationships. Therefore, we could assume that they belong to the part of population which aims at regular sex life with stable partner for whom they developed the emotion of love. If sexual instinctive needs are satisfied in this way, as well as their need for love, then this group of people mainly do not show tendency to satisfy sexual, or some other needs through enjoying porno. We find the indirect confirmation in results of Bogaert research which shows that sexual practice is not correlated with watching porno. Namely, in his research of correlations between individual differences and the choice of various kinds of porno movies, Bogart has extracted, apart from the others, factor „sexual experience“ which is not correlated with watching porno [16]. The given factor includes three variables: need for sensations, past and current sexual experience. We consider that better name for the given factor would be „practicing sex“.

The other three groups (clusters) from our research show interest for porno. We consider that this interest is not only linked with unsatisfied sexual instinct, but maybe

more with additional needs which interfere with sexual needs. The already mentioned Bogaert research shows that different groups of people prefer different stimulus by choice of different porno movies [17]. For example, there have been extracted factors with predominant antisocial tendencies, or factors with mainly dominant and aggressive tendencies. People with such tendencies have difficulties in establishing mature relationships and their sexuality is contaminated with dominant, aggressive and similar tendencies and hinders sexual satisfaction through „normal“ sexual acts. Therefore, we consider that such people reach out for porno as the source of additional stimulation for satisfaction of sexual, as well as other needs that interfere with the sexual ones.

CONCLUSION

Our research has confirmed the correlation between enjoying porno and specific patterns of sexual behavior. It has been confirmed there is a considerable part of young population in Belgrade who are not under stronger influence of porno, but for the rest of population enjoying in porno is correlated with the inclination for promiscuous behavior and use of sexual tools; with attitudes that we should begin with sexual relationships earlier, as well as that we shouldn't get attached to partners in stable relationships, but enter adventures and short-term relationships. This supports the claim that porno influences sexual development of young people. We note that there are differences between men and women in respect to consuming porno which implies that it would be more correct to approach the study of relation between porno and sexual behavior separately for each gender.

UŽIVANJE U PORNOGRAFIJI I SEKSUALNO PONAŠANJE MLADIH BEOGRADA

Boris Kordić¹

Lepa Babić²

¹ Fakultet bezbednosti, Univerzitet
u Beogradu, Beograd, Srbija

² Poslovni fakultet, Univerzitet
Singidunum, Beograd, Srbija

Kratak sadržaj

Autori istražuju da li postoji povezanost između uživanja u pornografskim sadržajima koji se nude u medijima i seksualnog ponašanja mladih u Beogradu. Pored ovih osnovnih varijabli takođe se prati uticaj tri agesna socijalizacije: porodice, škole i vršnjaka. Za istraživanje je sastavljen upitnik od 62 ajtema sa petostepenom likertovom skalom. Faktorska analiza je izdvojila 6 faktora. Osnovne varijable su prikazane sa faktorima „uživanje u pornografskim sadržajima“ i „sklonost promiskuitetnom ponašanju i korišćenju seksualnih pomagala“, agensi socijalizacije su prikazani kroz faktore „otvorenost roditelja za seksualne teme“, „otvorenost škole za seksualne teme“ i „sklonost vršnjaka pornografskim sadržajima“. Izdvojen je i faktor „shvatanje da porno ima negativan uticaj na seksualno ponašanje“. Nalazi pokazuju da postoji tražena povezanost između uživanja u pornografskim sadržajima i seksualnog ponašanja mladih, dok nije nadena povezanost između faktora koji predstavljaju školu i porodicu kao agense socijalizacije i osnovnih varijabli. Takođe je dobijena povezanost između uživanja u pornografskim sadržajima i sklonosti vršnja pornografskim sadržajima. Devojke su manje sklone uživanju u pornografskim sadržajima kao i sklonost promiskuitetnom ponašanju i korišćenju seksualnih pomagala za razliku od mladića. Uradena je hijerarhijsku klaster analizu uz optimizaciju Wardovog kriterijuma i dobijene su četiri tipične grupe mladih u odnosu na nadene faktore. 9% populacije mladih koja je obuhvaćena istraživanjem ima izraženu sklonost konzumiranju pornografije koja je povezana za sklonosću promiskuitetnom ponašanju i

korišćenju seksualnih pomagala i njih smo označili kao grupu mladih sa seksualno devijantnim ponašanjem, devijantno u smislu značajnog odstupanja od prosečnog ponašanja u populaciji. 38% čini grupa mladih koja uživa u pornografiji, a isti procenat ima i grupa mladih koji jednostavno ne konzumiraju pornografske sadržaje. 15% otpada na grupu mladih koji su protivnici pornografije iako nalaze delimično uživanje u njoj. Pokazalo se da postoji povezanost između dobijenih klastera i ajtema koji izražavaju odredene stavove mladih. Tako se pokazalo da je uživanje u porno povezano sa stavom da uzrasno ranije treba započeti sa seksualnim partnerskim odnosima, kao i da se ne treba vezivati za partnera već ulaziti u avanture i kratkotrajne veze. S obzirom da postoji velika grupa mladih koja ne konzumira porno sadržaje prepostavljamo da se radi o delu populacije koji teži redovnom seksualnom životu sa stalnim partnerima prema kojima postoje razvijena osećanja ljubavi. Ako se na taj način zadovoljavaju seksualne nagonske potrebe kao i potrebe za ljubavlju onda ta grupa ljudi uglavnom ne pokazuje težnju da zadovoljava seksualne ili neke druge potrebe uživanjem u pornografskim sadržajima. Kod preostalog dela populacije prepostavljamo da su sa seksualnim potrebama isprepleteni i neke druge potrebe, kao one za dominantnošću, agresivnošću i slične. Smatramo da takvi ljudi posežu za pornografijom kao izvorom dodatne stimulacije za zadovoljenje kao seksualnih tako i ostalih potreba koje se prepliću sa seksualnim.

Ključne reči: pornografija, seksualnost, mladi, Beograd

REFERENCES

1. Træen, B., Nilsen, T. S., Stigum, H. Use of Pornography in Traditional Media and on the Internet in Norway. *The Journal of Sex Research*. 2006; Vol 43, No 3, 245-254.
2. Bandura, A. Social cognitive theory of mass communication. In J. Bryant & D. Zillman, Eds, *Media effects: Advances in theory and research* (s. 61-90). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1994.
3. Monk-Turner, E. & Purcell, H. C. Sexual violence in pornography: How prevalent is it? *Gender Issues*. 1999; Vol 17, No 2; 58-67.
4. Attorney General's Commission on Pornography. Final Report. July 1986. U.S. Department of Justice, Washington D.C. 20530. Retrieved Mart 18, 2008 from: <http://www.porn-report.com/205-question-of-harm.htm>
5. Philaretou, A. G. Net.SeXXX: Readings on Sex, Pornography, and the Internet. *The Journal of Sex Research*. 2005; Vol 42, No 2; 180-181.
6. Zillmann, D. & Bryant, J. Pornography, sexual callousness, and the trivialization of rape. *Journal of Communication*. 1982; Vol 32, 10-21.
7. Trčen, B., Nilsen, T. S., Stigum, H. Use of Pornography in Traditional Media and on the Internet in Norway. *The Journal of Sex Research*. 2006; Vol 43, No 3, 245-254.
8. Häggström & Nordin, 2005; based on Johansson, T. & Hammarén, N. Hegemonic Masculinity and Pornography: Young people's attitudes toward and relations to pornography. *Journal of Men's Studies*. 2007; Vol 15, No 1, 57-70.
9. Rogala & Tydén, 1999; based on Johansson, T. & Hammarén, N. Hegemonic Masculinity and Pornography: Young people's attitudes toward and relations to pornography. *Journal of Men's Studies*. 2007; Vol 15, No 1, 57-70.
10. Træen, B., Nilsen, T. S., Stigum, H. Use of Pornography in Traditional Media and on the Internet in Norway. *The Journal of Sex Research*. 2006; Vol 43, No 3, 245-254.
11. Kordić, B. Stavovi mladih u Beogradu prema pornografiji. *Zbornik radova Fakulteta Bezbednosti Univerziteta u Beogradu*. 2007; str. 225 – 237.
12. Kordić, B. Stavovi mladih u Beogradu prema pornografiji. *Zbornik radova Fakulteta Bezbednosti Univerziteta u Beogradu*. 2007; str. 225 – 237.
13. Johansson, T. & Hammarén, N. Hegemonic Masculinity and Pornography: Young people's attitudes toward and relations to pornography. *Journal of Men's Studies*. 2007; Vol 15, No 1, 57-70.
14. Trostle, L. C. Overrating pornography as a source of sex information for university students: Additional consistence finding. *Psychological Report*. 2003; Vol 92, No 1, 143-150.
15. Attorney General's Commission on Pornography. Final Report. July 1986. U.S. Department of Justice, Washington D.C. 20530. Retrieved Mart 18, 2008 from: <http://www.porn-report.com/205-question-of-harm.htm>
16. Bogaert, A. F. Personality, individual differences, and preferences for the sexual media. *Archives of Sexual Behavior*. 2001; Vol 30, No 1, 29-53.
17. Bogaert, A. F. Personality, individual differences, and preferences for the sexual media. *Archives of Sexual Behavior*. 2001; Vol 30, No 1, 29-53.

Boris KORDIĆ
Fakultet bezbednosti
Gospodara Vučića 50
11040 Belgrade, Serbia
Phone +381 (0)63 8898227
E mail: kordic_b@yahoo.com

POUZDANOST RAZLIČITIH IZVORA INFORMACIJA PRI PROCENI HIPERAKTIVNOSTI DECE

Tatjana Tubić¹
Špela Golubović²

UDK: 616.89-008.447-053.2

Kratak sadržaj

Uvod U ovom radu se rana identifikacija hiperaktivnog ponašanja posmatra kao funkcija stepena saglasnosti različitih izvora informacija relevantnih za procenu ispitivanog svojstva.

Cilj rada Utvrditi kako treneri i roditelji procenjuju hiperaktivnost dece, da li su i u kolikoj meri oni saglasni u tim procenama i, ako nisu, kojem izvoru informacija treba dati prednost pri ranoj identifikaciji hiperaktivnosti.

Metod Uzorkom je obuhvaćeno 133 dece od 5 do 9 godina oba pola. Njihovo ponašanje je procenjivalo četiri trenera nezavisno jedan od drugog u toku treninga, kao i roditelji dece, primenom Konersove skale hiperaktivnosti sa 4 ponuđena odgovora. Pri obradi rezultata korišćene su metode deskriptivne statistike i metoda glavnih komponenti.

Rezultati Utvrđeno je da postoji visok stepen saglasnosti među trenerima pri proceni hiperaktivnog ponašanja, sve dobijene korelacije su statistički značajne na nivou 0.01, kreću se od 0.56 do 0.72. Saglasnost između trenera i roditelja je, međutim, vrlo niska i nije statistički značajna. Uz to, procene trenera su pomerene ka višim vrednostima ($AS_1=19.75$; $AS_2=20.04$; $AS_3=21.55$; $AS_4=14.32$), dok su procene roditelja znatno niže ($AS=8.46$). Rasipanje rezultata je kod svih trenera manje nego kod roditelja ($SD_1=4.26$; $SD_2=3.54$; $SD_3=2.67$; $SD_4=3.84$, odnosno $SD=4.43$). Rezultati frekventne analize pojedinačnih slučajeva ukazuju da postignuta usklađenosć između procena trenera i roditelja predstavlja pouzdan indikator problemskog ponašanja deteta, a kada te usklađenosti nema, što je češći slučaj, kliničar sa većom pouzdanošću može da se osloni na procenu trenera nego roditelja. Primena metode glavnih komponenti potvrđuje ortogonalnost varijabli procena trenera, s jedne strane, i roditelja, s druge.

Zaključak Postoji potreba za stručnim usavršavanjem trenera, vaspitača, nastavnika i ostalih zainteresovanih koji se bave decom od predškolskog uzrasta u pravcu stvaranja osnova za što tačnije procenjivanje različitih aspekata problemskog ponašanja u različitim kontekstima, a sve u interesu ranijeg otkrivanja, te prevencije ili intervencije.

Ključne reči: ponašanje, procena, saglasnost, hiperaktivnost, deca

1 Fakultet sporta i fizičkog vaspitanja,
Novi Sad, Srbija
2 Medicinski fakultet, Novi Sad, Srbija

UVOD

Psiholozi, pedijatri, psihijatri, defektolozi i stručnjaci iz drugih oblasti zainteresovani za mentalno zdravlje dece svakodnevno se suočavaju sa potrebom za usaglašavanjem različitih izvora informacija o eventualnom problemskom ponašanju deteta. Što je veći broj različitih izvora informacija o ispitivanom ponašanju, to je veća i verovatnoća da se obuhvate svi oni aspekti tog ponašanja koji su relevantni za uspostavljanje valjane dijagnoze, te odgovarajuću i pravovremenu terapiju. Šta, međutim, raditi kada su procene jednog istog ponašanja koje dolaze iz različitih izvora nesaglasne, ponekad čak i kontradiktorne? Kom izvoru informacija u takvim slučajevima treba dati prednost, a da se pri tome ne oslanjamo samo na puku intuiciju ili prethodno iskustvo koje, opet, s obzirom da je rezultat naše procene, može biti varljivo i nepouzdano?

U ovom radu pažnja je usmerena upravo ka utvrđivanju kako roditelji i treneri procenjuju hiperaktivnost dece, koliko su saglasni u tim procenama i, ako nisu, kome treba dati prednost u cilju ranog prepoznavanja hiperaktivnosti. Akcenat u radu je, dakle, na proceni hiperaktivnosti kod dece, ali i na procenama ispitivanog svojstva različitih izvora informacija o detetu. Ti izvori najčešće posmatraju i prate ponašanje dece u situacijama koje se razlikuju, ne samo po fizičkom ili socijalnom okruženju koje predstavlja poligon za manifestaciju pojedinih svojstava ponašanja, već, ono što je nama u ovom istraživanju prevašodno važno, po dostupnosti svojstava koja su relevantna za procenu hiperaktivnosti. Naime, ponašanje deteta se razlikuje u kući kada je okruženo bliskim osobama i poznatim ambijentom u odnosu, na primer, od ponašanja istog deteta u istoj

kući kada su prisutne i druge osobe. Potpuno drugačiju situaciju za procenjivanje ponašanja predstavlja, međutim, trening, odnosno bavljenje fizičkim aktivnostima pod strogim nadzorom stručne osobe, uz prisustvo većeg broja druge dece koja su uključena u istu vrstu aktivnosti. Logički se može pretpostaviti da ako dete ispoljava pojedine simptome hiperaktivnog ponašanja, ti simptomi dolaze do izražaja u jednoj situaciji na jedan način, s u nekoj drugoj situaciji na možda unekoliko drugačiji način, ali sigurno je da moraju biti dostupni procenjivanju bez obzira ko je izvor informacija o ispitivanom problemu u ponašanju.

Rezultati istraživanja u ovoj oblasti, kao i neposredna iskustva kliničara, međutim, govore suprotno navedenoj pretpostavci. Polazeći od opšte prisutnog stava da se konvergencija informacija koje se dobijaju od više procenjivača skoro nikad ne postiže, Ahenbah, Krukovski, Dumenci i Ivanova (Achenbach, Krukowski, Dumenci i Ivanova) [1] su, preduvezvi meta-analizu na uzorku od 51000 članaka objavljenih u 52 renomirana naučna časopisa poslednjih deset godina, ustanovili da je korelacija među različitim izvorima informacija o ispitivanom svojstvu najčešće vrlo slaba i da varira u zavisnosti od toga da li se procena ponašanja ispituje istim ili različitim mernim instrumentima. Kada nezavisni procenjivači koriste različite instrumente za dobijanje podataka o ispitivanom svojstvu, korelacija iznosi 0.304, a primena istog mernog je, shodno očekivanjima, povećava. Na korelaciju među različitim izvorima informacija, pokazuje navedena meta-analiza, u znatnoj meri utiču i konkretni indikatori merenja unutar ispitivanog svojstva ponašanja. Naime, procesujući internalizovane oblike ponašanja procenjivači, u proseku, postižu manju sa-

glasnost nego kada procenjuju eksternalizovane oblike istog ponašanja. (Interesantno je primetiti da se, ipak, najniža saglasnost u procenama dobija kada se upoređuju procene bazirane na samoizveštavanju i onih koje su dobijene od drugih, ta korelacija iznosi u proseku 0.02! Znači, različiti izvori informacija su neizbežni i korisni, čak i kada su nisko konzistentni.)

Do sličnih zaključaka došlo se i u nekim drugim istraživanjima koja su se bavila ovom problematikom [2,3,4,5]: slaganje između različitih izvora informacija o ponašanju deteta je, generalno posmatrano, vrlo nisko; na primer, slaganje između roditelja i učitelja kreće se oko 0.13 kada procenjuju internalizovane simptome, a oko 0.32 kada procenjuju eksternalizovane simptome problemskog ponašanja dece. Kada, međutim, razmatrane simptome procenjuju ne dve odrasle osobe kao u prethodnom slučaju, nego dete (brat ili sestra) i odrasla osoba, korelacija među procenama ispitivanog ponašanja iznosi oko 0.20, bez obzira da li je reč o internalizovanim ili eksternalizovanim simptomima [2,6].

Nije sporno da navedeni primeri mogu da se objasne činjenicom da tačnost procene zavisi u velikoj meri od samog procenjivača [7,8]. Na taj način se u fokus bavljenja tačnošću procenjivanja postavlja ličnost osobe koja procenjuje i koja ne može u dovoljnoj meri da se drži pod kontrolom kada je u pitanju problemsko ponašanje vlastitog deteta (ne možemo izbeći roditelje kao procenjivače iako se podrazumeva njihova pristrasnost koja bi u drugim situacijama bila dovoljan razlog za njihovo izuzeće). Međutim, malo je poznato i malo se koristi u kliničkoj praksi mogućnost da se uzroci neslaganja među procenjivačima dovedu do prihvatljivijeg nivoa uzimanjem u obzir izdvojenih (dakle, nezavi-

snih) uticaja reprezentativnih elemenata ispitivanih aspekata ponašanja [9]. S tim u vezi, povećanju saglasnosti, ali i objektivnosti među procenjivačima zнатно bi doprinelo kada bi kliničari (i istraživači) pri prikupljanju podataka o problemskom ponašanju konkretnog deteta vodili računa o zastupljenosti određenog konteksta i perspektive potencijalnih izvora informacija relevantnih za tačnost procenjivanja. Ovaj noviji pristup problemima saglasnosti među procenjivačima ukazuje, ustvari na važnost prožimanja kontesta (da li je ponašanje dostupno za procenjivanje u kući ili van nje) i perspektive (da li sami izveštavamo o problemu ili neko drugi, kao i da li je taj drugi iz najbližeg okruženja ili van njega) pri realnom sagledavanju doprinosa pojedinih infomacija utvrđivanju ispoljenosti određenog svojstva, te davanju prednosti jednom od njih. Tako shvaćeno, razumljivo je zašto se otac i majka ne mogu koristiti kao različiti i nezavisni izvori informacija mada, strogo uzevši i među njima ima značajnih razlika u proceni ispoljenog ponašanja (te razlike proizlaze iz ličnosti konkretne osobe, a ne iz različitog konteksta).

Koliko stav kliničara pri prikupljanju podataka o detetu iz pojedinih izvora može da utiče na dobijene rezultate ukazuje se već samim naslovom članka Hutchinsona i saradnika [10], „Mogu li roditelji tačno procenjivati hiperaktivnost svoje dece?“. U navedenom istraživanju autori su utvrdili da oslanjanje isključivo na roditelje kao izvor informacija o hiperaktivnosti deteta omogućava da se sa verovatnoćom od 50% pogodi ukoliko dete jeste hiperaktivno, odnosno sa verovatnoćom od 89% utvrdi ukoliko nije hiperaktivno. S obzirom na usmerenost kliničara ka izdvajanju dece koja jesu hiperaktivna da bi im se pravovremeno moglo pomoći, oslanja-

nje samo na roditelje kao izvor informacija izjednačava se sa čistom lutrijom! Ništa pouzdaniji oslonac u utvrđivanju problemskog ponašanja nemamo ni kada su učitelji jedini izvor informacija. U prilog tome, govori studija rađena na 2000 dece uzrasta 10 i 11 godina u Velikoj Britaniji u kojoj je utvrđeno da podaci dobijeni od psihiyatara pokazuju da je hiperaktivnost nađena samo kod dvoje dece, dok se u istom istraživanju prema podacima dobijenim od učitelja govori o učestalosti hiperaktivnosti kod 8 % dece [11]. Studija sprovedena sedamdesetih godina na uzorku dece ispod 11 godina pokazuje učestalost od 1,2% dece sa medicinski dijagnostikovanom hiperaktivnošću za razliku od podataka koje za istu decu daju učitelji kada se hiperaktivnost po njima ispoljava u 12,7% [12].

U nastojanju da prevaziđemo, u onoj meri u kojoj je to moguće, probleme koje kliničarima zadaje niska pouzdanost informacija dobijenih korišćenjem samo jednog izdvojenog izvora, s jedne strane, odnosno slaba korelacija između različitih izvora informacija, s druge, u ovom radu smo se opredelili za primenu različitih izvora informacija u cilju što objektivnijeg uvida u ispoljavanje simptoma hiperaktivnog ponašanja. Naime, da bi se uvažili uticaji koji dolaze iz porodice i koji su ujedno i najdostupniji procenjivanju upravo u kontekstu kuće, jedan izvor informacija čine roditelji (pol roditelja nije uzet u razmatranje s obzirom na kontradiktorne rezultate u vezi sa tačnošću podataka o detetu koje dobijamo od oca ili majke). Drugi izvor informacija predstavljaju treneri iz sportskog kluba u kome se dete institucionalizovano bavi fizičkim vežbanjem najmanje 6 meseci. Ne radi se o proceni jednog trenera, nego četiri trenera u ulozi nezavisnih procenjivača, čime je bilo moguće pri obradi i interpretaciji rezultata uneko-

liko kontrolisati njihovu tačnost pri procenjivanju pojedinih aspekata hiperaktivnog ponašanja iste dece. Važno je zapaziti da procena trenera obuhvata ne samo drugi kontekst procenjivanja (dakle, ponašanje van kuće), nego i drugu perspektivu, tako da se uzimanjem u obzir procena roditelja i više trenera pri procenjivanju hiperaktivnog ponašanja u ovom radu približavamo, ustvari, stvaranju „idealnih“ uslova za dobijanje relevantnih podataka o ispitivanom ponašanju (ako se uzme u obzir da je, po rečima Torndajka prema [13], „idealni procenjivač osoba koja je imala najčešće priliku da posmatra procenjivanu ličnost u situacijama u kojima je najverovatnije da će ona pokazati kvalitete koji su predmet procene“). Ako izuzmemos klinički merni instrumentarium čija se primena u slučaju hiperaktivnosti dece podrazumeva, unapređivanju objektivnosti procenjivanja iz više različitih izvora doprineli bi još rezultati samoprocene dece, kao i procene učitelja ili vaspitača koji su u ovom radu morali biti izostavljeni zbog uzrasnih specifičnosti razmatranog uzorka (i koje bi, shodno tome, pre delovale u pravcu metodološke nekorektnosti).

CILJ RADA

Osnovni cilj ovog rada je da se utvrdi kako treneri i roditelji procenjuju hiperaktivnost dece. Interesuje nas, osim toga, da li su i u koliko meri oni saglasni u tim procenama i, ako nisu, kojem izvoru informacija treba dati prednost pri ranoj identifikaciji hiperaktivnosti.

METOD RADA

Uzorkom je obuhvaćeno 133 dece od 5 do 9 godina oba pola (101 dečak i 32 devojčice), koja se institucionalizovano bave

fizičkim aktivnostima u okviru Sportske školice u Novom Sadu. Ponašanje dece na treninzima je kontinuirano praćeno u periodu od šest meseci od strane četiri trenera koji su, pri tome, aktivno učestvovali u strukturisanim i slobodnim aktivnostima dece. Nakon tog perioda treneri su nezavisno jedan od drugog procenjivali hiperaktivnost posmatrane dece primenom Konersove skale Likertovog tipa [14,15,16], tako što su izražavali svoj stepen slaganja sa ponuđenim indikatorima ponašanja (od 0 koja označava potpuno odsustvo posmatranog simptoma, do 3 koja označava izraženo prisustvo, sa odgovarajućim međukoracima 1 i 2). Isti merni instrument su popunjavali i roditelji dece koju su procenjivali treneri, a ukupno vreme koje je bilo potrebno za ispitivanje je 5-10 minuta, što se podudara sa preporučenim vremenom za popunjavanje skale od strane njenog autora. Ovaj merni instrument je standardizovan u našim uslovima na uzorku od 870 dece i utvrđeno je da Alfa koeficijent pouzdanosti iznosi 0,90, relija-

bilnost dobijena split-half metodom 0,84, kao i da je cut-off 18 [17].

Podaci su prikupljeni u okviru eksperimentalog dela naučno-istraživačkog projekta „Integralni razvoj, fizička aktivnost i aberantno ponašanje predškolske dece“ koji realizuje Fakultet sporta i fizičkog vaspitanja Univerziteta u Novom Sadu, a finansira Ministarstvo za nauku i tehnološki razvoj Republike Srbije.

REZULTATI

U Tabeli 1. su dati rezultati deskriptivne statistike po ajtemima za svakog procenjivača.

Iz Tabele 1 se uočava da su aritmetičke sredine (AS) prva tri trenera relativno bliskih vrednosti, dok četvrti trener procenjuje hiperaktivno ponašanje dece osetno nižim skorovima. Na osnovu standardnih devijacija (SD) ocena trenera, može se reći da su i one približno jednake, s izuzetkom prvog trenera koji ima blago povišeno raspršenje rezultata. Za razliku od trenera,

Tabela 1. Rezultati deskriptivne statistike po ajtemima
Table 1. Descriptive statistics results by the items

	Trener I Trainer I		Trener II Trainer II		Trener III Trainer III		Trener IV Trainer IV		Roditelji Parents	
	AS Mean	SD SD	AS Mean	SD SD	AS Mean	SD SD	AS Mean	SD SD	AS Mean	SD SD
IT1	1.98	.59	2.09	.65	2.07	.62	1.64	.73	1.35	.80
IT2	1.92	.63	1.89	.66	2.04	.43	1.37	.57	.93	.66
IT3	1.92	.76	1.80	.66	2.07	.39	1.50	.71	.30	.47
IT4	2.08	.61	2.06	.66	2.29	.52	1.61	.70	.68	.69
IT5	2.02	.76	2.19	.70	2.26	.47	1.54	.72	1.01	.79
IT6	2.19	.57	2.00	.48	2.29	.45	1.34	.56	.60	.72
IT7	1.86	.64	2.17	.39	2.14	.34	1.38	.52	1.29	.91
IT8	1.85	.61	1.95	.41	2.15	.36	1.32	.54	.88	.81
IT9	1.86	.59	1.84	.44	2.17	.39	1.24	.45	.43	.55
IT10	2.07	.65	2.05	.74	2.10	.41	1.39	.57	.98	.80
Skor Score	19.75	4.26	20.04	3.54	21.55	2.67	14.32	3.84	8.46	4.43

Legenda: IT1 do IT10 – ajtemi po redu u skali

Legend: IT1 to IT10 – items ordered according the scale

roditelji imaju primetno niže skorove, kako za pojedinačne ajteme, tako i na skali u celini, uz veće i rasipanje rezultata. Posmatrano po ajtemima, u Tabeli 1 se ne može uočiti nikakva pravilnost u proceni pojedinih indikatora hiperaktivnog ponašanja, a što se tiče AS i SD ostaje razmatranje dato za skorove.

U nastavku istraživanja zanimalo nas je da li postoji i u kolikoj meri je izražena povezanost između procena pojedinih procenjivača (Tabela 2).

Na osnovu rezultata predstavljenih u Tabeli 2 se vidi da su sve korelacije između trenera statistički značajne na nivou 0.01 i srednje su do umereno visoke (od 0.56 do 0.72), dok su korelacije između roditeljske procene i svih ostalih varijabli male, suprotnih znakova i nisu statistički značajne, što znači da ih ne treba ni interpretirati jer su dobijene slučajno.

U cilju utvrđivanja još preciznijih podataka o konzistentnosti rezultata procena trenera i roditelja, urađena je frekventna analiza svih pojedinačnih slučajeva koji zadovoljavaju određene kriterijume. S obzirom da su procene trenera među sobom usaglašene i visoko korelirane, dakle

precizne, zbog pomerenosti aritmetičke sredine u desno i odgovarajućeg cut-off-a standardizovane Konersove skale, interesovalo nas je koliko su te procene zaista tačne. Takođe je pažnja usmerena ka utvrđivanju koliko su te procene usaglašene sa procenama roditelja (ili obrnuto), te kome u slučaju nesaglasnosti možemo dati prednost u smislu veće verovatnoće tačnosti procene. U skladu sa ovim zadatkom, poshto nismo mogli da se oslonimo na apsolutne vrednosti rezultata procene ni trenera, ni roditelja na Konersovoj skali, formirali smo grupe pojedinačnih slučajeva, uz uslov da se dobije učestalost problematičnog ponašanja koje je prisutno u populaciji, a koja se po literaturi kreće od 5-15% u zavisnosti od pojedinih istraživača [18,19,20]. Pri tome, ako smo posmatrali koji slučajevi ulaze u 5%, odnosno 15% najviših vrednosti po skoru, nismo nasumice izbacivali slučajeve da bi procenti bili tačni, nego smo grupu (pa samim tim i procente) proširili tako da u nju uđu svi slučajevi sa datim skorom. Na ovaj način dobijene su po dve grupe za svakog trenera i roditelje ponaosob sa brojem slučajeva, odnosno procentima datim u Tabeli 3.

Tabela 2. Korelacije između pojedinih procenjivača
Table 2. Correlations between the individual assessors

Varijable Variables	Trener I Trainer I	Trener II Trainer II	Trener III Trainer III	Trener IV Trainer IV	Roditelji Parents
Trener I Trainer I	1.00	.71**	.57**	.72**	.16
Trener II Trainer II	.71**	1.00	.56**	.64**	.12
Trener III Trainer III	.57**	.56**	1.00	.59**	-.01
Trener IV Trainer IV	.72**	.64**	.59**	1.00	.07
Roditelji Parents	.16	.12	-.01	.07	1.00

** Korelacija značajna na nivou 0.01 (dvosmerno)

**Correlation significant at the level of 0.01 (two-way)

Iz Tabele 3 se vidi da prvu grupu čine deca koja se po procenama trenera i roditelja nalaze u oko 5% najviših skorova i ta grupa je za potrebe interpretacije rezultata nazvana grupom visokorizičnih. Nju čine 6.8%, 6%, 6%, 7.5%, odnosno 9.6% dece, respektivno. Drugu grupu čine procene četiri trenera (od prvog do četvrtog) i roditelja koja je nazvana grupom rizičnih i u nju su svrstana sva deca do oko 15% ukupnog uzorka (isključujući i decu iz prve grupe), a odgovarajući procenti su 9%, 15.8%, 12%, 11.3% i 9% , respektivno. Prva i druga grupa zajedno, znači, obuhvatila je decu koju su treneri i roditelji procenili kao 15.8%, 21.3%, 18%, 18.8% i 18% onih kod kojih su problemi u ponašanju verovatniji u odnosu na ostatak ispitivanog uzorka.

Ako se posmatra grupa dece koja je po oceni većine trenera procenjena kao visokorizična, uočava se da tu grupu čine deca

pod rednim brojevima 40 i 66 (slažu se svi treneri), zatim 65, 70, 101, 103, 110, 112 (slaže se po tri trenera), kao i 74 za koga se slažu dva trenera. Preostala deca koju je bar jedan trener svrstao u grupu visokorizičnih, ostali su svrstali u svoje grupe rizičnih, što doprinosi visokom stepenu slaganja u procenama trenera. Izuzetak čine deca 17 i 102 koje нико od drugih trenera, ali ni roditelja, ne svrstava ni u jednu od rizičnih grupa, te njih možemo posmatrati kao grešku trenera u proceni. Ako se posmatra šira grupa rizičnih, vidi se da se i tu u manjoj ili većoj meri ponavljaju ista deca, ali je evidentno stepen slaganja trenera niži. Važno je pri tome primetiti da su roditelji saglasni sa procenom trenera u vezi visokorizične grupe jedino u slučaju deteta pod rednim brojem 40 za koga se svi slažu da spada u visokorizične. U svim ostalim slučajevima nema poklapanja roditeljskih procena sa procenama trenera u

Tabela 3. Frekventna analiza pojedinačnih slučajeva svrstanih u grupe visokorizičnog i rizičnog ponašanja

Table 3. Frequency individual case analysis classified into the groups of high risk behavior and risk behavior

		Trener I Trainer I			Trener II Trainer II			Trener III Trainer III			Trener IV Trainer IV			Roditelji Parents		
		Poeni Points	Slučajevi Cases	f (%)	Poeni Points	Slučajevi Cases	f (%)	Poeni Points	Slučajevi Cases	f (%)	Poeni Points	Slučajevi Cases	f (%)	Poeni Points	Slučajevi Cases	f (%)
I + II grupa I + II group	II	25	4 8, 19, 45, 67, 69, 75, 86, 110	12 9%	24	8, 13, 14, 54, 45, 75, 82, 84, 85, 87, 109, 119, 121, 122	21 15.8%	24	21, 35, 69, 101, 121	18	41, 42, 63, 71, 84	13	2, 19, 47, 57, 60	12 9%		
	I	26	74, 87, 112	25	16, 63, 65, 71, 74, 86, 90	27	91, 109, 119	26	41, 50, 70, 86, 116	19	4, 43, 45, 86, 87	15	3, 85, 97, 98, 115, 125	12 9%		
	I	27	17, 103	9 6.8%	26	70, 112, 116	8 6%	28	38, 40, 65, 66, 103, 110, 112	8 6%	22	66, 70, 101, 102, 110	10 7.5%	16	16, 21, 56, 63, 90, 94	12 9%

grupi visokorizičnih. Umesto toga, u grupi koju roditelji procenjuju kao visokorizične pojavljuju se deca pod rednim brojem 75 koju tri trenera, 63 i 42 koju dva trenera i 16, 21, 38 i 90 koje po jedan trener opaža kao rizične pripadnike druge grupe. Sva ostala deca koju su roditelji procenili kao visokorizične, treneri su ocenili veoma povoljno i kod njih nisu svrstani ni u jednu grupu, što znači da se ponašaju u skladu sa očekivanjima u vezi sa uzrastom kome pripadaju. Ovde se izdvaja dete pod rednim brojem 12 koje su roditelji ocenili maksimalnim skorom za procene roditelja (21 poen), a da su ga treneri ocenili kao prosečnog po ispitivanim svojstvima. Deca koju su roditelji svrstali u rizičnu grupu treneri u najvećem broju slučajeva nisu izdvojili. Još je interesantniji podatak da su deca oko kojih se treneri slažu da su visokorizični, roditelji ne samo da ne izdvajaju ni u jednu od rizičnih kategorija već imaju i prilično niske skorove u grupi koju su procenjivali roditelji.

Da bi se proverili do sada predstavljeni rezultati, urađena je i redukcija skupa originalnih varijabli metodom glavnih komponenata. Na osnovu Kaiserovog kri-

terijuma izdvojene su dve glavne komponente čiji su karakteristični koreni veći od 1; isti broj komponenti treba zadržati i na osnovu Katelovog scree-testa. Ove dve komponente objašnjavaju 78.51% ukupne varijanse originalnih promenljivih, i to prva komponenta objašnjava 58.27% ($\lambda=2.913$), a druga 20.24% ($\lambda=1.012$).

Iz matrice komponenti (Tabela 4) i odgovarajućih koeficijenata linearne kombinacije vidi se da na formiranje prve glavne komponente najviše utiču prvi i četvrti trener, a tek nešto manje drugi i treći trener, dok je uticaj percepциje roditelja minimalan. Na formiranje druge odnosne glavne komponente gotovo isključivo utiče originalna promenljiva koja se odnosi na percepцију roditelja, dok ostale promenljive nemaju praktičnog uticaja, što se vidi na osnovu apsolutne vrednosti koeficijenata.

DISKUSIJA

Uvidom u rezultate predstavljene u prethodnom delu rada uočava se visoka saglasnost procena trenera što govori u prilog jasno definisanih kriterijuma na osnovu kojih svrstavaju ispitivanu decu u

<i>Tabela 4. Matrica komponenti</i> <i>Table 4. Components matrix</i>		
	Komponente Components	
	1	2
Trener I Trainer I	.891	.069
Trener II Trainer II	.856	.017
Trener III Trainer III	.782	-.217
Trener IV Trainer IV	.868	-.065
Roditelji Parents	.154	.978

pojedine grupe. Dobijena saglasnost među trenerima može da predstavlja za kliničare ujedno i pomoćno merilo tačnosti pri procenjivanju hiperaktivnog ponašanja, čime se potpomaže rana identifikacija razmatranog svojstva. Ono što se, međutim, može smatrati manjkavošću oslanjanja samo na ove rezultate tiče se nalaza da su ti kriterijumi trenera, ipak, znatno pomereni ka višim vrednostima, zbog čega nije bilo moguće izdvojiti problematičnu decu samo na osnovu Konersove skale pomoću standardizovanog cut-off-a [17]. Naime, ako bismo se rukovodili samo procenama trenera, čak 57% procenjivane dece bi od strane prvog procenjivača bilo svrstano u hiperaktivne, odnosno 62% kod drugog, a kod trećeg 95.5%! Samo četvrti procenjivač procenjuje oko 15% dece hipeaktivnom, što je najpričutnije distribuciji hiperaktivnih u populaciji [18,19,20].

Roditelji, za razliku od trenera, imaju problema sa utvrđivanjem kriterijuma pri proceni problema u ponašanju dece, a ti problemi proizilaze kako iz nepotpunog uvida u socijalno okruženje u kojem se ispoljavaju određeni simptomi takvog ponašanja, tako i iz nedovoljne mogućnosti poređenja sa drugom decom da bi mogli konzistentno da procene svoje dete, odnosno svoje dete u odnosu na drugu decu. Stoga ne iznenadjuje nalaz ovog istraživanja koji govori o tome da bi po proceni roditelja u kategoriju hiperaktivnih bilo svrstano samo 2.25% dece.

Dalje, rezultati dobijeni frekventnom analizom pojedinačnih slučajeva ukazuju na opravdanost dovođenja u vezu procena trenera i roditelja, nezavisno od toga što je interkorelacija njihovih procena vrlo niska i statistički nije značajna. Naime, kliničari bi morali da se oslove na oba razmatrana izvora informacija o problemskom ponašanju dece posebno u slučajevima u koji-

ma su se složili i treneri i roditelji – tada sa velikom verovatnoćom može da se tvrdi da se radi o detetu sa evidentnim problemom u ponašanju, čak i pre primene kliničkog instrumentarijuma. Kao što je nagašeno, u slučajevima kada se procene razlikuju, možemo se osloniti pre na procenu trenera nego roditelja. U prilog rečenom svedoče i konkretni primjeri dece iz razmatranog uzorka.

Rezultati dobijeni primenom metode glavnih komponenata potvrđuju prethodna razmatranja: umesto originalnog skupa pet posmatranih promenljivih, mogu se analizirati dve latentne promenljive od kojih prvu formiraju originalne promenljive koje se odnose na procene trenera, a drugu određuje procena roditelja. Kako su glavne komponente među sobom ortogonalne, može se zaključiti da su i originalne promenljive procene trenera, s jedne, i procene roditelja, s druge strane, među sobom ortogonalne što znači da su po kontekstu i po perspektivi procenjivača nekorisne. Prva glavna komponenta obuhvata skoro tri puta veći varijabilitet prostora originalnih promenljivih od druge komponente što implicira da bolje opisuje varijabilitet ispitivane pojave, iz čega dalje sledi da je za objašnjenje posmatranog ponašanja relevantnija procena trenera nego roditelja.

ZAKLJUČAK

Više nezavisnih procenjivača ne moraju nužno dovesti do veće tačnosti procene, ali u ovom istraživanju je to bio slučaj. Štaviše, dokazano je da je konzistentnost trenera u proceni vrlo visoka i da bi ova kve metode trebalo više koristiti pri ranom otkrivanju dece sa smetnjama u ponašanju. Tu sigurno mogu pomoći i nastavnici iz pojedinih predmeta u školi koji decu

opažaju u kontekstualno drugačijem okruženju, vaspitači, itd.

Međutim, rezultati dobijeni u ovom istraživanju ukazuju i da je potrebno više stručnog rada sa trenerima (kao i učiteljima, nastavnicima, itd.) na ujednačavanju zajedničkih kriterijuma za procenu problematičnog ponašanja u cilju dobijanja veće tačnosti merenja (odnosno smanjenja apsolutne greške merenja). Ovo nije teško izvodljivo s obzirom na postojanje odgovarajućih predmeta na nastavničkim fakultetima (razvojna i pedagoška psihologija na Pedagoškom fakultetu; psihologija i psihologija sporta na Fakultetu sporta i fizičkog vaspitanja, psihologija na Prirodo-matematičkom fakultetu, itd.) na koji-

ma bi se to moglo uvrstiti u nastavni plan i program u okviru planiranih reformi visokoškolskog obrazovanja.

Dobijeni rezulati su u skladu sa rezultatima prethodnih istraživanja predstavljenim u uvodnim razmatranjima, ali su možda malo iznenađujući s obzirom na vreme koje s decom provode roditelji u odnosu na trenere. Pokazalo se, naime, da je kontekst u kojem se ispoljava određeno ponašanje izuzetno važan, pa su tako treneri koji su sa decom dva ili tri puta nedeljno po jedan sat bolje uočili probleme nego roditelji koji su se verovatno i navikli na određeno ponašanje, pa ga ni ne procenjuju kao problematično.

RELIABILITY OF DIFFERENT SOURCES OF INFORMATION IN ASSESSING HYPERACTIVITY OF CHILDREN

**Tatjana Tubić¹
Špela Golubović²**

Summary

Introduction In this paper an early identification of hyperactive behavior in children is seen as the function of a degree of consistency among different sources of information relevant for assessing the feature in question.

Objective To identify the way trainers and parents assess the hyperactivity in children, whether their assessments are consistent, if so, to what extent, and if not, which source of information should be given the precedence in the process of an early identification of hyperactive behavior.

Method The sample included 133 children aged 5-9 of both sexes. Their behavior was estimated by four trainers independently of one another during the practices which was also done by parents using the Conners Rating Scale with four given answers. The Descriptive statistics and Principal Components methods were applied.

Results A high degree of consistency among trainers was observed in the assessment of hyperactive behavior, i.e. all obtained correlations are statistically significant at the level of 0.01, within range 0.56-0.72. The consistency between trainers and parents, however, appeared to be low and not statistically significant. In addition, assessments done by trainers tend to move towards higher values ($M_1=19.75$; $M_2=20.04$; $M_3=21.55$; $M_4=14.32$), while assessments done by parents are considerably lower ($M=8.46$). Results dispersion in the case of all trainers is lower when compared to that of parents ($SD_1=4.26$; $SD_2=3.54$; $SD_3=2.67$; $SD_4=3.84$, that is $SD=4.43$). The results of frequency analysis of individual cases imply that consistency between assessments of trainers and those of parents represents a reliable indicator of the problem behavior in children, and when this consistency does not occur, which is a more common case, a clinician can consider assessment of a trainer as a more reliable one than that of parents. The Principal Components method is used to confirm the variable orthogonality of trainers' assessment on one hand, and that of parents on the other.

Conclusion The need exists to professionally train and educate trainers, teachers and all others interested in the matter who teach or educate preschool children in order to create most precise evaluation of different aspects of the problem behavior in different contexts, with ultimate goal of early detection, prevention, and intervention.

Key words: behavior assessment, assessment consistency, hyperactivity, children.

¹ Faculty of Sport and Physical Education, Novi Sad, Serbia
² Faculty of Medicine, Novi Sad, Serbia

Literatura

1. Achenbach TM, Kruskowski RA, Dumenci L, Ivanova MY. Assessment of adult psychopathology: meta-analyses and implications of cross-informant correlations. *Psychol Bull* 2005 May; 131(3):361-82.
2. Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT. Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychol Bull* 1987; 101:213-232.
3. Hinshaw SP, Han SS, Erhardt D, Huber A. Internalizing and externalizing behavior problems in preschool children: correspondence among parent and teacher ratings and behavior observations. *J Clin Child Psychol* 1992; 21:143-150.
4. Kazdin AE (ed). *Informant Variability in the Assessment of Childhood Depression*. New York, Plenum, 1994.
5. Mandal RL, Olmi d, Wilczynski SM. Behavior rating scales: Concordance between multiple informants in the diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Atten Disord* 1999; 3(2): 97-103.
6. McConaughy SH, Stanger C, Achenbach TM. Three-year course of behavioral/emotional problems in a national sample of 4-to 16-year-olds, I: agreement among informants. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31:932-940.
7. Šipka P. Korelati uspešnog interpersonalnog procenjivanja sadržani u ličnosti procenjivača. *Psihologija* 1977; 3-4:43-57.
8. Havelka N. *Socijalna percepcija*. Beograd: Zavod za izdavanje udžbenika i nastavnih sredstava; 1992.
9. Kraemer HC, Measelle JR, Ablow JC, Essex MJ, Boyce WT, Kupfer DJ. A new approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research: mixing and matching contexts and perspectives. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1566-1577.
10. Hutchinson E, Pearson D, Fitzgerald C, Bateman B, Gant C, Grundy J, Stevenson J, Warner J, Dean T, Matthews S, Arshad H, Rowladson P. Can parents accurately perceive hyperactivity in their child?. *Child Care Health Dev* 2001; 27(3), 241-250.
11. Gaddes WH, Edgell D. *Learning Disabilities and Brain Function*. Springer Verlag; 1994.
12. Lambert NM, Sandoval J, Sassone D. Prevalence of hyperactivity in elementary schoolchildren as a function of social system definers. *American Journal of Orthopsychiatry* 1978; 48: 446-463.
13. Freeberg N E. Relevance of rater-ratee acquaintance in validity and reliability of ratings. *J Appl Psychol* 1969; 53:518-524.
14. Edelbrock C, Rancurello M D. Childhood hyperactivity: An overview of rating scales and their applications. *Clin Psychol Rev* 1985; 5(5):429-445.
15. Danforth J S, DuPaul G J. Interrater Reliability of Teacher Rating Scales for Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 1996; 18 (3):227-237.
16. Conners CK. *Conner's Rating Scales for Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 3rd Edition. North Tonawanda, New York: Multi Health Systems; 2008.
17. Jerković I. Uloga kauzalnih atribucija roditelja u formiraju i održavanju razvojnih poremećaja kod dece. Doktorska disertacija. Beograd, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu; 2002.
18. Veselinović-Jovanović M. *Hiperaktivno dete*. Beograd: Zadužbina Andrejević; 2001.
19. Golubović Š, Jerković I, Rapač D. Sposobnost održavanja pažnje i ispoljavanje hiperaktivnosti i impulsivnosti u zavisnosti od pola deteta. *Pedagogija* 2008; 63(3):465-471.
20. Golubović Š, Golubović B. *Sindrom hiperaktivnog deteta*. Norma, 2003; 9(2-3):253-262.

Tatjana TUBIĆ
Fakultet sporta i fizičkog vaspitanja
Lovćenska 16, Novi Sad, Srbija
Tel. +381 (0)64 265 99 37
E mail: tntubic@nadlanu.com

AFEKTIVNI POREMEĆAJI KOD OBOLELIH OD EPILEPSIJE

Tatjana Voskresenski¹
Branislav Đurđev¹
Veselin Savić¹
Veronika Bojić²

UDK: 616.89-008.454:616.853

Kratak sadržaj

Uvod Učestalost afektivnih poremećaja kod pacijenta sa epilepsijom iznosi od 8 do 48 %, viša je nego u opštoj populaciji. Prema vremenu javljanja u odnosu na epileptičke napade, afektivni poremećaji mogu biti interiktusni, periiktusni (prodromi) ili postiktalni.

Cilj istraživanja je bio određenje podtipova afektivnog poremećaja kod pacijenta obolelih od epilepsije.

Metodologija Ispitivani uzorak je činila grupa od 52 pacijenta sa postavljenom dijagnozom epilepsije i kod kojih je bila postavljena dijagnoza afektivnog poremećaja prema MKB 10 kriterijumima. U kliničkom ispitivanju je korišćen psihijatrijski intervju, kojim su bili obuhvaćeni i relevantni podaci iz porodične, socijalne i profesionalne anamneze, tipu ili tipovima epileptičkih napada, učestalosti napada, njihovoj korelaciji sa psihičkim poremećajima i određenim EEG nalazom i primeni antiepiletičke terapije (mono ili politerapije).

Rezultati U ispitivanoj grupi pacijenata sa postavljenom dijagnozom epilepsije i afektivnog poremećaja, 32 pacijenta (61,5 %) činili su pacijenti sa složenim fokusnim napadima sa ili bez sekundarne generalizacije i 20 pacijenata (38,5 %) pacijenti sa primarno generalizovanim napadima. Uočeno je da su afektivni poremećaji zastupljeniji u grupi pacijenata sa složenim fokusnim napadima (61,5 %) u odnosu na pacijente sa primarno generalizovanim napadima. U ispitivanoj populaciji bile su zastupljenije žene (55,8 %), takođe su bile zastupljenije i u podgrupi pacijenata sa složenim fokusnim napadima.

Zaključak U ispitivanoj populaciji pacijenata sa epilepsijom i afektivnim poremećajima razmatrani su psihosocijalni činioci koji mogu predstavljati različne faktore za nastanak afektivnih poremećaja kod ove populacije obolelih. Uočeno je da su afektivni poremećaji zastupljeniji u grupi pacijenata sa složenim fokusnim napadima (61,5 %) u odnosu na pacijente sa primarno generalizovanim napadima. U ispitivanoj populaciji bile su zastupljenije žene (55,8 %), takođe su bile zastupljenije i u podgrupi pacijenata sa složenim fokusnim napadima. Veći procenat ispitnika u ovoj grupi (63,4 %) primalo je u terapiji dva ili više antiepileptika, pogotovo u pacijenata sa složenim napadima, koji sami i po svojoj prirodi mogu zahtevati racionalnu politerapiju. Kod ove podgrupe pacijenata evidentna je i lošija kontrola napada tj veći stepen farmakoresistentnosti, što takođe predstavlja faktor rizika za nastanak afektivnih poremećaja. Najčešći oblik afektivnog poremećaja koji se javlja u ispitivanoj populaciji pacijenata i u obe podgrupe bio je perzistentni poremećaj raspoloženja (distimija)- hronično depresivno raspoloženje (34,6 %), a potom rekurentni depresivni poremećaj (30,7 %).

Ključne reči: afektivni poremećaji, epilepsija, depresija, antiepileptici

- 1 Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti "Dr Slavoljub Bakalović" Vršac, Srbija
- 2 Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

UVOD

Epidemiološka istraživanja su pokazala da oko jedne trećine pacijenata sa epilepsijom ima i psihičke promene [1]. Broj se povećava na dve trećine kod pacijenata koji imaju i organske moždane promene, posebno kod pacijenata sa epilepsijom temporalnog režnja, gde zajedno deluje veći broj činilaca koji su značajno povezani sa psihijatrijskim morbiditetom. U studiji (Edeh i Tuna (Edeh & Toone) 22% epileptičkih pacijenata imala je postavljenu dijagnozu depresivnog poremećaja [2]. Dok Ditrigh Blumer (Dietrich Blumer) [3] nalazi da je prevalenca afektivnog poremećaja bila dva puta veća (44%), u grupi pacijenata sa teškim oblicima epilepsije koji su bili kandidati za hirurško lečenje epilepsije.

Afektivni poremećaji kod ovih pacijenata klasifikuju se u odnosu na vreme javljanja prema epileptičkim napadima. Tako se razlikuju iktusne promene (za vreme napada), periiktusne (u neposrednoj vremenskoj vezi sa napadima - prodromno, preiktusno ili postiktusno) i interiktusne promene (u dužim vremenskim intervalima između napada). Direktna veza sa epileptičkim napadima uočena je samo u slučajevima periiktusnih napada, dok veza između interiktusnih poremećaja i epileptičnih napada može biti postojana, ali neizvesna.

Klinička slika iktusnih afektivnih poremećaja najčešće se javlja kod pacijenata sa epilepsijom temporalnog režnja i to u vidu osećanja straha, užasa, besa, depresivnog raspoloženja suicidalnih ideja, osećanja propasti, ređe se javljaju prijatna osećanja, euforija, za-

nos, ushićenost. Iktusne afektivne promene su mnogo češće ako je žarište iznad desne hemisfere.

Periiktusni afektivni poremećaji mogu se manifestovati kao prodromalni afektivni simptomi i kao postiktusni afektivni simptomi.

Prodromalni afektivni simptomi traju duže od 10 minuta, a nekada i do tri dana. Prodromi se javljaju kod bolesnika sa primarno generalizovanom epilepsijom i fokusnim epileptičkim napadima i mogu se ispoljiti kao disforično raspoloženje, razdražljivost, iritabilnost, psihička napetost, strah, glavobolja, depresija.

Periiktusna depresija je u stvari prema kriterijumu trajanja depresivna reakcija, ali je bitna zbog svog kliničkog ispoljavanja i mogućnosti pojave suicidalnih ideja, impulsa i autoagresivnih pulzija. Periiktusni afektivni poremećaji mogu se izbeći dobrom kontrolom epileptičkih napada.

Poseban entitet predstavlja i periiktusni disforični poremećaj koji može biti prodromalni ili postiktusni. Prodromni disforični poremećaj ispoljava se razdražljivošću i drugim disforičnim simptomima i može satima ili danima pretvoditi pojaviti epileptičkog napada.

Postiktusni disforični poremećaj ispoljava se u vidu anergije, glavobolje, neraspoloženja koji mogu trajati daniма posle epileptičkog napada i biti vrlo teški i ugrožavajući.

Što se tiče interiktusnih afektivnih poremećaja, u skorašnjoj literaturi, Blumer pozivajući se na stare nemačke psihijatre, posebno Krepelina (Kraepelin), opisao je specifičan afektivni poremećaj kod pacijenata sa epilepsijom in-

teriktusni disforični poremećaj ili afektivno somatoformni poremećaj [3]. Za postavljanje dijagnoze ovog simptoma potrebno je najmanje pet od osam simptoma koji su neophodni za postavljanje dijagnoze i to: depresivno raspoloženje, anergija, bol, nesanica, strah, anksioznost paroksizmalna razdražljivost, euforično raspoloženje. Simptomi traju kratko od par sati do nekoliko dana. Često se javljaju epizode intenzivne i kratkotrajne razdražljivosti, besa, nepredvidljive agresije, takođe i intenzivne depresivne reakcije sa suicidalnim idejama. Interiktusni poremećaj se od drugih afektivnih poremećaja razlikuje po intermitentnom ispoljavanju simptoma.

Postiktusni afektivni simptomi najčešće se ispoljavanju u vidu produžene depresivne epizode i teško mogu da se klinički prepoznaaju, ako ne postoji podatak da pacijent od ranije ima epilepsiju. Najčešće se javlja kod pacijenata koji imaju složene fokusne napade. Simptomi mogu da se nadovezuju odmah na iktusne simptome ili se javljaju posle završetka napada. Klinički se postiktusni simptomi ispoljavaju u vidu ataka anksioznosti, euforičnog ili hipomaničnog raspoloženja, sumanutih ideja, halucinatornih doživljavanja.

Najčešći vid psihičkih poremećaja koji se javljaju kod osoba sa epilepsijom je interiktusna depresija. Smatra se da je učestalost depresivnog poremećaja u ovoj populaciji pacijenata od 8 do 48%, što predstavlja znatno veću stopu u odnosu na opštu populaciju gde se kreće u opsegu od 4,9 do 17% [4]. Depresivni poremećaj može da varira u širokom rasponu od stanja neraspolože-

nja, pa do teških depresivnih epizoda sa psihotičnim manifestacijama.

Mogu se javiti različiti podtipovi depresivnog poremećaja od poremećaja prilagođavanja sa depresivnim raspoloženjem, zatim lake, umerene i teške depresivne episode, depresivne episode sa psihotičnim simptomima, distimije, bipolarni afektivni poremećaj i perzistentni poremećaj raspoloženja.

Depresivni poremećaj se nekada može manifestovati i pre pojave epileptičkih napada što se objašnjava hipofunkcijom biogenih amina i gamaaminobuterne kiseline (GABA). Etiologija nastanka afektivnih poremećaja je multifaktorijalna i složena. Smatra se da je pet grupa faktora od značaja u nastanku ovih poremećaja [5].

1. Faktori vezani za samu epileptičnu bolest: životno doba kada je došlo do pojave epileptičkih napada, lateralizacija epileptičkog fokusa, tip ili tipovi epileptičkih napada, organske promene i učestalost napada;

2. Psihološki i socijalni faktori: stigmatizacija, socijalna izolacija, predrasude, stresni životni događaji;

3. Antiepileptička terapija: primena mono ili politerapije, neželjeni efekti lekova, primena barbiturata;

4. Sociodemografski faktori: životno doba, pol, bračni status, nivo edukacije;

5. Genetska predispozicija.

Genetska predispozicija jasno je dokazana u etiologiji bipolarnog afektivnog poremećaja i unipolarne depresije. U rizične faktore za nastanak depresije spadaju: pozitivna porodična anamneza, ranije epizode depresije, rani početak epilepsije, farmakorezistentna epilepsija, epilepsija temporalnog režnja,

politerapija sa sedativnim antiepilepticima, hirurško lečenje epilepsije, stigmatizacija, nezaposlenost, smanjena socijalna podrška. Najčešće, u nastanku depresivnog poremećaja učestvuju veći broj faktora, koji deluju kumulativno.

Ponekada je vrlo teško da se postavi klinička dijagnoza depresije kod pacijenta sa epilepsijom. Veliki broj simptoma koji predstavljaju dijagnostičke kriterijume prema MKB10 i DSM 4 mogu se javiti kod obolelih pacijenata nakon epileptičke aktivnosti ili primene anti-pelipetične terapije (AET). Simptomi gubitka energije i interesovanja, nesanica ili povećana potreba za spavanjem, smanjenje ili porast apetita, gubitak libida, psihomotorna retardacija ili agitacija, gubitak koncentracije. S obzirom da navedeni simptomi mogu biti prisutni u pacijenata koji nisu depresivni može doći do greške u postavljanju dijagnoze. U studiji Šmica i sar. iz 1999. godine (Smitz et al. 1999) [6] koja je obuhvatala retrospektivnu analizu težih psihiatrijskih komplikacija kod pacijenata sa epilepsijom, od 25 slučajeva depresije 12 depresija je bilo interiktalnog porekla, 6 slučajeva postiktalno, 6 alternativno i 1 slučaj depresije nakon prestanka uzimanja AET. U navedenoj studiji registrovano je da je 20% pacijenata sa major depresivnim poremećajem imalo i dokumentovani pokušaj suicida. U istoj studiji Šmic i saradnici su retrospektivno ispitivali ispitivali biološke i socijalne rizične faktore kod pacijenata sa depresijom. Pojava depresije je bila češća kod pacijenata sa dijagnozom epilepsije temporalnog režnja, mada nije bilo podataka da se radi o težim ob-

licima epilepsije, niti o značajnim negativnim socijalnim uticajima.

U studiji Kviskea i saradnika (Quiske et al.) [7] ispitivana je diferencijacija između depresije i podtipova epilepsije temporalnog režnja, u grupi pacijenata sa farmakoresistentnom epilepsijom kod kojih je urađeno hirurško lečenje. Pacijenti sa mezijalnom temporalnom sklerozom imali su viši skor na skali depresivnosti u odnosu na pacijente sa epilepsijom temporalnog neokorteksa.

Flor Henri je još 1969. godine nakon ispitivanja pacijenata sa epilepsijom koji su bili kandidati za hirurško lečenje, postavio hipotezu da su afektivni poremećaji mnogo češći kod pacijenata koji imaju epileptički fokus u desnem temporalnom lobusu. Nakon ove hipoteze, niz autora je pokušavao da dokaže predominaciju desnog ili levog lobusa u nastanku depresivnog poremećaja, međutim danas preovladava stav das se depresija podjednako javlja u oba slučaja [8].

Savremene hipoteze ukazuju na pojavu fenomena "hipofrontalnosti" tako da pojava mezijalne temporalne skleroze levog temporalnog lobusa može dovesti do disfunkcije frontalnog lobusa i pojave depresije. Fenomen hipofrontalnosti registrovan je kod pacijenata sa endogenom depresijom [9]. Postajanje hronično aktivnog fokusa u temporalnim regionima povezano je sa hipoaktivnošću i disfunkcijom u anatomske povezanim regionima koji su udaljeni od primarnog epileptigenog fokusa. U ovim regionima se registruje sekundarna disfunkcija putem neuropsiholoških testova ili funkcionalnih neuroimaging tehnika [10]. Ovi fenomeni su posebno

uočeni u korteksu frontalnih moždanih regiona. Međutim, ovaj fenomen se jedino viđa kod pacijenata sa epileptogenim fokusom u levom temporalnom lobusu, a ne javlja se u pacijenata sa depresivnim poremećajem i fokusom u desnog temporalnom lobusu. Ovi podaci su pokazani i neuropsihološkim ispitivanjem uz Wisconsin Card Sorting Test i funkcionalnim neuroimaging tehnikama PET i SPECT [10, 11, 12]. Navedeni podaci ukazuju na to da je patofiziologija nastanka depresije u pacijenata sa epilepsijom levog i desnog temporalnog lobusa potpuno različita. U prvom slučaju smatra se da je uzrok nastanka disfunkcija frontalnog lobusa. Ovi rezultati dalje ukazuju na to da epileptički fokusi mogu imati funkcionalan uticaj i na udaljene regije, koji mogu postati klinički relevantni npr. za manifestaciju psihijatrijskih poremećaja.

Pored svog pozitivnog psihotropnog efekta na stabilizaciju raspoloženja AET mogu izazvati i značajne neželjene psihijatrijske efekte. U studiji Kanera i saradnika (Kanner et. al.) [13] u gotovo trećine pacijenata sa epilepsijom koji su lečeni zbog depresije, depresija je jatrogenog karaktera, uzrokovana primenom AET. Takođe je u nekoliko kliničkih studija jasno potvrđena veza između primene barbiturate i pojave depresivnog poremećaja i u dece i u odraslih osoba.

Što se tiče primene antiepileptika novije generacije i psihijatrijskih komplikacija, u više studija je potvrđeno da primena vigabatrina može dovesti do pojave psihoze i drugih psihijatrijskih komplikacija. U studiji Levinsona i Devinskog (Levinson & Devinsky) [14]

pokazano je da 12 % pacijenata koji su lečeni vigabatrinom u periodu od 3 do 4 meseca došlo do pojave depresivnog poremećaja. Takođe je uočeno da određeni broj pacijenata kod kojih je došlo do pojave teškog oblika depresivnog sindroma imaju značajnu redukciju broja napada, međutim nije bilo pacijenata sa potpunom redukcijom napada. Depresogeni efekat vigabatrina ne može samo objasniti njegovim jakim antiepileptičkim dejstvom. Takođe je i kod drugih antiepileptika novije generacije, tiagabina i topiramata uočena pojava depresivnog poremećaja. Kod primene topiramata uočeno je da se depresivni poremećaj češće javlja ako se lek uvodi brzo i u većim dozama, zato se i preporučuje postepena titracija leka. Kod drugih antiepileptika kao što su gabapentin, lamotrigin i levitiracetam nije uočena pojava depresivnog poremećaja. Prepostavlja se da postoji kauzalna veza između GABA - ergičkih svojstava i depresogenog efekta AET. Klasični AET, npr. fenobarbiton su GABA agonisti, čime se i objašnjava ideo GABE u nastanku depresije. Ne postoji ni jedan AET koji je potpuno siguran za primenu i bez psihijatrijskih komplikacija.

CILJ

Cilj našeg retrospektivnog ispitivanja je bilo određenje psihosocijalnih, profesionalnih i bioloških faktora u nastanku afektivnih poremećaja kod pacijenata sa epilepsijom i delineacija podtijelova afektivnog poremećaja u toj grupi pacijenata.

METODOLOGIJA

Ispitivanjem je bila obuhvaćena grupa od 52 pacijenta sa postavljenom dijagnozom epilepsije i kod kojih je bila postavljena dijagnoza afektivnog poremećaja prema MKB 10 kriterijumima. Grupu ispitanika je činilo 23 žena i 29 muškaraca prosečne životne dobi od 25,4 godine. Vreme trajanja epileptičke bolesti iznosilo je od 5 do 18 godina. Od 52 pacijenta sa postavljenom dijagnozom epilepsije i afektivnog poremećaja, 32 pacijenta je imala složene fokusne napade sa ili bez sekundarne generalizacije aktivnosti i 20 pacijenata sa primarno generalizovanom epilepsijom. U kliničkom ispitivanju je korišćen psihijatrijski intervju, kojim su bili obuhvaćeni i relevantni podaci iz porodične, socijalne i profesionalne anamneze, tipu ili tipovima epileptičkih napada, učestalosti napada, njihovoj korelaciji sa psihičkim poremećajima i određenim EEG nalazom i primeni antiepileptičke terapije (mono ili politerapije). Period praćenja pacijenata je bio 2 godine.

REZULTATI

U ispitivanoj grupi pacijenata sa postavljenom dijagnozom epilepsije i afektivnog poremećaja,, 32 pacijenta (61,5 %) činili su pacijenti sa složenim fokusnim napadima sa ili bez sekundarne generalizacije i 20 pacijenata (38,5 %) pacijenti sa primarno generalizovanim napadima. Uočeno je da su afektivni poremećaji zastupljeniji u grupi pacijenata sa složenim fokusnim napadima (61,5 %) u odnosu na pacijente sa primarno generalizovanim napadima.U ispitivanoj populaciji bile su zastupljenije žene (55,8 %), takođe su bile zastupljene i u podgrupi pacijenata sa složenim fokusnim napadima. U odnosu na bračni status 40% ispitanika je živelo u bračku, a ostali ispitanici su bili razvedeni ili nisu imali svog bračnog partnera. U obe podgrupe, što se tiče nivoa obrazovanja najzastupljenije su bile osobe sa srednjom stručnom spremom. Što se tiče uposlenosti, više od 50 % ispitanika je bilo zaposleno. Veći procenat ispitanika u ovoj grupi (63, 4%) primalo je u terapiji dva ili više antiepileptika, pogotovu u pacijenata sa složenim napadima (tabela 1).

Tabela 1. / Table 1.

Epilepsija sa složenim fokusnim napadima Complex focal seizures	n 32
Epilepsija sa primarno generalizovanim napadima Primary generalised seizures	n 20

Tabela 2. / Table 2.

Pol Sex	Epilepsija sa složenim fokusnim napadima Complex focal seizures	Epilepsija sa primarno generalizovanim napadima Primary generalised seizures
Muški Male	18	11
Ženski Female	14	9

U odnosu na pol u ispitavanoj grupi pacijenata veći procenat (55,8%) činili su muškarci i predominantno u podgrupi pacijenata sa složenim fokusnim napadima (tabela 2).

U odnosu na bračni status 21 pacijent je živeo u braku (40,4 %), 19 (36,5%) pacijenta nije imalo bračnog partnera, a 23 % pacijenata je bilo razvedeno (tabela 3).

U odnosu na nivo obrazovanja najveći broj pacijenata je imao završeno srednje obrazovanje 37,5%, na nivou ispitivane grupe, a takođe i najveći procenat

na nivou obe podgrupe činile su osobe sa srednjim obrazovanjem (tabela 4).

U ispitivanoj grupi u odnosu na stepen uposlenosti pacijenata 53, 2% je bilo uposleno, a 46,8 pacijenata je bilo bez posla, ali je uposlenost bila veća u podgrupi pacijenata sa složenim fokusnim napadima u odnosu na podgrupu sa primarno generalizovanim napadima (tabela 5).

Što se tiče primene AET najveći broj pacijenata (63,4%) je imalo je ordinirnu politerapiju od najmanje dva antiepileptika i to u najvećem procentu kod pacije-

Tabela 3. / Table 3.

Bračni status Marital status	Epilepsija sa složenim fokusnim napadima Complex focal seizures	Epilepsija sa primarno generalizovanim napadima Primary generalised seizures
Neoženjen/Neodata	12	7
Oženjen/Uodata Married	11	10
Razvedeni Divorced	9	3

Tabela 4. / Table 4.

Nivo obrazovanja Level of education	Epilepsija sa složenim fokusnim napadima Complex focal seizures	Epilepsija sa primarno generalizovanim napadima Primary generalised seizures
Bez škole No education	2	0
Osnovni Primary	4	2
Srednja Secundary	18	14
Viša /Visoka Faculty	8	4

Tabela 5. / Table 5.

Zaposlenost Employment	Epilepsija sa složenim fokusnim napadima Complex focal seizures	Epilepsija sa primarno generalizovanim napadima Primary generalised seizures
Nezaposleni Unemployed	10	14
Zaposlen Employed	22	6

nata sa složenim fokusnim napadima (tabela 6).

U sledećoj tabeli je navedena i uspešnost kontrole epileptičkih napada u navedenim podgrupama ispitivane grupe pacijenta, gde se uočava da je među grupom sa složenim fokusnim napadima i afektivnim poremećajem, veći procenat (40,3 %) pacijenata ispunjavalo kriterijume za farmakorezistentnu epilepsiju (tabela 7).

Jedan od ciljeva našeg ispitivanja bilo je i određivanje zastupljenosti svih dijagnostikovanih podtipova afektivnog poremećaja u grupi ispitanih. U tabeli br. 8 dat je pregled podtipova afektivnih poremećaja koji su dijagnostikovani. Uočava se da se u ispitivanoj grupi pacijenata najčešće dijagnostikovalo distimični poremećaj (34,6%), a da je distimični poremećaj najčešće bio dijagnostikovan i u podgrupi sa složenim fokusnim napadima. Nakon toga je sa učestalošću od 30,7% dijagnostikovan rekurentni depresivni poremećaj sa blagim i umereno

teškim depresivnim epizodama, bez psihotičnih simptoma. U manjem procentu registrovane su depresivne episode umerene ili teške bez psihotičnih epizoda, ciklotimni poremećaj, bipolarni afektivni poremećaj sa blagom i umerenom depresivnom epizodom sa somatskim epizodama u slučaju tri pacijenta. Manične episode nisu registrovane ni u jednom slučaju. Interiktusni disforični poremećaj prema kriterijumima Blumera [3] registrovan je u slučaju jednog pacijenta sa epilepsijom sa složenim fokusnim napadima (tabela 8).

ZAKLJUČAK

U ispitivanoj populaciji pacijenata sa epilepsijom i afektivnim poremećajima razmatrani su psihosocijalni činioci koji mogu predstavljati rizične faktore za nastanak afektivnih poremećaja kod ove populacije obolelih. Uočeno je da su afektivni poremećaji zastupljeniji u grupi pacijenata sa složenim fokusnim napadi-

Tabela 6. / Table 6.

Antiepileptici Antiepileptics	Epilepsija sa složenim fokusnim napadima Complex focal seizures	Epilepsija sa primarno generalizovanim napadima Primary generalised seizures
Monoterapija Monotherapy	11	8
Politerapija Polytherapy	21	12

Tabela 7. / Table 7.

Kontrola napada Control of seizures	Epilepsija sa složenim fokusnim napadima Complex focal seizures	Epilepsija sa primarno generalizovanim napadima Primary generalised seizures
Farmakorezistentni Pharmacoresistence	21	2
Dobra kontrola Controllied seizures	11	8

ma (61,5 %) u odnosu na pacijente sa primarno generalizovanim napadima. U ispitivanoj populaciji bile su zastupljenije žene (55,8 %), takođe su bile zastupljenije i u podgrupi pacijenata sa složenim fokusnim napadima. U odnosu na bračni status 40% ispitanika je živilo u braku, a ostali ispitanici su bili razvedeni ili nisu imali svog bračnog partnera. U obe podgrupe, što se tiče nivoa obrazovanja najzastupljenije su bile osobe sa srednjom stručnom spremom. Što se tiče uposlenosti, više od 50 % ispitanika je bilo zaposleno. Veći procenat ispitanika u ovoj grupi (63,4%) primalo je u

terapiji dva ili više antiepileptika, pogotovu u pacijenata sa složenim napadima, koji sami i po svojoj prirodi mogu zahtevati racionalnu politerapiju. Kod ove podgrupe pacijenata evidentna je i lošija kontrola napada tj veći stepen farmakorezistentnosti, što takođe predstavlja faktor rizika za nastanak afektivnih poremećaja. Najčešći oblik afektivnog poremećaja koji se javlja u ispitivanoj populaciji pacijenata i u obe podgrupe bio je perzistentni poremećaj raspoloženja (distimija) - hronično depresivno raspoloženje, a potom rekurentni depresivni poremećaj.

Tabela 8. / Table 8.

Podtipovi afektivnog poremećaja Subtypes of affective disorders	Epilepsija sa složenim fokusnim napadima Complex focal seizures	Epilepsija sa primarno generalizovanim napadima Primary generalised seizures
Rekurentni depresivni poremećaj Reccurent depressive disorder	8	8
Depresivna epizoda umerena ili teška bez psihotičnih simptoma Modetate or severe deperssive episode without psychotic symptoms	5	2
Distimija Dysthymia	12	6
Ciklotimija Cyclothymia	4	3
Bipolarni poremećaj depresivna epizoda bez psihičkih simptoma Bipolar affective disorder, current episode severe depression with psychotic symptoms	2	1
Interiktusni disforični poremećaj Interictus dysphoric disorder	1	0

AFFECTIVE DISORDERS IN EPILEPTIC PATIENTS

Tatjana Voskresenski¹

Branislav Đurđev¹

Veselin Savić¹

Veronika Bojić²

Summary

Introduction The prevalence of affective disorders (ranging from 8 to 48%) in population suffering from a seizure disorder is higher than the prevalence in a general population. Based on the time of occurrence, the affective disorders can be inter-ictal, peri-ictal (prodromal) or post-ictal.

Aim of the study To determine the frequency of different types of affective disorders in patients suffering from concomitant seizure disorder.

Methods The sample consisted of 52 clinical patients suffering from a seizure disorder who were diagnosed with a concomitant affective disorder according to the ICD – 10 criteria. As part of the clinical management, all of the patients underwent a psychiatric assessment identifying all of the relevant parameters that included patients' statistics, details about their seizure disorder, and pertinent information about the current treatment.

Results The studied sample consisted of 61.5% (n=32) patients suffering from complex focal seizures with or without secondary generalisation, and 38.5% (n=20) patients suffering from primary generalised seizures. The affective disorders were more prevalent in the former group, with 61,5 % of the sample suffering from either a unipolar or a bipolar disorder of affect. The most prevalent amongst the affective disorders were dysthymia (34,6%), and recurrent depressive disorder (30,7%).

Conclusion The study identified specific psychological and socio-economical contributors that were typically seen in patients who were suffering from a concomitant affective and a seizure disorder. Within the group of seizure patients, those who were suffering from complex focal seizures were more prone to developing some form of a disorder of affect. This is also true for patients who were using multiple anti-epileptic medications and who had certain level of pharmacoresistance, which was identified as a potential triggering or perpetuating factor. The presented findings should help in better understanding of the correlation between seizure and affective disorders, and identification of key factors that influence the outcome.

Keywords: affective disorders, epilepsy, seizure disorder, depression, anti-epileptic drugs.

- 1 Special hospital for psychiatric diseases "Dr Slavoljub Bakalović" Vršac, Serbia
- 2 Psychiatric Clinic, Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia

Literatura:

1. Fenwick P. Epilepsy and psychiatric disorders. In Hopkins A,ed. *Epilepsy*. London: Chapman Hall, 1987:510-552.
2. Edeh J, Toone B. Relationship between interictal psychopathology and the type of epilepsy. Results of a survey in general practice. *Br J Psychiatry*. 1987 Jul;151:95-101
3. Blumer D. Dysphoric Disorders and Paroxysmal Effects,, recognition and Treatment of Epilepsy- related psychiatric disorders. *Harvard Rev. Psychiatr*, 2000: 8(1); 8-17.
4. Trimble MR, Schmitz B. The neuropsychiatry of Epilepsy.Cambridge; Cambridge University Press, 2002.
5. Mensah SA, Baevs MJ, Ajay K. The presence and clinical implication of depression in a community population of adults with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2006; 8: 213-219.
6. Schmitz B. Antidepressant drugs: indications and guidelines for use in epilepsy. *Epilepsia* 2002;43:14-18
7. Quiske A, Helmstaedter C, Lux S, Elger CE. Depression in patients with temporal lobe epilepsy is related to mesial temporal sclerosis. *Epilepsy Res.* 2000 Apr;39(2):121-5
8. Flor- Henry P. Psychosis and temporal lobe epilepsy: a controlled investigation. *Epilepsia*.1969;10:363-395.
9. Baxter LR Jr, Schwartz JM, Phelps ME, Mazziotta JC, Guze BH, Selin CE, Gerner RH, Sumida RM. Reduction of prefrontal cortex glucose metabolism common to three types of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1989 Mar;46(3):243-50
10. Schmitz EB, Moriarty J, Costa DC, Ring HA, Ell PJ, Trimble MR. Psychiatric profiles and patterns of cerebral blood flow in focal epilepsy: interactions between depression, obsessiveness, and perfusion related to the laterality of the epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1997 May;62(5):458-63.
11. Hermann BP, Wyler AR, Richey ET. Wisconsin Card Sorting Test performance in patients with complex partial seizures of temporal-lobe origin. *J Clin Exp Neuropsychol*. 1988 Aug;10(4):467-76.
12. Hermann BP, Seidenberg M, Haltiner A, Wyler AR. Mood state in unilateral temporal lobe epilepsy. *Biol Psychiatry*. 1991 Dec 15;30(12):1205-18.
13. Kanner AM, Kozak AM, Frey M. The use of sertraline in patients with epilepsy: is it safe? *Epilepsy Behav* 2000;1:100-105.
14. Levinson DF, Devinsky O. Psychiatric adverse events during vigabatrin therapy. *Neurology*. 1999 Oct 22;53(7):1503-11

Tatjana Voskresenski
Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti " Dr Slavoljub Bakalović " Podvršanska 13, Vršac
E-mail: tvoskresenski@gmail.com
Mob: +381 63 344 404

PSIHOPATOLOŠKI FENOMENI KOD SOMATSKI ASIMPTOMATSKIH HIV POZITIVNIH OSOBA

Marija Kostić¹

Obrad Glomazić¹

Milan Latas^{1,2}

UDK: 616.89:616.988:616.36-002

Kratak sadržaj

Uvod Mnoge studije na HIV pozitivnim pacijentima su otkrile međusobnu povezanost psihijatrijskih simptoma i simptoma HIV infekcije. Takođe se ukazuje povezanost psihijatrijskih poremećaja kod mnogih somatskih bolesti, a posebno onih koje vode u hronicitet.

Cilj Ispitati prisutnost psihopatoloških fenomena kod pacijenata inficiranih HIV-1 virusom koji još nisu razvili AIDS u komparaciji sa pacijentima pozitivnim na B ili C virus hepatitis.

Metod Uzorak je obuhvatao 60 pacijenata, od kojih su 30 bili ambulantno lečeni somatski asimptomatski HIV inficirani pacijenti, koji su činili ciljnju grupu, dok je kontrolna grupa obuhvatala 30 pacijenata, zaraženih virusom hepatitis B ili C. Ispitanje je rađeno uz pomoć HSCL-90 (Hopkinsonove liste simptoma), a zatim su dve grupe komparirane Studentovim T testom po svim supskalama i ukupnom skoru.

Rezultati: Studija je pokazala da su kod obe grupe pacijenata (HIV pozitivni i inficirani B ili C virusom hepatitis) prisutni umereno izraženi psihopatološki fenomeni, posebno depresivnost, anksioznost, interpersonalna senzitivnost, a kod HIV pacijenata još i opsesivno-kompulzivni simptomi. Rezultati su pokazali da nema statistički značajne razlike u ispoljavanju ispitivanih psihopatoloških fenomena između somatski asimptomatskih HIV pozitivnih osoba i osoba inficiranih virusom hepatitis B ili C.

Zaključak: Na osnovu rezultata studije konstatujemo da kod somatski asimptomatskih HIV pozitivnih osoba i kontrolne grupe (inficirani B ili C virusom hepatitis), uprkos umerenoj izraženosti nema razlike u ispoljavanju osnovnih psihopatoloških fenomena.

Ključne reči: psihopatološki fenomeni, HIV infekcija, hepatitis B, hepatitis C

1 Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, Srbija

2 Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

UVOD

Virus humane imunodefijencije (HIV) uzrokuje hroničnu infekciju sa progresivnim oštećenjem imunog i nervnog sistema limitirajući mogućnost odbrane organizma od različitih infektivnih agenasa i razvoja specifičnih neoplastičnih oboljenja. Infekcija ćelija CNS-a (posebno astrocita) virusom HIV-a dovodi do razvoja različitih neuropsihijatrijskih sindroma. Ovu konstataciju najbolje potkrepljuju nalazi da su patohistološke promene na mozgu prisutne kod 75 do 90 procenata u obdupcionom materijalu osoba koje su imale AIDS [1]; da su neuropsihijatrijske komplikacije prisutne kod oko 65 procenata pacijenata inficiranih HIV-om [1]; da su klasični psihijatrijski sindromi (anksiosni, depresivni, psihotični poremećaji) češće prisutni u populaciji obolelih od AIDS-a [2] u odnosu na opštu populaciju.

Prve studije su opisivale organski mentalni poremećaj vezan za neoplastičke komplikacije ili oportune infekcije centralnog nervnog sistema kod AIDS-a.[3] Sve one su se bazirale na grupama pacijenata u terminalnoj fazi bolesti. Kasnije, otkrivanjem mogućnosti testiranja pacijenata na virus HIV-a, tokom 1985. godine, u istraživanja je uključena i populacija seropozitivnih, ali asimptomatskih pacijenata.

Kod asimptomatskih HIV inficiranih osoba najčešće su zastupljeni: A) Anksionzni poremećaji (mogu biti prisutni bilo koji anksionzni poremećaji, ali su najčešći generalizovani anksionzni poremećaj, posttraumatski stres poremećaj i opsesivno-kompulzivni poremećaj; samo saznanje da čovek boluje od neizlečive bolesti, anticipirajući strah od diskriminacije okoline, gubitka posla, porodice, prijatelja, prati anksionost) [4,5]; i B) Afektivni poremećaji (ovi poremećaji, a pre svega depresija, su

prisutni u rasponu od 4 do 40 procenata HIV inficiranih osoba).[4,5,6]

Virusni hepatitis je česta infektivna bolest koju izazivaju hepatotropni virusi, a odlikuje se zapaljenjem i nekrozom jetre i karakterističnim biohemijskim promenama u serumu. Virus hepatitis B i D nose veliki rizik za prelazak akutnog u hronični hepatitis, dok je kod 80 procenata osoba inficiranih hepatitisom C to slučaj.[7] Samim tim i ovu bolest mogu da prate različiti psihopatološki simptomi.

Prema našim saznanjima, kod nas nisu vršena istraživanja u kojima bi se poredio stepen izraženosti psihopatoloških fenomena kod somatski asimptomatskih HIV pozitivnih osoba i osoba inficiranih virusom hepatitis B ili C.

CILJ

Utvrđivanje zastupljenosti psihopatoloških fenomena kod osoba inficiranih HIV-1 virusom, koji još nisu razvili AIDS, a u poređenju sa osobama pozitivnim na B i C hepatitis.

UZORAK I METOD

Istraživanje je sprovedeno na Institutu za infektivne i tropске bolesti i na Institutu za bolesti digestivnog sistema Kliničkog centra Srbije u Beogradu, krajem 2008. i početkom 2009. godine. Uzorak za istraživanje bili su ambulantno lečeni pacijenti na Odeljenju za obbolele od HIV-a i hospitalno lečeni pacijenti Odeljenja za obbolele od hepatitis, kao i pacijenti sa virusom hepatitis B ili C, koji su hospitalizovani na Institutu za bolesti digestivnog sistema.

Uzorak je obuhvatao ukupno 60 pacijenata, od kojih je 30 bilo zaraženo HIV-om, ali još uvek u ranom stadijumu, odnosno bez simptoma zaraženosti. Oni su či-

nila ispitivanu grupu. Kontrolna grupa je obuhvatala 30 osoba, koje su u sebi nosile virus hepatitisa B ili C, bez razlike da li su u pitanju akutni ili hronični nosioci.

Istraživanje je obavljeno uz pomoć upitnika Simptom ček lista (The Symptom Checklist 90 - SCL 90 [8]. Ovaj instrument se koristi radi sveobuhvatne procene različitih dimenzija psihijatrijske simptomatologije i ukupnog skora psihopatologije kod pacijenata. Upitnik se sastoji od 90 pitanja, podjeljenih u 9 supskala, prema grupama simptoma koji izražavaju specifičnu psihijatrijsku simptomatologiju: somatizacija, opsivno-kompulzivni simptomi, interpersonalna senzitivnost, depresivnost, anksioznost, ljutnja, (agora)fobija, psihoticizam i paranoidnost. Pitanja se odnose na prisustvo simptoma u vreme neposredno pred procenu. Odgovori pacijenata se procenjuju na Likertovoj petostepenoj skali (od *nimalo prisutno* do *ekstremno prisutno*). Svi odgovori se, prema tome, boduju od 0 do 4. Količnik sume bodova i broja pitanja, po supskalama, predstavlja izraženost specifičnih psihijatrijskih simptoma. Količnik sume svih odgovora i broja svih pitanja na Upitniku predstavlja ukupan (opšti) skor psihopatologije. Skale čiji se skor nalazi iznad skora opšte psihopataologije imaju značaj u smislu ukazivanja na postojanje klinički značajnih simptoma. Upitnik se često koristi u kliničkom radu, a korišćen je i u brojnim istraživanjima gde je pokazao validna psihometrijska svojstva.

Posle prikupljenih podataka, upitnici su razvrstani u odnosu na dve grupe koje su ispitivane – ciljnu (liste koje su popunjavale osobe sa HIV-om) i kontrolnu (liste koje su popunjavale osobe sa hepatitom B ili C). Potom je određena srednja vrednost svih 9 supskala i ukupna vred-

nost svakog upitnika pojedinačno. Dve grupe su komparirane Studentovim T testom po svim supskalama i ukupnoj skali.

REZULTATI

Validno popunjeno upitnik je dobijen od 60 ispitanih. Šezdeset pacijenata nije prihvatio da popuni upitnik.

Ukupan skor HSCL upitnika za pacijente sa HIV virusom iznosi 1,69 ($SD=0,51$) što odgovara umereno izraženom stepenu psihopatologije kod ovih osoba. Najizraženije supskale su: depresivnost 1,84 ($SD=0,71$), anksioznost 1,82 ($SD=0,70$) i opsivno-kompulzivni simptomi 1,81 ($SD=0,58$). Povišenje na ovim skalamama je prisutno kod svih 30 pacijenata, a nivo intenziteta je od umerenog do jačeg. Kod somatski asimptomatskih HIV pozitivnih osoba su umereno prisutni paranoidnost, somatizacija i interpersonalna senzitivnost, što se vidi iz vrednosti sledećih supskala: paranoidnost 1,70 ($SD=0,61$), somatizacija 1,67 ($SD=0,55$), interpersonalna senzitivnost 1,65 ($SD=0,65$). U niskom stepenu su izraženi hostilnost 1,49 ($SD=0,42$) i (agora)fobija 1,42 ($SD=0,50$), dok su psihotični simptomi prisutni u vrlo niskom stepenu 1,34 ($SD=0,32$). (Tabela 1)

Ukupan skor osoba inficiranih virusom hepatitisa B ili C je 1,76 ($SD=0,43$), što odgovara umereno izraženom stepenu psihopatoloških fenomena. U najvišem stepenu su prisutni: interpersonalna senzitivnost 1,92 ($SD=0,58$), anksioznost 1,90 ($SD=0,55$) i depresivnost 1,89 ($SD=0,60$). Kod svih 30 pacijenata koji su činili kontrolnu grupu je umereno izražena paranoidnost 1,80 ($SD=0,60$), opsivno-kompulzivni poremećaji 1,79 ($SD=0,49$) i somatizacija 1,69 ($SD=0,59$). Dobijene su

niže vrednosti na supskali hostilnost 1,40 (SD=0,45), a najmanje su ispoljeni (agora)fobija 1,33 (SD=0,38) i paranoidnost 1,33 (SD=0,29). (Tabela 1)

Međusobna komparacija ove dve grupe pacijenata Studentovim T testom pokazuje da su viši skorovi kod HIV pozitivnih osoba bili na supskalama koje mere opsesivno-kompulzivne simptome, hostilnost, (agora)fobiju i psihoticizam, a kod osoba inficiranih virusom hepatitisa B ili C na supskalama somatizacije, interpersonalne senzitivnosti, depresivnosti, anksioznosti i paranoidnosti. Međutim, ni na jednoj subskali, ni na ukupnom skoru nije bilo zna-

čajne statističke razlike između HIV pozitivnih osoba i osoba inficiranih virusom hepatitisa B (Tabela 1).

DISKUSIJA

Ideja ovog istraživanja proistekla je iz želje da se utvrdi postojanje pozitivne korelacijske između nastanka psihopatoloških simptoma i inficiranosti HIV-om kod osoba koje još nisu razvile simptome imunodeficijencije. Znajući da kod osoba sa AIDS-om, kao terminalnom stadijumu HIV infekcije, psihopatologija može biti izražena kroz tzv. „AIDS dementia complex“, koju karakteri-

Tabela 1. Deskriptivni statistički parametri i značajnost razlika svih supskala i ukupnog skora HSCL upitnika za pacijente sa HIV virusom i kontrolne grupe pacijenata.

Table 1. Descriptive and statistical parameters and values of differences in subscales and total score of HSCL questionnaire for patients infected with HIV and control group

Supskala <i>Subscale</i>	HIV SD <i>HIV SD</i>	Kontrolna grupa SD <i>Control group SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Somatizacija <i>Somatization</i>	1,67 (0,55)	1,69 (0,59)	- 0,11	58	0,91
Opsesivno-kompulzvni simptomi <i>Obsessive-compulsive symptoms</i>	1,81 (0,58)	1,79 (0,49)	0,17	58	0,87
Interpersonalna senzitivnost <i>Interpersonal sensitivity</i>	1,65 (0,65)	1,92 (0,58)	- 1,72	58	0,09
Depresivnost <i>Depression</i>	1,84 (0,71)	1,89 (0,60)	- 0,24	58	0,81
Anksioznost <i>Anxiety</i>	1,82 (0,70)	1,90 (0,55)	- 0,45	58	0,65
Hostilnost <i>Hostility</i>	1,49 (0,42)	1,40 (0,45)	0,78	58	0,43
(Agora)fobija <i>(Agora)phobia</i>	1,42 (0,50)	1,33 (0,38)	0,78	58	0,44
Psihoticizam <i>Psychoticism</i>	1,34 (0,32)	1,33 (0,29)	0,13	58	0,90
Paranoidnost <i>Paranoid traits</i>	1,70 (0,61)	1,80 (0,60)	- 0,64	58	0,53
Ukupan skor <i>Total score</i>	1,69 (0,51)	1,76 (0,43)	- 0,61	58	0,55

še trijas kognitivnih i motornih poremećaja, uz poremećaj ponašanja, iste smo isključili iz ove studije i ograničili se samo na rad sa ambulantno lečenim pacijentima, koji su bili bez somatskih simptoma.

Obrađivši prikupljene podatke, došli smo do rezultata i zaključaka koji se poklapaju sa zaključcima izvesnih studija sa sličnom tematikom. Tu, pre svega, mislimo na istraživanje Odeljenja za psihijatriju na Univerzitetu Ohajo, Rozenbergera i saradnika, iz 1993. godine, koji su zaključili, da nema povećane incidencije psihijatrijskih poremećaja kao posledice HIV infekcije.[9] Takođe, do sličnih zaključaka su došli i Peri i saradnici, istraživanjem objavljenim 1993.[10] Oni tvrde da pre razvoja ozbiljnih fizičkih simptoma, samo saznanje o HIV inficiranosti ne dovodi do povećanja morbiditeta u vezi sa psihijatrijom. Međutim, u istom kontekstu navode i podatak, da je značajan procenat osoba iz rizične grupe imao već izražene psihijatrijske simptome.[10]

U radu koji se bavi depresivnim i anksioznim poremećajima kod žena sa HIV infekcijom, Morison i saradnika, iz 2002., HIV seropozitivne žene, kod kojih u tom trenutku nije bilo zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, ispoljile su značajno više simptoma depresije i anksioznosti nego grupa seronegativnih žena, sa sličnim demografskim karakteristikama.[11] Iste godine istraživanje su sprovedli Skidsbjerg i saradnici, u studiji gde je takođe korišćena Hopkinsova lista simptoma (SCL-90-R), ispitivanjem 3 grupe od po 20 homoseksualaca. U prvoj grupi su bile osobe sa razvijenim AIDS-om, u drugoj asimptomatske HIV pozitivne osobe, a treću su činili neinficirani, koji su predstavljali kontrolnu grupu. Rezultati su pokazali, da je kod inficiranih osoba otkriveno postojanje signifikantne psihopatologije u 5 od 9 skala koje određuje dati upitnik. U zaključku tog istraživanja stoji, da HIV ima uticaj na psihološko stanje među inficirani-

ma i da je potrebno skrenuti pažnju zdravstvenim radnicima, da trebaju biti posebno pažljivi u radu sa onim HIV pozitivnim osobama, koje imaju poteskoće da pričaju sa drugima o svom problemu. [12]

Što se našeg istraživanja tiče i njegovih rezultata, uočavamo, da ne postoji statistički značajna razlika ni po kojoj od 9 supskala, ispitivanih Hopkinsovom listom simptoma, između ciljne i kontrolne grupe ispitanih. Razloge za to nalazimo u: a) neiskrenoći ispitivane grupe u smislu umanjivanja inteziteta sopstvenih tegoba; b) osobe inficirane virusom hepatitisa C često imaju depresiju kao posledicu uzimanja interferona á, koji je lek prviog izbora u terapiji ove bolesti; c) sam bolnički ambijent deluje negativno na psihološki aspekt kontrolne grupe; d) tome što su kod kontrolne grupe prisutni isti psihopatološki poremećaji kao posledica njihove osnovne bolesti.

ZAKLJUČAK

Rezultati studije pokazuju, da je i kod somatski asimptomatskih HIV pozitivnih osoba i kod osoba inficiranih hepatitisom B ili C karakteristična prisutnost umerenog nivoa psihopatologije, posebno depresivnosti, anksioznosti, interpersonalne senzitivnosti, a kod HIV pacijenata još i opsesivno-kompulzivnih simptoma. Rezultati pokazuju i da nema statistički značajne razlike u izraženoći psihopatoloških fenomena između ove dve ispitivane grupe.

Prisutnost umereno izraženih psihopatoloških fenomena kod obe grupe ispitanih govori o značaju analize mentalnog zdravlja kod ove populacije, kao i o značaju saradnje između službi infektivnih i psihijatrijskih bolesti. To je takođe važna smernica za planiranje strategija u radu sa ovim grupama pacijenata, a u cilju unapređenja njihovog mentalnog zdravlja.

PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES IN SOMATIC ASYMPTOMATIC HIV POSITIVE PATIENTS

Marija Kostić¹
Obrad Glomazić¹
Milan Latas^{1,2}

Summary

Background Many studies on samples of HIV-positive patient's shows correlation of psychiatric symptoms and medical and immunological symptoms of HIV infection. Also, presence of psychiatric distress was showed in almost all somatic diseases, especially the ones which lead to chronicity.

Aim The aim was to examine presence of psychopathological symptoms among HIV-1 infected patients which haven't developed AIDS, in comparison to hepatitis B or C infected patients.

Methods Sample for consisted of 60 patients: a) 30 somatic asymptomatic HIV-1 seropositive patients who constituted our study group, and b) 30 patients infected with hepatitis B or C which constituted control group. All of them have been assessed on the presence of psychiatric symptoms by the SCL-90 (The Symptom Checklist 90). After the assessment those two groups were compared by Student's T test on every subscale and total score.

Results Results of the study showed that patients in both groups exhibited presence of psychopathological symptoms, especially symptoms of depression, anxiety and interpersonal sensitivity. Moreover, patients with HIV exhibited obsessive-compulsive disorder symptoms. Results showed that there is no a statistically significant difference in presence psychopathological symptoms between somatic asymptomatic HIV-positive patients and patients infected with hepatitis B or C.

Conclusion Based on the results of this study it could be concluded that beside the moderate presence of psychopathological symptoms in the samples of somatic asymptomatic HIV-positive patients and hepatitis B or C infected patients, there is no statistically significant difference in those samples of patients.

Key words: psychopathological symptoms, HIV infection, hepatitis B, hepatitis C

- 1 Belgrade University School of Medicine, Belgrade, Serbia
- 2 Psychiatric Clinic, Clinical Center of Serbia, Belgrade, Serbia

Literatura

1. Maj M, Jannsen R, Satz P. et al. The World Health Organization's Cross-cultural study on Neuropsychiatric Aspect of Infection with the Human Immunodeficiency Virus 1. Br J Psychiatry 1991; 159:351-6.
2. Gorman J, Kertnzer R, Todak G. et al. Multi-disciplinary Baseline Assessment of Homosexual Men With and Without Human Immunodeficiency Virus Infection. Arch Gen Psychiatry 1991; 48:120-3.
3. Atkinson HJ, Grant I, Kennedy C. et al. Prevalence of Psychiatric Disorders Among Men Infected With Human Immunodeficiency Virus. Arch Gen Psychiatry 1988; 45:859-64.
4. Kaplan H, Sadock B, Grebb J. Synopsis of Psychiatry, Seventh Edition. Baltimore. Williams & Wilkins; 1994.
5. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (IV Edition). Washington, DC. American Psychiatric Association; 1994
6. Johnson J, Williams J, Rabkin J. et al. Axis I Psychiatric Symptoms Associated With HIV Infection and Personality Disorder. Am J Psychiatry 1995; 152:551-4.
7. Božić M, Dokić Lj, Nikolić S. I sar. Infektivne bolesti - udžbenik za studente medicine. Beograd. Medicinski fakultet Univerziteta, Cl-BID; 2004.
8. Lipman, R.S., Covi, L. Shapiro, A.K. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): Factors derived from the HSCL-90. Journal of Affective Disorders. 1979; 1:9-24.
9. Rosenberger PH, Bornstein RA, Nasrallah HA. et al. Psychopathology in human immunodeficiency virus infection: lifetime and current assessment. Compr Psychiatry 1993; 34(3):150-8.
10. Perry S, Jacobsberg L, Card CAL. et al. Severity of Psychiatric Symptoms After HIV Testing. Am J Psychiatry 1993; 150:775-9.
11. Morrison MF, Petitto JM, Have TT. et al. Depressive and Anxiety Disorders in Women With HIV Infection. Am J Psychiatry 2002; 159:789-96.
12. Skydsbjerg M, Lunn S, Hutchings B. Psychosocial aspects of human immunodeficiency virus (HIV) infection in a pre-HAART sample. Scand J Psychol 2001; 42(4):327-33.

Milan LATAS
Klinika za psihijatriju
Klinički centar Srbije,
Pasterova 2, 11000 Beograd, Srbija
Tel. +381 (0)11 2657847
E mail: latasm@unet.rs

ODNOS REDOSLEDA ROĐENJA, SAMOPOŠTOVANJA I USPEHA TOKOM STUDIJA MEDICINE

Olgica Latković¹

Bojana Milekić¹

Dragan J. Stojiljković²

Mirjana Zebić²

Nađa P. Marić^{1,2}

UDK: 613.95:614.253.4

Kratak sadržaj

Uvod Primarna porodica od posebnog je značaja za razvoj ličnosti. Samopoštovanje proizilazi iz sopstvenih procena i reakcija drugih ljudi, a na prvom mestu osoba koje su bliske i koje se doživljavaju važnim. Kao jedan od faktora u razvijanju samopoštovanja spominje se redosleda rođenja.

Cilj Anketom smo želeli da ispitamo da li redosled rođenja i pol utiču na nivo samopoštovanja i uspeh na studijama i da li je samopoštovanje studenata u vezi sa uspehom.

Metod Aktuelno istraživanje dizajnirano je kao opservaciona studija preseka, u koju su uključene populacije studenata koji su 2008. godine upisali drugu, odnosno šestu godinu na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu. Ispitanici su popunjavali dva upitnika: Sociodemografski i Rosenberg-ovu skalu samopoštovanja. Broj validno popunjениh upitnika bio je 484 (92,2%). Za dalje analize razvrstani su u 5 kategorija: jedinci, najstariji, srednjerođeni, najmladi i blizanci.

Rezultati Studijom je pokazano da redosled rođenja nije povezan sa samopoštovanjem koje osoba razvije tokom života ($p=0.812$ za drugu godinu i $p=0.617$ za šestu godinu). Među našim ispitanicima, brojniji su muškarci sa višim nivoom samopoštovanja ($p=0.03$), međutim, ni pol ni samopoštovanje ne utiču na uspeh koji studenti ostvaruju tokom studija ($p=0.437$; $p=0.071$). Analizom proseka ocena na fakultetu kod jedinaca obe godine i svih ostalih studenata, utvrđeno je da ne postoji statistički značajna razlika između te dve grupe ($p=0.316$).

Zaključak Da li postoji i koliki je uticaj redosleda rođenja na samopoštovanje i dalje su otvorena pitanja, kako zbog kontradiktornih podataka dobijenih u različitim istraživanjima, tako i zbog teškoće da se redosled rođenja posmatra izdvojeno od ostalih činilaca koji utiču na psihodinamski razvoj osobe, a bitni su za sticanje samopoštovanja.

Ključne reči: redosled rođenja, samopoštovanje, prosek ocena, student

- 1 Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija
2 Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

UVOD

Primarna porodica, kao formativno socijalno okruženje, od posebnog je značaja za razvoj ličnosti. Upravo ona bitno utiče na formiranje identiteta pojedinca tokom interakcija sa ostalim članovima – identifikacijom, kompeticijom i sl. Složeni odnosi koji postoje među roditeljima i decom u vezi su i sa razvijanjem i održavanjem sampoštovanja pojedinca. Samopoštovanje ne proizilazi samo iz sopstvenih preceña, nego i iz reakcija drugih ljudi, a na prvom mestu osoba koje su bliske i koje se doživljavaju važnim. Kao jedan od faktora u razvijanju samopoštovanja često se spominje specifičnost razvoja osobe pod uticajem redosleda rođenja.

Alfred Adler je bio prvi koji je postavio koncept psiholoških implikacija redosleda rođenja. Smatrao je da su jedinci i prvorodeni privilegovni jer su imali priliku da kao jedina deca budu predmet maksimalne pažnje roditelja. Jedince je opisivao kao samouverene i sebične, najstarija deca su rođeni lideri, dok najmladi uvek ostaju „beba“ u porodici. Srednjerođenu decu opisivao je kao pomirioce, ali često i zapostavljene i nesigurne. Kao posledica ovake interakcije roditelja i dece, smatrao je da jedinci i najstariji imaju najbolje, a srednjerođeni najslabije predispozicije da razviju visok nivo samopoštovanja [1].

Uticaj Adlerovih teza podstakao je veliki broj psihijatara i psihologa koji su ispitivali uticaj redosleda rođenja na inteligenciju, pojavu anksioznosti i depresivnosti, na nivo samopoštovanja i brojne druge aspekte ličnosti. Odnosi roditelja prema deci (vertikalna dimenzija psihičkog života) i braće i sestara među sobom (horizontalna dimenzija psihičkog života) su naročito bitni za rano formiranje osobe –

sagledavanje onog šta sam ja (*self*) prema onome šta su drugi (*other*). Među decom u porodici vladaju kompleksni, često ambivalentni odnosi – oni su međusobno privrženi, ali su i rivali jedno drugom. Ovakav odnos može da dovede do potenciranja onih osobina koje su različite u odnosu na brata ili sestru, kao i do minimiziranja sličnosti, sa ciljem da se umanji kompeticija sa siblinzima i ublaži unutrašnji konflikt nastao kao njena posledica. Međutim, u opisanoj dinamici često leži osnova problema koji se javlja kasnije u životu. Bolje razumeavanje složenih horizontalnih i vertikalnih odnosa omogućava pružanje adekvatne pomoći osobi koja pokušava da prevaziđe stare probleme u vezi sa rivalstvom, da produbi odnos sa siblinzima i popravi lične kvalitete i želje kojih su se odrekli tokom diferencijacije [2].

U prethodnoj studiji utvrđili smo da postoji povezanost redosleda rođenja sa pojavom depresije, tj. da su prvorodeni u nižem riziku oboljevanja od depresije od mlađe dece u porodici [3]. Pošto se zna da su depresivnost, neuroticizam i nisko samopoštovanje direktno povezani, može se prepostaviti da će i redosled rođenja biti povezan sa samopoštovanjem [4].

Aktuelnom studijom želeli smo da utvrdimo da li postoji povezanost nivoa samopoštovanja i redosleda rođenja kod studenata Medicinskog fakulteta, kao i to da li redosled rođenja utiče na uspeh (prosečnu ocenu) koji se postiže u toku studija. S obzirom na specifičnost sastava porodice sa jednim detetom, hteli smo da ispitamo da li postoji razlika u nivou samopoštovanja između grupe studenata koji su jedinci i grupe onih koji imaju braću i sestre, kao i da li postoje sličnosti i razlike u uspehu koji ostvaruju ove dve grupe. Zanimljivo je bilo i pitanje da li nivo samo-

poštovanja utiče na uspeh koji su naši ispitanici ostvarili tokom studiranja, kao i to da li postoji veza između pola ispitanika i samopoštovanja.

METOD

Dizajn studije

Aktuelno istraživanje je dizajnirano kao opservaciona studija preseka.

Ispitanici

U studiju su uključene populacije studenata koji su 2008. godine upisali drugu, odnosno šestu godinu na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu. Anketa je sprovedena krajem prvog semestra, tokom trajanja redovne nastave iz fiziologije, odnosno hirurgije. Jedna podgrupa studenata na vežbama iz fiziologije brojala je u proseku oko 25 studenata druge godine, dok je grupe na predavanjima iz hirurgije činilo prosečno oko 90 studenata šeste godine. Uključeno je osam podgrupa studenata studenata druge i četiri grupe studenata šeste godine. Sprovođenje studije odobreno je od strane Katedri za fiziologiju i hirurgiju Medicinskog fakulteta u Beogradu.

Instrument studije i procedure

Instrument studije bio je upitnik koji se sastojao iz dva dela. U prvom delu ispitanici su dali svoje socio-demografske podatke (pol, godina rođenja, završena srednja škola, veličina mesta stanovanja, podaci o strukturi primarne porodice) i prosečnu ocenu na studijama. Drugi deo upitnika činila je Rosenberg-ova skala samopoštovanja [5] sa deset tvrdnjai mogućnošću ocenjivanja u formi četvorostepene Likert-ove skale.

Teorijska distribucija frekvenci kategorija redosleda rođenja formirana je na osnovu podataka Zavoda za statistiku, prema popisu stanovnoštva Srbije iz 2002. godine i služila je za poređenje kao nulta raspodela tj. odraz distribucije redosleda rođanja u opštoj populaciji [6].

Statistička analiza

Baza podataka je formirana u programu Microsoft Excel 2003, a podaci su analizirani pomoću softverskog paketa SPSS for Windows v. 16.0 (SPSS Inc. Chicago, IL). Normalnost distribucije numeričkih obeležja ispitana je Kolmogorov-Smirnov testom. Za opis podataka korišćene su klasične metode deskriptivne statistike, u zavisnosti od prirode podataka (frekvencije i procenti za atributivna obeležja, odnosno međijane sa interkvartilnim opsegom ($Q_1 - Q_3$) za numerička obeležja). Za analizu podataka korišćeni su neparametarski metodi inferencijalne statistike: Pearson-ovi Hi-kvadrat testovi homogenosti i nezavisnosti (χ^2) za frekvencije, Kruskal-Wallis-ova jednofaktorska analiza varianse sa rangovima (H) i post-hoc Mann-Whitney-jev test sume rangova (U) za ne-gausovski distribuirana numerička obeležja i Kendall-ov tau-b koeficijent (τ_{Ken-b}) korelacije.

REZULTATI

Ispitanici u uzorku

Ukupno je anketirano 525 studenata Medicinskog Fakulteta u Beogradu. Broj validno popunjениh upitnika bio je 484 (92,2% od ukupnog broja), odnosno 216 u drugoj i 268 u šestoj godini.

Deskripcija uzorka

Zastupljenost polova u oba uzorka bila je slična. Nije bilo statistički značajne razlike u zastupljenosti većih i manjih mesta stanovanja među studentima druge i šeste godine. Sa druge strane, u uzorku šeste godine bilo je statistički značajno više studenata koji su završili gimnaziju u odnosu na uzorak studenata druge godine (Tabela 1).

Studenti šeste godine bili su u proseku pet godina stariji nego studenti druge godine. Uzorci se nisu statistički značajno razlikovali prema srednjem broju dece u primarnoj porodici. Studenti šeste godine imali su statistički značajno viši prosek (8,5) u odnosu na studente druge godine (8,0).

Ispitanike smo razvrstali prema redosledu rođenja u 5 kategorija: jedinci, najstariji, srednjerodeni, najmlađi i blizanci.

Tabela 1. Sociodemografske karakteristike uzorka
Table 1. Socio-demographic data of the sample

		2. godina 2 nd year		6. godina 6 th year		Ukupno Total		Pearson-ov Hi kvadrat test homogenosti	
		n ₁	%	n ₂	%	N	%	χ ² (1)	P
Pol studenata Students' sex									
Muški Male		72	(33,2)	82	(30,2)	154	(31,5)	0,486	,489
Ženski Female		144	(66,8)	186	(69,8)	330	(68,5)		
Mesto stanovanja Home town									
>100.000		88	(40,8)	115	(43,0)	203	(42,0)	0,246	,641
<100.000		128	(59,2)	153	(57,0)	281	(58,0)		
Srednja škola Secondary school									
Gimnazija Grammar School		137	(63,5)	219	(81,9)	356	(73,7)	20,492	<,001*
Medicinska Medical school		79	(36,5)	49	(18,1)	128	(26,3)		

Tabela 2: Redosled rođenja studenata
Table 2. Students' birth order

		2. godina 2 nd year		6. godina 6 th year		Ukupno Total			
		n1	%	n2	%	N	%		
Jedinci Only child		35	16,4	33	12,5	88	18,4		
Najstariji First born		88	41,3	118	44,7	206	43,2		
Srednjerodeni Middleborn		24	11,3	20	7,6	44	9,2		
Najmlađi Lastborn		66	31,0	93	35,2	159	32,8		

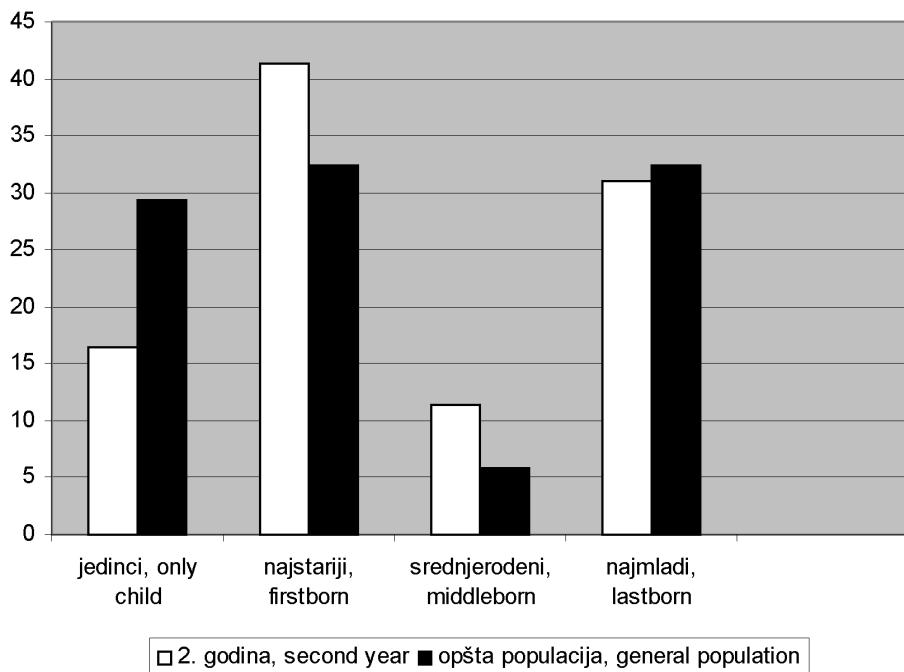
Budući da je u grupi blizanaca bilo samo 3 ispitanika u drugoj godini i 4 ispitanika u šestoj, ovu smo kategoriju izostavili kao statistički nedovoljnju, tako da je konačni uzorak imao 213 ispitanika u drugoj i 264 ispitanika u šestoj godini.

Među ispitanicima druge i šeste godine nije bilo razlike u distribuciji prema redosledu rođenja ($p=0.26$). Najviše ispitanika bilo je u kategoriji najstarijih (II godina; $n=88$ tj. 41.3%: VI godina; $n=118$ tj. 44.7%), dok je najmanje bilo među srednjerođenima (II godina; $n=24$ tj. 11.3% i VI godina; $n=20$ tj. 7.6%) (tabela 3). U poređenju sa opštom populacijom, među studentima je bilo značajno više najstarijih a značajno manje jedinaca ($p<0.01$) (grafik 1 i 2).

Jedinci su tokom studija ostvarili nešto viši prosek u obe godine ($\text{II}=8.33$, $\text{VI}=8.51$), dok su srednjerođeni imali najniži prosek u VI godini (8.15), a najmladi u drugoj godini (7.66). Ove varijacije među ispitanicima nisu statistički značajne (II godina $p=0.159$, VI godina $p=0.525$). Analizom uspeha jedinaca obe godine i svih ostalih studenata, utvrđeno je da ne postoji statistički značajna razlika između te dve grupe ($p=0.316$).

Ovom studijom pokazano je da redosled rođenja nije povezan sa samopoštovanjem koje osoba razvije tokom života ($p=0.812$ za drugu godinu i $p=0.617$ za šestu godinu) (tabela 4). Izdvajanjem jedinaca u posebnu kategoriju se takođe ne dobija statistički značajna razlika ($p=0.827$).

Grafik 1: Odnos dece prema redosledu rođenja u opštoj populaciji i II godini studija
Graph 1: The relation between birth order in general population vs. II year students



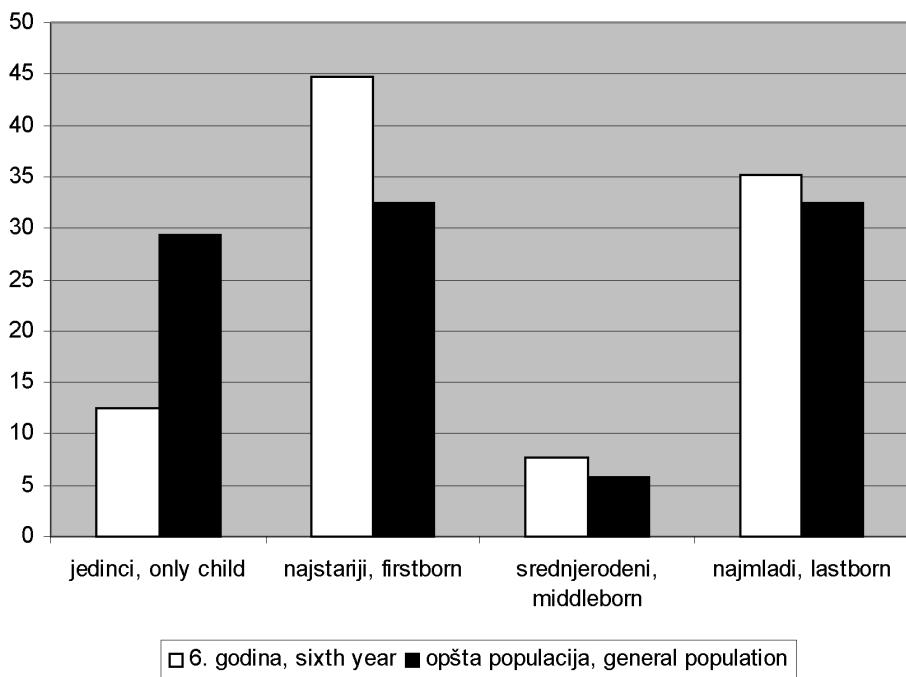
Među našim ispitanicima, brojniji su muškarci sa višim nivoom samopoštovanja ($p=0.03$), međutim, ni pol ni samopoštovanje ne utiču na uspeh koji studenti ostvaruju tokom studija ($p=0.437$; $p=0.071$) (tabela 3.).

DISKUSIJA

Našom studijom nije pokazano da redosled rođenja utiče na samopoštovanje i prosek ocena na fakultetu u ispitivanoj populaciji studenata. Isto su zaključili i Watkins i Astilla ispitujući 209 devojčica starosti od 11 do 13 godina koje su pohađale privatne škole na Filipinima [7]. Međutim, brojne su studije ipak pokazale da redosled rođenja utiče na nivo samopoštovanja.

Mlađu adultnu populaciju je ispitivao Hortway [8], uključivši 170 studentkinja i 142 studenta. Autor je utvrdio da, ukoliko u porodici ima samo dvoje dece, starije dete ima više samopoštovanja. Školsku populaciju ispitivali su Gates i saradnici, prateći grupu 404 dece starosti 7-12 godina. Slično kao i Hortway, pokazano je da najstarija deca imaju više samopoštovanja od drugorođene i najmlađe dece [9]. Nešto detaljnije istraživanje su sproveli Gecas i Pasley [10]. Ispitujući grupu adolescenata, utvrđili su da prvorodenka deca imaju veći stepen samopoštovanja od mlade dece. Kada su srednjerođene izdvojili kao posebnu kategoriju, ispostavilo se da su ta deca sa najmanje samopoštovanja. Takođe su utvrđili da na rezultate uti-

*Grafik 2: Odnos dece prema redosledu rođenja u opštoj populaciji i VI godini studija
Graph 2: The relation between birth order in general population vs. VI year students*



će razlika u godinama među braćama i sestrama, kao i pol dece u porodici. Slično je pokazala i Kidwell [11], koja je u studiju uključila više od 2200 adolescenata muškog pola. Utvrdila je da srednjerođeni imaju manje samopoštovanja u odnosu na najstarije i najmlađe i da je to više izraženo ukoliko je razlika među ispitanicima i najblže braće dve godine, nego ako je godinu dana. Samopoštovanje srednjerođenih momaka je značajno više ako imaju samo sestre, u poređenju sa adolescentima koji imaju samo braću ili i braću i sestre. Po autoru, najstarija i najmlađa deca imaju specifičnu poziciju u porodici koja im obezbeđuje posebnu pažnju roditelja i braće i sestara, dok srednjerođeni imaju manje precizno definisan položaj u porodici, sem ukoliko im pol različit od ostale dece ne obezbedi jedinstvenost.

Do nešto drugačijih rezultata je došao T. Falbo [12]. Ispitujući 841 studenata i 944 studentkinja, utvrdio je da prvorodeni imaju značajno više samopoštovanja od najmladih, dok se samopoštovanje jedinaca i srednjerođenih ne razlikuje u odnosu

na ostale grupe. Svoje zaključke je obajasnio time da se deca u porodici uglavnom porede među sobom, a ne sa roditeljima. Tako, najstarija deca se porede sa decom mlađom od sebe, od kojih su obično krupnija i sposobnija što utiče na veći stepen samopoštovanja. Isti ovi faktori, pri poređenju najmlađe dece sa starijom dovode do razvoja nižeg smopostovanja najmladih. Srednjerođeni se porede i sa starijom, „superiornijom“ i sa mlađom, „inferiornijom“ decom, dok jedinci nemaju sa kim da se porede, što je u vezi sa postojanjem umerenog samopoštovanja kod ovih osoba. Interesantno je da su jedinci u vrlo ne povoljnem položaju na dalekom istoku, gde je očekivani broj dece u porodici znatno viši od zapadnih kultura. Prema Liu i saradnicima [13] jedinci su u višem riziku od depresije, anksioznosti i neurotičnih pojava od dece koja rastu sa braćom i sestrama i to ako su odgajani u urbanim područjima Kine, dok se rizik gubi ukoliko jedinci odrastaju u ruralnim područjima.

Tabela 3. Skor samopoštovanja studenata
Table 3. Students' self-esteem level

	Nivo samopoštovanja ^{A,B} Level of the self-esteem		
	Median	Percentile 25	Percentile 75
Redosled rođenja Birth order			
Jedinac Only child	20,00	19,00	25,00
Najstariji First born	21,00	18,50	25,00
Srednjerođeni Middleborn	21,00	18,00	24,00
Najmlađi Last born	22,00	18,00	25,00

A) 1 vs 2 vs 3 vs 4 p=0,763

B) 1 vs 2, 3, 4 p=0,827

U našoj studiji nismo utvrdili razliku u nivou samopoštovanja i uspehu koji ostvaruju jedinci u odnosu na grupu dece koja imaju braću i sestre. Zanimljivo je da muškarci u našem ispitivanju imaju viši nivo samopoštovanja, ali ni pol ni nivo samopoštovanja ne utiču na uspeh postignut tokom studija.

Otvoreno je pitanje da li je naš uzorak dovoljan za analizu ovog delikatnog fenomena, jer među ispitanicima – studentima Medicinskog fakulteta u Beogradu, postoji upadljiva nesrazmerna prvorodenih i ostalih u porodici. Prema literaturi, zna se da najstariji ostvaruju viši nivo edukacije od ostale dece[14], da dinamika koja postoji unutar porodice, a uslovljena je redosledom rođena dece, dovodi do najnižeg nivoa obrazovaja mlađe dece [15], ali i da ne postoji značajna razlika između nivoa obrazovanja jedinaca i najstarijih, kao i dece u manjim porodicama, dok su jedinci u boljoj poziciji za obrazovanje ako se porede sa mlađom decom i decom iz srednjih i velikih porodica [16]. Jedince je, kao najuspešnije što se školovanja tiče, izdvojila i studija Travisa i Kohlija [17]. Cherian je uočio značajan negativan uticaj redosleda rođenja na nivo obrazovanosti dece [18]. Značajna učestalost prvorodenih na

Medicinskom fakultetu u Beogradu zahteva detaljnije ispitivanje, kako poređenjem sa drugim Medicinskim fakultetima u zemlji, tako i poređenjem sa ostalim fakultetima Beogradskog Univerziteta. Za sada nam nije poznato da u literaturi ima radova na ovu interesantnu temu.

ZAKLJUČAK

Da li postoji i koliki je uticaj redosleda rođenja na samopoštovanje i dalje su otvorena pitanja, kako zbog kontradiktornih podataka dobijenih u različitim istraživanjima, tako i zbog teškoće da se redosled rođenja posmatra izdvojeno od ostalih činilaca koji utiču na psihodinamski razvoj osobe, a bitni su za sticanje samopoštovanja.

Uticaj redosleda rođenja na ostvareni nivo obrazovanja može biti posledica favorizujućeg ponašanja roditelja prema najstarijoj deci, ali i ishod različitih socijalnih i kulturoloških činilaca, kao što se pretežno razmatra u dostupnoj literaturi. Da li se, međutim, može govoriti i o određenim biološkim faktorima koji utiču na razvoj individue prema redosledu rođenja, ostaje intrigantno pitanje za naučnike.

THE RELATION OF BIRTH ORDER, SELF ESTEEM AND AVERAGE GRADE DURING STUDIES OF MEDICINE

Olgica Latković¹

Bojana Milekić¹

Dragan J. Stojiljković²

Mirjana Zebić²

Nada P. Marić^{1,2}

Summary

Introduction Primary family has a huge influence on the personal development. Self esteem is product of the self estimation and reactions of the other persons, particularly important ones. One of the factors important for self esteem development is a birth order.

The aim We wanted to explore if the birth order and gender have influence on self esteem and student's achievement, as well as if the self esteem have influence on students' achievement during studying.

Method Present study was designed as cross-sectional observational study. It included populations of students who were admitted to the second and the sixth year, School of Medicine, University of Belgrade, in 2008. The evaluation included two instruments: Sociodemographic questionnaire and Rosenberg self-esteem scale. Number of correctly filled questionnaires was 484 (92.2%). Subjects were classified in 5 groups: only child, the oldest, middle-born, lastborn and twins.

Results Birth order and self esteem were not associated (second year $p=0.812$; sixth year $p=0.617$). Males had higher level of self esteem than females ($p=0.03$). Neither gender nor self esteem had influence on student's grade mark ($p=0.437$; $p=0.071$). No significant differences were found in only child versus other groups in terms of average marks ($p=0.316$).

Conclusion It is still under discussion if there is significant influence of the birth order on self esteem and about its impact, particularly since it is difficult to separate birth order from other factors which influenced personal psychodynamic development and which are important for the self esteem. Inconsistent data from the literature confirms such an observation.

Key words: birth order, self esteem, average grade, student

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

2 Psychiatric Clinic, Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia

Literatura

1. Adler A. Problems of neurosis. New York: Harper and Row; 1964.
2. Vivona JM. Sibling Differentiation, Identity Development, and the Lateral Dimension of Psychic Life. *J Am Psychoanal Assoc* 2007; 55:1191-215.
3. Latković O, Stojiljković D, Kurtanović B, Ilić K, Marić N. Redosled rođenja i rizik za shizofreniju i depresiju. *Engrami* 2008; 30:5-13.
4. Neiss MB, Stevenson J, Legrand LN, Iacono WG, Sedikides C. Self-Esteem, Negative Emotionality, and Depression as a Common Temperamental Core: A Study of Mid-Adolescent Twin Girls. *J Pers* 2009; 77: 327-46.
5. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
6. Vukmirović D. Popis stanovništva, domaćinstava i stanova u 2002 godini: Stanovništvo – porodice prema tipu i broju dece. Beograd: Republički zavod za statistiku; 2004.
7. Watkins D, Astilla E. Birth Order, Family Size and Self-Esteem: A Filipino Study. *J Genet Psychol* 1980; 137:297-8.
8. Howarth E. Birth order, family structure and personality variables. *J Pers Assess* 1980; 44:299-301.
9. Gates L, Lineberger MR, Crockett J, Hubbard J. Birth order and its relationship to suppression, anxiety and self-concept test scores in children. *J Genet Psychol* 1988; 149:29-34.
10. Gecas V, Pasley K. Birth Order and Self-Concept in Adolescence. *J Youth Adolescence* 1983; 12:521.
11. Kidwell JS. The Neglected Birth Order: Middleborns. *J Marriage Fam* 1982; 44:225-35.
12. Falbo T. Relationships Between Birth Category, Achievement and Interpersonal Orientation. *J Pers Soc Psychol* 1981; 41:121-31.
13. Liu C, Munakata T, Onuoha FN. Mental health condition of the only-child: a study of urban and rural high school students in China. *Adolescence* 2005; 40:831-45.
14. Adams BN. Birth Order: A critical Review. *Sociometry* 1972; 35:411-39.
15. Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM. Birth order and educational achievement in adolescence and young adulthood. *Aust J Educ* 2006; 50:122-39.
16. Falbo T, Polit DF. Quantitative Review of the Only Child Literature: Research Evidence and Theory Development. *Psychol Bull* 1986; 100:176-89.
17. Travis R, Kohli V. The birth order factor: ordinal position, social, strata and educational achievement. *J Soc Psychol* 1995; 135:499-507.
18. Cherian VI. Birth order and academic achievement of children in Transkei. *Psychol Rep* 1990, 66:19-24.

Nada MARIĆ
Klinika za psihijatriju
Klinički centar Srbije,
Pasterova 2, 11000 Beograd, Srbija
Tel. +381 (0)11 3065638
Fax +381 (0)11 3065638
E mail: nadjamaric@yahoo.com

ANALIZA PREDISPITNE NESANICE KOD STUDENATA MEDICINSKOG FAKULTETA

Vlada Đurić¹

Milan Latas^{2,3}

Nikola Trajanović^{4,5}

Daniela Jovanović³

Srđan Milovanović^{2,3}

UDK: 613.79: 616.89-053.2

Kratak sadržaj

Uvod Nesonica (insomnia) je poremećaj spavanja koji se definiše kao nezadovoljavajući kvantitet i/ili kvalitet spavanja koji prezistira duže vremena.

Cilj rada Analizirati postojanje predispitne nesanice kod studenata Medicinskog fakulteta u Beogradu.

Uzorak i metode Uzorak za istraživanje činilo je 112 studenata II., III i IV godine Medicinskog fakulteta u Beogradu. Predispitna nesonica kod studenata ispitivana je putem Atina insomnija skale (Athens Insomnia Scale-AIS). Studenti su ispitivani u vremenu koje nije blisko ispitu, kao i tokom nedelje koja je prethodila ispitu.

Rezultati Na svih 8 (100%) ispitivanih varijabli poređenja srednjih vrednosti simptoma insomnije u nedelji koja nije povezana sa ispitom i srednjih vrednosti simptoma insomnije u nedelji koja je prethodila ispitu postoji statistički značajno veći intenzitet simptoma insomnije ($p < 0,05$) u nedelji koja je prethodila ispitu. Komparacija ispitivanih grupa po ukupnoj vrednosti AIS ukazuje da studenti u toku nedelje koja prethodi ispitu imaju statistički značajno veći stepen insomnije nego u nedelji koja nije povezana sa ispitom ($t = -16,338$; $p < 0,05$).

Zaključak Studenti Medicinskog fakulteta u Beogradu imaju statistički značajno veći intenzitet simptoma insomnije u nedelji koja je prethodila ispitu u odnosu na nedelju koja nije povezana sa ispitom.

Ključne reči: nesonica, studenti, ispit, Medicinski fakultet

- 1 Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija
- 2 Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Srbija
- 3 Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija
- 4 Dom zdravlja "Dr Ristić", Beograd, Srbija
- 5 "Sleep and Alertness" Klinika, UHN, Toronto, Kanada

UVOD

Nesanica (insomnia) je poremećaj spavanja koji se definiše kao nezadovoljavajući kvantitet i/ili kvalitet spavanja koji perzistira duže vremena - najmanje tri puta nedeljno u poslednjih mesec dana [1,2]. Osnovne karakteristike insomnije su teškoće uspavljanja (najčešće), česta buđenja tokom noći i rano jutarnje buđenje uz česte kombinacije ovih poremećaja, ili kao osećaj neispavanosti odnosno neadekvatnog spavanja po buđenju. Sve ovo prati preokupacija nesanicom i preterana zabrinutost zbog mogućih posledica poremećaja spavanja [3]. Ukoliko je izražena, insomnija može da uzrokuje psihološke promene kao što su neraspoloženje i anksioznost, kao i da znatno ometa socijalno i profesionalno funkcionisanje [3].

Insomnija je jedan od najčešćih medicinskih simptoma i može se javiti u sklopu svih značajnijih psihijatrijskih sindroma, ali se, takođe, može javiti i u okviru kliničke slike mnogih somatskih oboljenja, a isto tako i kao deo maldadaptivne reakcije u određenim stresnim životnim situacijama. U nekoliko svetskih studija se pripremanje i polaganje ispita na jednom tako prestižnom fakultetu kao što je Medicinski navodi kao jedna od takvih životnih situacija [4,5,6,7,8].

Predispitna insomnija spada u situacione insomnije i predstavlja iznurujuće iskušto nesanice tokom spremanja ispita [5]. Predispitna insomnija predstavlja jednu od najčešćih i najozbiljnijih konsekvenci predispitne anksioznosti [5]. Poznato je da se prilikom odgovora organizma na psihički stres i izraženu anksioznost mobilisu sve odbrambene snage organizma (po Selye-ovom principu "fight or flight"), i da ta očuvanje te sposobnosti predstavlja imperativ za opstanak jedinke. Međutim,

preterana pobuđenost nervnog i endokrinog sistema ima za posledicu promenu navika spavanja, smanjen kvalitet i kvantitet spavanja, i na kraju, insomniju [5].

Pospanost, zamor, loše raspoloženje i slabost volje predstavljaju poznate negativne korelate insomnije koji zajedno sa smanjenim kognitivnim sposobnostima (problemi sa pamćenjem, koncentracijom i rešavanjem problema) dovode do smanjene sposobnosti učenja [8]. Smanjena akademска sposobnost ima za posledicu još veći stres za studenta i tako nastaje jedan *circulus vitiosus* koji, ukoliko je izražen, može dovesti do negativnih konsekvenci kao što su nemogućnost polaganja ispita, napuštanje fakulteta, pad samopostovanja, neiskorisćen intelektualni potencijal, a u ekstremnim slučajevima i razvojem ozbiljnih psihijatrijskih bolesti pa čak i pokušajima (ili realizacijom) samoubistva [9]. S druge strane, postoje naučni podaci [12] koji govore o vrlo visokoj učestalosti insomnije kod studenata medicine (28%) i njenoj povezanosti sa psihijatrijskim stanjima (učestalost od 22%) u istoj populaciji, u poređenju sa nižim stopama učestalosti insomnije [2] i psihijatrijskih poremećaja [16] u opštoj populaciji.

U svetlu prethodno iznethi činjenica smatrali smo da je neophodno sprovesti početno istraživanje sa ciljem da se odredi stepen izraženosti predispitne insomnije kod studenata Medicinskog fakulteta u Beogradu, kako bi se stekla baza za dalja istraživanja u ovom smeru i napravio temelj za potencijalno potrebno osnivanje specijalizovane službe pri fakultetu za psihološku pomoć studentima koji pate od preterano izražene predispitne insomnije.

Konkretni cilj istraživanja je bio da se utvrdi da li je intenzitet simptoma insomnije tj. predispitne nesanice kod studenata Medicinskog fakulteta u Beogradu u toku

nedelje koja je prethodila ispitu razlikuje u odnosu na period koji nije blisko povezan sa ispitom. Hipoteza istraživanja je bila da kod ovog uzorka studenata u toku nedelje koja prethodi ispitu postoje intenzivniji simptomi insomnije nego u periodu koji nije neposredno povezan sa ispitom.

UZORAK I METODE

Istraživanje je sprovedeno tokom januara 2009. godine na Medicinskom fakultetu u Beogradu. Uzorak za istraživanje činilo je 112 studenata II, III i IV godine Medicinskog fakulteta koji su dobrovoljno pristali da učestvuju u ispitivanju. Demografski podaci ukazuju da je u ispitivnom uzorku bilo 68 (61%) osoba ženskog pola, da je prosečna starost ispitanika bila 22,1 godina ($SD = 1,8$) u intervalu od 19 do 30 godina, da je najveći broj studenata u trenutku ispitivanja pohađao III godinu fakulteta 53 studenta (47%) u odnosu na II 27 studenata (24%) i IV godinu studija 32 studenta (29%). Najveći broj ispitivanih studenata živi sa roditeljima 35 (31%), cimerima 35 (31%) ili samostalno 25 (22%). Naspram 60 (54%) ispitivanih studenata koji žive u iznajmljenom stanu svega 30 (27%) studenata živi u sopstvenom stanu. U emotivnoj vezi je 47 (42%) ispitivanih studenata. Prosečna ocena studenata iz uzorka je 8,11 ($SD = 0,96$).

Predispitna insomnija kod studenata Medicinskog fakulteta u Beogradu ispitivana je pomoću Atina insomnija skale (Athens Insomnia Scale-AIS) [10]. Atina insomnija skala se sastoji od osam pitanja (ajtema) i konstruisana je sa ciljem da meri simptome nesanice kod ispitanika [10]. Prvih pet ajtema se odnose na vreme potrebno za uspavljanje po gašenju svetla, buđenje u toku noći, buđenje ujutru pre želenog vremena, ukupno trajanje i gene-

ralni kvalitet spavanja dok poslednja tri ajtema ocenjuju posledice nesanice na sledeći dan (osećaj odmornosti, sposobnost obavljanja fizičkih i mentalnih zadataka i pospanost tokom dana). Na svakom ajtemu ispitanik daje odgovor rangiran od 0 ("uopšte nije bilo prisutno") do 3 ("veoma mnogo izraženo"), i suma odgovora ukazuje na stepen izraženosti insomnije kod ispitanika (0-odsustvo bilo kakvog problema sa spavanjem, 24-najteži stepen insomnije). Upitnik poseduje dobre psihometrijske karakteristike [10]. Interna konzistencija saopštена od autora ovog instrumenta iznosi 0,89, a test-retest pouzdanost 0,87 [11]. AIS je jedan od tri najčešće korišćena instrumenta za merenje insomnije koji se koriste u savremenim istraživanjima [11].

Studenti su ispitivani u vremenu koje nije blisko ispitu kao i tokom nedelje koja je prethodila ispitu, tako što su popunjavali po jedan primerak AIS-a u svakom od ova dva perioda. Prvi AIS se odnosio na vreme koje nije povezano sa ispitom (tokom slobodnih aktivnosti, van fakulteta a u periodu od dve do četiri nedelje pred ispit), a drugi na nedelju koja je prethodila ispitu. Podaci dobijeni ispitivanjem studenata obrađeni su studentovim t-testom za vezani uzorak i to tako što su poređeni skorovi sa upitnika koji se odnosio na nedelju koja je prethodila ispitu i skorovi sa upitnika koji se odnosio na nedelju koja nije povezana sa ispitom. Statistička značajnost je određena na nivou $p < 0,05$.

REZULTATI

U tabeli su prikazane srednje vrednosti simptoma insomnije kod studenata Medicinskog fakulteta u Beogradu koji su mereni Atina insomnija skalom. Rezultati pokazuju da su studenti u odgovorima na

svih osam pitanja (100%) iskazali veću srednju vrednost simptoma insomnije u nedelji koja je prethodila ispitu u odnosu na srednju vrednost simptoma insomnije u nedelji koja nije povezana sa ispitom. Rezultati ukazuju da postoji statistički značajna razlika u intenzitetu simptoma in-

somnije ($p<0,05$) između perioda koji je prethodio ispitu u odnosu na period koji nije povezan sa ispitom na varijablama 1 (uvodenje u spavanje), 2 (buđenje u toku noći), 3 (buđenje ujutru pre želenog vremena), 4 (ukupno trajanje spavanja), 5 (generalni kvalitet spavanja), 6 (osećaj od-

Tabela 1. Prikaz srednjih vrednosti simptoma insomnije i rezultata poređenja srednjih vrednosti simptoma insomnije u nedelji koja nije povezana sa ispitom i u nedelji koja je prethodila ispitu, mereno Atina insomnija skalom ($df=111$).

Table. 1 Values of middle ranges of values of insomnia in the week that was not connected with the exam and the week that preceded the exam, measured with Athens insomnia scale ($df=111$).

	Simptom Symptom	\bar{X}	SD	t	p
Par 1	Uvodjenje u spavanje tokom prošle nedelje Induction into sleep during previous week	0,54	0,76	-8,980	<0,001
	Uvodjenje u spavanje tokom nedelje koja je prethodila ispitu Induction into sleep in the week that preceded the exam	1,18	0,88		
Par 2	Buđenje u toku noći tokom prošle nedelje Night awakenings during previous week	0,33	0,51	-8,835	<0,001
	Buđenje u toku noći tokom nedelje koja je prethodila ispitu Night awakenings during the week that preceded the exam	0,94	0,78		
Par 3	Buđenje ujutru pre želenog vremena tokom prošle nedelje Awakening before desired time during previous week	0,38	0,54	-9,641	<0,001
	Buđenje ujutru pre želenog vremena tokom nedelje koja je prethodila ispitu Awakening before desired time during week that preceded the exam	0,98	0,81		
Par 4	Ukupno trajanje spavanja tokom prošle nedelje Total duration of sleep during previous week	0,68	0,71	-10,207	<0,001
	Ukupno trajanje spavanja tokom nedelje koja je prethodila ispitu Total duration of sleep during the week that preceded the exam	1,40	0,87		
Par 5	Generalni kvalitet spavanja tokom prošle nedelje Quality of sleep in general during previous week	0,41	0,61	-14,728	<0,001
	Generalni kvalitet spavanja tokom nedelje koja je prethodila ispitu Quality of sleep in general during week that preceded the exam	1,28	0,80		
Par 6	Osećaj odmornosti tokom prošle nedelje Feeling of well-being during previous week	0,79	0,74	-11,104	<0,001
	Osećaj odmornosti tokom nedelje koja je prethodila ispitu Feeling of well-being during week that preceded the exam	1,47	0,87		
Par 7	Sposobnost obavljanja fizičkih i mentalnih zadataka tokom prošle nedelje Ability to perform physical and mental tasks during previous week	0,46	0,63	-12,437	<0,001
	Sposobnost obavljanja fizičkih i mentalnih zadataka tokom nedelje koja je prethodila ispitu Ability to perform physical and mental tasks during week that preceded the exam	1,27	0,86		
Par 8	Pospanost u toku dana tokom prošle nedelje Feeling sleepy during the day in previous week	0,77	0,67	-14,137	<0,001
	Pospanost u toku dana tokom nedelje koja je prethodila ispitu Feeling sleepy during the day in the week that preceded the exam	1,72	0,90		

mornosti u toku dana), 7 (sposobnost obavljanja fizičkih i mentalnih zadataka u toku dana), 8 (pospanost u toku dana). Rezultati prikazani u tabeli ukazuju da na svih 8 (100%) varijabli poređenja srednjih vrednosti simptoma insomnije u nedelji koja nije povezana sa ispitom i srednjih vrednosti simptoma insomnije u nedelji koja je prethodila ispitu postoji statistički značajno veći intenzitet simptoma insomnije ($p < 0,05$) u nedelji koja je prethodila ispitu.

Ukupna vrednost AIS (zbir svih odgovora) u nedelji koja nije povezana sa ispitom prosečno iznosi 4,33 ($SD=3,6$) nasprom ukupne vrednosti AIS u nedelji koje je prethodila ispitu koja prosečno iznosi 10,24 ($SD=5,1$). Komparacija ispitivanih grupa po ukupnoj vrednosti AIS ukazuje da studenti u toku nedelje koja prethodi ispitu imaju statistički značajno veći stepen insomnije nego u nedelji koja nije povezana sa ispitom ($t = -16,338$; $p < 0,05$), odnosno stepen nesanice koji dostiže klinički značajne vrednosti.

DISKUSIJA

Glavni cilj medicinske edukacije je da stvori stručne, vešte i profesionalne doktore. Kurikulum Medicinskog fakulteta je razvijen upravo sa namerom da se postignu ovakve vrednosti. Međutim neki aspekti studiranja na ovom prestižnom fakultetu mogu imati neželjene efekte na mentalno i emocionalno zdravlje studenata medicine [4]. Pritisak napornog rada, posebno u vreme učenja za ispite, polaganja izuzetno teških ispita i sticanja stručnog znanja, veština i naučnih stavova je označen kao najstresniji deo medicinske edukacije [4].

Naše istraživanje smo bazirali na problemu predispitne nesanice kod studenata.

Želeli smo da ispitamo u kojoj meri pre postojeći ispit utiče na psihološki status studenata. Naši rezultati pokazuju da studenati u nedelji koja prethodi ispitu imaju statistički značajno viši intenzitet simptoma insomnije, u odnosu na nedelju koja nije povezana sa ispitom. Time je naša radna hipoteza potvrđena i naši rezultati su u skladu sa onim što smo teorijski očekivali.

Objašnjenje dobijenih rezultata delom treba tražiti i u velikom obimu znanja koje studenti Medicinskog fakulteta moraju imati da bi položili ispite, u težini samih ispita, u stalnom nedostatku vremena, izmenjenom kvalitetu socijalnog života itd. Ne treba zaboraviti ni specifičnosti medicinske edukacije: prve susrete sa ljudskom patnjom i bolom, moribundnim pacijentima i ozbiljnim etičkim konfliktima. Sve ove akademske uzroke insomnije treba sabrati sa multiplikovanim uzrocima stresa iz svakodnevnog života koji su u naše vreme postali ubičajeni, da bi se došlo do zaključka da su studenti svakodnevno izloženi velikom broju stresora – uzročnika insomnije. Na ovo se nadodaju fiziološke specifičnosti populacije ove starosne dobi koje uključuju nestabilnost cirkadijalnih mehanizama [13] i nepotpuno razvijenu sposobnost adaptacije na stresogene događaje [14,15,16].

Sličan porast intenziteta simptoma insomnije kod studenata medicine u nedelji koja prethodi ispitu beleže i drugi autori [4,5,6,7,8]. U svim navedenim svetskim studijama pripremanje i polaganje ispita predstavljaju snažan generator simptoma insomnije kod studenata. Liselotte i saradnici su analizom velikog broja relevantnih naučnih radova koji obrađuju problem predispitnih poremećaja spavanja, objavljenih u periodu od 1966. do 2004. godine, zaključili da je preterano izražena predispitna insomnija čest, ozbiljan i ne-

dovoljno istražen problem koji zahteva sistematičan i koordinisan rad stručnjaka različitih profila na rešavanju kao i dodatna istraživanja [4]. Briggs i saradnici su zaključili da značajan broj studenata pati od predispitne insomnije, kao i da loš kvalitet ili kvantitet spavanja negativno utiču na akademsku sposobnost i mentalno zdravlje studenata [5].

Potrebno je na kraju i istaći metodološke ograničenosti ove studije. One se odnose prvenstveno na to da je prisustvo simptoma insomnije kod studenata dijagnostikovano isključivo putem ankete, a ne putem sveobuhvatnog psihijatrijskog i polisomnografskog ispitanja. Nadamo se da će u budućoj studiji, koja će obuhvatići veći broj ispitanika, ovi nedostaci biti ispravljeni. Studija takođe nije obuhvatila ispitivanje značaja pojedinačnih faktora koji izazivaju ili održavaju insomniju.

U svetu mogućih posledica koje preterano izražena predispitna insomnija može imati na psihičko zdravlje studenata, a koji su detaljno izneti u uvodu, smatramo da je potrebno izvršiti dalja i opširnija istraži-

vanja ovog problema. Ukoliko i te studije dobiju rezultate koji su slični rezultatima koje smo mi dobili smatramo potrebnim da se na Medicinskom fakultetu u Beogradu osnuje posebna služba koja bi pružala pomoć i davala podršku studentima sa, između ostalog, izraženom predispitnom insomnijom i srodnim poremećajima spavanja.

ZAKLJUČAK

Studenti Medicinskog fakulteta u Beogradu imaju statistički značajno veći intenzitet simptoma insomnije u nedelji neposredno pred ispit u odnosu na nedelju koja nije povezana sa ispitom.

Napomena: rezultati ovog istraživanja izneti su na Mini simpozijumu studenata Medicinskog fakulteta u Beogradu, aprila 2008. godine

ANALYSIS OF PRE-EXAM INSOMNIA AMONG MEDICAL STUDENTS

Vlada Đurić¹

Milan Latas^{2,3}

Nikola Trajanović^{4,5}

Daniela Jovanović³

Srđan Milovanović^{2,3}

1 Clinical Center of Serbia, Belgrade, Serbia

2 School of Medicine, University of Belgrade, Serbia

3 Psychiatric Clinic, Clinical Center of Serbia, Belgrade, Serbia

4 Health Dispensary "Dr Ristić", Belgrade, Serbia

5 Sleep and Alertness Clinic, UHN, Toronto, Canada

Summary

Introduction Insomnia is sleep disturbance characterized with unsatisfactory quality and/or quantity of sleep.

Aim of the study To analyze the presence of pre-exam insomnia in the sample of students attending the School of Medicine at the University of Belgrade.

Sample and methods The study sample consisted of 112 students from the second, third and fourth year of the School of Medicine. Athens Insomnia Scale (AIS) was used to analyze the presence of pre-exam insomnia in the student sample. The students were first questioned during the time that was not close to any exam, and then a week before the exams.

Results The comparison of mean values on each of the eight analyzed variables related to various symptoms of insomnia indicated that students perceived problems of sleeping much less during weeks that are not temporally related to exams than in a week prior to an exam. All of those differences are statistically significant.

Conclusion The studied sample of pre-graduate students had a statistically more significant complaint of insomnia symptoms during the week prior to exams than during the week that was not close to exams.

Key words:, insomnia, students, exam, Medical faculty

Literatura

1. Ilanković N. Poremećaji spavanja. U Jašović-Gašić M, Lečić-Toševski D. urednici Psihijatrija. Beograd: CIBID; 2007. p. 190-2.
2. Daniel J. Buysse. Overview of Insomnia: Definitions, Epidemiology, Differential Diagnosis and Assessment. (in Kryger MH, Roth T, Dement WC editors. "Principles and Practice of Sleep Medicine", Elesvier Saunders) 2005, 9:702-713.
3. Kaličanin P. Psihijatrija. Beograd: Elit-Medica Beograd; 2002. p. 880-891.
4. Liselotte N. Dyrbye, Matthew R. Thomas, Tatit D. Shanafelt. Medical Student Distress: Causes, Consequences, and Proposed Solutions. Mayo Clin Proceedings. 2005; 80(12):1613-1622.
5. Briggs S. Chad. The relationship between test anxiety, sleep habits and self-perceived academic competency. Psychological reports. 2000; 75(2):1219-1226.

6. Eller T, Aluoja A, Vasar V, Veldi M. Symptoms of anxiety and depression in Estonian medical students with sleep problems. *Depression and anxiety* 2006; 23(4):250-6.
7. Hidalgo MP, Caumo W. Sleep disturbances associated with minor psychiatric disorders in medical students. *Neurological sciences* 2002; 23(1):35-9.
8. Veldi M, Aluoja A, Vasar V. Sleep quality and more common sleep-related problems in medical students. *Sleep medicine*. 2005; 6(3):269-275.
9. Liu BH, Huang YQ, Niu WY, Lu ZZ, Yue C, Wang PY. Study on the factors influencing suicidal ideation among medical students in Beijing. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2008; 29(2):128-31.
10. Constantin R, Soldatos, Dimitris G, Dikeos, Thomas J, Paparrigopoulos. Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *Journal of Psychosomatic Research*. 2000; 48(2):555-560.
11. Constantin R, Soldatos, Dimitris G, Dikeos, Thomas J, Paparrigopoulos. The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 2003; 55(3):263-267.
12. Loayza H MP, Ponte TS, Carvalho CG, Pedrotti MR, Nunes PV, Souza CM, Zanette CB, Voltolini S, Chaves ML. Association between mental health screening by self-report questionnaire and insomnia in medical students. *Arq Neuropsiquiatr*. 2001 Jun;59(2-A):180-5.
13. Crowley SJ, Acebo C, Carskadon MA. Sleep, circadian rhythms, and delayed phase in adolescence. *Sleep Med*. 2007 Sep;8(6):602-12. Epub 2007 Mar 26.
14. Stern M, Norman S, Komm C. Medical students' differential use of coping strategies as a function of stressor type, year of training, and gender. *Behav Med*. 1993 Winter;18(4):173-80.
15. Dunn LB, Iglewicz A, Moutier C. A conceptual model of medical student well-being: promoting resilience and preventing burnout. *Acad Psychiatry*. 2008 Jan-Feb;32(1):44-53.
16. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med*. 2006 Apr;81(4):354-73.

Srđan MILOVANOVIĆ
Klinika za psihijatriju
Klinički centar Srbije,
Pasterova 2, 11000 Beograd, Srbija
Tel. +381 (0)11 3662102
Fax +381 (0)11 2645543
E mail: dr.srle@eunet.rs

KLINIČKE, FARMAKOKINETSKE I FARMAKODINAMSKE Karakteristike ZIPRASIDONA

**Miroslava Jašović-Gašić
Aleksandar Damjanović**

UDK: 615.214.015/03

Klinika za psihijatriju,
Klinički centar Srbije, Beograd

Kratak sadržaj

Ziprasidon je atipični antipsihotik koji deluje na receptore koji su asocirani sa shizofrenijom. Ziprasidon omogućava značajnu redukciju shizofrenih simptoma i pokazuje superiornost u odnosu na haloperidol, posebne za negativne simptome, pacijentov stav prema tretmanu, depresivne simptome kao i poremećaje pokreta. Ziprasidon se bolje toleriše od risperidona i olanzapina, vodećih atipičnih antipsihotika, a pokazuje podjednaku efikasnost sa njima u tretmanu simptoma shizofrenije. Ziprasidon izaziva manje neželjenih efekata u komparaciji sa risperidonom i olanzapinom što može rezultovati boljom komplijansom. Ziprasidon ne dovođi do povećanja telesne težine, a takođe je njegovo delovanje asocirano sa sniženjem nivoa triglicerida i holesterola. Manji broj neželjenih efekata, poput porasta telesne težine, povišenja nivoa serumskih lipida i povišenog nivoa insulina, omogućavaju niži komorbiditet shizofrenije i dijabetesa, niži rizik za koronarne poremećaje i sveukupno bolje zdravlje i produktivnost pacijenata. Takođe ziprasidon se može koristiti u tretmanu akutno agitiranih shizofrenih pacijenata i to onih koji zahtevaju intramuskularnu (im) medikaciju za brzu kontrolu agitacije. U kliničkim studijama komparacija im. ziprasidona sa im. haloperidolom, ziprasidon je pokazao značajno bolju kontrolu akutne agitacije Više studija je pokazalo da zamena olanzapina, risperidona ili konvencionalnih antipsihotika ziprasidonom rezultuje signifikantnim poboljšanjem pozitivnih, negativnih i kognitivnih simptoma, uz bolju tolerabilnost i redukciju telesne težine i lipida. Poboljšana tolerabilnost koja je asocirana sa korišćenjem ziprasidoma redukuju upotrebu komkomitantne medikacije i vodi ka farmakoekonomskim beneficijama. Više doze ziprasidona vode ka bržem i efikasnijem odgovoru, kao i nižoj stopi diskontinuacije koja nastaje kao posledica izostanka terapijskog odgovora.

Ključne reči: ziprasidon, farmakokinetika, farmakodinamika, kliničke studije

UVOD

Incidencija shizofrenih poremećaja varira od istraživanja do istraživanja zbog različitih posmatranih činilaca, ali je opste prihvaćena procena o 2-4 slučaja godišnje na 10000 stanovnika. Rizik oboljevanja od shizofrenog poremećaja tokom života je oko 0,4-1 %. Aktuelna (point) prevalencija (prevalencija u jednom momentu posmatranja) varira od 0,01% do 3 % u različitim populacijama što je uglavnom odraz različitih istraživačkih kriterijuma, ali i populacionih razlika. Otuda je razumljivo da se traga za što efikasnijim lekom koji bi ne samo delovao u akutnoj fazi bolesti već držao pod kontrolom bolest u što dužem vremenskom razdoblju. U potrazi za što delotvornijim i sigurnijim antipsihotikom farmaceutska industrija je do sada proizvela veliki broj antipsihotika koje možemo razvrstati u tri generacije. Antipsihotici prve generacije slučajno su otkriveni i preventivno deluju na produktivne- pozitivne simptome shizofrenije, a njihova primena je praćena izraženim ranim i kasnim ekstrapiramidalnim neželjenim pojavama. Antipsihotici druge generacije rezultat su želje da se eliminišu ekstrapiramidni neželjeni efekti i da se pronađu lekovi koji će imati terapijski učinak i na negativne simptome shizofrenije. Antipsihotici treće generacije su rezultat ciljanog iznalaženja što delotvornijeg antipsihotika sa što manje neželjenih efekata.

Danas je moguće identifikovati najvažnija farmakološka svojstva pojedinih antipsihotika, što čini aktuelnom farmakološku klasifikaciju ovih lekova Tako, razlikujemo predominantno antidopaminergičke antipsihotike koji mogu biti selektivni i neselektivni i predominantno nedopaminergičke antipsihotike koji se mogu podeliti na tzv. SDA (serotoninsko-dopamin-

ske antagoniste) antipsihotike i MARTA (Multiple Antagonized Receptors Targeted Antipsychotics) antipsihotike [1,2]

Od novih antipsihotika se očekuje da:

1. da imaju potentan antipsihotični učinak
2. da pokazuju delovanje na što širi spektor shizofrenih simptoma što uključuje efekat na pozitivne – produktivne i negativne deficitarne simptome shizofrenije
3. da imaju uži receptorski profil (tzv. čisti antipsihotici)
4. da ne izazivaju rane i kasne ekstrapiramidne pojave
5. da ne uzrokuju agranulocitozu i supresiju koštane srži
6. da ne budu kardiotoksični
7. da ne oštećuju jetru
8. da nemaju prokonvulzivni učinak i da ne izazivaju epileptične napade
9. da ne izazivaju tešku opstipaciju i inkontinenciju
10. da ne dovode do hiperprolaktinemije sa svim njenim posledicama
11. da ne dovode do povećanja telesne težine – gojaznosti
12. da ne uzrokuju maligni neuroleptički sindrom.

Za sada nemamo idealni antipsihotik koji bi ispunio sva gore navedena očekivanja, ali imamo nekoliko novih antipsihotika koji predstavljaju značajan napredak [1,2].

FARMAKODINAMIKA

Ziprasidon je novi antipsihotični lek koji je derivat benzistiazola i ima visoki afinitet za 5-HT₂ i dopamin D₂ receptore *in vitro*, sa 11-to struko većim afinitetom, za 5-HT₂ (5-HT_{2A}, 5-HT_{1A} i 5-HT_{2C}) i 5-HT_{1D} receptore nego za D₂ receptore što ukazuje na nizak potencijal za indukciju motornih poremećaja, a samim tim i esk-

trapiramidnog sindroma (EPS). Ziprasidon ima umereni afinitet prema α_1 adrenergičkim i histaminskim H_1 receptorima dok je afinitet prema α_2 -adrenergičkim i β -adrenergičkim, $5-HT_3$ i $5-HT_4$, holihergičkim, kao i m i s opijatskim ili benzodiazepinskim receptorima veoma nizak. Takođe ima zanemarljivo nizak afinitet prema muskarinskim M_1 receptorima. Ziprasidon umereno inhibiše ponovno preuzimanje (reuptake) serotonina i nora-drenalina. Afinitet prema $5-HT_{2A}$ u odnosu na D_2 receptore je viši nego kod risperidona, klozapina, hlorpromazina ili haloperidola. Primena jednostrukе doze od 40mg posle 12 h dovodi do blokade serotoninskih 2_A ($5-HT_{2A}$) receptora više od 80% i više od 50% dopaminskih D_2 receptora a prema nalazu pozitrone emisione tomografije (PET). Antagonizacija i serotoninskih $5-HT_{2A}$ i dopaminskih D_2 receptora izgleda da je odgovorna za antipsihotičnu aktivnost ziprasidona koju modelira ova kombinacija antagonističkih aktivnosti [3-8]. Efekat ziprasidona na nivo prolaktina je ispitivan u poređenju sa haloperidolom u duplo-slepoj kliničkoj studiji u dozi od 4, 10, 40 i 160mg na dan u odnosu na haloperidol u dozi od 15mg pro dei. U dozi od 4-40 mg ziprasidon nije podizao nivo prolaktina u posmatranom periodu od 14 dana za razliku od haloperidola [4].

FARMAKOKINETIKA

Nakon višestruke oralne aplikacije ziprasidona sa hranom, maksimalna koncentracija u plazmi se postiže 6-8h posle uzete zadnje doze. Ziprasidon pokazuje linearnu kinetiku u rasponu terapijske doze od 40-80mg podeljenoj u dve doze dnevno kod sitih subjekata. Absolutna bioraspoloživost u dozi od 20mg je 60% u osoba koje su uzele hranu. Absorpcija je smanjena

za 50% ukoliko je ziprasidon uzet pre jela, odnosno kada su osobe gladne. Srednja vrednost terminalnog polu-života eliminacije posle oralne administracije je 6,6 časova. Srednja vrednost klirensa ziprasidona primjenjenog intravenski je 5ml/min/k i volumen distribucije je aproksimativno 1,1L/kg. Ziprasidon se vezuje više od 99% za proteine plazme, a "steady state" se postiže u roku od 1-3 dana. Farmakokinetika ziprasidona je u linearnoj povezanosti sa primjenjom dozom. Ziprasidon se ekstenzivno metabolije posle oralne administracije i to samo male količine se eliminišu urinom (≤1%) i fesesom (≤ 4%) kao nepromenjena supstanca, a primarno metabolizam ziprasidona ide preko tri metabolička puta koja čine četiri glavna cirkulirajuća metabolita, benzisotiazol piperazin (BIPT) sulfoksid, BIPT sulfon, ziprasidon sulfoksid i S-metil-dihidroziprasidon. Aproksimativno oko 20% od uzete doze se eliminiše urinom, a 66% fesesom, dok nepromenjeni ziprasidon predstavljen je sa oko 44% totalne količine supstance u serumu [8,9].

Studije obavljene *in vivo* upućuju da konverzija u S-metil dihidroziprasidon je glavni metabolički put ziprasidona. Studije *in vitro* pokazuju da ovaj metabolizam nastaje preko redukcije katalize aldehid oksidaze sa posledičnom S-metilacijom. Oksidativni metabolički procesi, koji uglavnom idu preko CYP3A4 uz potencijalno učešće CYP1A2 su uključeni u ovaj proces [10-13]. Ziprasidon, S-metil-dihidroziprasidon i ziprasidon sulfoksid kada se testiraju *in vitro* imaju osobine koje mogu da izazovu produženje QTc intervala. S-metil-dihidroziprasidon se uglavnom eliminiše putem feca preko bilijarne ekskrecije i manjim udedom preko CYP3A4. Ziprasidon sulfoksid se eliminiše renalnom ekskrecijom i sekundarnim metabolizmom preko CYP3A4 [3, 4, 12,14]. Skrining paci-

jenata koji su uzimali ziprasidon nije pokazao značajne farmakokinetske razlike između pušača i nepušača, niti klinički signifikantne razlike u odnosu na godine života i pol. [3, 14]. Pošto su farmakokinetske studije pokazale da se bio-raspoloživost ziprasidona povećava do 100% u prisustvu hrane, preporučuje se primena ziprasidona posle jela. U skladu sa činjenicom da renalni klirens učestvuje vrlo malo u sveukupnom klirensu, nije utvrđeno progresivno povećanje izloženosti ziprasidonu kada je administriran osobama sa različitim stepenom renalne insuficijencije u poređenju sa zdravim osobama u dozi od 20mg primjenjenog u dva puta dnevno. Nije poznato da li je povećana koncentracija metabolita u serumu ovih pacijenata [3, 4, 5, 6].

U blagim i umereno izraženim hepatičnim poremećajima uzrokovanim cirozom koncentracija u serumu je 30% viša posle oralne primene, a terminalni polu-život je oko 2 časa duži nego u zdravim osoba. Efekat poremećaja jetre na koncentraciju metabolita u serumu je nepoznat [3, 4, 5, 6].

INDIKACIJE

Indikacije za primenu ziprasidona su pre svega shizofreni poremećaji, potom shizoafektivni poremećaji i to kako u akutnoj egzacerbaciji, tako i kod subhroničnih i hroničnih formi shizofrenije [15, 16, 17]. Pokazano je da ziprasidon redukuje afektivne simptome koji se javljaju kod shizofrenije, a što se pre svega odnosi na depresivni sindrom [18]. Takođe u poređenju sa diazepamom kod stomatoloških intervencija deluje anksiolitički isto kao i diazepam, ali graduiranje anksiolitičke aktivnosti je povoljnije i duže nego kod primene diazepama [19].

KONTRAINDIKACIJE

U kontraindikacije spada osetljivost na ziprasidon, postojanje produženog QTc intervala posebno kod kongenitalno uslovljenog produženja, skorašnji (svež) infarkt miokarda, dekompenzovana srčana insuficijencija. Takođe u kontraindikacije spada i paralelno uzimanje sa antiaritmima IA I III – če klase i svim drugim lekovima koji produžavaju QTc interval. Savetuje se opreznost kod pacijenata sa signifikantnom bradikardijom, kao i kod osoba sa metaboličkim disbalansom tipa hipokalijemije i hipomagnezijemije zbog povećanog rizika od malignih aritmija, te je potrebna korekcija ovih stanja pre primene ziprasidona [3, 4, 17, 18].

DOZA I NAČIN APLIKACIJE ZIPRASIDONA

Ziprasidon je u formi kapsula od 20mg i 40mg u pakovanju od po 30 komada, za oralnu primenu. Kod akutnih formi shizofrenije primenjuje se u dozi od 40mg dva puta dnevno zajedno sa hranom, odnosno neposredno posle obroka. Doziranje se podešava individualno prema kliničkom statusu do maksimalne terapijske doze od 80 mg dva puta dnevno. Ukoliko je indikovano povećanje doze, maksimalnu dozu treba postići ne pre nego trećeg dana tretmana. U terapiji održavanja pacijenti treba da uzimaju najmanju efikasnou dozu i u većini slučajeva dovoljna je doza od 20mg dva puta dnevno. Ziprasidon se nalazi i u ampulama za intramuskularnu primenu u dozi od 20mg. Brzina i raspon terapijskog efekta u kombinaciji sa profilom dobre podnošljivosti ga čini dobrim izborom za kratkotrajni tretman akutne agitiranosti i bihevioralnih psihotičnih simptoma. U starijih paci-

jenata nije rutinski indikovana primena niže doze, ali je potrebno o ovome voditi računa kod osoba starijih od 65 godina. Nije potrebno posebno usaglašavanje doziranja kod osoba sa oštećenom renalnom funkcijom, dok kod pacijenata sa oštećenjima jetre preporučuje se primena nižih doza [3, 4].

NEŽELJENA DEJSTVA

Ziprasidon je primjenjen u kliničkim studijama kod preko 5500 osoba. Incidenca neželjenenih pojava u pacijenata tretiranih ziprasidonom je bila veoma slična sa onim koji su javljali kod osoba tretiranih placebom. Najčešća neželjena reakcija je bila somnolencija. Primećena je neznantno veća pojava respiratornih poremećaja, nazeće i astenije u odnosu na placebo grupu. U poređenju sa placebo u kliničkim studijama opisano je blago i umereno pro- duženje QTc intervala u korelaciji sa pri- menjenom dozom i to u 12,3% pacijenata povećanje od 30 do 60 msec u poređenju sa placebo grupom gde se javlja u 7,5% osoba. Produženje QTc intervala od >60ms je viđeno u 1,6% pacijenata na ziprasidonu i 1,2% u placebo grupi. EPS se javio u 5 % od 702 osoba koje su dobi- jale ziprasidon i u 1% od 273 osobe koje su primile placebo. Akatizija se javila u sličnom - zanemarljivom procentu u obe grupe [3, 4, 17, 18]. U produženom tret- manu ziprasidonom u kliničkim studijama, prolaktin je bio nešto povišen ali se kod većine pacijenata vratio na normalne vrednosti i bez prekida terapije. Potencijalne kliničke manifestacije hiperprolaktin- mije u vidu ginekomastije - uvećanja grudi su bile retke [20]. Nije bilo pokazatelja za abnormalne laboratorijske rezultate kod pacijenata koji su primali ziprasidon u dozi od 40-120mg p.d. u četvoronedeljnog periodu, samo je jedan pacijent povučen iz

studije zbog povišenih vrednosti jetrinih enzima, ali su se posle 19 dana po prekidu leka, rezultati normalizovali [4, 6, 15, 16, 17, 18, 20]. Nema podataka o kliničkim studijama koje su sprovedena sa gra- vidnim ženama. Predlaže se stoga da oso- be ženskog pola u fertilnom periodu, a ko- je primaju ziprasidon koriste obavezno kontraceptivna sredstva i ne preporučuje se upotreba u trudnoći zbog potencijalnog rizika na fetus [3]. Nije poznato da li se ziprasidon izlučuje putem majčinog mle- ka, ali dojenje tokom primene ziprasidona se ne preporučuje, a ukoliko se ipak ordi- nira terapija ziprasidonom u toku laktaci- je, laktaciju treba farmakološki prekinuti [3].

Iskustva u predoziranju ziprasidonom su veoma ograničena. Najveća potvrđena uzeta količina je bila 3240 mg i opisani su samo simptomi blage sedacije, sliveni go- vor i tranzitorna hipertenzija (200/95mmHg). Nije bilo značajnog pro- duženja QTc intervala. Ipak mogućnost kriza svesti, distoničnih pokreta glave i vrata koji mogu biti uzrok aspiracije usled emeze, postoji kod predoziranja zipra- sidona, pa se predlaže da se odmah primeni kardiovaskularni monitoring za detekciju mogućih aritmija. Inače ne postoji speci- fični antidot za ziprasidon [3].

INTERAKCIJE

Treba biti oprezan u davanju zipra- sidona u kombinaciji sa drugim lekovima koji utiču na CNS kao i u kombinaciji sa alkoholom. Kao što je već u prethodnom poglavljtu opisano ne treba ga davati sa antiaritmnicima (klase IA I III), arseniktrioksi- dom, halofantrinom, levometadilacet- atom, mezoridazinom, tioridazinom, pimo- zidom, sparfloksacinom, gatifloksacinom, moksifloksacinom, dolasetron mezilatom, meflokvinom, sertindolom ili cisapridom,

zbog uticaja na QTc interval [3, 4]. U odnosu na oralne kontraceptive, administriranje ziprasidona ne dovodi do značajnih promena farmakokinetike estrogenске ili progesteronsке komponente [21]. Paralelna primena sa litijumom nema efekta na farmakokinetiku litijuma [22].

Terapija karabamazepinom u dozi od 200mg dva puta dnevno u toku 21 dan dovela je do smanjenja iskoristljivosti ziprasidona aproksimativno oko 35% [3]. Antacidi – multiple doze aluminijuma i magnezijuma koje sadrže antacid ili cimetidin ne pokazuju značajan efekat na farmakokinetiku ziprasidona kod osoba koje su prethodno uzele hranu [23].

KLINIČKE STUDIJE

U fazi registracije u mnogim evropskim zemljama i SAD-u, pre 1997 godine, prve kliničke studije su bile u vidu kratkotrajnih kliničkih ispitivanja efikasnosti ziprasidona u različitim dozama i to uglavnom primjenjenog u hospitalnim uslovima kod pacijenata sa akutnom egzacerbacijom shizofrenije ili shizoafektivnog poremećaja. Pre administriranja ziprasidona primjenjen je "wash out" period od sedam dana, a klinička slika psihoze je bila umereno izražena. Klinička procena efikasnosti ziprasidona je vršena različitim skalamama od Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia - PANSS (Kay et al., 1987), Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS (Woerner et al., 1988), Scale of Assessment of Negative Symptoms – SANS (Andreasen, 1982), Clinical Global Impressions of Severity and Improvement – CGI-S, CGI-I (National Institute of Mental Health, 1976b), i Montgomery and Asberg Depression Rating Scale – MADRS (Montgomery and Asberg, 1979) [3, 4, 5, 6, 15, 16, 17, 18, 19, 23]. U jednoj od takvih studija koja je trajala četiri

nedelje i u koju je bilo uključeno 90 pacijenata obolelih od shizofrenije i shizoafektivnog poremećaja, ziprasidon u dozi od 160mg/dnevno i haloperidol u dozi od 15mg/dnevno su pokazali signifikantnu terapijsku efikasnost u poređenju sa ziprasidonom u dozi od 4mg dnevno, a što je bila kontrolna grupa sa neefikasnom dozom, mereno CGI-S skalom [24]. U studiji koja je uključila 302 pacijenta poređene su dve primenjene doze ziprasidona 80mg/dnevno i 160mg/dnevno sa placebom. Poboljšanje na ukupnom skoru na BPRS skali kao i na pojedinačnim ajtemima ove skale, proistekli iz PANSS skale, kao i na CGI-S je pokazalo da su obe primenjene doze ziprasidona 80mg i 160mg dnevno bile statistički i klinički signifikantno efikasnije od placebo [25]. Poboljšanje psihotičnih simptoma je išlo paralelno sa poboljšanjem negativnih simptoma [6]. Ova osobina ziprasidona je slična sa onom kod klozapina (Tandon, 1993). Uočeno je poboljšanje depresivnih simptoma (30% redukovana skora na MADRS-u u odnosu na početni nivo) i to sa primenjom dozom od 160mg ziprasidona dnevno [15]. Rezultati ovih pojedinačnih studija ukazuju da je ziprasidon efikasan u terapiji pozitivnih, negativnih, depresivnih simptoma u akutnoj egzacerbaciji shizofrenije ili shizoafektivnog poremećaja [15, 16, 17, 18, 20]. Rezultati meta analiza prikazuju da je ziprasidon u dozi od 80 ili 160mg/dnevno konzistentno značajno efikasniji od placebo u redukovajući psihopatoloških fenomena, i poboljšajući pozitivnih i negativnih simptoma. (podaci iz Central Research Division, Pfizer Inc, USA, 1997). Ovi rezultati sa ziprasidonom su slični onima koji su dobijeni s olanzapinom u dozi od 10mg i risperidonom u dozi od 6mg. Ipak ziprasidon je pokazao znatno nižu frekvencu pojave neželjenih efekata, kao i bolju komplijansu u odnosu na risperidon i olanzapin [6]. U studiji no-

vijeg datuma duploslepoj u kojoj se poređi ziprasidon u fleksibilnoj dozi od 80-160mg (148 pacijenata) sa haloperidolom u dozi od 5-15mg/ dnevno (153 pacijenta) u toku 28 nedelja kod pacijenata sa stabilnom hroničnom ili subhroničnom shizofrenijom u ambulantnim uslovima, oba leka pokazuju efikasnost u redukovaju opšte psihopatologije, dok je ziprasidon bio superiorniji od haloperidola u tretmanu negativnih simptoma a i bolje su ga pacijenti tolerisali (podnosili) nego haloperidol.. Stoga se može zaključiti da je ziprasidon superiorna alternativa haloperidolu u srednje dugom tretmanu stabilnih shizofrenih pacijenata u ambulantnim uslovima [26]. Duplo slepa placebo kontrolisana studija ziprasidona u dozi od 80-160mg/dnevno primjenjenog kod akutne egzacerbacije shizofrenije ili shizoafektivnog poremećaja u trajanju od šest nedelja ukazala je na statistički signifikantno bolju efikasnost ziprasidona od placeboa, kako u poboljšanju opšte psihopatologije tako i poboljšanju negativnih i depresivnih simptoma. Ziprasidon je pokazao dobru podnošljivost sa veoma blagim neželjenim efektima u vidu blage dispepsije, nauzeje, i tranzitorne pospanosti. Sem toga pokazao se veoma pouzdan zbog slabog potencijala za izazivanje ekstrapiramidnog sindroma -EPS-a, kao i povećanja telesne težine. Ziprasidon smanjuje nivo serumskih lipida i holesterola i time ima vrlo značajnu ulogu u prevenciji metaboličkog sindroma [25]. Takođe ziprasidon se može koristiti u tretmanu akutno agitiranih shizofrenih pacijenata i to onih koji zahtevaju intramuskularnu (im) medikaciju za brzu kontrolu agitacije. U kliničkim studijama komparacija im. ziprasidona sa im. haloperidolom, ziprasidon je pokazao značajno bolju kontrolu akutne agitacije [3].

Studija u kojoj je primjenjen ziprasidon u trajanju od godinu dana, kod hronične stabilne shizofrenije u pacijenata koji su

prethodno bili tretirani konvencionalnim neurolepticima i koji su imali umereno izražene negativne simptome i socijalnu i profesionalnu disfunkcionalnost, ziprasidon je pokazao:

- značajnu efikasnost u prevenciji relapsa;
- značajno i suštinsko poboljšanje negativnih simptoma;
- poboljšanje globalnog funkcioniranja;
- ima odličan profil tolerabilnosti-podnošljivosti i time može da ima prednost nad drugim novijim antipsihoticima (olanzapin i risperidon) [27, 28].
- prevenciju metaboličkog sindroma
- dobra i efikasna kontrola agitacije intramuskularnim ziprasidonom

ZAKLJUČAK

Ziprasidon je atipični antipsihotik sa farmakološkim SDA (serotonin-dopaminskim antagonističkim) profilom, što mu daje prednost nad konvencionalnim antipsihoticima. Indikaciono područje ziprasidona su shizofreni i shizoafektivni poremećaji, kako u akutnoj egzacerbaciji, tako i kod subhroničnih i hroničnih formi shizofrenih poremećaja. Ziprasidon deluje na poboljšanje globalnog funkcionisanja; pokazuje značajnu efikasnost u prevenciji relapsa; poboljšava negativne, pozitivne i afektivne-depresivne simptome u shizofreniji. Ima odličan profil tolerabilnosti-podnošljivosti, jer ima mali potencijal za izazivanje EPS-a kao za povišenje nivoa prolaktina i time ukazuje da ima prednost nad drugim novijim antipsihoticima. Ovim svojim osobinama poboljšava komplijansu i time omogućava održavanje kontinuirane medikacije u pacijenata sa shizofrenijom čime u krajnjem ishodu utiče pozitivno na kvalitet života ne samo obolelih nego i njihovih najbližih članova porodice.

CLINICAL, PHARMACOKINETIC AND PHARMACODYNAMIC CHARACTERISTICS OF ZIPRASIDONE

**Miroslava Jašović-Gašić
Aleksandar Damjanović**

Summary

Ziprasidone is an atypical antipsychotic that targets the receptors associated with schizophrenia. Ziprasidone provided significant relief of schizophrenic symptoms and was shown to be superior to haloperidol, especially for negative symptoms, patient attitude toward treatment, movement disorders, and depressive symptoms. Ziprasidone was better tolerated than risperidone and olanzapine, the leading atypical antipsychotic agents, and was as effective in treating symptoms of schizophrenia. Ziprasidone was associated with fewer adverse events (AEs) compared with risperidone and olanzapine, which may result in better compliance with ziprasidone. Ziprasidone does not lead to increases in weight, and has been associated with a decrease in cholesterol and triglyceride levels. Fewer AEs, such as weight gain, increased serum lipid levels, and increased insulin levels, would mean fewer comorbid events such as diabetes, lower risk of coronary heart disease (CHD), and better overall health and productivity. Thus, ziprasidone can be used to treat acute agitation in schizophrenic patients for whom ziprasidone is appropriate, but who require IM medication for rapid control of agitation. In clinical trials comparing ziprasidone IM to haloperidol IM, ziprasidone IM was shown to provide significantly better control of acute agitation. Finally, several studies demonstrated that switching to ziprasidone from risperidone, olanzapine, or conventional antipsychotics resulted in significantly improved positive, negative, and cognitive symptoms, with better tolerability and reduced weight gain and lipids. The improved tolerability associated with ziprasidone reduces concomitant medication use, leading to a reduction in the overall pharmacy budget. Higher doses of ziprasidone have been shown to lead to a more rapid favorable response and a lower rate of discontinuation due lack of response.

Key words : ziprasidone, pharmacokinetics, pharmacodynamics, clinical studies

Literatura

1. Altamura AC, Bobes J, Owens DC, Gerlach J, Hellewell JSE, Kasper S, Naber D, Tarrier N. & van Os J.: Schizophrenia: Diagnosis and Continuing Treatment. Principles of Practice from the European Expert Panel on the Contemporary Treatment of Schizophrenia. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 2000;4 (suppl. 1),1-11.
2. Jakovljević M.: Suvremena farmakoterapija shizofrenije. Od neurobiologije do potpune reintegracije. Medicinska naklada, Zagreb, Promente Zagreb, 2001, 2-4: 11.
3. Pfizer: Summary of product characteristics, International Registration Dossier 2007
4. Davis Rick and Markham Anthony: Ziprasidone. Adis New Drug Profile. CNS Drugs, 1997. 8 (2); 153-159.
5. Seeger TF, Seymour PA, Schimdt AW, et al. Ziprasidone (CP-88.059): a new antipsychotic with combined dopamine and serotonin antagonist activity. J.Exp.Ther.1995. 275: 101-13.
6. Tandon R, Harrigan E, Zorn S. Ziprasidone a novel antipsychotic with unique pharmacology and therapeutic potential. J.Serotonin Res. 1997. 4 (3): 159-177
7. Bench CJ, Lammerstma AA, Dolan RJ, et al. Dose dependent occupancy of central dopamine D₂ receptors by the novel neuroleptic CP-88.059-01: a study using positron emission tomography and ¹¹ C-raclopride. Psychopharmacology 1993. 112: 308-14.
8. Fischman A, Bonab AA, Babich JW, et al.: Positron emission tomographic analysis of central 5-hydroxytryptamine2 receptor occupancy in healthy volunteers treated with the novel antipsychotic agent, ziprasidone.J.Pharmacol.Exp.Ther. 1996; 279 (2): 939-47.
9. Miceli JJ, Hunt T, Cole MJ, et al The pharmacokinetics (PK) of CP-88.059 (CP) in healthy male volunteers following oral (PO) and intravenous (IV) administration (abstract no. PI-78). 95th Annual Meeting of the American Society for Clinical Pharmacology and Therapeutics; 1994. 1; New Orleans. 142
10. Wilner KD, Hansen RA, Johnson AC, et al. Single and multiple dose pharmacokinetics of ziprasidone in healthy males (abstract no. P-2-7). Eur Neuropsychopharmacol 1996. 6 Suppl. 3: 38
11. Prakash C, Kamel A, Anderson W. Absorption, metabolism and excretion of antipsychotic drug ziprasidone in rat and mouse (abstract) Proceedings of 6th North American International Society for the Study of Xenobiotics Meeting; 1994. Raleigh, USA. 107
12. Prakash C, Kamel A, Cui D, et al. Ziprasidone metabolism and cytochrome P450 isozymes (poster). Annual Meeting of the American Psychiatric Association: 1997. 16-23: San Diego
13. Wilner KD, DeMattos SB, Anziano RJ, et al. Lack of CYP2D6 inhibition by ziprasidone- in healthy volunteers (poster). Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 1997. 16-23; San Diego
14. Tensfeldt TG, Wilner KD, Baris B, et al. Steady-state pharmacokinetics of ziprasidone in healthy elderly and young volunteers (abstract). Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 1997. 16-23; San Diego
15. Reeves KR, Harrigan EP. The efficacy and safety of two fixed doses of ziprasidone in schizophrenia and schizoaffective disorder (poster). 20th Collegium Internationale Neuro-Psycho-pharmacologicum (C.I.N.P.) Congress; 1996. 23-27: Melbourne
16. Harrigan E, Morrissey M. Ziprasidone Working Group. The efficacy and safety of 28-day treatment with ziprasidone in schizophrenia/schizoaffective disorder (poster). 20th Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicalum (C.I.N.P.) Congress: 1996. 23-27: Melbourne
17. O'Connor R, Harrigan E, Heym J, et al. The efficacy and safety profile of a new atypical antipsychotic, ziprasidone (poster). VIIIth Congress of the European College of Neuropsychopharmacology 1995; Venice

18. O Connor R, Harrigan E, Heym J, et al. The efficacy and safety profile of a new antipsychotic ziprasidone (abstract). Xth World Congress of Psychiatry: 1996 Madrid
19. Wilner KD, Anziano RJ, Johnson AC, et al. Anxiolytic effects of ziprasidone compared with diazepam and placebo prior to dental surgery (poster). 20th Colloquium Internationale Neuropsychopharmacologicum (C.I.N.P.) Congress, 1996 Melbourne
20. Daniel D, Reeves K, Harrigan EP, et al. The efficacy and safety of ziprasidone 80 mg/day and 160 mg/day in schizophrenia and schizoaffective disorder (abstract). Schizophr Res 1997;24: 204
21. Muirhead GJ, Holt PR, Oliver S, et al. The effect of ziprasidone on steady-state pharmacokinetics of a combined oral contraceptive (abstract P-2-6). Eur Neuropsychopharmacol 1996; 6 Suppl. 3: 38
22. Wilner KD, Anziano RJ, Tensfeldt TG, et al. The effects of ziprasidone on steady-state lithium levels and renal clearance of lithium (abstract no. P-2-8) Eur Neuropsychopharmacol 1996; 6 Suppl. 3: 38
23. Wilner KD, Hansen RA, Folger CJ, et al. Effects of cimetidine or Maalox® on ziprasidone pharmacokinetics (poster). Annual Meeting of the American Psychiatric Association: 1997. San Diego
24. O'Connor R, Harrigan EP, Heym J, et al. The efficacy and safety profile of a new antipsychotic, ziprasidone,. Presented at Xth Congress of Psychiatry 1996, Madrid, Spain.
25. Daniel GD, Zimbroff DL, Potkin GS, Reeves RK, Harrigan PE, Lakshminarayanan M, and the Ziprasidone Study Group: Ziprasidone 80mg/day and 160mg/day in the Acute Exacerbation of Schizophrenia and Schizoaffective Disorder: A 6-Week Placebo-Controlled Trial. Neuropsychopharmacology, 1999, 20:491-505
26. Hirsch S, Power A. A 28-week comparison of ziprasidone and haloperidol in outpatients with stable schizophrenia. The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology, Vol 9, Suppl. 5. 1999. 264.
27. Arato M.: Newdata driving change – results of a placebo controlled long term study with Ziprasidone. In: Casey D and Kasper S, Chairs: Treatment for Life: Issues in the management of Schizophrenia (Abstract book), 1997.
28. Arato M, O'Connor R, Meltzer H, Bradbury J: Ziprasidone efficacy in the prevention of relapse and in the long term treatment in negative symptoms of chronic schizophrenia. Eur Neuropsychopharmacol 7 (Suppl 2): S214, 1997.

Aleksandar DAMJANOVIĆ
Klinika za psihiatriju
Klinički centar Srbije,
Pasterova 2, 11000 Beograd, Srbija
Tel. +381 (0)11 3662103
Fax +381 (0)11 2645543
E mail: damal64@yahoo.com

STRES I PSIHOVIČNI POREMEĆAJI

Žana Stanković

UDK: 616.892:616.895.8-02-092

Kratak sadržaj

Stresogeni životni događaji su jedan od etioloških činilaca u nastanku shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja, prema biopsihosocijalnom (integralnom) modelu. U uvođu se navode metodološki probleme koji prate istraživanje značaja traumatskih događaja za nastanak, tok i ishod psihoza. Rezultati brojnih studija su potvrdili značaj ovih faktora, koji mogu delovati još u pre i perinatalnom periodu, kao i u detinjstvu (seksualno i fizičko zlostavljanje) i kasnijim periodima života (odrastanje u urbanoj sredini, migracije, etnicitet, diskriminacija zbog pola, seksualne orientacije, starosne dobi, hendičepa, izgleda). Psihotični simptomi i stigma vezana za mentalni poremećaj su takođe stresogeni za pacijente ove psihijatrijske populacije. "Senzitizacija" je proces pri čemu (ponovljena) izloženost izvesnom događaju povećava bihevioralni i biološki odgovor na kasniju izloženost sličnom događaju, čak i kada kasnija izloženost nije tako intenzivna. Interakcija genskih i enviromentalnih faktora (bioloski sinergizam) i disregulacija osovine hipotalamus-hipofiza-nadbušnog (HPA), ključnog medijatora u odgovoru na stres je mehanizam odgovoran za nastanak psihoza. Navode se aktuelne dileme vezane za klasifikaciju i dijagnostikovanje akutnih i prolaznih psihotičnih poremećaja, jedine forme psihoza, za koje je postojanje psihosocijalnog traumatskog događaja u periodu koji prethodi razvoju simptoma, jedan od neophodnih kriterijuma za dijagnozu.

Ključne reči: stresogeni životni događaji, psihoze, shizofrenija, neurobiološki mehanizmi, akutni i prolazni psihotični poremećaji

Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije,
Beograd

UVOD

Stresogeni događaji su uključeni u biopsihosocijalni (integralni) model nastanka shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja. Međutim, podaci iz referentne literaturе, kao i iskustva kliničke prakse ukazuju na nedovoljnu istraženost uticaja stresa na nastanak, tok i ishod psihotične semiologije, a posebno shizofrene psihoze. Rezultati istraživanja dalje ukazuju da se mali broj traumatskih događaja identificuje od strane kliničara kod pacijenata sa psihotičnim poremećajima [1,2,3] Značajan podatak je i taj, da se pacijentima sa dijagnozom shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja, mnogo ređe upućuju pitanja koja se odnose na iskustva nekih traumatskih događaja, kao što je npr. zlostavljanje, nego pacijentima sa drugim psihijatrijskim poremećajima. Osim toga, nakon dobijanja podataka o traumatskim iskustvima pacijenata ove psihijatrijske populacije, mali broj njih se uključuje u terapiju koja ima za cilj redukciju stresa i prevazilaženje negativnih efekata stigme [4, 5, 6].

U kritičkoj analizi istraživanja uticaja stresogenih događaja na nastanak, tok i ishod shizofrenije, Norman i Mala (Norman & Malla) [7], ističu metodološke probleme ovih istraživanja, a posebno one vezane za različite instrumente koji se koriste u istraživanju (upitnici, intervjuji, medicinska dokumentacija), kao i retrospektivni dizajn i procenu životnih događaja (najčešće period od nekoliko nedelje do dve godine koji prethodi razvoju, odnosno pogorsanju simptoma bolesti). Ovi autori klasifikuju sve studije u tri kategorije: 1) studije koje porede stresogene životne događaje kod pacijenata sa shizofrenijom u odnosu na pacijente sa drugim psihijatrijskim poremećajima 2) studije koje porede

stresogene životne događaje kod pacijenata sa shizofrenijom u odnosu na opštu populaciju i 3) studije koje ispituju uticaj životnih događaja na intenzitet simptoma kod pacijenata sa shizofrenijom.

Analiza rezultata studija prve kategorije su pokazala da nema značajne razlike u prevalenci stresogenih životnih događaja u odnosu na pacijente drugih psihijatrijskih populacija, a kao najčešća komparativna grupa su bili pacijenti sa dijagnozom depresije. Analiza rezultata istraživanja druge kategorije su pokazala da u 36% studija, rezultati ukazuju na signifikantno visi nivo stresora kod pacijenata sa shizofrenijom u odnosu na opštu populaciju. 77% studija treće kategorije ukazuju na značajno visi nivo stresogenih događaja koji prethode relapsu ili egzacerbaciji bolesti, što se posebno odnosi na one pacijente koji pokazuju neadekvatnu komplijansu tokom primene terapije održavanja. Ovi nailazi su u skladu sa modelom koji sugerise da je verovatnoća za razvoj simptoma shizofrenije zajednička funkcija vulnerabilnosti i stresa.

Na kontraverznost problema značaja stresa za nastanak, tok i ishod shizofrenije ukazuju i razmatranja, koja kao jedan od argumenata koji ne ide u prilog hipotezi da kod pacijenata sa shizofrenijom postoji veća stopa stresogenih životnih događaja u odnosu na opštu populaciju navode i taj, da ako mnogi shizofreni pacijenti imaju averzivne reakcije na stresogene događaje, logično je očekivati da se njihov način prilagođavanja karakterise time da se što manje izlažu stresorima. Iz tog razloga, njihov način življenja ne uključuje potencijalne stresogene događaje kao što su sklapanje braka, razvod i dr. Ipak, pacijenti ove dijagnostičke kategorije mogu imati vise hroničnih problema, kao što su usamljenost ili one vezane za finansijske potrebe.

NEUROBIOLOŠKI KORELATI STRESA KOD PSIHOZNIH POREMEĆAJA

U nedavno objavljenom revijalnom prikazu Van Winkel-a i saradnika (Van Winkel et al) [8] o neurobiološkim mehanizmima i interakciji između gena i stresa kod psihoza, navode se najpre rezultati više istraživanja (studije preseka i longitudinalne studije) koji ukazuju da je psihosocijalni stress (adverzivni životni događaji u poslednjih 6 meseci) uključen u razvoj psihočne simptomatologije u opštoj populaciji, kao i da je kumulativna izloženost tru matskim životnim događajima značajnija za nastanak psihoze, nego pojedinačni stresogeni događaj. Rezultati nekih studija ukazuju da su stresogeni događaji u toku života povezani sa većim rizikom za nastanak psihočnih simptoma kod osoba sa genetskom predispozicijom za shizofreniju, dok druge studije to ne potvrđuju. "Bihevioralna senzitizacija" na stres se odnosi na proces ponovljene izloženosti stresu, pri čemu (ponovljena) izloženost izvesnom događaju povećava bihevioralni i biološki odgovor na kasniju izloženost sličnom događaju, čak i kada kasnija izloženost nije tako intenzivna. Prethodna izloženost tru matskim događajima u detinjstvu ili kasnije u životu, povećava senzitivnost na male stresore svakodnevнog življenja, pri čemu kumulativni efekat vodi ka razvoju ili pogoršanju psihočne simptomatologije kod osoba sa inicijalnim subkliničkim ili shizotipalnim nivoom ekspresije. Vulnerabilnost-stres model uključuje nivo vulnerabilnosti, kao stabilne karakteristike individue ("trait reaktivnost" ili "stres reaktivnost"). Emocionalna reaktivnost na stress je intermedijarni fenotip povezan sa genetskim rizikom za psihozu. Povišena reaktivnost na stres ne korelira sa kognitivnim

deficitom. Pacijenti u remisiji manifestuju smanjenje pozitivnog afekta i povišenje negativnog afekta u suočavanju sa stresogenim događajima u odnosu na srodnike i zdrave kontrole.

HPA (hipotalamus-hipofiza-nadbu breg osovina) disgregulacija, kao ključni medijator odgovora na stresogene stimuluse (kortizol, ACTH, odgovor kortizola na farmakološke stimuluse, glikokortikoidni receptori, hipokampus), značajna je za nastanak, relaps i egzacerbacije kod psihoza. Postoji sinergistični odnos između HPA disgregulacije i aktivacije dopamina (DA). Glikokortikoidne sekrecija - dovodi do povećanja DA aktivnosti u mezo limbičnim strukturama. Prenatalni faktori doprinose disgregulaciji HPA. Socijalni stres dovodi do povećanja DA kod negativne shizotipije (negativni simptomi, genetska vulnerabilnost). Interakcija genskih i enviromentalnih faktora u okviru biološkog sinergizma (kombinacija izloženosti) je mehanizam odgovoran za nastanak psihoza. Značajni biološki faktori su i polimorfizam katehol-O-metiltransferaze (Val/Val genotip) koji je povezan sa paranoidnim ideacijama na dejstvo stresora. Moždani faktor rasta (brain derived neurotrophic factor-BDNF), značajan je u rastu, razvoju i preživljavanju neurona na stres. Rani adverzivni događaji utiču na BDNF ekspresiju, neurotrofične procese, maturaciju, plastičnost [8].

Mjuin-Germeyns i sar (Myin-Germeyns et al., 2003) [9] su pokazali da kod pacijenta sa dijagnozom psihoze, koja se karakteriše značajnim kognitivnim deficitom, postoji niži nivo senzitivnosti kako na životne stresore u ranijem period života, tako i na svakodnevne stresore. Ovaj rezultat je u skladu sa hipotezom o odvojenim mehanizmima nastanka simptoma, kognitivnom i afektivnom, koji se karak

teriše povišenim nivoom senzitivnosti na stres asociran sa prethodnom izloženosću životnim događajima.

TRAUMATSKI DOGAĐAJI U DETINJSTVU

Ideja o vezi između traumatskih događaja i razvoja psihotičnih simptoma je bazirana na osnovu sve brojnijih rezultata istraživanja koja pokazuju da je u istoriji pacijenata sa psihozom prisutna visoka stopa traumatskih događaja [1,10, 11], a posebno fizičkog i seksualnog zlostavljanja [12]. Rezultati velike prospективne studije Jansena i saradnika (Janssen et al.) [13] sprovedene u opštoj populaciji je pokazala da traumatski događaji u detinjstvu predstavljaju faktor rizika za psihotične doživljaje u kasnijem periodu života. Ovi nalazi ukazuju da trauma može imati uzročnu ulogu u razvoju psihoze.

Poslednjih godina se ukazuje posebna pažnja dokazima koji osvetljavaju specifičan odnos između seksualnog zlostavljanja i psihotičnih poremećaja. Rezultati nekoliko istraživanja pokazuju da između 32% i 78% pacijenata sa dijagnozom shizofrenije referišu o toj vrsti traumatskog iskustva [14, 15, 16, 17, 18]. Druga studija pokazuje da 56% pacijenata sa prvom epizodom psihoze izveštava o iskustvu seksualnog zlostavljanja u detinjstvu (child sexual abuse-CSA). Rezultati istraživanja sprovedenog u opštoj populaciji su pokazali da je kod osoba sa psihotičnim poremećajima prisutna značajno viša prevalenca iskustva rane viktimizacije u komparaciji sa pacijentima sa drugim psihijatrijskim poremećajima, kao i osobama bez psihijatrijskih poremećaja [10]. Spataro i saradnici (Spataro et al.) [20] su sprovedli prospективno istraživanje na ukupno 1612 osoba, od kojih je bilo 1327 žena, sa ci-

ljem utvrđivanja dugotrajnog uticaja seksualnog zlostavljanja u detinjstvu na različite mentalne probleme. Prema rezultatima ove studije, muškarci sa iskustvom seksualnog zlostavljanja u detinjstvu imaju 1.3, a žene 1.5 x veći rizik za razvoj psihoze u odnosu na opštu populaciju, ali bez statističke značajnosti, tako da nije potvrđena asocijacija između CSA i psihotičnih poremećaja. Međutim, Rid i Hamersli (Read and Hammersley) [21] su ukazali da rezultate treba interpretirati uz oprez, obzirom da je uzorak zlostavljenih osoba u ovom istraživanju bio regrutovan iz policijskih i sudskih dosijea. Te osobe su kasnije bile na psihijatrijskom tretmanu, izdvojene iz traumatične sredine. One osobe koje nisu lečene, predstavljaju većinu i kod tih osoba dolazi do potencijalno veoma ozbiljnih psiholoških poremećaja, kao sto su psihoze.

Ross i saradnici [18] su ukazali na veću povezanost seksualnog zlostavljanja u detinjstvu i pozitivnih simptoma shizofrenije u odnosu na negativne simptome shizofrenije. Na bazi tih nalaza može se spekulisati o postojanju dva različita etiološka mehanizma psihoze. Prvi bi bio primarno endogen, uslovjen biološkim faktorima, a karakteriše se predominantno negativnim simptomima, dok bi drugi mehanizam bio determinisan traumama u detinjstvu, a karakteriše ga pregnantnost pozitivne simptomatologije u kliničkoj slici [18, 22]. Rid i Argajl [12] su istraživali vezu između tipa zlostavljanja u detinjstvu (fizičko ili seksualno) i tri pozitivna simptoma shizofrenije kod hospitalnih pacijenata sa dijagnozom ovog poremećaja. 17 od 22 pacijenta je manifestovalo 1 ili više od tri simptoma. Sumanute ideje su bile više povezane sa fizičkim zlostavljanjem, a halucinacije sa seksualnim zlostavljanjem. Nalazi istraživanja Rida a i drugih (Read

et al., 2003) [23] koje je sprovedeno na uzorku od 200 odraslih ambulantnih pacijenata su pokazali da je seksualno zlostavljanje u odrasлом periodu povezano sa halucinacijama, sumanutim idejama i poremećajem misljenja, dok je seksualno zlostavljanje u detinjstvu (fizičko ili seksualno) značajan prediktor auditornih i taktilnih halucinacija, ali ne sumanutih ideja, poremećaja misljenja ili negativnih simptoma, čak i u odsustvu zlostavljanja u odrasлом periodu. Istražujući fenomenološku vezu između traumatskih događaja i halucinacija u grupi pacijenata sa neafektivnim psihozama i istorijom traumatskih doživljaja, Hardi i saradnici (Hardy et al.) [24] su pokazali postojanje sličnosti između halucinacija i traumatskih događaja kako po temi, tako i po sadržaju kod 12% pacijenata, kod 45% pacijenata je postojala sličnost teme halucinacija i traumatskih doživljaja, a kod 42% pacijenata se nije mogla identifikovati veza između halucinacija i traumatskih iskustava po temi i sadržaju. Drugi autori su u svojim istraživanjima, takođe potvrdili specifičnost veze između istorije seksualnog zlostavljanja i halucinacija kod pacijenata sa psihotičnim poremećajima [25, 26], bipolarnim poremećajem, disocijativnim poremećajem identiteta [27] kao i u opštoj (nekliničkoj) populaciji [22, 28]. Rezultati istraživanja Vitfield i sar. (Whitfield et al.) [29] su pokazali da je seksualno zlostavljanje u detinjstvu povezano sa 1.7 x većim rizikom za pojavu halucinacija. Kod osoba sa istorijom seksualnog zlostavljanja postoji 30 x veći rizik za razvoj psihotičnih simptoma koji zahtevaju psihijatrijski tretman. Povezanost između seksualnog zlostavljanja u detinjstvu i psihoze ostaje značajna, čak i posle kontrole varijabli kao sto su starost, pol, edukacija, nezaposlenost, život u urbanoj sredini, etnička pripadnost, dis-

kriminacija, bračni status, upotreba medikamenata, neuroticizam, psihotični simptomi i druge nepsihijatrijske dijagnoze. Ova studija pruža dokaze koji ukazuju na mogućnost uzročne povezanosti između trauma i psihoze. Rezultati studije Alena i Koina (Allen and Coyne) [30] su ukazali na povezanost simptoma disocijativnog poremećaja indukovanih traumom i rizika od razvoja psihotičnih simptoma.

Morison i saradnici (Morrison et al.) [31] su analizirali u svom istraživanju sličnosti između kognitivnog modela psihoze i posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP). Oni su istakli da brojni kognitivni faktori, uključujući stavove formirane kao rezultat traumatskih doživljaja, mogu biti značajne za razvoj psihoze. U skladu sa tim, u studiji koja analizira istoriju traumatskih događaja kod osoba sa psihotičnim poremećajima, Kilkomons i Morison [25] nalaze postojanje povezanosti između negativnih verovanja o sebi i svetu (formiranih kao rezultat traumatskih doživljaja) i psihotičnih iskustava, a naročito halucinacija. Rezultati nedavnog istraživanja sprovedenog na nekliničkom uzorku osoba sa istorijom traumatskih iskustava i negativnog verovanja o sebi i drugima su pokazala da su negativna verovanja značajno povezana sa predispozicijom za halucinacije i paranoju [32]. Komparacijom grupe ispitanika sa seksualnom traumom i grupe bez istorije seksualnog zlostavljanja, signifikantno veća stopa psihotičnih fenomena (sumanuti sadržaji i predispozicija za nastanak halucinacija) je nađena u grupi osoba sa istorijom seksualnog zlostavljanja. Intenzitet traumatskih doživljaja vezanih za seksualno zlostavljanje je bio značajno asociran sa intenzitetom PTSP i psihotične simptomatologije. Ovi nalazi potvrđuju ideju da psihotični fenomeni mogu biti izazvani traumatskim životnim doga-

đajima i ukazuju na neophodnost daljih istraživanja.

Izvestan broj osoba sa iskustvom seksualnog zlostavljanja ne zatraži psihološko-psihijatrijsku pomoć i nastavlja da funkcioniše u socijumu. U nekim slučajevima inicijalni psihotični fenomeni su spontano nestali tokom vremena. Za one koji nisu tražili pomoć, to može biti zbog dostupnosti normalizacije informacija iz individualnog socijalnog okruženja ili briže vezane za stigmu. Za one osobe koji se obrate za pomoć, bitno je proceniti prisustvo psihosocijalnih stresnih događaja. Intervencija uključuje normalizaciju informacija da bi se prevazisli negativni efekti stigme, redukovao stres i omogućavanje informacija koje mogu da olaksaju generisanje alternativnih informacija. Važno je istražiti specifične kognitivne faktore (post-traumatska verovanja, pozitivna) da bi se primenila odgovarajuća intervencija. Verbalnom reatribucijom treba uticati na negativna verovanja o sebi i drugima koja mogu da održavaju psihotične simptome [6].

OSNOVNA BOLEST KAO STRESOGENI FAKTOR

Depresija kod pacijenata sa postavljenom dijagnozom shizofrenije je između ostalog, povezana sa prisustvom osnovnog poremećaja i njegovih konsekvenci (životnih događaja koji se ne mogu kontrolisati). Ona je vezana za percepciju pacijenta o mogućnosti kontrole (diskontrole) svoje bolesti, i kulturnih stereotipa o mentalnim poremećajima. U studiji preseka SCH i BP pacijenata na terapiji održavanja, prevalenca depresije kod SCH je bila 29%, a kod BP 11%. Percepcija pacijen-

nata vezana za kontrolu bolesti je bila snažan diskriminator pacijenata sa depresijom i pacijenata bez depresije. Prihvatanje bolesti nije bilo povezano sa smanjenjem depresije, samopoštovanja i nezaposlenosti. Potrebne su prospektivne interventne studije u daljem istraživanju [33].

Životni događaji koji prethode depresiji obično uključuju strah od gubitka. Osim toga, značajni su i događaji u čijoj osnovi je nemogućnost pronalaska izlaska ili reaffirmacije identiteta, koji su specijalno potentni kao trigger za razvoj depresije. Depresija kod shizofrenije u pogledu kognitivnih ili psihosocijalnih aspekata nije dovoljno istražena, verovatno zbog njenog konfuznog nozološkog statusa. Pretходne studije pokazuju da je nemogućnost kontrole nad bolescu značajno povezana sa depresijom. Prospektivna studija je pokazala da gubitak autonomije i socijalne uloge, a naročito posla, značajno korelira sa razvojem depresivnih simptoma kod pacijenata sa dijagnozom psihoteze. Prisustvo hronične, psihijatrijske bolesti, kakve su većina psihotičnih poremećaja, ima visoku transverzalnu i prospektivnu prediktivnu vrednost, nezavisno od parametara vezanih za samu bolest (simptomatologija i nivo efikasnosti lečenja) i posledica je uticaja izvesnih aspekata psihijatrijskog tretmana, što se naročito odnosi na primenu prisilne hospitalizacije. Epizode depresije kod shizofrenije mogu biti precipitirane relapsom, prisilnom hospitalizacijom, rezidualnim simptomima (akuistične halucinacije), gubitkom posla (događaji vezani za osnovnu bolest), a koji su povezani sa nemogućnosću prevazilaženja gubitka profesionalnih i radnih performansi [34].

Stigmatizacija kao sredinski faktor rizika za kod shizofrenije

Stigmatizacija se odnosi na stereotipni set negativnih stavova, verovanja, strahova vezanih za dijagnozu shizofrenije. To uključuje problem vezane za poznavanje (ignorisanje), stavove (oredrasude) i ponašanje (diskriminacija), a mogu biti pojačani akcentovanjem biogenetskog modela bolesti od strane nekih zdravstvenih profesionalača. Razni tipovi stigmi (javna, self-stigma), mogu imati negativne konsekvene na osobe sa psihotičnim poremećajima. Ritsher i Phelan (2004) posebno ukazuju na negativan efekat stigme na unutrašnje percepcije, verovanja i emocija stigmatizovane osobe, pored efekata direktnе diskriminacije od strane drugih osoba. Dosadašnja istraživanja ove pojave su se uglavnom bavila misljenjima i stavovima javnosti, a mnogo manje onih koji su izloženi stigmatizaciji. Ona je tipično notirana u vodičima, ali moguće intervencije nisu predložene.

Genetska vulnerabilnost za shizofreniju je mnogo šire rasprostranjena nego sam poremećaj, jer ne obolevaju sve vulnerabilne osobe. Neki enviromentalni faktori mogu biti provocirani bihevioralnom ekspresijom genetske vulnerabilnosti kao takve, fenomen poznat kao gensko-enviromentalna korelacija (rGE). Enviromentalni faktor samo reprezentuje genetski epifenomen i nije sam uzročna konsekvena. Nekada, ipak, enviromentalni faktor GE može imati uzročne konsekvene.

Ovaj scenario može biti posebno značajan u prodromalnoj fazi bolesti. Strukturalne negativne interpersonalne interakcije u socijalnom okruženju su odgovor na bihevioralnu ekspresiju genetskog rizika (stigmatizacija osobe sa neobičnim govorom ili paranoidnim reakcijama) koje

su ekspresija SCH vulnerabilnosti. Stigmatizacija u tom slučaju se ne odnosi na formalnu dijagnozu, već se strukturalna diskriminacija odnosi na neobično, neuobičajeno ponašanje, slično shizorenom, što je faktor rizika za negativno misljenje o sebi i okruženju. To treba posmatrati u kontinuumu sa periodom posle postavljanja dijagnoze bolesti i njenih negativnih konsekvenci.

Psihotični simptomi se mogu pojaviti intermitentno i kratko. Subklinički psihotični simptomi mogu trajati godinama, tako da u jednom periodu osoba može ispunjavati kriterijume za shizotipalni poremećaj ličnosti. Drugi tip se može karakterisati prisustvom neurotskih simptoma, anksioznosti, depresije. Reakcije na ponašanja osoba koje su pod rizikom za mentalni poremećaj (boja koze, pol, starost, etnička psipadnost, pojava, hendičep, seksualna orijentacija), može dalje negativno uticati na pojavu psihoze (alteracija rizika za pojavu psihoze) i dovesti do razvoja sumanutih ideja, pojačanja atribucionog paranoидног стила i/ili putem sensitizacije (i/ili povećanja aktivnosti) mezolimbičkog dopaminskog (DA) sistema.

U populacijama u kojima postoji strukturalna diskriminacija, procenat osoba sa vulnerabilnosću za psihozu kod kojih dolazi i do razvoja psihoze je veći. Diferencijalna dijagnoza stigmatizacije obuhvata negativnu simptomatologiju shizofrenije (alogija, abulija, anhedonija, zaravnjen afekat) i depresiju. Socijalna izolacija je konsekvenca svih navedenih fenomena.

Stigmatizacija utiče negativno na prihvatanje tretmana, tok, ishod bolesti, kao i kvalitet života obolelih. Redukcija stigme uključuje indukciju aktivnijeg stila življenja, efikasnije načine integracije i oporavka kao i plaćenog zaposlenja [35].

Akutni i prolazni psihotični poremećaji

Akutnim i prolaznim psihotičnim poremećajima (APTD - Acute et transient psychotic disorders) pripada 8,5 % pacijenata sa neorganskim psihotičnim poremećajem. Nedovoljno se zna o kliničkoj ekspresiji, toku i ishodu ove grupe poremećaja. Do sada je sprovedeno nekoliko sistematskih kliničkih studija, kao i jedno genetsko istraživanje [36, 37, 38].

Sinonimi za ovu dijagnostičku kategoriju psihotičnih poremećaja su cikloidne psihoze, psihogene ili reaktivne psihoze, remitentna SCH i atipične psihoze, u zavisnosti od nacionalnih koncepata. Postoje empirijski dokazi o različitim epidemiološkim karakteristikama [39], toku [40], biološkim korelatima, distribuciji i trajanja ATPD u odnosu na druge psihotične poremećaje (MKB-10 koncept o ATPD kao nozološkom entitetu) (F23). Prema MKB-10, subkategorije ATPD su Akutni polimorfni psihotični poremećaj sa (trajanje < mesec dana) /bez simptoma SCH (trajanje <3 meseca), ATPD sličan SCH (trajanje < mesec dana) i Predominantno sumanuti ATPD (trajanje < 3 meseca). Prva manifestacija se može javiti između 18 i 70 godina, češće se javlja kod žena (Ž:M-3,7:1). Kod pacijenata sa ovim poremećajem je prisutna viša stopa nepotpunih porodica (do 15 godine, jedan ili oba roditelja umrli, razvod, adikcija), kao i više mentalnih poremećaja u porodici u odnosu na opštu populaciju.

Prodromi su prisutni prosečno 3 dana pre nastanka psihotičnih simptoma, retko ne-psihotični prodromi se identificuju u dužem periodu. Dijagnostički vodič dozvoljava takve prodrome (MKB-10). Retrospektivna procena ovih prodroma je povezana sa neizvesnostima. Pun sindrom se posle pojave psihotičnih simptoma razvije za oko 48h (abruptni početak), a trajanje koje mo-

že biti do 3 meseca, obično je veoma kratko, prosečno oko 13 dana. Ova studija ne potvrđuje da kriterijum vremena za ATPD treba da bude duži od 6 meseci kako neki predlažu [41]. Akutni stresogeni događaji koji su precipitirali psihotičnu epizodu su bili samo kod 9,5% pac. Jrgensen i sar [36] su našli oko 11%, takođe nizak procent. To je refleksija uže definicije stressogennog precipitirajućeg događaja (vremenska povezanost i visoko stresogena priroda događaja). Polimorfna simptomologija je bila karakteristika kliničke slike slike (2/3 je pripadalo subkategoriji Akutne polimorfne psihoze). To korespondira sa nalazima Jrgensen i sar. [36], koji nalaze ovaj podtip kod 69% pacijenata. Brte promene raspoloženja, sumanuti sadržajaji, bipolarnost simptoma. Dekompenzacija je bila visoka (prosečan period, 5 godina). Psihopatološki i socijalni ishod je povoljan [42]. Pacijenti sa ATPD nose veći rizik za mortalitet (kancer, suicid) u odnosu na opštu populaciju (Jorgensen and Mortensen, 2007) [43]. MKB-10 uključuje akutni početak, dok je DSM-IV (shizofreniformni poremećaji i Brief Psychotic disorders-BPD) bez jasnog određenja.

Remitirajuće psihoze sa akutnim početkom (2x češće kod žena i 10 x češće u zemljama u razvoju) imaju različitu epidemiološku distribuciju vs. remitirajuće psihoze bez akutnog početka. Predlaže se kao kriterijum trajanje od 6 meseci, primedba da ima malo dokaza o subklasifikaciji [41]. Kritična razmatranja klasifikacije ATPD ukazuju da MKB-10 kriterijumi za ove poremećaje identificuju dijagnostički nestabilnu grupu sa relativno povolnjim ishodom [37, 38, 42]. Dijagnoza ATPD je bila stabilna kod žena, ali ne i kod muškaraca. Ishod je bio bolji u odnosu na SCH i sličan afektivni poremećaj. Akutni početak i rana remisija nisu bili nezavisni prediktivni faktori

povoljnog ishoda nakon 3 godine od prve epizode psihoze [44].

ATPD je definisan u MKB-10 kao heterogeni kategorija. Dijagnoza cikloidne psihoze je postavljena u polovini slučajeva ATPD i kod tih pacijenata, prognoza je povoljnija [45]. Mada dijagnostički kriterijumi dozvoljavaju razvoj psihotičnih simptoma do 14 dana i trajanje do 3 meseca, kod mnogih je brži tok. Mogućnost dekompenzacije je visoka u period od 5 godina, psihopatološki i socijalni ishod je povoljan. U dužem praćenju, značajan je nivo dijagnostičke nestabilnosti, pa pojam ATPD kao čistog ili monomorfnog nozoloskog entiteta nije potvrđen [42]. BPD (DSM-IV) se u mnogim aspektima preklapa sa ATPD (MKB-10). Ipak, DSM-IV kriterijumi za BPD su previše široki. Grupa akutnih psihotičnih poremećaja sa dobrom prognozom prelazi granice BPD i uključuje podgrupu DSM-IV shizofreniformnih poremećaja [46].

Oba klasifikaciona sistema su bazirana na simptomima i ne razmatraju "ne-empirijske" aspekte dijagnoze koji bi mogli činiti "fenomenološku esenciju" psihotičnog poremećaja. "Ekstra-klinički" aspekti validnosti (pozitivna porodična istorija i premorbidna disfunkcija) bi mogli biti uključeni u buduće sisteme, ali razvoj pouzdanih kriterijuma za to se čini problematičnim. Ako početak mora biti dijagnostička kategorija, onda zahteva jasniju definiciju i neku empirijsku validaciju hronologije početka. Početak je period između prvih simptoma ili jasnih izmena ponašanja i pojave psihotične simptomatologije. Trajanje inicijalne psihotične epizode se odnosi na period između pojave jasnih psihotičnih simptoma i remisije. Remisija je definisana kao ona tačka u vremenu kada kod pacijenta više nisu prisutni simptomi I kada pokazuje svoje uobičajeno premorbidno funkcionisanje [47]. Relaps označava pojavu simptoma

posle perioda od 4 nedelje od postizanja premorbidnog nivoa funkcionisanja. Povoljan ishod se definiše kao odsustvo ili prisustvo minimalnih simptoma u prethodne 4 nedelje (transverzalni presek) ili kao pojedinačna psihotična epizoda sa kompletном remisijom, ili multiple epizode sa inter-epizodičnom remisijom (longitudinalni povoljan ishod). Životni dogadaji se kategorisu kao gubitak ili separacija, trauma ili hospitalizacija zbog nepsihijatrijske bolesti, socijalne promene uključujući velike promene u zaposlenju, preseljenje, bračni status, migracija i post-partalni poremećaji. Odnos između životnih događaja, stresa i psihoze još uvek nije u potpunosti proučen. Identifikacija poremećaja koji su precipitirani stresom i imaju povoljan ishod bi pojasnilo biološke i psihosocijalne variable koje utiču na tok i ishod psihoza. Mnoge sadašnje debate i kontraverze, uloga psihološkog u odnosu na farmakološki tretman, rano otkrivanje i intervencija u visoko rizičnim grupama, može biti pojašnjeno većim razumevanjem prirode akutnog i tranzijentnog psihotičnog poremećaja.

Rezidualni simptomi (negativni ili nepsihotični) u periodu posle rezolucije pozitivnih psihotičnih simptoma, procenjuju se kao deo inicijalne episode, kada nije postignut premorbidni nivo funkcionisanja. To omogućava manje pogrešnih procena remisije i potvrđuju da trajanje epizode nije ograničeno na trajanje samo pozitivnih psihotičnih simptoma. Kriterijumi za ATPD zahtevaju redefiniciju, naročito u pogledu trajanja. Buduća istraživanja treba da budu usmerena na probleme rane detekcije i procene početka i trajanja ovih poremećaja.

Napomena. Rad je izložen na sastanku Sekcije za kliničku farmakologiju SLD-a u Beogradu, 24.04. 2009. godine.

STRESS AND PSYCHOTIC DISORDERS

Žana Stanković

Summary

Stressful life events are one of etiological factors in the onset of schizophrenia and other psychotic disorders, according to biopsychosocial (integral) model. In introduction, the author states methodological problems that accompany investigations of significance of traumatic events in onset, course and outcome of psychoses. The results of numerous studies have confirmed importance of those factors which can act even in pre and perinatal period, as well as in childhood (sexual and physical abuse) and later life period (growing in urban environment, migration, ethnicity, discrimination for sex, sexual orientation, age, handicap, appearance). Psychotic symptoms and stigma relating to mental disorder are also stressful for patients of this psychiatric population. "Sensitization" refers to the process whereby (repeated) exposure to a certain event increases the behavioral and biological response to later exposure to a similar event, even if the latter exposure is not as severe. Interaction of gen and environmental factors (biological synergism) and dysregulation of hypothalamus-pituitary-adrenal axis, the key mediator in response to stress is a mechanism responsible for the development of psychosis. The author also states the current dilemmas relating to classification and diagnosis of Acute and transient psychotic disorders (ICD-10), the only form of psychoses which is the existence of psychosocial traumatic events in the period that precedes the development of symptoms, one of the necessary criterion for diagnosis.

Key words: stressful life events, psychoses, schizophrenia, neurobiological mechanisms, acute and transient psychotic disorders

Literatura

1. Read J. Child abuse and psychosis: a literature review and implications for professional practice. *Prof Psychol Res Pr* 1997; 28: 448–456.
2. Read J, Ross CA. Psychological trauma and psychosis: another reason why people diagnosed schizophrenic must be offered psychological therapies. *J Am Acad Psychoanal* 2003; 31:1.
3. Wurr CJ, Partridge IM. The prevalence of a history of childhood sexual abuse in an acute adult inpatient population. *Child Abuse Negl* 1996; 20(9): 867–872.
4. Agar K, Read J. What happens when people disclose sexual or physical abuse to staff at a community mental health centre? *Int J Ment Health Nurs* 2002; 11(2): 70–79.
5. Read J, Fraser A. Abuse histories of psychiatric inpatients: to ask or not to ask? *Psychiatr Serv* 1998; 49(3): 355–359.
6. Kilcommons AM, Morrison AP, Knight A, Lobban F. Psychotic experiences in people who have been sexually assaulted. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2008; 43(8): 602–611.
7. Norman RMG, Malla AK. Stressful Life Events and Schizophrenia. I: A Review of the Research. *British Journal of Psychiatry* 1993; 162: 161–166.
8. Van Winkel R, Stefanis NC, Myin-Germeys I. Psychosocial Stress and Psychosis. A Review of the Neurobiological Mechanisms and the Evidence for Gene-Stress Interaction. *Schizophrenia Bulletin* 2008; 34(6): 1095–1105.
9. Myin-Germeys I, Krabbendam L, Delespaul P, van Os J. Can cognitive deficits explain differential sensitivity to life events in psychosis? *Soc Psychiatr Epidemiol* 2003; 38 (5): 262–268.
10. Bebbington PE, Bhugra D, Brugha T, Singleton N, Farrell M, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H. Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Br J Psychiatry* 2004; 185:220–226.
11. Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL, Rosenberg SD, Osher C, Vidaver R, Auciello P, Foy DW. Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66: 493–499.
12. Read J, Argyle N. Hallucinations, delusions, and thought disorder among adult psychiatric inpatients with a history of child abuse. *Psychiatr Serv* 1999; 50:1467–1472.
13. Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, de Graaf R, van Os J. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 38–45.
14. Friedman S, Harrison G. Sexual histories, attitudes and behaviour of schizophrenic women and normal women. *Arch Sex Behav* 1984; 13: 555–567.
15. Holowka DW, King S, Saheb D, Pukall M, Brunet A. Childhood abuse and dissociative symptoms in adult schizophrenia. *Schizophr Res* 2003; 60(1): 87–90.
16. Miller L, Finnerty M. Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatr Serv* 1996; 47(5): 502–506.
17. Resnick SG, Bond GR, Mueser KT. Trauma and posttraumatic stress disorder in people with schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 2003; 112(3): 415–423.
18. Ross CA, Anderson G, Clark P. Childhood abuse and the positive symptoms of schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 42: 489–491.
19. Greenfield SF, Strakowski SM, Tohen M, Batson SC, Kolbrener ML. Childhood abuse in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* 1994; 164(6): 831–834.
20. Spataro J, Mullen PE, Burgess PM, Wells DL, Moss SA. Impact of child sexual abuse on mental health: prospective study in males and females. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 416–421.
21. Read J, Hammersley P. Child sexual abuse and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2005; 186:76.
22. Ross CA, Joshi S. Paranormal experiences in the general population. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180(6): 357–361
23. Read J, Agar K, Argyle N, Aderhold V. Sexual and physical assault during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions, and thought disorder. *Psychol Psychot Ther Theory Res Pract* 2003; 76: 1–22.
24. Hardy A, Fowler D, Freeman D, Smith B, Steel C, Evans J, Garety P, Kuipers E, Bebbington P, Dunn G. Trauma and hallucinatory experience in psychosis. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193(8): 501–507.
25. Kilcommons A, Morrison AP. Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112(5):351–359.

26. Offen L, Waller G, Thomas G. Is reported childhood sexual abuse associated with the psychopathological characteristics of patients who experience auditory hallucinations? *Child Abuse Negl* 2003; 27(8): 919–927.
27. Hammersley P, Dias A, Todd G, Bowen-Jones K, Reilly B, Bentall RP. Childhood trauma and hallucinations in bipolar affective disorder: preliminary investigation. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 543–547.
28. Startup M. Schizotypy, dissociative experiences and childhood abuse: relationships among self-report measures. *Br J Clin Psychol* 1999; 38(Pt 4): 333–344.
29. Whitfield CL, Dube SR, Felitti VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and hallucinations. *Child Abuse Negl* 2005; 29:797–810.
30. Allen JG, Coyne L. Dissociation and vulnerability to psychotic experiences. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183(10): 615–622.
31. Morrison AP, Frame L, Larkin W. Relationships between trauma and psychosis: a review and integration. *Br J Clin Psychol* 2003;42: 331–353.
32. Gracie A, Freeman D, Green S, Garety PA, Kuipers E, Hardy A, Ray K, Dunn G, Bebbington P, Fowler D. The association between traumatic experience, paranoia and hallucinations: a test of the predictions of psychological models. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116(4): 280–9.
33. Birchwood M, Mason R, MacMillan F, Healy J. Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychol Med* 1993; 23(2): 387–395.
34. Rooske O, Birchwood M. Loss, humiliation and entrapment as appraisals of schizophrenic illness: a prospective study of depressed and non-depressed patients. *Br J Clin Psychol* 1998; 37: 259–268.
35. Van Zelst C. Stigmatization as an Environmental Risk in Schizophrenia: A User Perspective. *Schizophrenia Bulletin* 2009; 35(2): 293–296.
36. Jorgensen P, Bennedsen B, Christensen J, Hellested A. Acute and transient psychotic disorder: comorbidity with personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94(6):460–464.
37. Jorgensen P, Bennedsen B, Christensen J, Hellested A. Acute and transient psychotic disorder: a 1-year follow up study. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96(2):150–154.
38. Sajith SG, Chandrasekaran R, Sadanandan Unni KE, Sahai A. Acute polymorphic psychotic disorder: diagnostic stability over 3 years. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105(2):104–109.
39. Susser E and J. Wanderling J. Epidemiology of nonaffective acute remitting psychosis vs. schizophrenia: sex and sociocultural setting. *Arch. Gen. Psychiatry* 1994; 51: 294–301.
40. Susser E, Varma VK, Mattoo SK, Finnerty M, Mojtabai R, Tripathi BM, Misra AK, Wig NN. Long term course of acute brief psychosis in a developing country setting. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 226–230.
41. Mojtabai R, Susser E, Varma V. Duration of remitting psychoses with acute onset. Implications for ICD-10. *The British Journal of Psychiatry* 2000; 176: 576–580.
42. Marneros A, Pillmann F, Haring A, Balzuweit S, Blöink R. Features of acute and transient psychotic disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 253: 167–174.
43. Jorgensen P, Mortensen PB. Reactive psychoses and mortality. *Acta Psych Scand* 2007; 81 (3): 277–279.
44. Singh SP, Burns T, Amin S, Jones PB, Harrison G. Acute and transient psychotic disorders: precursors, epidemiology, course and outcome. *The British Journal of Psychiatry* 2004; 185: 452–459.
45. Pillmann F, Haring A, Balzuweit S, Blöink R , Marneros A. Concordance of Acute and Transient Psychoses and Cycloid Psychoses *Psychopathology* 2001; 34: 305–311.
46. Pillman F, Haring A , Balzuweit S, Bloink R and Marneros A. The concordance of ICD-10 acute and transient psychosis and DSM-IV brief psychotic disorder. *Psychological Medicine* 2002; 32: 525–533.
47. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, Day R, Bertelsen A. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organisation ten- country study. *Psychol Med Monogr Suppl* 1992; 20:1–97.

Žana STANKOVIĆ

Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije,
Pasterova 2, 11000 Beograd
Tel. +381 (0)11 2683093
E-mail: stankovic.zana@gmail.com

HAŠIMOTO ENCEFALOPATIJA - AUTOIMUNA ENCEFALOPATIJA SA ANTITIREOIDNIM ANTITELIMA

Dragan M. Pavlović
Aleksandra M. Pavlović

UDK: 616.441.64:616.892

Kratak sadržaj

Hašimoto encefalopatija (HE) još nedovoljno istražena autoimuna bolest sa neurološkim i/ili psihiatrijskim manifestacijama i povišenim titrom antitireoidnih antitela u serumu i cerebrospinalnoj tečnosti. Bolest prati neke slučajeve Hašimoto tireoiditisa ali se javlja i izolovano. Osnovna odlika obe bolesti je prisustvo dva tipa autoantitela: antitiroksinperoksidaznih (TPOAt) i/ili antitiroglobulinskih (TGAt). Bolesnici su većinom žene. Uzrast varira od 8 do 86 godina (prosečno 46 godina). Prevalenca HE se procenjuje na 2.1/100 000 u opštoj populaciji. Izdvajaju se dva tipa bolesti: epizode koje liče na cerebrovaskulni insult ("šlog") i klinička slika koja liči na Creutzfeldt-Jakob-ovu bolest ali se viđaju i monosimptomatska psihiatrijska bolest, demencija, epilepsija, mijelopatija, mioklonus, razni oblici tremora, oštećenja perifernog nervnog sistema i cerebelarni sindrom. Tireoidna funkcija ne utiče značajno na ispoljavanja HE i bolesnici mogu da budu hipo- (63%), hiper- (5%) ili eutireoidni (22%). HE dobro reaguje na kortikosteroidnu terapiju (metilprednizolon, pronizon, deksazon) ali se nekad moraju primeniti druge imunomodulatorne terapije (azatioprin, ciklofosfamid, metotreksat), intravenski imunoglobulini ili plazmafereza. Patogeneza HE još nije dobro sagledana ali autoimuni mehanizmi sa antitelima na antigene u mogu se prepostavljati. Tok bolesti može da bude akutan, subakutan, hronični ili sa egzacerbacijama i remisijama. Neki bolesnici se oporavljavaju spontano ali je nekoliko i umrlo uprkos adekvatnom lečenju

Ključne reči: Hašimoto, encefalopatija, tireoiditis, autoimunost, anti-TPO antitela

Institut za neurologiju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

UVOD

Hašimoto encefalopatija (HE) je autoimuna bolest koja prati neke slučajevе Hašimoto tireoiditisa (HT) [1], a nekada se javlja i izolovano. Osnovna odlika obe bolesti je prisustvo dva tipa autoantitela: antitiroksinperoksidaznih (TPOAt) i/ili antitiroglobulinskih (TGAt). Hašimoto tireoiditis je autoimuna bolest štitaste žlezde koju je prvi opisao Hakaru Hašimota (Hakaru Hashimoto), japanski hirurg koji je živeo u Berlinu početkom dvadesetog veka [2]. Prvi opis HE potiče iz 1966 godine [3]. Prevalenca HT je 8% kod žena i 3% kod muškaraca, a kod žena preko 55 godina iznosi 10% [4]. Incidencija HE iznosi 2,1/100 000 u opštoj populaciji [5]. Otpirlike 80% bolesnika sa HE čine žene, a bolesnici pripadaju praktično svim životnim dobima, od 8 do 86 godina (prosečno 46 godina) [6].

KLINIČKA SLIKA

Prvi opisi HE su definisali dva tipa bolesti: epizode koje liče na cerebrovaskulni insult ("šlog") i klinička slika koja liči na Creutzfeldt-Jakob-ovu bolest (CJB). Kasniji radovi su pokazali znatno širi dijapazon ispoljavanja koji uključuje i monosimptomatsku psihijatrijsku bolest, demenciju, epilepsiju, mijelopatiju, oštećenja perifernog nervnog sistema i cerebelarni sindrom [6]. Tireoidna funkcija ne utiče značajno na ispoljavanja HE i bolesnici mogu da budu hipo- (63%), hiper- (5%) ili eutireoidni (22%) [7]. Potrebno je nekad razlikovati ispoljavanja poremećaja tireoidnih hormona i HE.

Encefalopatija

Najčešća ispoljavanja HE sa učestalošću od preko 40% su elpeptički napadi subakutna konfuzija, mioklonus, kogni-

tivni pad, demencija i poremećai svesti [6]. Epileptički napadi mogu da budu prvi ili kasniji znak u toku bolesti. Viđaju se grand mal (78%), jednostavni parcijalni ili kompleksni napadi bez ili sa generalizacijom (17%) status epilepticus (13%) [6], pa čak i generallizovani absence status [8]. Myoclonus može da bude fokalan ili multifokalan, spontani ili refleksni. U manjem procentu javljaju se ataksija, tremor, poremećaji ličnosti, psihotična ispoljavanja, poremećaji spavanja, prolazna afazija, piramidni znaci, extrapiramidni znaci, dizartrija, glavobolja, cerebelarni znaci, vertigo, mijelopatija i zamor [9].

Klinički podtip sa epizodama nalik na šlog se ispoljava sa fokalnim neurološkim ispadima, motornim ili senzornim, nešto ređe sa epileptičkim napadima i poremećajima svesti. Kod podtipa koji liči na CJB nastaje progresivni kognitivni poremećaj sve do demencije, psihotična ispoljavanja i nekad epileptički napadi. U HE je zbog prateće hipotireoze povišen nivo lipida što može da favorizuje promene na krvnim sudovima.

Progresivna HE može da se ispolji demencijom, depresijom, cerebelarnim ili ekstrapiramidnim simptomima, progresivnom afazijom ili apraksijom [6]. Nekada se razvijaju smetnje svesti čak do kome. Tremor može da bude posturalni, akcioni ili u miru u oko trećine bolesnika [6]. Opisane su čak i slike koje liče na Parkinsonovu bolest. Horea je retka.

Česta su psihotična ispoljavanja, halucinacije, češće vizuelnog tipa, dezorganizovani govor, i izmene afekta (depresija, hipomanija, anksioznost, napadi besa) [10,11]. Neuropsihijatrijski simptomi i znaci reaguju povoljno na kortikosteroidnu terapiju [12].

Tok bolesti može da bude različit. Početak je akutan ili postepen, a dalji tok sa remisijama i egzacerbacijama ili progresivan [13]. Spontane remisije su moguće, a odgovor na kortikosteroide je uglavnom dobar [10]. Mali broj bolesnika ne reaguje na kortikosteroide i zahteva drugu terapiju, a opisani su i smrtni ishodi [14,15]. Do sada opisani slučajevi su trajali između 2 i 25 godina [16].

Ostala ispoljavanja

Hašimoto myelopathy je do sada opisana kod tri bolesnika [17]. Kod svih je nalaz magnetske rezonance kičmene moždine bio uredan. Nekad je HE praćena slikom bolesti motoneurona sa povoljnijom rakkcijom na kortikosteroidnu terapiju [18]. Opisana su i tri slučaja periferne sa slikom senzorne ganglionopatije [19], neuralgične amiotrofije [20] i demijelinizujuće neuropatije [21].

Hašimoto encefalopatija kod dece

Hašimoto encefalopatija je opisana i kod dece, a do sada je 25 slučajeva [22]. Najčešće se sreću epileptički napadi (80%), konfuzija (52%), glavobolja (40%), halucinacije (32%) i ataksija (36%). Opisani su i slučajevi sa psihotičnim ispoljavanjima [23]. Jedan od prvih znakova HE kod dece može da bude popuštanje u školi. TPOAt su nađena kod svih obolelih, a TGAt u nešto više od polovine. Kod dece nisu zabaleženi slučajevi praćeni hipertireoidizmom. Preovlađivali su hipotiroidizam (52%) i eutiroidizam (48%) [22]. U nešto preko polovine dece tretirane kortikosteroidima postignuta je remisija.

PATOGENEZA

Preovlađuje mišljenje da je HE imuno-loški posredovana bolest sa zajedničkim antigenom za tireoideu i mozak [24]. Ovo potvrđuje nalaz autoantitela TGAt i/ili TPOAt tipa u serumu i cerebrospinalnoj tečnosti (CST) ovih bolesnika. Anti TPO-At nisu dobijena kod osoba koje nemaju HE, a nema ih ni kod osoba sa HT [25]. Međutim tačan značaj antitireoidnih antitela u HE još uvek nije utvrđen. Naime, neki bolesnici i kada uđu u remisiju i dalje mogu da imaju povišen titar autoantitela. Takođe, ova antitela mogu da se nađu i u drugim autoimunim bolestima, naročiti u paraneoplastičnom i neparaneoplastičnom limbičkom encefalitisu, a mogu da budu i slučajan nalaz [9]. U CST autoantitela mogu da dospeju preko hemato-encefalne barijere ali postoji i intratekalna sinteza. Sem pomenuta dva tipa antitela u HT se mogu naći još i anti-TSH, tiroid-stimulišuća i citotoksična antitela.

Razmatrani su i drugi mogući etiološki faktori, kao što je hipotireoidizam, humoralni faktori, imuni kompleksi, vaskulitis, demijelinizacija i globalna moždana hipoperfuzija [9] [13]. S obzirom da je dosta bolesnika eutireočno, pa i hipertireočno, hipotireoidizam kao uzrok HE je malo verovatan. Moguć je uticaj i drugih antitela sem TGAt i/ili TPOAt. Nema dovoljno dokaza za vaskulnu etiologiju. U nekim bolesnika je pokazan povišen tirotropin releasing hormon (TRH) koji može da bude uzrok epileptičkih napada i tremora [26].

Edem mozga može da se nađe u nekim slučajevima i pretpostavlja se da bi mogao da bude posledica vaskulitisa [6]. Zanimljiv je nalaz antitela na alfa-enolazu koja su pokazana samo kod bolesnika sa HE ali ne i kod onih sa HT i drugih bolesnika

kao i kontrola [27,28]. Alfa-enolaza je zajednički antigen za tireoidnu žlezdu i možak i najviše je prisutna u edotelijalnim ćelijama. Autoantitela protim amino završetka alfa-enolaze su se pokazala kao dobar marker HE sa visokom prevalencom (68%) i visokom specifičnošću kod ovih bolesnika.

Indirektni dokaz autoimune etiologije i češći komorbiditet sa drugim autoimunim bolestima kao što su miastenija gravis, petniciozna anemija, sistemski lupus i diabetes [29]. Takođe u prilog ove etiologije govori i povoljna reakcija na imunosupresivnu terapiju. Bolest je češća u žena, što je osobina većine autoimunih bolesti, a veći broj bolesnika ima HLA B8 DRw3 haplotip koji se sreće u osoba sa autoimunim bolestima. Postoje pokušaji da se HE klasifikuje kao nevaskulitička autoimuna inflamatorna meningoencefalopatija zajedno sa limbičkim encefalitisom povezanim sa voltno-zavisnim kalijumovim kanalima i Sjogrenovom encefalopatijom [10,30].

DIJAGNOZA

Sumnja na HE se postavlja kod neuroloških i psihijatrijskih poremećaja praćenih povišenim nivoima TPOAt i/ili TGAt. Kod svih bolesnika su nađena TPOAt in 100% i TGAt kod 70% [10]. Autoantitela na amino terminalni region alfa-enolaze su najnoviji potencijalni serološki marker HE [31].

Antitireoidna antitela se po pravilu nalaze u velike većine bolesnika sa HE ali ne u svih, ali ih nikada nema kod bolesnika sa HT niti kod zdravih ili bolesnih kontrola [25,32]. Osim antitela, u CST se mogu naći hiperproteinorahija do 1,8 g/L i limfocitna pleocitoza do 170 cells/mm³ [1,9]. Neuron-specifična enolaza i protein 14-3-

3 su bez promena [9]. Takođe, normalna proteinorahija, odsustvo pleocitoze i oligoklonalnih traka ne isključuju dijagnozu HE.

Magnetska rezonanca (MR) mozga može da pokaže normalan nalaz kod HE, a od patoloških nalaza zapažaju se nekad blaga atrofija mozga ili fokalni ili difuzne hiperintenzne promene u beloj masi velikog mozga kao i prebojavanje moždanica kontrastom [9]. Hashimoto mijelopatija ne daje promene na MR kičmene moždine u retkim slučajevima sa ovim poremećajem. s obzirom na retku primenu MR angiografije i MR spektroskopije, iskustvo je veoma limitirano.

Single photon emission computed tomography (SPECT) pokazuje nekad normalne nalaze, a nekad aree snižene perfuzije u moždanoj kori i bazalnim ganglijama [14] ili globalnu hipoperfuziju [6]. Cerebralna angiografija pokazuje normalan nalaz [9].

Elektroencefalografija (EEG) pokazuje usporenje osnovne aktivnosti i spore talase kod svih bolesnika. Nalazi su u korelaciji sa težinom encefalopatije [29]. Epileptiformne promene se retko detektuju. Atipični trifazični talasi se ponekad vide, ali nikada periodični trifazični talasi kao kod CJB [29]. Mioklonizmi u HE nemaju EEG korelat pa se smatra da su spinalnog porekla.

Histopatološki pregled moždanog tkiva je pokazao limfocitnu infiltraciju oko malih arteriola i venula u leptomeningama i parenhimu [33] ali nalaz može da bude i normalan [14].

Postoje pokušaji da se formulišu dijagnostički kriterijumi za HE. Prvi pokušaj datiraju iz 1999 godine [34]. Castillo et al. (2006) [9] su formulisali 7 uslova (Tabela 1). Ovi kriterijumi međutim ne uključuju Hashimoto mijelopatiju, HE sa hipertireo-

idizmom kao ni bolesnike koji su rezistentni na kortikosteroidnu terapiju.

Podelu na sigurnu, verovatnu i moguću HE su dali Tamagno i sar. 2006 [13]. Neophodni kriterijumi su: (1) akutni ili subakutni početak neuroloških i/ili psihijatrijskih simptoma bez postojanja drugog mogućeg uzroka; (2) isključivanje drugih poznatih uzroka encefalopatije (npr. infektivni, metabolički uzroci, CJB, itd.); (3) povezanost sa kliničkom ili supkliničkom autoimunom tireoidnom bolešću; (4) nivo tireoidnih hormona u serumu ne može da objasni kliničku sliku ili je nivo hormona normalan; (5) klinički odgovor na kortikosteroide. Ostali kriterijumi su: povišen nivo antitireoidnih antitela u serumu i/ili CST, hiperproteinorahija bez pleocitoze i nespecifične EEG promene. Definitivna HE bi trebala da ima sve pomenute kriterijume. Za dijagnozu verovatne HE bili bi potrebni svi neophodni kriterijumi uz bar jedan od dodatnih, dok bi moguća HE imala samo sve neophodne kriterijume. Ovi kriterijumi ne uključuje slučajevе bez autoimune tireoidne bolesti kao i slučajevе sa pleocitozom, a ne uključuju kao neophodnopoštojanje autoantitela koji i definišu HE.

DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA

Diferencijalna dijagnoza HE sadrži čitav niz bolesti, pre svega encefalopatiјa. Nekada nije lako razlikovati HE od CJB, ali u HE nema značajnih smetnji viда, "startl" reakcija ili brze progresije kao kod prionskih bolesti. Takođe u likvoru po poravilu izostaje oligoklonalni odgovor i protein 14-3-3 što se viđa u prionskim bolestima [35]. U retkim slučajevima je čak postojala udruženost obe bolesti. Od HE treba još razlikovati mo-

žani udar, demencije druge etiologije, Wilson-ovu, tumor mozga, metaboličke i paraneoplastičke bolesti, moždane vaskulitise, infektivne encefalopatije, demijelinizujući i primarne degenerativne bolesti mozga, idiopatski limbički encefalitis, autoimuni limfocitni hipofizitis ali i periforne neuropatije nejasnog uzroka i druge autoimune bolesti [6,9,14,36,37]. Mnoge psihijatrijske bolesti spadaju u diferencijalnu dijagnozu HE: psihoza, depresija, bipolarni afektivni poremećaji i poremećaji ličnosti [10,38,39]. S obzirom na čestu udruženost HE i hipotireoze važno je isključiti "miksedematozno ludilo" [40]. "Misedematozno ludilo" reaguje povoljno na nadoknadu tiroksina. U odnosu na hipotireoidizam gde preovlađuju negativni simptomi kao što su psihomotorna retardacija, apatija, poremećaji pažnje, somnolencija i letargija [41], u HE preovlađuje pozitivna simptomatologija kao što su manja, psihoza, epileptički napadi, rigidna hipertonija, myoclonus i epizode fokalnih neuroloških deficit-a [7].

TERAPIJA

Još je u prvim opisanim slučajevima HE zapažen povoljni terapijski odgovor na kortikosteroide. I dalja iskustva su to potvrdila tako da su metilprednizolon, pronizon i deksazon postali prva linija terapije HE. Pokazalo se takođe da u slučaju rezistentnosti na steroidnu terapiju dobar efekat imaju citostatici i to azatioprin, metotreksat i ciklofosfamid. Glavna preporuka za terapiju HE je inicijalna prima-na pulsnih doza metilprednizolona, jedan gram dnevno u intravenskoj infuziji 3-5 dana čemu po potrebi sledi davanje pred-

nizolona u opadajućim dozama 6-12 meseci i pokušaj prekida terapije [42]. Zbog neželjenih dejstava steroida ili u slučaju rezistencije na ovu terapiju dodaju se ili uvođe samo cistostatici. [9,13,43]. Postoje redi slučajevi kod kojih je neophodno više godišnje davanje kombinovane terapije [44].

Skorašnja analiza publikovanih slučajeva je pokazala su se 42 bolesnika na steroidnoj terapiji oporavili bez recidiva, 38 je imalo recidive ili uopšte nije reagovalo na terapiju, 11 bolesnika se oporavilo uz zaostajanje nekih deficit, a 19 je imao spontanu remisiju, ali je 14 doživelo relaps [6]. Neki bolesnici razviju hroničnu bolest sa remisijama i egzacerbacijama.

Još uvek su sporadična iskustva sa intravenskim imunoglobulinima (IVIG) [45] i plazmaferezom [46]. Neki bolesnici ulaze u dugotrajnu remisiju i posle prekida terapije i uprkos stalno povišenim antitelima. Poremećaje tireoide treba adekvatno lečiti [7]. Bolesnici koji se poprave samo na davanje tiroksina moguće i nemaju HE već su njihova ispoljavanja posledica hipotireoze.

Sимptomatska terapiја se takođe primenjuje već prema ispoljenoj simptomato-

logiji. U slučaju pojave epileptičkih napada daju se antiepileptici, neuropsihijatrijski poremećaji se tretiraju atipičnim antipsihoticima i/ili antidepresivima

ZAKLJUČAK

Hašimoto encefalopatija je autoimuna encefalopatija sa povišenim titrovima anti-tireoidnih antitela. Patogeneza je autoimuna sa dejstvom antitela na krvni sudove i/ili neurone. HE je verovatno češća nego što mislimo i zbog njene lečivosti u svim slučajevima nejasne encefalopatije i drugih neuroloških i psihijatrijskih entiteta treba tražiti i ovaj uzrok. Klinička slika ima veoma širok spektar ispoljavanja od encefalopatije do neuropatije. Antitireoidna antitela su povišena u serumu i cerebrospinalnom likvoru ovih bolesnika. Nalazi magnetske rezonance, EEG, SPECT, PET i analize likvora su nespecifični. Nelečeni bolesnici sa HE mogu da dožive teškaoštećenja mozga, a opisani su i smrtni slučajevi. Osnovu terapije čije kortikosteroidi, a primenjuju se i citostatiki i druga imunosupresivna terapija. Većina bolesnika povoljno reaguje na terapiju ali postoje i hronični oblici HE.

HASHIMOTO ENCEPHALOPATHY – AUTOIMMUNE ENCEPHALOPATHY WITH ANTITHYROID ANTIBODIES

Dragan M. Pavlović
Aleksandra M. Pavlović

Institute of Neurology Clinical Center of Serbia, School of Medicine University of Belgrade, Belgrade, Serbia

Summary

Hashimoto encephalopathy (HE) is still not well understood autoimmune disease with neurological and/or psychiatric manifestations and elevated titers of antithyroid antibodies in serum and cerebrospinal fluid. This disease accompanies some cases of Hashimoto thyroiditis but can occur by itself. The main characteristic of HE is the presence of two types of autoantibodies: thyroglobulin (TGA_{Ab}) and/or thyroxin peroxidase (TPO_{Ab}). Patients are mostly women. Age vary from 8 to 86 years (mean 46 years). Prevalence of HE is estimated to be 2.1/100 000 in general population. There are two main types of HE: occurrences of stroke-like episodes and the clinical picture mimicking Creutzfeldt-Jakob disease but there are also monosymptomatic psychiatric illness, dementia, seizures, myelopathy, myoclonus, various types of tremor, peripheral nervous system disturbances and cerebellar symptoms. Thyroid function does not influence significantly the clinical picture of HE and patients can be hypothyroid (63%), hyperthyroid (5%) and euthyroid (22%). HE responds well to corticosteroid therapy (methylprednisolone, prednisone, dexamethasone) but sometimes other immunomodulatory therapies must be applied (azathioprine, cyclophosphamide, methotrexate) intravenous immunoglobulin or plasmapheresis. Disease course can be acute, subacute, chronic or relapsing-remitting. Pathogenesis of HE is still not well understood but autoimmune mechanism with antibodies against antigens in brain cortex are suspected. Some patients improve spontaneously but a few died in spite of intensive adequate therapy. The mainstream of therapy are corticosteroids but some patients necessitate cytostatic therapy.

Key words: Hashimoto encephalopathy, Hashimoto thyroiditis, autoimmunity, anti-TPO antibodies

Literatura

1. Seipelt M, Zerr I, Nau R, Mollenhauer B, Kropp S, Steinhoff BJ et al. Hashimoto's encephalitis as a differential diagnosis of Creutzfeldt-Jakob disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999; 66:172-6.
2. Hashimoto H. Zur Kenntnis der lymphomatosen Veränderung der Schilddrüse (struma lymphomatosa), *Arch Klin Chir* 1912; 97:219.
3. Brain L, Jellinek EH, Ball K. Hashimoto's disease and encephalopathy. *Lancet* 1966; ii:512-4.
4. Vanderpump MP, Tunbridge WM. Epidemiology and prevention of clinical and subclinical hypothyroidism. *Thyroid* 2002; 12: 839-47.
5. Ferracci F, Bertiato G, Moretto G. Hashimoto's encephalopathy: epidemiologic data and pathogenetic considerations. *J Neurol Sci* 2004; 217:165-8.
6. Ferracci F, Carnevale A. The neurological disorder associated with thyroid autoimmunity. *J Neurol* 2006; 253:975-84.
7. Chong JY, Rowland LP, Utiger RD. Hashimoto encephalopathy: syndrome or myth? *Arch Neurol* 2003; 60:164-71.
8. McKeon A, McNamara B, Sweeney B. Hashimoto's encephalopathy presenting with psychosis and generalized absence status. *J Neurol* 2004; 251:1025-7.
9. Castillo P, Woodruff B, Caselli R, Vernino S, Lucchinetti C, Swanson J et al. Steroid-responsive encephalopathy associated with autoimmune thyroiditis. *Arch Neurol* 2006; 63:197-202.
10. Mocellin R, Walterfang M, Velakoulis D. Hashimoto's encephalopathy: epidemiology, pathogenesis and management. *CNS Drugs* 2007; 21:799-811.
11. Gómez-Bernal GJ, Reboreda A, Romero F, Bernal MM, Gómez FA. Case of Hashimoto's Encephalopathy Manifesting as Psychosis. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007; 9:318-9.
12. Arrojo M, Perez-Rodriguez MM, Mota M, Moreira R, Azevedo A, Oliveira A, et al. Psychiatric presentation of Hashimoto's encephalopathy. *Psychosom Med* 2007; 69:200-1.
13. Tamagno G, Federspil G, Murialdo G. Clinical and diagnostic aspects of encephalopathy associated with autoimmune thyroid disease (or Hashimoto's encephalopathy). *Intern Emerg Med* 2006; 1:15-23.
14. Fatourechi V. Hashimoto's encephalopathy: myth or reality? An endocrinologist's perspective. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2005; 19:53-66.
15. Striano P, Pagliuca M, Andreone V, Zara F, Coppola A, Striano S. Unfavourable outcome of Hashimoto encephalopathy due to status epilepticus. One autopsy case. *J Neurol* 2006; 253:248-9.
16. Henderson LM, Behan PO, Aarli J, et al: Hashimoto's encephalopathy: a new neuroimmunological syndrome [abstract]. *Annals of Neurol* 1987; 22:140-1.
17. Azuma T, Uemichi T, Funauchi M, Doi S, Matsubara T. Myopathy associated with Hashimoto's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 68:681-2.
18. Harzheim M, Feucht J, Pauleit D, Pöhlau D. Hashimoto's encephalopathy and motor neuron disease: A common autoimmune pathogenesis? *Neurology India* 2006; 54: 301-3.
19. Cao NJ, Tsvelis AC, Li J, Gorman M. A case of Hashimoto's encephalopathy: association with sensory ganglionopathy. *J Neurol Sci* 2005; 238:105-7.
20. Kastrup O, Maschke M, Schlammann K, Diener HC. Hashimoto encephalopathy and neuralgic amyotrophy—causal link or chance association? *Eur Neurol* 2005; 53:98-9.
21. Sheng B, Lau KK, Li HL, Cheng LF. A case of Hashimoto's encephalopathy with demyelinating peripheral neuropathy. *Eur Neurol* 2005; 53:84-5.
22. Alink J, de Vries TW. Unexplained seizures, confusion or hallucinations: think Hashimoto encephalopathy. *Acta Paediatr* 2008; 97:451-3.
23. Hoffmann F, Reiter K, Kluger G, Holthausen H, Schwarz HP, Borggraefe I, Bonfig W. Seizures, psychosis and coma: severe course of hashimoto encephalopathy in a six-year-old girl. *Neuropediatrics* 2007; 38:197-9.

24. Pavlović DM. Hashimoto encephalopathy. Regional Teaching Course. June 26-28th, 2008, Belgrade, Serbia. The book of lectures.
25. Blanchin S, Coffin C, Viader F, Ruf J, Carayon P, Potier F, et al. Anti-thyroperoxidase antibodies from patients with Hashimoto's encephalopathy bind to cerebellar astrocytes. *J Neuroimmunol* 2007; 192:13-20.
26. Ishii K, Hayashi A, Tamaoka A, et al. Thyrotropin-releasing hormone-induced myoclonus and tremor in a patient with Hashimoto's encephalopathy. *Am J Med Sci* 1995; 310:202-5.
27. Ochi H, Horiuchi I, Araki N, Toda T, Araki T, Saito K, et al. Proteomic analysis of human brain identifies alpha-enolase as a novel autoantigen in Hashimoto's encephalopathy. *FEBS Lett* 2002; 528:197-202.
28. Yoneda M, Fujii A, Ito A, Yokoyama H, Nakagawa H, Kuriyama M. High prevalence of serum autoantibodies against the amino terminal of alpha-enolase in Hashimoto's encephalopathy. *J Neuroimmunol* 2007; 185:195-200.
29. Schäuble B, Castillo PR, Boeve BF and Westmoreland BF. EEG findings in steroid-responsive encephalopathy associated with autoimmune thyroiditis. *Clinical Neurophysiology* 2003; 114: 32-7.
30. Josephs KA, Rubino FA, Dickson DW. Nonvasculitic autoimmune inflammatory meningoencephalitis. *Neuropathology* 2004; 24:149-52.
31. Fujii A, Yoneda M, Ito T, Yamamura O, Satomi S, Higa H, et al. Autoantibodies against the aminoterminal of alpha-enolase are a useful diagnostic marker of Hashimoto's encephalopathy. *J Neuroimmunol* 2005; 162:130-6.
32. Ferracci F, Moretto G, Candeago RM, Cimini N, Conte F, Gentile M, Papa N, Carnevale A. Antithyroid antibodies in the CSF: their role in the pathogenesis of Hashimoto's encephalopathy. *Neurology* 2003; 60:712-4.
33. Chong JY, Rowland LP. What's in a NAIM? Hashimoto Encephalopathy, Steroid-Responsive Encephalopathy Associated With Autoimmune Thyroiditis, or Nonvasculitic Autoimmune Meningoencephalitis? *Arch Neurol* 2006; 63:175-6.
34. Peschen-Rosin R, Schabert M, Dichgans J. Manifestation of Hashimoto's encephalopathy years before onset of thyroid disease. *Eur Neurol* 1999; 41:79-84.
35. Pavlović D. Prionske bolesti (Od Creutzfeldt-Jakob-ove bolesti do bolesti "ludih krava"). Beograd: Velarta 1997.
36. Pavlović DM. Demencije – klinička dijagnostika. II izdanje. Beograd: Kaligraf; 2008.
37. Pavlović DM, Pavlović AM, Kostić VS. Demencije. U: Davidović M, Milošević DP, Kostić VS. ured. Savremena gerijatrija. Beograd, 2003:87-145.
38. Kinrys G, Bostwick JM. Steroid-responsive confusion associated with thyroiditis. *Psychosomatics* 2001; 42:522-4.
39. Müssig K, Bartels M, Gallwitz B, Leube D, Häring HU, Kircher T. Hashimoto's encephalopathy presenting with bipolar affective disorder. *Bipolar Disord* 2005; 7:292-7.
40. Garrard P, Hodges JR, De Vries PJ, Hunt N, Crawford A, Hodges JR, Balan K. Hashimoto's encephalopathy presenting as "myxomatous madness". *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 68:102-3.
41. Doherty CP. Possibly, probably definitely, Hashimoto encephalopathy. *J Neurol Sci* 2005; 228:1-2.
42. Marshall GA, Doyle JJ. Long-term treatment of Hashimoto's encephalopathy. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2006; 18:14-20.
43. Chen HC, Masharani U. Hashimoto's Encephalopathy, *South Med J* 2000; 93: 504-6.
44. Pavlović DM. Unpublished data 2008.
45. Jacob S, Rajabally YA. Hashimoto's encephalopathy: steroid resistance and response to intravenous immunoglobulins. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76:455-6.
46. Nagpal T, Pande S. Hashimoto's encephalopathy: response to plasma exchange. *Neurology India* 2004; 52:245-7.

DRUŠTVENI FAKTORI U NASTANKU I RAZVOJU ZAVISNOSTI OD ALKOHOLA

**Slađana Dragišić Labaš
Slobodan Jovičić
Gorica Đokić**

UDK: 616-008.441.3-058/613.83

Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti
„Dr Laza Lazarević“ , Beograd, Srbija

PORODICA I DRUŠTVO

U drugoj polovini XIX veka jedan broj mislilaca (pripadnika različitim naučnim disciplinama) i to Emil Dirkem, Džordž Herbert Mid, Džon Djui, Čarls Kuli, Sigmund Frojd, pokušali su da svojim idejama nađu rešenje za ostvarivanje skladnog odnosa između čoveka i društva, kao i porodice i društva. Navedeni mislioci zastupali su stav da je socijalizacija (koja je jedna od najvažnijih uloga porodice) ustvari pomirenje čoveka i društva, ili vaspitanje vođeno od strane društva (zapostavljući porodičnu individualnost), pokušavajući

Kratak sadržaj

U uvodnom delu rada kratko je prikazan odnos društva, porodice i pojedinca kroz shvatanja nekoliko mislilaca, i to Dirkema, Kulija, Mida, Parsons-a. Zatim slede socio-kulturne teorije o nastanku alkoholizma, u okviru kojih se izlažu istraživanja stavova o zavisnicima kod nas i u svetu, i istraživanja koja ističu multifaktorijsnost u pristupu ovoj pojavi. Od društvenih faktora u poslednji 10 i više godina, značajnih za nastanak i razvoj bolesti zavisnosti (alkoholizam, narkomanija) u našoj zemlji smatraju se: ekonomski i politički kriza, rat na prostorima bivše Jugoslavije, prisilne migracije, nezaposlenost, promena strukture porodice i drugi. Posledice alkoholizma, posebno ekonomski, profesionalne i šire socijalne pominju se u delu rada. Tolerantan i podržavajući odnos društva prema pijenju alkohola sa jedne strane, a zatoj u realizaciji nacionalnog programa prevencije bolesti zavisnosti, povećava stopu oboljevanja i ukazuje na nedovoljno angažovanje države u oblasti mentalnog zdravlja.

Ključne reči: društveni faktori, zavisnost od psihoaktivnih supstanci, društvene posledice, društveni stavovi

da čoveka "smeste" u već konstituisano društvo, a da to bude što funkcionalnije za društvo. Porodica je za Dirkema jedini agens socijalizacije i ono što porodica utisne u psihu pojedinca, ostaje u njemu trajno. Međutim, porodica nije samostalna grupa, već najefikasniji društveni agens. [1] Djui i Mid vide porodicu slično kao Dirkem, dok Kuli shvata porodicu kao univerzalnu celiju ljudskosti, kao medijatora između društva i pojedinca. Ovi mislioci, isključujući Frojda, ne govore o mogućem sukobu porodice i društva, i shvataju čoveka kao prevashodno društveno biće. Shvatanja odnosa porodice i društva

su različita, a u sociologiji porodice imamo dva najzastupljenija pravca: strukturalno-funkcionalni i simboličko-interakcionisti. Prema prvom konceptu porodica je sistem, koji se sastoji od podsistema, koji obavljaju specifične funkcije i imaju određene uloge. Porodica i društvo su u odnosu međurazmene. Funkcionalnost sistema podrazumeva ravnotežu, a disfunkcionalnost nekog podsistema ili sistema dovodi do poremećaja ove ravnoteže, pa su neophodne strukturalne promene radi ponovnog uspostavljanja ravnoteže. Funkcionalisti prenaglašavaju značaj funkcionalne povezanosti porodice i društva, gubeći izvida da je porodica primarna grupa, najznačajnija u razvoju pojedinca, gde on zadovoljava niz svojih potreba (potrebu za bliskošću, zajedništvom, poverenjem, razumevanjem). [2] Simbolički interakcionizam je mikro pristup u odnosu na funkcionalni, a istražuje interakcije u porodici. Najpoznatiji predstavnici ovog pravca (preuzetog iz socijalne psihologije) u sociologiji, su Burgess i Hill, koji porodicu vide kao jedan interakcioni sistem. Istraživanja su često usmerena ka ispitivanju konfliktnih odnosa u porodici, koji mogu da ugroze potrebe i ciljeve njenih članova. Spoj ova dva pristupa u posmatranju porodice, zastupa Talkot Parsons, ali i on više shvata porodicu kao grupu, koja treba da ispunjava zahteve društva, a ne potrebe pojedinaca, svojih članova. Parsons smatra da je ličnost aktera iznutra duboko prožeta i oblikovana društвom i kulturom, a pojedinac je u osnovi društveno - kulturna ličnost. On shvata socijalizaciju kao internalizovanje vrednosnih obrazaca sistema u motivacioni sistem ličnosti. Na osnovu ovoga socijalizacija može da se tumači kao centralna koheziona snaga, koja povezuje kulturu, društvo i ličnost. Čovek jeste društveno biće, ali on svoju društvenu

nost kao generičku suštinu, može da ostvari samo kao autentična individualna ljudska jedinka – kao ličnost u slobodnoj društvenoj zajednici. [3,4] Porodica je jedina društvena grupa u kojoj članovi ostaju emocionalno povezani tokom celog života. Porodica treba da obezbedi svojim članovima uslove za rast i razvoj tokom prolaska kroz različite faze životnog ciklusa.

Ukoliko dođe do dezintegracije društva, ono počinje bitno utići na porodicu. Društveni poremećaji mogu da dovedu do latentnih sukoba i kriza u porodici. Dezintegrirana porodica može da stvori individue nesposobne za integraciju u društvenu sredinu, pa one mogu postati nosioci društvene dezorganizacije, stoga možemo reći da je dezintegrirana porodica i uzrok i posledica društvene dezintegracije. U našem društvu, poslednja decenija XX veka, obelежena je ratnim razaranjima, raspadom ranijeg društvenog sistema, velikim materijalnim i emotivnim gubicima i ekonomskom krizom, tako da je porodica dobila značaj i prioritet nad drugim institucijama i organizacijama. [5]

SOCIO-KULTURNE TEORIJE O NASTANKU ALKOHOLIZMA

Socio - kulturne teorije smatraju da su u nastanku alkoholizma značajni egzogeni (spoljni) faktori ili faktori koji dolaze iz drugih sistema - društva, uže i šire porodice, radne sredine, grupe vršnjaka, prijatelja. Ranije je u društvenim naukama bila najprihvaćenija orientacija, koja uzroke alkoholizma vidi u anomičnim karakteristikama savremenih društava. [6] Za anomična društva su karakteristične brze promene, slabljenje društvene kontrole, odsustvo normativne integracije, velika dru-

štvena pokretljivost, konkurenčija, individualizam.

Većina savremenih sociooloških istraživanja alkoholizma odnosi se na obrasce pijenja, koji se objašnjavaju određenim socijalnim činocima kao što su - religijska pripadnost, klasne i etničke razlike, zanimanje, zatim procesom socijalizacije i jakim uticajem prijatelja, kao najznačajnije grupe u smislu preuzimanja obrazaca pijenja i ponašanja. Istraživanja sociologa pokazuju da je stopa alkoholizma povezana sa stavovima društva prema pijenju.

Stav prema zavisnicima, kao i svi drugi stavovi, sastoji se od tri komponente: saznajne (svesni deo stava, obrazloženje stava), osećajne komponente (prihvatanje ili odbijanje, uglavnom nesvesnog karaktera, nastao pod uticajem stavova roditelja, značajnih osoba...), delatne (mesto stava u vrednosnom sistemu pojedinca, kao i spremnost osobe da utiče na druge u prihvatanju stava). Skup složenih i teže promenljivih stavova o nekoj pojavi ili predmetu naziva se stereotip. [7,8]

Istraživanja stavova javnog mnjenja prema alkoholičarima kod nas su veoma retka, a takva su istraživanja retka i u svetu. Stavovi u primitivim društвима i kulturama prema pijenju bili su pozitivni, ali je pijenje imalo, pre svega, funkciju redukcije snažne unutar grupne tenzije, pilo se u određenim jasno definisanim situacijama, i stopa alkoholizma je bila mala. U savremenim društвима su prisutna 2 stava: umereno pijenje se podstиче i za njega se vezuju sledeći sinonimi - društvenost, muževnost, fizička i psihička izdržljivost, a za alkoholičare negativni atributi, kao asocijalno i antisocijalno ponašanje. Društveni stavovi prema ljudima koji ne piju su negativni, čak u nekim sredinama slični kao prema alkoholičarima. Istraživanja stavova prema zavisnicima od droga u SAD po-

kazuju da ljudi vide zavisnike «kao usamljenike - osobe kojima niko nije potreban, i osobe koje uglavnom žive same ». Međutim ovakvo viđenje zavisnika od droga, podstaklo je druga istraživanja, koja govore suprotno. Istraživanje stavova prema alkoholičarima kod nas je pokazalo da ispitanici iz Beograda vide alkoholičara kao «agresivnu osobu, sklonu pre-stupničkom i kriminogenom ponašanju, slabih radnih sposobnosti, i sa brojnim moralnim nedostacima». [9] I dalje je prisutan moralistički stav prema alkoholizmu, a uzrok alkoholizma se često vidi u "traženju utehe", "razočarenju", "bežanju od problema". Istraživanja rađena kod nas pokazuju da i mladi i stariji deo populacije doživljava alkoholičare i narokmane kroz njihov spoljni izgled. Ističe se loš spoljni izgled i agresivno ponašanje. Stereotip alkoholičara ističe agresivno i prestupničko ponašanje, zatim dolazi kriminogeno, iza ovog sledi neuroza i neurakčunljivost, kao psihopatološka obeležja, a na kraju zavisnička obeležja alkoholičara. Prema rezultatima našeg istraživanja (Dragišić - Labaš 2004) alkoholičarske porodice i osobe iz njihovog užeg socijalnog okruženja, koje su u toku poslednjih 5 godina uključivane u terapiju u Institutu za neuropsihijatrijske bolesti "Dr Laza Lazević", ovako su shvatale alkoholizam i alkoholičare: alkoholičar je neko ko: "pije svakodnevno", "agresivan je" "higijenski je zapušten", "jedva hoda, pada po ulici", uglavnom nema porodicu, nižeg je obrazovanja i socijalnog statusa. Ispitanici ovako opisuju osobu koja nije alkoholičar: "ko ne piće svakodnevno", "pije samo dve čašice i od toga je pijan", "osoba koja radi svoj posao", "osoba koja dobro zarađuje", "doteran i uredan", i drugo. Niko od anketiranih nije naveo «osoba koja uopšte ne piće», upravo zbog toga što se

ovakva "pojava" smatra skoro nemogućom, izaziva čuđenje i negodovanje. Smatramo da je ovakav stav tipičan za mnoge predstavnike naše populacije uslovljen društvenim (verovatno i porodičnim) stavom. Inače imali smo prilike da čujemo sledeće izjave: "Kakav je to muškarac koji ne pije", "Kakav je to muškarac, koji ne može da popije bar pola litre rakije", "Ko se nije napisao bar jednom u životu, taj ne zna šta je prava stvar", "Svi piju i ne vidim tu ništa loše, zašto ja ne bih onda pio", "Pijenje je sasvim normalno, treba piti svaki put kada ti se pruži prilika". Pijenje je kod nas od davnina predstavljalo izraz muškosti i o njemu se govorilo veoma poetično. Ovakav stav odobravanja i podsticanja pijenja muškaraca, uzrokovalo je znatno veći procenat oboljevanja od alkoholizma, nego kod žena. Žene su pile u manjem broju, krijući, jer je društvo njihovo pijenje osuđivalo. Smatramo da je vezivanje negativnih atributa za alkoholičare, kao asocijalno i antisocijalno ponašanje, uslovljeno i shvatanjem većine da je alkoholičar samo i isključivo osoba koja pravi ovakve probleme. Osobe sa vidnim promenama u ponašanju, ali koje nisu verbalno ili fizički agresivne (koje su u pretoksimanskoj ili toksikomanskoj fazi alkoholizma) javno mnjenje uglavnom ne smatra alkoholičarima, što je uslovljeno veoma slabim poznavanjem ove problematike, i nepostojanjem edukacije iz ove oblasti. Informacije koje se dobijaju putem medija govore o posledicama zavisnosti od PAS, uglavnom u poodmakloj fazi bolesti. Takve «crne slike» obično izazivaju reakciju «Ja nisam takav» ili «Ja neću nikada imati ovakve probleme». S druge strane mediji često prenose informacije o alkoholu i drogama kao supstancama koje deluju izuzetno opuštajuće, daju neverovatne doživljaje i efekte i povezuju njihovo uzi-

manje sa slobodom i hrabrošću kao i sa poznatim ličnostima, koje često predstavljaju model identifikacije za mlade. [10]

Socio - kulturne norme i običaji u našem društvu nalažu pijenje u svim situacijama, i to uglavnom pijenje žestokih alkoholnih pića. Skoro svi životni događaji praćeni su pijenjem alkoholnih pića: rođenja, venčanja, rođendani, slave, odlasci u vojsku, sahrane itd. U siromašnim domaćinstvima u planinskim krajevima Srbije, do bogatih domaćinstava u gradovima, alkohol je obavezан pratilec različitih manifestacija. Uglavnom svi društveni slojevi u svim sociokulturnim sredinama kod nas, pridržavaju se običaja koji se odnose na pijenje. Pijenje i opijanje u porodicama, kako roditelja, tako i bližih srodnika, predstavljaju određen obrazac ponašanja i utiču na izgrađivanje stava mlade osobe prema upotrebi alkohola. Pijenje roditelja, kao i tolerantan (podržavajući) stav prema pijenju utiču na pijenje dece. [11]

U nekoliko velikih nacionalnih studija rađenih u SAD u poslednjoj deceniji XX veka, kao i manjim kliničkim studijama došlo se do podataka o sličnosti u obrascima pijenja roditelja i dece. (Barned, Welte 1999) Međutim, ima studija koje ne nalaze ovakvu sličnost, rađene na populaciji studenata u SAD. [11]

Deca su u kontaktu sa alkoholom u ranom uzrastu i prvo alkoholno piće većina popije u svojoj kući, a ponude mu roditelji ili bliski srodnici. U radu sa bračnim parom (suprug alkoholičar, prvo lečenje u 62 godini života, posle Delirium tremensa) u Institutu za neuropsihijatrijske bolesti "Dr Laza Lazarević" saznali smo o običaju davanja alkohola u hercegovačkim selima (čašice vruće rakije), muškoj deci pred polazak u školu "da bi se ugrejali i brže stigli u školu". Od trojice sinova iz ove porodice, dvojica su alkoholičari, i imaju pozitiv-

nu porodičnu istoriju alkoholizma. U selima u Kuršumliji ispraćaj u vojsku je veoma značajan događaj, koji podrazumeva ispijanje "srednje krigle" žestokog alkoholnog pića od strane svakog gosta.

Dešavalo se, po prići osobe, koja je prisustvovala ovom događaju da neke žene nisu više "bile u stanju da ustanu sa stolice posle pijenja", a ukoliko budući vojnik ne bi uspeo da popije ponuđen alkohol, to bi bila velika sramota za kuću. Najmlađi lečen pacijent od Delirium tremensa, kod nas, šezdesetih godina XX veka, u tadašnjem Zavodu za mentalno zdravlje, imao je samo 6 godina. Detetu su roditelji davali alkohol (vino) od rođenja i povećavali količine kako je bivao stariji, smatrajući da je vino zdravo, da će uticati da "dete ojača i poraste". Zablude o alkoholu, kao "korisnom i zdravom", zadržale su se do danas, kako u selima tako i u gradskim sredinama. Većina našeg stanovništva je neukovana iz ove oblasti.

Osim prisustva alkoholizma u primarnoj porodici, i time uslovljenoj disfunkcionalnosti na svim nivoima bračnog i porodičnog života, za nastanak alkoholizma navode se sledeći značajni faktori: loši bračni odnosi, česte svade do fizičkih sukoba, neusaglašeni stavovi roditelja oko vaspitanja dece, loša komunikacija, loša porodična atmosfera, slabi socijalni kontakti. [12-15] Navode se i uticaji nepotpune porodice, ili porodice sa očuhom i maćehom kao jednim o mogućih faktora u nastanku alkoholizma.

Porodične studije pokazuju povećanje stope oboljevanja od bolesti zavisnosti kod rođaka alkoholičara, za razliku od rođaka obolelih od shizofrenije i bipolarnog afektivnog poremećaja, gde ovaj odnos povećanja stope oboljevanja nije primenjen. [16]

Istraživanje grupe sinova alkoholičara je pokazalo da su manje osetljivi na akutnu intoksikaciju alkoholom od sinova nealkoholičara i da je moguće da imaju potrebu za uzimanjem većih količina alkohola, a time dovode sebe u rizik da postanu zavisnici. [17]

Istraživanja Berman-a i Noble-a 1983, pokazuju da je očekivanje pozitivnih efekata dejstva alkohola u detinjstvu povezano sa stepenom alkoholne upotrebe u kasnijim godinama. Smatra se da roditelji svojim ponašanjem, koje je disfunkcionalno, šalju poruku detetu da je zloupotreba alkohola i droga dozvoljena. Istraživanja u SAD govore o visokim statističkim korelacijama između upotrebe cigareta od strane majke i upotrebe alkohola od strane oca, i zloupotrebe PAS od strane dece. [18]

Jedan broj sociokulturnih istraživanja istražuju procese prenošenja alkoholizma sa generacije na generaciju u toku procesa socijalizacije dece. Ukoliko roditelji upotrebljavaju alkohol i druge PAS, to će uticati na formiranje stava dece o PAS i njihovog životnog stila.

Zbog zapostavljanja i nezainteresovanosti roditelja, deca mogu da razviju nisko samopoštovanje i počnu sa upotrebom alkohola, da bi se suočili sa životnim stresorima. Pregledom starijih studija (koje su obuhvatile više hiljada ispitanika) došlo se do podataka da su 5 puta češće alkoholičari imali rođake alkoholičare od osoba koje nisu bile zavisne od etila. Međutim druga istraživanja pokazuju da od 45% do 80% alkoholičara nisu imali bliže rođake alkoholičare. [16]

Ovo se tumači uticajem raznih drugih faktora za nastanak alkoholizma osim genetskih, tj. isključuje alkoholizam roditelja, ali uključuju disfunkcionalni bračni i porodični odnosi i faktori uže i šire socijalne sredine. Analizirajući veliki broj (110)

studija o uticaju genetskih markera u nastanku alkoholizma Devor (1994) smatra da ovi faktori imaju sekundaran značaj, a da je najvažnija interakcija genetskih, psiholoških i socijalnih faktora, sa čime se i slažemo [19].

DRUŠTVENI FAKTORI KAO UZROCI I POSLEDICE BOLESTI ZAVISNOSTI

Socijalni patolozi smatraju da se krize u društvu (ekonomске, moralne, političke) i nemogućnost zadovoljenja osnovnih potreba, odražavaju na različit način na porodicu, u vidu kriminala, prostitucije, delikvencije, kao i mentalnih bolesti i alkoholizma. [20-23]

Društveni faktori (ekonomska i politička kriza, rat i prisilne migracije) koji su u našem društvu bili prisutni u toku poslednje decenije XX veka, a neki i dalje, mogu se smatrati jednim od važnih uzroka nastanka i razvoja alkoholizma, kao i zloupotrebe i zavisnosti od drugih PAS, i nastanak i razvoj mnogih drugih psihičkih poremećaja.

Prema sistemskoj teoriji društvo kao suprasistem utiče pozitivno ili negativno na porodicu kao sistem i pojedinca kao subsistem.

Porodica kao medijator između ličnosti i društva ne prenosi samo ono što je zdravo – „normalno“ u društvu, već i bolesno - devijantno. Postoji niz naučnih dokaza o pozitivnom odnosu između porodičnog funkcionisanja i fizičkog i emocionalnog zdravlja svakog člana porodice. [24] Tolerantan i podržavajući stav našeg društva prema pijenju alkohola utiče na formiranje permisivnog stava porodica i uticaju na formiranje stavova dece prema pijenju. Ovo je od velikog značaja pri doношењу odluke mlade osobe kada će ima-

ti prvi kontakt sa alkoholom i nastavljanju uzimanja supstance kao normalnom, uobičajenom i prihvatljivom načinu ponašanja.

Očito da svest o značaju mentalnog zdravlja stanovništva nije dovoljno razvijena, kao ni o velikoj ekonomskoj šteti prouzrokovanoj upotrebom i zavisnošću od PAS. Svetska zdravstvena organizacija (SZO) u svom izveštaju o svetskom (mentalnom) zdravlju za 2001 godinu, ističe da 70 miliona ljudi pati od zavisnosti od alkohola. Međutim prevenciju zavisnosti od alkohola treba posmatrati u kontekstu šireg cilja, prevencije i redukcije problema, koje izaziva zloupotreba alkohola, kao što su povrede, saobraćajne nesreće, suicid, nasilje. Cilj terapije treba da bude redukcija morbiditeta i mortaliteta, koji su uzrokovani zloupotrebom alkohola, kao i socijalnih i ekonomskih problema, nastalih kao posledica hronične i ekscesivne upotrebe alkohola. U novijim dijagnostičkim klasifikacionim sistemima alkoholizma primećujemo isticanje značaja socijalnih faktora, i to promene u društvenom i profesionalnom funkcionisanju, kao jednom od važnih elemenata za dijagnostikovanje ovog oboljenja. Društvene posledice alkoholizma utiču na smanjenje ukupnog društvenog proizvoda i nacionalnog dohotka. Gubici su u proizvodnji uzrokovani smanjenom radnom sposobnošću zavisnika od alkohola i drugih PAS, čestim izostanicima i greškama u radu, ranim penzionisnjem, zatim lečenjem poremećaja uzrokovanih upotrebom supstance (zdravstvenom i socijalnom zaštitom obolelih), ugrožavanjem bezbednosti u saobraćaju, kriminogenim ponašanjem, tj. finansiranjem sudstva.

Ekonomska dobit od proizvodnje alkohola, koja je velika, ustvari se gubi, zbog niza ekonomskih posledica alkoholi-

zma. Po svetskoj statistici, alkoholizam je u značajnom procentu - između 50% i 60%, važan faktor kriminogenog ponašanja, od saobraćajnih prekršaja i nesreća sa smrtnim ishodom, do krađa, nasilja (nanošenja lakših i teških telesnih povreda, najčešće članovima porodice), silovanja i ubistava. Podaci iz SAD ukazuju da je uzrok smrtnosti u saobraćajnim nesrećama u oko 40% slučajeva upotreba alkohola.

U toku 1997 godine više od 16.000 ljudi poginulo u saobraćajnim nesrećama prouzrokovanih vožnjom u pijanom stanju. Smatra se da na svakih pola sata pogine jedan čovek i da je milion povređenih, zbog upotrebe alkohola. Saobraćajne nesreće u velikom procentu u pijanom stanju izazivaju osobe između 21 i 34 godine starosti. Iste godine u SAD, umrlo je 1400 studenata u sukobima (tučama) i saobraćajnim nesrećama prouzrokovanih upotrebom alkohola. Više od 1/3 mlađih adolescenata, 36,6%, i oko 42% starijih adolescenata su bili u toku 2000. godine učesnici u saobraćajnim nesrećama prouzrokovanih upotrebom alkohola. [18]. Najčešće u pijanom stanju u SAD voze belci (muškarci) oko 4,4%, zatim hispanoamerikanci – 3,1% i crnci 2,8%. U periodu od 1984 - 1987. godine u SAD najbrutalnija dela su izvršena, u 47% slučajeva, pod dejstvom alkohola. U državnom zatvoru, ubistva izvršena pod dejstvom alkohola su u 50% slučajeva. [18] U Engleskoj i Velsu je veliki broj zatvorenika pre dolaska u zatvor imao problema sa pijenjem. [17]

U velikom procentu, oko 50%, teških saobraćajnih nesreća sa smrtnim ishodom i velikom materijalnom štetom, u našoj zemlji je uzrokovana alkoholizmom. Rizik od saobraćajnih nezgoda kod zavisnika od alkohola je daleko veći, kako kod vozača, tako i pešaka. Izdaci za lečenje i rehabilita-

taciju obolelih od alkoholizma, kao i različita socijalna davanja i smeštaj u specijalizovane ustanove, invalidske penzije, predstavljaju značajan izdatak za državu. U sudskom procesu je od velikog značaja izricanje kazne, koja podrazumeva mere obaveznog lečenja za počinioce saobraćajnih prekršaja ili težih saobraćajnih nesreća, u pijanom stanju, u psihijatrijskim ustanovama ili zatvorskim bolnicama. Dobra i organizovana prevencija bolesti zavisnosti ili nacionalni program prevencije bolesti zavisnosti, koji se za sada ne sprovodi, bitno bi smanjio velike troškove države uzrokovane alkoholizmom. Ekonomski gubici su značajno povezani sa profesionalnim posledicama alkoholizma. Istraživanja u SAD pokazuju da oko 57,3% zaposlenih osoba, starosti preko 18 godina svakodnevno konzumira alkohol, a oko 49,1% nezaposlenih. Oko 60% zaposlenih u vojnim službama uzima svaki dan alkohol, u odnosu na domaćice i fizičke radnike, kod kojih je svakodnevno konzumiranje prisutno u oko 20% slučajeva. Mnoge američke studije govore o uticaju radne sredine na nastanak i razvoj pijenja, kao i o visokoj korelaciji između stresova na poslu, opadanja zadovoljstva i povećane zavisnosti od alkohola. Alkoholičari u SAD-u su na poslu neefikasni, dobijaju niža i neodgovarajuća radna mesta stručnoj kvalifikaciji, česte otkaze i mogu dugo da budu nezaposleni. [17,18] Naša istraživanja ukazuju da je radni vek alkoholičara znatno kraći od osoba koje nisu zavisnici i obično traje od 16 do 20 godina, a u toksikomansku fazu alkoholizma osoba ulazi uglavnom u periodu kada bi se očekivala najveća produktivnost i kreativnost u radu, između 30 i 50 godine starosti. [15] Radulović J. (1999) u svom istraživanju, čiji je cilj bio utvrđivanje korelacije između profesionalne patologije i al-

koholizma, testirala je 1652 radnika u dva industrijska preduzeća u Crnoj Gori. Izdvojene su dve grupe – eksperimentalna i kontrolna od po 151 ispitanika (uglavnom muškarci, starosti od 31-50 godina, kvalifikovani radnici i radnici sa srednjom stručnom spremom). Eksperimentalnu grupu činilo je 106 ispitanika u toksikomanskoj i 45 u pretoksikomanskoj fazi alkoholizma. Kontrolnu grupu činili su ispitanici koji nisu konzumirali alkohol, kao i oni koji su pili nedeljno do 8 pića. Korelациje sa alkoholizmom dobijene su na varijablama – zakašnjavanje na posao, odsustvovanje sa posla i napuštanje radnog mesta u toku procesa rada, kao i nezainteresovanost za posao, neispunjavanje norme, nervozna, neizvršavanje radnih zadatka, sukobi sa kolegama i rukovodiocima, disciplinske kazne, neprihvaćenost od strane kolega i rukovodioca. Grupa zavisnika u toksikomanskoj fazi razlikovala se od grupe u pretoksikomanskoj fazi u – većoj nezainteresovanosti za posao, apsentizmu (zakašnjavanju, odsustvovanju, napuštanju radnog mesta), visokoj oceni ličnih profesionalnih efekata, dobijanju disciplinskih kazni i u sukobima sa kolegama i rukovodiocima. [25] Alkoholičari, u odnosu na populaciju nealkoholilčara, osim toga, češće menjaju radna mesta i prelaze iz jedne u drugu firmu – imaju nadprosečnu horizontalnu fluktuaciju, kao i silaznu profesionalnu mobilnost. Često u toku razvoja alkoholizma, osobe dobijaju radna mesta za koja je potrebna niža stručna sprema od njihove, upravo zbog nemogućnosti adekvatnog obavljanja svog posla. [26] Poznato je da ratovi predstavljaju jedan od važnih činilaca, koji utiču na povećanu upotrebu PAS. U američkom građanskom ratu (1870-1871) i I svetskom ratu, isprobane su novootkrivene droge - kokain, heroin, morfijum,

barbiturati i amfetamini. Postoje podaci da je posle američkog građanskog rata od morfijuma bilo zavisno oko 400.000 ljudi, a da se do kraja veka broj korisnika opiju ma povećao na 3 miliona. Do naglog širenja upotrebe opijuma došlo je posle francusko - pruskog rata, a do velike potrošnje kokaina posle I svetskog rata. [23]

Gudvin je sa saradnicima organizovao istraživanje u kome je učestvovao 451 ispitanik učesnik vietnamskog rata. Pre učestvovanja u vietnamskom ratu oko 50% ispitanika je redovno konzumiralo alkohol, a L je imala probleme sa pijenjem. U Vijetnamu je opala potrošnja alkohola, a porasla upotreba opijata. Posle vietnamskog rata, opada upotreba opijata, a povećava se broj ispitanika sa problemom pijenja i zavisnosti. [27]

Veterani vietnamskog rata su u odnosu na veterane II svetskog rata pored jačih simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) kao što su depresija, anksioznost i socijalne smetnje, ispoljili i jaču alkoholnu zavisnost i rani početak alkoholizma. [28]

Jelinek i Vilijams (Jelinek & Williams) dolaze do podataka da je od 2000 ispitanika vijetnamskih veterana (kod kojih je dijagnostikovan PTSP) oko 80% njih i pre dolaska na ratište imalo problema sa pijenjem. [29] Istraživanje na uzorku od 202 ispitanika (ratnih vojnih invalida- RVI), učesnika rata 1991-1995 na prostorima bivše Jugoslavije, o upotrebi alkohola, pokazalo je: da je pre rata povremeno pilo oko 50% ispitanika, veoma često oko 4%, a ostalih 46% je veoma retko ili uopšte nije konzumiralo alkohol. Oko 30% ispitanika se u periodu pre dolaska na ratište opijalo manje od 1 puta u mesecu. Na ratištu se povećao broj ispitanika koji uopšte piju, kao i broj ispitanika koji veoma često i svakodnevno koriste alkohol,

zatim se broj ispitanika koji se povremeno napijaju povećao za 90% u odnosu na period pre dolaska na ratište. Na ratištu su se kod oko 15% ispitanika (koji su ranije pili) razvili neki od simptoma zavisnosti od alkohola, a kod 10% ovakvi simptomi su se prvi put javili na ratištu. U periodu po završetku rata, broj RVI koji svakodnevno piju se smanjio, ali se zato povećao broj RVI koji povremeno piju, za 23%, u odnosu na predratni period. [30].

Smatramo da su društveni i kulturni faktori od značaja za razvoj bolesti zavisnosti, i to najpre u smislu "provokacije" ili "okidača" za već postojeću genetsku predispoziciju, određenu strukturu ličnosti, uz postojanje i pozitivne porodične istorije alkoholizma. Nepovoljni društveni i porodični faktori verovatno pokreću i intenziviraju genetske i psihološke "predodređenosti" za bolesti zavisnosti koje su isključivo multifaktorijalne etiologije.

ZAKLJUČAK

Zahvaljujući izuzetno visokoj toleranciji našeg društva prema konzumiranju alkohola (i cigareta) kod nas se ove supstance mogu naći svuda u okruženju i prodaju se mladima bilo kog uzrasta, jer se zakon ne poštuje (zabрана prodaje mladima ispod 16 godina). S druge strane, prisutno je odbacivanje potrebe informisanosti o drogama (mada se u stručnoj terminologiji al-

kohol i droge nazivaju psihоaktivnim supstancama- PAS) kao i stigmatizacija zavisnika od droga, ali i negativan, moralistički i odbacujući stav prema alkoholičarima. [31] Društvo ne prihvata odgovornost za podsticanje pijenja, koje vremenom dovodi do razvoja alkoholizma, niti realizuje nacionalni program prevencije bolesti zavisnosti. Psihijatrizacija društvenih problema, u ovom slučaju alkoholizma (koji je ozbiljan socijalni problem), odgovara vladajućim krugovima, jer ih oslobođa dela vlastite odgovornosti. Alkoholizam i druge bolesti zavisnosti smatraju se domenom jedne profesije tj. psihijatrije. Država, pre svega, treba da se angažuje u realizaciji jedne dobro osmišljene, organizovane, i kontinuirane prevencije bolesti zavisnosti, koja počinje u predškolskom uzrastu, sa ponudom različitih modela „zdravog i aktivnog korišćenja slobodnog vremena, koje mlade čini zadovoljnim i ispunjenim“, a zatim da prestane sa reklamiranjem alkoholnih pića proglašenih hranom, uz isticanje muškosti, snage, hrabrosti u pijenju pića. Kontroliše ulazak narkotika na naše tržiste (posebno supstanci od kojih se prave sintetičke droge), angažovuje na planu sprečavanja prodaje PAS, uz adekvatnije kazne za ova dela. Preveliko i samo oslanjanje na mali broj terapeuta kao "eduksatora i spasilaca" verovatno će dovesti do izuzetno visoke stope oboljevanja od bolesti zavisnosti. [32]

SOCIAL FACTORS IN OCCURENCE AND DEVELOPMENT IN ALCOHOL ADDICTION

**Slađana Dragišić Labaš
Slobodan Jovičić
Gorica Đokic**

Special Hospital of Psychiatric Diseases
“Dr Laza Lazarević” Belgrade, Serbia

Summary

In the introduction the relation between society, family and an individual has been shortly described through understanding of several authors, i.e. Durkheim, Kuli, Mead, Parsons.

Next to follow are socio-cultural theories on occurrence of alcoholism, through which research of attitudes towards addicted persons in our country and abroad, as well as research which point out the multi-factoriality in approach to this phenomenon.

During the past ten and more years, social factors which are considered to be important for occurrence and development of addiction in our country are: economy and political crisis, war in former Yugoslavia, forced migration, unemployment, change of family structure, etc.

The consequences of alcoholism, especially economic, professional and social consequences in wider sense are mentioned in a part of the work.

On one side tolerant and supporting attitude of the society towards alcohol drinking and in the other side delay in realization of the national Program of preventing addiction, together they increased rate of disease development and show the insufficient engagement of the country in the field of mental health.

Key words: social factors, psychoactive substance addiction, social consequences, social attitude

Literatura

1. Milić A. Sociologija porodice - kritika i izazovi. Beograd. Čigoja štampa; 2001.
2. Dragišić-Labaš S, Jovičić S. Komparativni prikaz socioloških i bioloških modela u psihijatriji. Engrami Vol 24, br.1, 2002.
3. Milić A. Rađanje moderne porodice. Beograd. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1988.
4. Milić A, Pešić V, Mrkšić D, Bolčić S, Zvekić U. Sociologija društvene akcije Talkota Parsonsa. Beograd. Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta; 1990.
5. Bolčić S, Blagojević M, Lazić M, Vujović S, Milić A, Tomanović-Mihajlović S. Društvene promene i svakodnevni život, Srbija početkom '90. Beograd. Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta ; 1995.

6. Špadijer-Džinić J. Socijalna patologija. Beograd. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1988.
7. Opalić P. Psihijatrijska sociologija. Beograd. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 2008.
8. Opalić P. Biti ili lečiti se –Istraživanja grupne psihoterapije. Beograd. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1998.
9. Popović M, Opalić P, Kuzmanović B, Đukanović B, Marković M. Mi i oni drugačiji (istraživanje stavova prema duševnim bolesnicima, narkomanima i alkoholičarima). Beograd. Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta; 1988.
10. Nastasić P. Ne dozvoli da te droga izbací iz igre. Beograd. Privredni pregled; 2004.
11. Jung J. Psychology of Alcohol and other Drugs, A Research Perspect, Thousand Oaks, London, New Delhi. by Sage Publications, Inc; 2001.
12. Stanković Z, Begović D. Alkoholizam, od prve do poslednje čaše. Beograd. Kreativni Centar; 1995.
13. Vukov M., Baba Milkić N. Osećajni život sremenog čoveka i droge. Niš. Prosveta; 2002.
14. Trbić V. Opis alkoholičarske porodice. Beograd. Fondacija Andrejević; 2000.
15. Gačić B. Alkoholizam - bolest pojedinca, porodice i društva. Beograd. Filip Višnjić; 1985.
16. Lowinson J, Ruiz P, Millman R, Lengrod J. Substance Abuse, A Comprehensive Textbook. Pennsylvania. Williams and Wilkins, Media; 1997.
17. Gelder M, Mayol R, Cowen P, Shorter, editors. Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford University Press, Oxford; 2001.
18. Bankole J, Ruiz P, Galanter M, editors. Handbook of Clinical Alcoholism Treatment. Baltimore, Maryland, Lippincott Williams Wilkins; 2003.
19. Nastasić P. (1988): Alkoholizam i međugeneracijsko prenošenje - istraživanje, dijagnoza i treman porodice, Tehniss, Beograd.
20. Bavcon Lj, Kobal M, Miličinski L, Vodopivec K, Uderman B. (1969): Socijalna patologija, Medicinska knjiga, Ljubljana.
21. Milosavljević M. Društvene krize i krize porodice, Deca i društvena kriza. Beograd. Institut za socijalnu politiku; 1991.
22. Milosavljević M. Devijacije i društvo. Beograd. Draganić; 2003.
23. Radulović D. Upotreba droga - konstrukcija socijalnog problema, Sociologija Vol 37, br 1. 1995.
24. McGoldrick M, Gerson R. Genograms in family assessment, New York. Norton; 1985.
25. Radulović J. Alkoholizam industrijskih radnika u Crnoj Gori, Sociologija, Vol br.2, str.173-192, 2000.
26. Đukanović B. Društveni stavovi prema piću i običaji, Socijalna psihijatrija br. 4. 1974.
27. Bukelić J. Ratni stres i zloupotreba psihoaktivnih supstanci u Stresovi rata. Beograd. Institut za mentalno zdravlje; 1994.
28. Davidson J, Kudler H, Sanders W. Symptom and comorbidity patterns in World War II and Vietnam veterans with PTSD. COMPR – Psychiatry 1991. 31/2
29. Jelinek-JM, Williams T. PTSD and substance abuse in Vietnam combat veterans: Tretman problems, strategies and recommendations. J Subst Abuse Treat. 1984; 1-2
30. Dragišić-Labaš S. Alkoholizam i socijalni problem RVI rata 1991-1995, Magistarski rad, Filozofski fakultet, Beograd. 1998.
31. Dragišić Labaš S. Bolesti zavisnosti kao bolesti društva, porodice i pojedinka: kritika nečinjenja, Sociologija Vol. XLIX, br. 1, 2007.
32. Sedmak T. Prevencija alkoholizma u XXI veku, XVIII Savetovanje terapeuta bolesti zavisnosti, Sijerinska Banja; 2002.

O PSIHOŠKOJ STRUKTURI POD-ŽANROVA HOROR FILMA

Aleksandar Damjanović¹
Aleksandra Damjanović²
Srđan Milovanović¹

UDK: 613.74:616.89-008.441-039.13

Kratak sadržaj

Horor žanr se deli u nekoliko pod-žanrova: realni horor, naučno-fantastični horor, psihološki horor, ekstremni, duboki horor i telesni horor. Prema Klajv Barkeru telesni horor predstavlja srž horora. Ova filmska naracija se zasniva na nekom telesnom deformitetu, mutaciji, fenotipskom i genotipskom poremećaju koji je izvor zla i straha. Realni horor se zasniva na inspiracijama iz "crnih hronika" i biografijama serijskih ubica. On se zapravo zasniva na stvarno mogućim, užasnim događajima. On u sebi nema natprirodnog, već više faktografskog, užasnog i nasilnog. Vrsta filmova horor fantastike bazira se sve više na napretku savremene tehnologije (genetski inženjerинг, kloniranje itd.) i zloupotrebi iste od strane nesavescnih pojedinaca ili grupe naučnika. Ipak fantastika u hororu nosi svoje korene iz tri literarna izvora romantizma: iz spekulativne i snolike poezije Novalisa, iz Hofmanovih "dopelgangera"- dvojnika i naravno Poove fantastike, kao projekcije čovekovog drugog "Ja". U pod-žanru psihološkog horora, radnja se uglavnom zasniva na bolesnoj ili naizgled bolesnoj ljudskoj psihi. On može biti u okvirima realnog ili horora sa elementima fantastike. On manipuliše ljudskom psihologijom u dvostrukom smeru: glavni junak-sredina koja ga okružuje; literarna ili filmska priča-gledalac, tj. čitalac. Atmosfera u psihohororu je mračna, depresivna, psihodelična sa elementima fobije. Ona potencira usamljenost, ksenofobiјu, očaj, patnju i neupoštenje. Karakteristike tvrdog, dubokog, ekstremnog ("deep") horora jeste odsustvo hepienda - zlo nepobitno trijumfuje. Zlo se širi u svom mutiranom obličju a ljudska kontrola ne može da se odupre anarhiji kao u filmovima *Stvor* Karpentera ili *Invazija trećih bića* Don Zigela ili novijem filmu *Peni Dredful*. U ovim filmovima ljudski egzistencijalizam se obavezno transformiše u krajnji nihilizam. Horor žanr poseduje ipak dovoljno snage i moći da prevaziđe sve prepreke. Izvesno je da horor film predstavlja otvoreno polje sa puno fleksibilnosti. Na njemu je moguće učiniti niz maštovitih, konstruktivnih, stilizovanih i krajnje estetizovanih kreacija.

Ključne reči: Horor film, žanr, tumačenje, psihološka struktura

1 Klinika za psihijatriju Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

2 Pharmaswiss, Beograd, Srbija

*Bilo da ga zovete strahom ili užasom,
to osećanje je iščekivanje zla*
- Platon

UVOD

U dramaturškom i stilskom maniru horor prodire u realno, onoliko koliko je potrebno da sa jedne strane ugrozi sigurnost egzistencije protagoniste a sa druge strane da poremeti komfor i sigurnost konzumenta. [1].. Govoreći o strahu, čuveni režiser i scenarista horor filmova, Džon Karpenter, je rekao: " Strah je najmoćnija emocija ljudske rase dok je strah od nepoznatog verovatno najiskonskiji. Ovo osećanje delimo sa svima koji su oko nas; još kao bebe plašimo se mraka, plašimo se nepoznatog. Ako se odlučiš da praviš horor filmove onda je u twojoj moći da se *igras osećanjima publike*". Jedan od poznatijih hollywoodskih reditelja (Džozef Ruben) o strahu, iniciran horor filmovima, kaže : " Uživam da plašim publiku. Jer sam i sam kukavica. Ne volim ni da gledam takve filmove. Kada sam gledao " Osmog putnika"....trebalo mi je deset minuta da se saberem, ali nisam smeо da se vratim na svoje sedište, već sam ostatak filma odgledao stojeci u pozadini. Uvek sam bio kukavica i zato za odmazdu mučim druge ljude".

O konceptu katarze i horor filmova interesantno razmišlja kanadski režiser Dejvid Kronenberg [2]. On smatra da je katarza osnova umetnosti u celini. Ovo posebno važi za horor filmove zbog toga što su oni veoma bliski onome što nazivamo konceptom *primalnog*. Upravo iz tog razloga Kronenberg tvrdi da ljudi koji smatraju da horor filmovi imaju loš uticaj na mlade ljude u potpunosti greše. To su ljudi koji uopšte ne žele da upoznaju ljudsku

psihologiju. Ono što čovek vidi na filmskom ekranu kao sadržaj horor filmova, poput destrukcije, nasilja, odvratnosti, smatra Kroneberg, može samo da ojača ego gledaoca koji prolazi kroz sve to a izlazi iz bioskopske sale u "jednom komandu" fizički i emocionalno intaktan.

Svest o žanrovskom identitetu nekog filma omogućuje gledaocu koji prepozna je „uspostavljeni obrazac komunikacije” da „organizuje sopstveni sistem iščekivanja”[3] Pozvati se na žanrovsku kategoriju da bismo predložili, primili ili analizirali neki film znači odrediti mu „horizont očekivanja” koji Jaus određuje kao „sistem objektivno iskazivih referenci koje su za svako delo rezultat tri glavna činioца koji su prisutni u istorijskom trenutku njegovog nastanka-iskustva publike sa žanrom kome to delo pripada, oblika i tema prethodnih dela za koja se prepostavlja da su poznati publici i suprotnost početkovog i praktičnog jezika, izmaštanog sveta i svakodnevne stvarnosti” [4] Filmovi strave omogućavaju gledaocu da uživa u žanrovskom i kodifikovanom, ali zato kulturno neprihvatljivom, zadovoljstvu prisustovanja zločinima ili ubistvima i da u poslednjem trenutku povrate idejne, društvene i moralne vrednosti na mesto koje im pripada. Ipak čudovišta ili misteriozne sile preteraju, načine prekršaj i konično su savladani-uhvaćeni. Film nam priča priču o čoveku, prevazilazeći oblike spoljnog sveta - znanje , prostor, vreme i uzročnost - prilagođavajući pri tom spoljna zbivanja oblicima unutrašnjeg sveta - znanju, pažnji, pamćenju, mašti i emociji.

Poznati teoretičar filma Noel Kerol [5] pokušao je da osmisli rigorozne definicije, kategorizacije i deskripcije horor žanra u svojoj knjizi " Filozofija Horora: Paradok-

si Srca". On najpre deli ovaj žanr na "umetnički-horor" i "realni-horor". Njegova osnovna teza koja se tiče umetničkog horora (koji je ukratko rečeno, satkan od fikcije) je da se on bazira na naraciji operažnoj natprirodnim elementima. To su zapravo svi oni događaji koji se ne mogu objasniti prirodnim zakonima našeg sveta (npr. naukom ili psihologijom itd.). Prednosti Kerolove definicije ogledaju se u njenoj relativnoj simplifikovanosti koja omogućava lakšu klarifikaciju (rasvetljavanje motiva) žanra (naravno ovde nećemo ulaziti u detaljnije teoretske Kerolove navode posredstvom kojih pravi distinkciju između horor žanra u odnosu na naučnu-fantastiku ili fantaziju). Filmovi u kojima su zastupljeni duhovi, monstrumi, gde se zbijavaju neobjašnjive pojave, šetajući mrtvaci itd, predstavljaju reprezente horor žanra. Tamo gde ovi elementi ne postoje, prema Kerolu, ne možemo ni govoriti o horor filmovima. I pored visoko zastupljenog operacionalizma i instrumentalizma, ova konцепција inicira i odredene probleme. Ova teorija ne razmatra vrlo značajan faktor *straha*, kao i što se u svom jezgru isuviše oslanja na koncept *interpretacije*. Kerol pokušava ilustrativno da razreši ovu dilemu analizirajući Hićkokov film iz 1960 *Psiho*.

Prema Kerolovoј tezi, odluka da li je ovaj film horor ili ne, bazira se na tumačenju suptilnih promena na licu Normana Bejtsa, koje se odigravaju na samom kraju filma (tačnije, u preposlednjem kadru). Ukoliko publika tumači ove promene kao znak da Bejtsa *zaposeda majčin duh* onda se prema Kerolu radi doista o hororu. Međutim ukoliko publika ovu promenu percipa kao autorsko interponiranje, ili scensku floskulu koja govori o psihotičnoj transformaciji Normana Bejtsa, onda se

ne radi o horor filmu. Zbog svega ovoga, *Psiho* ostaje da perzistira kao film koji se nalazi na žanrovskom *limbusu*. Prema Kerolu, *Noć Veštica*, Karpenterov film iz 1978, pripada horor žanru samo zato što Majkl Majers nakon što su mu nanete smrtonosne rane (od kojih bi podlegao *svaki realni čovek*) na kraju filma jednostavno iščezava (postajući time "boogeyman"). Čuveni kanadski režiser Dejvid Kronenberg diversifikuje dve vrste hororo filmova. Prvu grupu čine oni hronološki zastareliji sa fantastičnim, natprirodnim smislom, dok drugi trend afirmiše horor sa personalnim, humanim i ovozemaljskim eksitacijama bilo internalizovanog ili eksternalizovanog straha i užasa. Jedini način da se zaustavi pomahnitali ubica je da se uđe u njegovu glavu. Klaustrofobija pomešana sa paranojom postaje univerzalni stvaralački recept, dok čovek postaje najpogodnije, najtoplje i najsigurnije место u kome se zlo može skriti. Za Kronenberga film nije bekstvo u svet zabave. Za njega je horor film umetnost. To je žanr koji nas konfrontira sa onim aspektima našeg vlastitog života koje teško možemo svesno da prihvativimo.

Kerol [5] razlikuje u filmovima strave i užasa dve glavne vrste zapleta koji na različite načine iskazuju zazor od nauke:

1. Zaplet „otkrića“ (Discovery plot) bazira se na nesposbnosti i neefikasnosti nauke, njenih zvaničnih predstavnika i rationalizma, dok se zaplet „preambicioznog“ (overacher plot) temelji na opasnostima bezograničnog upražnjavanja nauke.

Zaplet otkrića na kome su zasnovani scenariji brojnih filmova poput: *Drakula*, *Ljudi mačke*, *Invazija kradljivaca tela*, *Fakultet straha*, *Ajkula* odvija se u četiri etape:

1. napad: čudovište najčešće napanodom otkriva svoje prisustvo
2. otkriće-pojedinac ili grupa ljudi otkrivaju prisustvo i shvataju kakvu to pretnju predstavlja; oni obaveštavaju vlasti i posebno naučnike koji odbijaju da im poveruju.
3. potvrda: likovi koji su svesni opasnosti pokušavaju da ubede druge u ozbiljnost pretnje i neophodnost delovanja. Ova etapa prikazuje sukob između dve vrste znanja- iskuštenog znanja, koje oni nižeg intelekta ili mladi obično stiču samim otkrićem i racionalnog i naučnog znanja koje odbija da prihvati iskuštveno znanje; ovo nam pomaže da shvatimo zašto se ova vrsta zapleta koristi u brojnim tinejdžerskim horor filmovima, kao što su *Strava u ulici brestova ili Fakultet straha* Roberta Rodrigeza- ona se zasniva na obrascu sukoba mlađih i roditeljskog autoriteta; na kraju ove etape vlasti najzad prihvataju postojanje ekstraordinarne opasnosti.
4. konačno suočavanje- svi se udružuju, obično uspešno da bi se suprotstavili supernaturalnom (monstrumu).

Zaplet „preambicioznog“ korišćen je u brojnim verzijama *Frankenštajna*, *Ostrvo Doktora Moroa*, *Dr Džekil i Mister Hajd*, iznosi kritiku nauke u 4 stava [6]:

1. pripreme za eksperiment; tu se mешaju prikazi tehničkih priprema, filozofskih rasprava, razgovora o motivima naučnika koji je uobičajeno mentalno oboleo.
2. tehnički uspeh eksperimenta: uspeh uvećava naučnikovu megalomaniju

3. moralni neuspeh eksperimenta: eksperiment i njegovi rezultati izmici iz kontrole naučnika i prouzrokuju nevine žrtve, čiji je već klasični arhetip mila devojčica sa kojom Frankenštajnovu stvorene na obali jezera čupa latice cveta pre nego što će je u tom jezeru udaviti
4. uništenje: eksperiment je prekinut, stvorena bića uništava naučnik ili grupa ljudi

Kerol dakle smatra da je horor žanr određen u ova dva obrasca priče koji iskažuji averziju prema nepotrebnoj i ograničenoj naučnoj misli u zapletima „otkrića“ ili opasne naučne misli u zapletima „preambicioznog“. Ovakvo izdvajanje narativnih struktura koje se stereotipno ponavljaju iz filma u film omogućavaju da se određenje žanra zamenjuje njegovom strukturalističkom, psihološkom ili nekom drugom analizom.

Horor žanr se deli u nekoliko pod-žanrova: realni horor, naučno-fantastični horor, psihološki horor, ekstremni, duboki horor, telesni horor [7]

Telesni (“body”) horror

Horor je u osnovi popularizacija ideje egzistencijalizma- kroz subjektivno doživljeni strah mi shvatamo koliko nam znači život. Horor predstavlja i individualno osećanje užasa koje doživljavamo kao katarzu gledajući ili čitajući umetnička dela. To osećanje se stalno menja i evoluira, zavisno od vremena prostora i kulturnog mijeja. Uživanje ili analitički odnos prema hororu predstavlja i svojevrsni čin egzorcizma pri kome konzument ove literature ili filmova iz sebe „isteruje demone“ ili zapravo čini svojevrsnu auto-psihoterapiju. Horor film treba da nas natera na razmišljanje o onome šta nas zaista plaši.

Prema Klajv Barkeru telesni horor predstavlja srž horora. Ova filmska naracija se zasniva na nekom telesnom deformitetu, mutaciji, fenotipskom i genotipskom poremećaju koji je izvor zla i straha. Element koji reflektuje strah može biti individua ili grupa. U osnovi radi se o podtipu psihološkog horora sa elementima iznenadenja, nepredvidivosti i vrlo često suspensa nakon čega sledi krvavi ("gore") obračun. Od filmova treba pomenuti Kronenberga (*Muva, Izmenjena stanja*), "Brda imaju oči" Vesa Krejvena., kao i "Rozmarina beba" Romana Polanskog.

Podela body horora prema motivima moguća je na dve kategorije: 1. muškarac-naučnik pokušava da kreira novi životni oblik ili da reformuliše tok evolucije pri čemu najčešće ne uspeva i stvara mutantnu, grotesknu ali najčešće rezolutnu i agresivnu kreaturu sa ubilačkim nagonima. 2. vanzemaljci zaposedaju poput parazita ljudska tela, ili maglovite, dijabolične sile takođe naseljavaju tela poput matrice.

Osnovni elementi horora su zlo kao morbidna ili dekadentna fascinacija, osveta koja jeste zlo, fatalnost ili karma zla, kao i transcendentalno zlo (zlo bez ikakvih motive, npr. u liku Fredija Krugera). Potom, tu su opasnost ili pretnja koja ugrožava egzistenciju pojedinca, grupe ili čitave planete, kao i iznenadenje ili izmicanje kontroli elemenata –entiteta koji predstavljaju supstrat horora, odnosno nemogućnost zaustavljanja apokaliptične propasti.

Realni horor

Realni horor se zasniva na inspiracijama iz "crnih hronika" i biografijama serijskih ubica. On se zapravo zasniva na stvarno mogućim, užasnim događajima. On u sebi nema natprirodnog, već više

faktografskog, užasnog i nasilnog. Realni horor film na primer tumači košmar kao mutno stanje svesti psihopate, koji u njemu vidi spoljnu realnost. Ružan san je predskazanje nastupajućih jezivih događaja. Junaka ili junakinju muče košmari koje ne umeju da odgonetnu. Ili su oboleli od amnezije, snovi su samo inicijator za prisećanje na nešto užasavajuće iz njihove prošlosti (paradigmatičan je film *Džejkobova lestvica snova*). Film je izuzetno produktivan u ovom žanru- *Sedam, Kad jaganjci utihnu, Manijak, Očuh, Američki psiho, Bandi, Kingovi ekrанизovani romani i priče Mizeri, Kudžo* itd.. Moguće su i mešavine žanrova - horor-triler, poput *Andeo-skog srca ili De Palminog Obučena da ubije*.

Horor fantastika

Elementi horor fantastike mogu biti: 1. natprirodne sile, čudovišta ili događaji u funkciji nama nekog nepoznatog, fiktivnog sveta, "To" Stivena Kinga, "Egzorcist" Vilijema Blatija, "Predskazanje", "Rozmarina beba", serijal filmova "Osmi putnik", 2. halucinatorna doživljavanja, 3. razni mutantni, ili natprirodna bića koja postoje u našoj, ljudskoj dimenziji zahtevajući učinku samog čoveka (filmovi "Mimikrija", "Ostrvo doktora Moroa", "Frankenštajn"). Ova vrsta filmova bazira se sve više na napretku savremene tehnologije (genetski inženjering, kloniranje itd.) i zloupotrebi iste od strane nesavesnih pojedinaca ili grupe naučnika.

Ipak fantastika u hororu nosi svoje korenje iz tri literarna izvora romantizma: iz spekulativne i snolike poezije Novalisa, iz Hofmanovih "doppelganger"-dvojnika i naravno Poove fantastike, kao projekcije čovekovog drugog "Ja".

Psihološki horor

U ovom pod-žanru radnja se uglavnom zasniva na bolesnoj ili naizgled bolesnoj ljudskoj psihi. On može biti u okvirima realnog ili horora sa elementima fantastike. On manipuliše ljudskom psihologijom u dvostrukom smeru: glavni junak-sredina koja ga okružuje; literarna ili filmska priča- gledalac, tj. čitalac. Atmosfera u psiho-hororu je mračna, depresivna, psihodelična sa elementima fobije. Ona potencira usamljenost, ksenofobiјu, očaj, patnju i nepoverenje. U filmovima ovog žanra poenta je da je gledalac u "podstaknutouj" konfuziji i da ne može da utvrdi da li je glavni lik mentalno oboleo ili ne, da li su njegovi doživljaji posledica realnosti odnosno maště, fantazije ili halucinatornih doživljavanja. Primeri filmova su: *Odvratnost*, *Stanar*, Polanskog kao i niz Kingovih adaptacija-*It*, *Mizeri*, *Soba 1408*, *Isijavanje*. Svrha ovog horora pod-žanra nije da nas uplaši prikazivanjem ociglednog užasa, već da se identifikujemo, doživimo empatiju sa psihološkim problemima, frustracijama i užasima glavnih junaka. Jer u ludilu nema logike a u hororu ništa nije "sveto" [7]. Još jedan od kulturnih filmskih autora koji potkopava okvire i temelje *mainstreama* (pravovernih i visokobudžetnih projekata) je Dejvid Kronenberg. Kanadnin sa specifičnim stilskim tkanjem ikonografije strave i užasa, evolira u svom stvaralačkom opusu od horora sa elementima nadnaravnog i ekstrasenzornog (*Dead Zone*, *Scaners*), preko osvežene i narativno modifikovane arhetipske tematike shizofrenog rascepa (*Dead Ringers*), pa sve do bizarnog poigravanja, uz elemente kafkijanskog utopizma i deliričnog futurizma, sa sado-mazohističkim, nazovi "heteroseksualnim" tehnikama postizanja orgazma kroz destrukciju i nekro-

filiju. Za sebe Kronenberg kaže da više preferira metaforu nego realnost nauke. Na njegovo delo su uticali i nadrealisti, Andre Breton i Salvador Dali, koje je Kronenberg pomno izučavao tokom svojih akademskih studija, ali i Vladimir Nabokov kao i Viljam Barouz (pisac *Golog ručka*).

Iako mnogi kritičari smatraju da Kronenbergova subverzivna ostvarenja, koja isuviše uznemiruju i narušavaju konformizam i "dobar ukus" publike, sa svojim predominantno telesno ili organski-visceralnim horor sadržajima, predstavljaju apsolutno nepodobnu tematiku za ozbiljniju bioskopsku eksploraciju, čini se da autorov opus predstavlja izuzetak koji potvrđuje pravilo [1]. Kronenberg se razvija u stvaraoca sa posebnom (idiosinkratičkom) upotrebo simbola koja aktivira kognitivne potencijale publike i zaranja u njegove dublje slojeve bitisanja.

Evolucija semiotičkih teorija estetske procene govori u prilog (naravno ne apriori o pozitivnom sudu) evolucije estetske i hermeneutičke strukture Kronenbergovih dela. Kod Kronenberga emocije nisu toliko primarne odnosno one su u apsolutnoj koegzistenciji i funkcionalnosti sa epistemologijom i kognicijom. Umetnost je prevashodno saznanje i svako umetničko delo biva "saznato" prema pravilima koda kojima se simboli dešifruju. Emocije učestvuju u svemu tome, ali postoji značajna razlika estetskih emocija i onih koje doživljavamo u realnosti. Tuga i strah u bioskopskoj dvorani se dosta razlikuju od onih van njega. U estetskom doživljaju "emocije funkcionišu kognitivno" [5]. U jednom delu svoje monografije Gudman kaže: "Emocija u estetskom doživljaju je sredstvo raspoznavanja, koje osobine delo poseduje i izražava....emocije moraju biti osećane.....kako bi bile upotrebljene kognitivno. Kognitivna upotreba obuhvata

njihovo razlikovanje i povezivanje da bi se odmerilo i zgrabilo delo i integrisalo sa ostatkom našeg iskustva i svetom. Ako je to suprotnost od pasivne absorbcije u senzacijama i emocijama, ona se, nema sumnje, svodi na njihovo brisanje. To još objasnjava i promene koje emocije trpe u estetskom doživljaju”.

U jednom od svojih poslednjih ostvarenja, *Existence*, Kronenberg re-vaskularizuje i evocira Sartrov filozofski koncept *mučnine*, kroz prikaz i scenografiju virtuelnog ili alternativnog sveta sa ikoničkim elementima (modifikovanim bošovskim groteskno, bizarnim i čudovišnim fragmentima) koji kod gledaoca bude averziju i odvratnost. Njegova subverzivna erotska estetika ali i (pseudo) etika dostiže klimaks u filmu *Madam Batherfly*. Tu autor u atmosferi stilizovane i kamerne seksualne inverzije i perverzije konstruiše retko viđenu ikonografiju, u kojoj se kroz kontrapunktove užasa razotkrivanja travestije, odigrava brutalno razrešenje (čini se više za publiku nego samoga autora), sada već jednog od klasičnih lirsko-tragičnih tema. Ovaj, kao i većina njegovih filmova, subverzivno i sistematično potkopava temelje američkog idealja o “pravovernom” i visokobudžetnom *mainstream* filmu. Uostalom i sam Kronenberg o ovome kaže: “Liciti na holivudski, imati glumačke zvezde iz Holivuda i biti dizajniran baš kao i sva-ko drugo prestižno holivudsko delo, a u kome ništa neće funkcionišati onako kao to dolikuje holivudskim ostvarenjima” [1].

Tvrdi, duboki, ekstremni (“deep”) horor

Karakteristika ovog pod-žanra jeste odsustvo hepienda-zlo nepobitno trijumfuje. U filmu iz 1970, *Vrišti samo vrišti*,

glavni junak stalno doživljava užase bez nade da će ih preživeti psihički ili čak fizički intaktan. Džoger nakon kolapsa dospeva u ruke “ludog” doktora i mi kroz njegove bolne doživljaje amputacije kroz košmare povremenog buđenja shvatamo da će on i ako nekim čudom preživi ostati trajno stigmatizovan-obogaljen. Zlo se širi u svom mutiranom obličju a ljudska kontrola ne može da se odupre anarhiji kao u filmovima *Stvor Karpentera* ili *Invalija trećih bića* Don Zigela ili novijem filmu *Peni Dredful*. U ovim filmovima ljudski egzistencijalizam se obavezno transformiše u krajni nihilizam. Evolucija se pretvara u regresiju, nada u očaj, obećanja u laži. Ovi filmovi su besperspektivni, glavni junak može da preživi ali istovremeno nastavlja da biti zlo, ili u njemu samom ili okolini koja ga okružuje. Poruka može biti-ono od čega se najviše plaštite na kraju vas dokrajći. U ovom tekstu frazu *duboki horor* (*deep horor*) koristimo da bismo identifikovali ovu popularnu fascinaciju i da bismo je razlikovali od izdvojenih fenomena šoka i zastrašivanja kao i od tradicionalnih intelektualnih korena interpretacije horora čime bismo na izvestan način postigli terminološki i idejni konsenzus. Koncept dubokog horora može se odnositi na prevaliranje fenomena haosa, dezintegracije ili disolucije, pri čemu treba biti veoma oprezan i ne izjednačavati ga sa gotskim stremljenjima u umetnosti, ili previše intelektualizovati i zanemarivati ovu fazu kao popularni fenomen. Teror i horor predstavljaju dva opozitna fenomena “jer prvi zahvata dušu slabeći je i odražavajući se na sposobnosti viših životnih funkcija; dok drugi kontrahuje, zamrzava i gotovo anihilira život” [8]. U skladu sa pomenutom definicijom ono što se najčešće naziva “horor” je zapravo teror. Nave-

dena definicija horora je mnogo bliža razmatranjima koja će uslediti.

Duboki horor je esencijalno noćna mora koja istrajava kako u svesnom tako i u nesvesnom razarajući pri tom svaku estetsku distancu između njih. Bazični zakon dubokog horora je egzistiranje nihilizma i entropije. Humanost i ljudski rod egzistiraju samo kao molitva dok duboki užas preti "...intaktni psihološki sistem koji crpi svoju snagu iz života" [9]. Iskustvo Judeo-Hrišćanskog komcosa je "demoralizujuće": vera i iskupljenje nemaju moć, a pokora postaje samo besciljni bol. U naučnom kontekstu ovo odgovara regresiji, kao i de-evolucija ka necivilizovanom stanju. Duboki horor ne predstavlja izdanak umetnosti Edgara Alana Poa, ona je pre odraz popularnih spektakla koji su vezani za javne egzekucije. Duboki horor zahteva od svoje publike duboki emocionalni angažman koji povređuje. On se stalno obraća dnevnim snovima i košmarima, on protresa i uznemirava korene bića.

Duboki horor kao nezavisni fenomen sa svojom punom uznemirujućom formom nikada nema srećan završetak (kao što je to često slučaj sa fantazijom i naučnom fikcijom). Ljudski karakteri mogu da prežive ali samo uz duboke ožiljke bića plaćajući za to strašnu emocionalnu i psihičku cenu. Njihove reakcije ne predstavljaju samo šok ili neugodnost. Likovi iz knjiga i filmova poput publike nisu bezosećajni, kao što je to slučaj u knjizi Roberta Bloka *Noć pre Božića*. Ova vrsta strave protresa kosti, šalje hladne i znojave poruke, irtira i inicira čitaoca ili gledaoca da zatvori knjigu, promeni kanal ili ustane i napusti bioskop. Poruke dubokog horora najčešće potiču iz košmara i trauma iz detinjstva koje se prenose i na odraslo doba kao vitalne i destruktivne fobije. Za druge, duboki horor predstavlja vid povratka u

primitivnu džunglu bezakonja, gde su izloženi nesigurnosti, opasnosti od divljih životinja i nepoznatog bezdana. Dakle duboki horor konstruiše atmosferu i situacije koje zahtevaju simplifikovanu filozofiju aspolutnog dobra i apsolutnog zla, jarost ili apsolutne pravde.

Lavirajući između raznovrsne dinamike, motivacije, žanra i taksonomije, duboki horor doživljava niz učestalih mutacija kako u formi tako i u sadržaju, stvarajući time sopstvenu subkulturu. Durant [10] smatra da sa refleksivne, samo-svesne perspektive generalni koncept ovog žanra predstavlja katarzu gde poraz sopstvenih monstruma označava ujedno i očišćenje od straha koji potiče od nepoznatog, nehumanog kao i od smrti.

Naša klasifikacija horor filmova je fenantologoški drugačija: [11]

1. Filmovi apokaliptično-satanističke ikonografije odnosno ideologije sa elementima pseudo-religioznosti. Biblijski motivi su transformisani u antropomorfne objektne relacije kroz savremeni vremensko-istorijski presek (*Predskazanje, Prorok, Egzorcist*). Literani pandan ovog podžanra je Strindbergov *Inferno* (istina, pisan u periodu duboke piščeve psihotične krize)
2. Filmovi geneze ludila (*Isijavanje, U ustima ludila*)
3. Urbani, istorijsko-aktuelni tematizovani filmovi sa najčešće univerzalnim motivom sukoba između serijskog ubice i inteligentnog detektiva ili medicinskog istražitelja (serijal *Profajler, Crime Scene*)
4. Urbano-mitološki (epski) horor. Motiv arhetipskog zla dizajniran u savremenijoj formi (serijal filmova *Urbana legenda*).

O ESTETICI I PROCENI KVALITETA FILMOVA STRAVE

Estetika horor žanra doživela je ono što je doživeo i Hijeronimus Boš sa svojim platnima- najpre shvaćen kao stvaralač groteske, i karikaturalnih demonskih stvorenja, tek naknadno biva proglašen pretečom nadrealista, stvaraocem sa posebnim stilom koji na samosvojan simbolički način razotkriva nutrinu bića i uzinemirujuća obličja podsvesti.

Stilizacija zla kod autentičnog i uspešnog umetnika treba da bude kontrolisana, funkcionalna a ne da ide u pravcu anarhije i dezorganizacije, koja barem na prvi utisak treba tematski da bude utkana u fabulu horor žanra. On zna da amorfna i zastrašujuća bića koja su reflektovana iz nesvesnog, strepnje ili egzistencijalne ugroženosti, osećaju naš strah i hrane se njime.

Osim toga iz metafizičkog okvira originalni i autentični modernistički autor transformiše svoju naraciju u etičko-terapijsku poruku - sa uzrocima straha se moramo suočavati, a ne bežati od njih ili ih zaobilaziti.

Topografski, nezadovoljstvo filmom može prema psihanalitičkom diskursu da ima dva izvora:

1. od id-a, kada filmska priča hrani svesnost, odnosno ego gledalaca, pa kao posledica toga nastaje frustracija.
2. kada je ego "preplašen" žestinom i agresivnošću filma, pa superego "reaguje" protivnapadom zbog suviše intenzivne hedonističke eksicacije.

Loš horor-film podrazumeva:

- a. Nelogičnu i nepovezanu priču
- b. Nemotivisane postupke junaka

c. likove deja vu (koji nam se čine poznatim i sličnim likovima iz nekog drugog filma)

d. "užas radi užasa" (izazivanje jeftinih trikova poput potoka krvi – "gore" filmovi, iznenadnih zvučnih efekata koji nisu uvremenjeni, različitih scenskih efekata koji čine samo epifenomene osnovne priče) [7].

Ipak Peron [12] razmatra opažajne i saznajno-kognitivne procese od kojih zavisi shvatanje i prihvatanje žanrovskega filma, a u krajnjoj liniji i kvalitet pa i estetika. Peron polazi od pojma opažajnog ciklusa Urlihu Najsera [13] po kome se opažanje uspostavlja na dva međuzavisna načina, ulazni i silazni. Peron ističe da u slučajevima kada se audiovizuelne informacije koje pruža film podudaraju sa prethodnim žanrovskim znanjem, opažajnim ciklusom upravlja silazni način. Nasuprot tome, kada po svojoj novini primenjene informacije nisu deo uobičajenih varijacija neke žanrovske šeme, opažajnim ciklusom upravlja ulazni, *bottom-up*, način koji traži neku prikladnu strukturu tumačenja. Iako silazni način preovlađuje u percepciji žanrovskega filmova, on se koristi i pri prijemu svih drugih vrsta filmova (nema razumevanja i tumačenja bez predviđanja) i samo povremeno prepušta dominaciju ulaznom načinu. To se događa kada se na primer žanrovska film obnavlja neočekivanim iznenadenjima i obrtimima, jer uživanje u žanrovskom filmu ne potiče samo od ponovne potvrde konvencija, već i od vrednosti koje gledalac pripisuje njihovim varijacijama. Što više poznajemo žanr više cenimo i njegove formalne i sadržajne promene, njegovu evoluciju i raznovrsnost. Moan daje paradigmatičan primer za ovaj vid tumačenja opažajnim ciklusima, analizirajući dva filma horor fantastike Šesto čulo (Šajmalan, 1998) i Duhovi u nama

(Amenobar, 2001). Oba filma su se skoro istovremeno pojavili u bioskopima, dok im završnica otkriva vrlo slične rasplete, ukazujući veoma jasno na koegzistiranje i saradnju ulaznih i silaznih načina u prijemu žanrovskega filmova, pri čemu silazni način ima suštinsku prednost. Film *Šesto čulo* čija se krajnje interesantna i uznenimajuća radnja odvija po opšte poznatim pravilima žanra horor-fantastike, nudi neočekivani završni obrt koji silazni način opažanja nije u stanju da detektuje i anticipira. Psihijatar koji pomaže dečaku koga uznemiravaju utvare mrtvih i sam je mrtav a da to nije znao. Amenobarov film koji preuzima isti recept (glavna uloga sjajna Nikol Kidmen) ne zbunjuje gledaoca koji je prethodno gledao film *Šesto čulo* i koji koristeći silazni opažajni pristup, lako može da anticipira završni obrt. Ipak treba istaći da mešanje žanrova koje je predominantno u današnjoj kinematografiji, zahteva znatno složenije perceptivne i eksploratorne obrasce, jer ukršta žanrovske šeme i umnožava broj mogućih varijacija.

UMESTO ZAKLJUČKA

Pomislimo na Alfreda Hičkoka. Da li ga smatrati samo najvećim rediteljem jednog žanra? Mnogo bliži istini je Aleksandar Astrik koji tvrdi da je Hičkok autor: "Kada neko tokom trideset godina i u pedeset filmova priča manje-više istu priču - priču o duši koja se bori sa zlom - i uspeva da tokom celog tog dugog niza održi isti stil, koji se u suštini sastoji od primerenog ogoljavanja likova i njihovog uranjanja u apstraktni svet njihovih strasti, čini mi se da bi bilo teško ne priznati da je pred nama najređa pojava u industriji -filmski autor," [14]. Za Hičkoka možda najviše

pristaje aksiom „Ne postoje dela, postoje samo autori” gde on transcendira-prevazi-lazi granice žanra. Hičkokovski film nastaje slaganjem i menjanjem drugih žanrova i postaje čak rodonačelnik određene metafizike- sinergije detektivskog filma, Mekgafina, holivudske komedije, semantičke film noara i sintakse fatalne žene.

Film bi trebalo pre analizirati u smislu efekta *iznenadenja i straha*, kao produkciju izmeštenog subjekta, neke vrste mutirajućeg ili nama nepoznatog čoveka. Prema Žan Luj-Šeferu film nije stvoren da omogući gledaocu da pronade sebe (teorija narcističke regresije) već naročito da ga zăčudi, zaprepasti. " U bioskop odlazimo - svi bez razlike -zbog manje ili više zastrašujućih simulacija, a ne zbog nečega što bi bilo deo sna. Delimično zahvaljujući zastrašujućem, delimično nepoznatom, kad sam u bioskopu, ja postajem simulirano biće, a ono o čemu bi trebalo govoriti jeste paradoks gledaoca" [15]. Specifična je i medijska psihologija kao i marketing horor žanra. Tako npr. Dejvid Kronenberg u jednom svom intervjuu citira Endi Vorholu, kao odgovor na kritiku da je "kanadski kralj jeftinih horor filmova". Vorhol za svoja dela kaže: "Oh da , moja dela su dubre. Nema sumnje u to". Kronenberg interpretira Vorholovu tvrdnju: "Veoma teško je da vas neko napadne kada kažete to". Kada ga upoređuju sa američkim "kraljem jeftinih horor filmova" Rodžerom Kormanom, Kronenberg kaže da to nije loša stvar. "Korman kao i neki drugi reditelji ovog žanra su mnogo grešili, kako stilski tako i estetski. Ali horor žanr poseduje dovoljno snage i moći da prevaziđe sve prepreke. To je otvoreno polje sa puno fleksibilnosti. Na njemu možeš da učiniš mnoge zastrašujuće stvari".

HORROR FILMS SUB-GENRES PSYCHOLOGICAL STRUCTURE

Aleksandar Damjanović¹
Aleksandra Damjanović²
Srđan Milovanović¹

Summary

Horror genre is divided into several sub-genres: realistic horror film, science fiction horror film, psychological horror film, extreme, deep horror film, physical horror film. According to Clive Barker physical horror film presents essence of all horror films. This film narration is based on certain physical deformity, mutation, phenotype and genotype disturbance as source of fear and evil. Realistic horror film is based on inspirations from "dark chronicles" and serial killers biographies. It is based on actually possible and terrible incidents. There are no elements of supernatural, but factual, terrible and violent. Horror fiction group of films are based on modern technology progress (genetic engineering, cloning, etc.) and abuse of it by unscrupulous individuals or group of scientists. However, roots of fiction in horror films are in three literary romanticism sources: Speculative and dreamy Novais poetry, Hoffmann "doppelganger"-twins, and of course Poes fiction as projection of man's other "I". In psychological horror film sub-genre action is mostly based on sick and apparently sick human psyche. It can be in context of real and horror films with elements of fiction manipulating with human psychology in double direction: main hero-surrounding environment; literary or film story-spectator, reader. In psycho-horror film atmosphere is dark, depressive, psychodelirium one with elements of phobia. It points out loneliness, xenophobia, despair, agony and distrust. Extreme ("deep") horror film characteristics are: happy end absence-evil irrefutably exults over. Evil spreads over mutate form while human control cannot resist the anarchy (films like: Carpenter's-The Thing, Don Siegel- Invasion of the Body Snatchers or the new one- Penny Dreadfull). Human existentialism compulsorily transforms to final nihilism in this kind of films. However, horror film genre possess enough power and strength to exceed all the obstacles. Horror film presents, for sure, an open field with full flexibility. It's possible to make many imaginative, constructive, stylish and esthetic creations on it.

Key words: horror film, genre, interpretation

¹ Psychiatric Clinic, Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia

² Pharmaswiass, Belgrade, Serbia

Literatura

1. Kostić, A. Polje snova. Beograd. Stubovi Kulturne; 1997.
2. The explosive films of David Kronenberg. Cinéfantastique, 10, 4, 2001
3. Casetti F, Les theories du cinema depuis 1945, Paris, Nathan
4. Jauss HR, Pour une esthetique de la reception. Gallimard, „Tel”, 1978
5. Noel Kerol, Hightmare and the Horror film: The symbolic biology of fantastic beings, u Film Quarterly, br 34m 1981, 16-25
6. Moan R. Filmski žanrovi. Beograd. Clio; 2006
7. Knežević-Ivašković M. Kuća straha-mali vodič kroz horor. Beograd. Signature; 2005.
8. Dobree, B. Introduction to the Oxford University Press editio of Ann Radclif *The Mysteries of Udolpho*, 2000.
9. Hillman, J. The Myth of Analysis: Three Essay in Arcetypal Psychology. Evanston IL, Northwestern UP, 1972
10. Durgnent, R. Scream louder, live longer: An introduction to scree violence. The Listener 3, 1964
11. Damjanović A. Rastuća senka tame. Vivisekcija psiholoških motiva horor literature i filma. Beograd. Deko art; 2006.
12. Perron B. Une machine à faire penser. In : Iris, br 20, Sur la notion du genre au cinéma, 1998. p 76-83.,
13. Neisser U. Cognition and reality : Principles and implications of cognitive psychology. San Francisko: W. H. Freeman and Company; 1976.
14. Astrik A. Cahiers du cinema, br 39, „Special Hitchcock”; 1954
15. Bazen A. Šta je film. Beograd: Institut za film; 1967.

Aleksandar DAMJANOVIĆ
Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije,
Pasterova 2, 11000 Beograd, Srbija
Tel. +381 (0)11 3662103
Fax +381 (0)11 2645543
E mail: damal64@yahoo.com

INTEGRATIVNI PSIHOTERAPIJSKI – TRANSAKCIJONO ANALITIČKI I PSIHOFARMAKOLOŠKI PRISTUP LEČENJU SOCIJALNE FOBije

Anđelka Kolarević^{1,2}

Slobodan Pucar¹

UDK: 616.89-008.441.1:615.851

Kratak sadržaj

Uvod Socijalnu fobiju karakteriše iracionalna anksioznost od moguće negativne procesne i kritike drugih ljudi. Osoba doživljava stah od poniženja, sramoćenja i zbunjivanja u socijalnom okruženju. Osoba izbegava sve one socijalne situacije gde osoba anticipira da bi mogla biti procenjena kao neadekvatna i gde bi doživela poniženje.

Lečenje socijalne fobije se zasniva na primeni farmakoterapije i psihoterapije. **Prikaz bolesnika** Prikazan je slučaj 27-godišnjeg mladića sa izraženom socijalnom fobijom u vidu izraženih strahova od sramoćenja i poniženja prilikom nastupa u socijalnom okruženju. Pacijent se leči medikamentima u trajanju od tri godine, na koju se simptomi redukuju samo do nivoa izbegavanja, tegobe perzistiraju u situacijama koje on doživljava kao neprijatne. Ordinirajući neuropsihijatar ga upućuje na transkcionu psihoterapijsku tretman, gde se postiže dekontaminacija Odraslog uz uvid o bazičnom zaštotoju, u TA smislu kao raskorak između „tiranije „moranja“ zabluda“, „reket osećanja“, ranih skriptnih odluka iz Odraslog u Detetu i iz Roditeljskih poruka i procesa njihove dekontaminacije. Dolazi do gubitka samomedikacije, do isključivanja dve grupe psihofarmaka i do pozitivnog efekta prime-ne niske doze anksiolitika, sa tendencijom postepenog isključivanja.

Zaključak Transakcionalna analiza želi da se integriše sa novim činjenicama u psihologiji i neuropsihološkim teorijama. Psihoterapijsku orientaciju, kao i integraciju u psihoterapiji, najviše određuju ciljevi lečenja. Svaka orijentacija u psihoterapiji je u vezi sa konkretnim, relativno uskim ciljevima lečenja, a svako proširenje terapijskih ciljeva sigurno vodi ka integraciji.

Ključne reči: psihoterapija transakcionalna analiza, psihofarmakoterapija, socijalna fobia

¹ Republički fond za penziono i invalidsko osiguranje zaposlenih, Beograd, Srbija

² Psihopolis, Beograd, Srbija

Anksioznost kao emocija, javlja se kao odgovor na moguću opasnost koja preti individui. Na neki način, sama po sebi predstavlja odbranu od mogućih opasnosti kada je jedinka ugrožena. Na bilo koji način određena doza anksioznosti je adaptibilni mehanizam koji je neophodan za rešavanje mnogih pretečih ili eventualnih opasnosti, ne isključujući time i socijalne. Socijalna fobija se, obično prvi put javlja u adolescentnom dobu, s tim što se može pojavit i u dečijem uzrastu ali i u odrasloj dobi. [1] Jedna od osnovnih potreba svake ljudske jedinke je da bude prihvaćena. U detinjstvu dete pokazuje želju da se sviđa ljudima koji ga okružuju (da bude voljeno), a strah od odbacivanja se javlja kada dete postane svesno mogućnosti da bi ova želja mogla biti neostvarena. [2] Da bi se u određenoj razvojnoj fazi javio strah od odbacivanja, detetov psihički aparat mora razviti sistem predstava kojima se uspostavlja želja da bude prihvaćeno od drugih, ali i predstava da se to neće desiti. [2]. Strah da će biti odbačen od drugih ljudi uglavnom se svodi na strah od samog sebe. U osnovi je predstava o sebi kao inferiornom biću. [2]. Socijalnu fobiju karakteriše intenzivna, iracionalna anksioznost od moguće negativne procene i kritike drugih ljudi. Tako osoba sa socijalnom fobijom doživljava strah od poniženja, sramočenja i zbumjivanja u socijalnom okruženju. Pri tome se javlja anticipatorna anksioznost u iščekivanju fobogenih situacija. Dijagnoza socijalne fobije, kao i u našem slučaju, se postavlja prema MKB 10 kriterijumima, ukoliko kod osobe postoji strah od posmatranja, procenjivanja ili pojave somatskih simptoma anksioznosti

u socijalnim situacijama i posledično izbegavanje tih situacija. [3] Socijalnu fobiju treba diferencirati od: od stidljivosti, koja je vrsta straha od odbacivanja koju subjekt oseća u situaciji u kojoj procenjuje da je nekim svojim postupkom potvrđio negativnu sliku o sebi pred značajnom osobom. Kod kulturnog stida subjekt se stidi zbog toga što je prekršio neke kulturne norme, a kod idiosinkratskog stida, zbog toga što je prekršio neke svoje privatne idealne standarde. Kod socijalne anksioznosti imamo strah, ali i ulazak osobe u situaciju, dok kod socijalne fobije imamo reakcije izbjegavanja odnosno socijalni fobičari ne ulaze u takve situacije. Problem može predstavljati diferenciranje od agorafobije (gde je osnovni razlog izbegavanja anticipacija pojave paniciognog napada a ne anticipacija negativne procene u socijalnom okruženju).

Lečenje socijalne fobije se zasniva na primeni farmakoterapije i psihoterapije. [4]

Prikaz bolesnika

27-godišnji D.T., javlja se na prvi psihiatrijski (privatni) tretman kod neuropsihijatra 2006. godine zbog izraženih strahova od sramočenja i poniženja prilikom nastupa u socijalnom okruženju. Prve tegobe je primetio tokom studiranja (inače odličan student, uspešan sportista), kada je postao predstavnik studenata, a to je uslovjavalo česte formalne i neformalne kontakte sa dekanom, ali i drugim ljudima koji bi mogli „da ga procenjuju”, u situacijama koje nisu usko studentske. Navodi da je imao tremu pred ispite, ali da je bila pozitivna i da ispite zbog toga nije izbegavao. Na ugovorene sastanke je odlazio, ali sa sa

intenzivnim osećanjem da bi mogao da uradi nešto „neadekvatno”, na šta će drugi reagovati „porugom i odbacivanjem”. Trudio se da sastanci budu sa kraćim zadržavanjima, često je nalazio razna opravdanja za „beg”. Smatra da je sebi pomogao tako što je najbližim osobama u okruženju rekao da ima problem, tako da je koristio „manipulisao” njihove nastupe da mu pomognu oko bilo koje organizacije. Ubrzo je završio fakultet, odmah je upućen na služenje vojnog roka, gde je „izdržao” 3 nedelje, navodi da je imao takvu paniku od nastupa pred nadređenima, sa pratećim somatskim korelatima, do luke konfuzije. Ubrzo je na osnovu tih simptoma od strane vojne lekarske komisije i oslobođen služenja vojnog roka za trajno. Ubrzo se zaposlio kao farmaceut u nekom „malom” predstavništvu, radio je u magacinu gde nije bilo većih izlaganja „neprijatnim” socijalnim situacijama. U to vreme prvi put se i javio neuropsihijatru, kada započinje farmakoterapijski tretman benzodijepinskim anksiolitikom i antidepresivom, ujedno i započinje kognitivno bihevioralni tretman preko domaćih zadataka, kao što su prikupljanje podataka o načinu razmišljanja i osećanjima između seansi, vežbanje novonaučenih kognitivnih veština i testiranje terapijskih dogovora. Tokom tretmana veći se značaj pridavao promenama na kognitivnom planu, nego modifikaciji ponašanja, ali se i to uzimalo u obzir. Međutim sam pacijent, bez obzira na postignuta poboljšanja u socijalnim relacijama, smanjenju nivoa anksioznosti i izbegavanja, na seanse dolazi sa nezadovoljstvom zbog toga što piće lekove i strahom da će biti „doživotno na nekoj terapiji”. I dalje oseća prema sebi samoprezir, krije od nove devojke da se leči. Život je

„pun iznenađenja”, pa tako on „dobija šansu”, što sa zajedno sa terapeutom prihvata i prelazi da radi za veću farmaceutsku kompaniju, kao samostalni saradnik. Ovaj novi posao uključuje rad sa strankama, lekarima, svakodnevno izlaganje i procenu drugih ljudi. U tom momentu te repeat predlaže uvođenje psihostabilizatora – karbamazepina (postigla se maksimalna ordinirana dnevna doza od 400mg). Pacijent je i dalje uzinemiren, ali pristaje da se zaposli, ali zbog pojačane „strepnje” i sam povećava količinu lekova. Obzirom na samomedikaciju, zastoj u terapiji i transferu ordinirajući terapeut ga upućuje na inicijalni transakcioni psihoterapijski ugovor sa procenom da bi ova vrsta psihoterapijskog tretmana mogla biti od koristi za klijenta. D.T. prihvata ovu preporuku, i ističe želju da mu se „što pre pomogne „jer će ubrzo nakon obuke morati da nastupa, izlaže nova znanja o zadataim lekovima, odnosno da svoj profesionalni status utvrdi, a do kojega mu je jako stalo.

U transakcionoanalitičkoj psihoterapiji tretman se sastoji po pravilu iz pet faza; uspostavljanje dobrog kontakta s pacijentom, definisanje neželjenog i želenog stanja, odnosno ugovaranje ciljeva u lečenju, terapija ego stanja Odrasli, terapija ego stanja Dete i Roditelji faza lične i socijalne integracije. [2] U prvoj seansi sa D.T. kontakt se brzo uspostavlja i održava, ali se primećuje da daje informacije iz Odraslog, ali je na psihološkom nivou u Adaptiranom Detetu (sedi ukočeno, pridržava brađu desnom rukom, zavodi) vidljiv je stid i strah od odbacivanja). Terapeut ne „pristaje” na ugovor u kome pacijent želi da postigne da sa uživanjem ili potpunom ravnodušnošću nastupa pred skupom lju-

di i daje objašnjenje da je to nerealni zah-tev i navodi da većina ljudi u takvim situacijama oseća izvesnu neprijatnost, i upu-ćuje na korisne funkcije osećanja treme. Pacijent prihvata kao cilj-ugovor da oseća neprijatnost koja ga neće sprečiti da nastupi i koja ga neće ometati tokom nastupa. U daljem toku pristupa se terapiji Odraslog. Terapeut pretpostavlja da u stresnoj situaciji javnog nastupa self osobe "napu-šta" ego stanje Odrasli i „ulazi u ego stanje Dete, jer u Odraslogu postoje slabosti koje to omogućuju. U takvoj situaciji po-stoji jaka interakcija ego stanje Roditelj i Dete koja odvlači energiju iz Odraslog. [2] Terapeut u ovoj fazi podstiče pacijenta da se u stresnim situacijama ponaša iz Odraslog, preko edukacije i dekontaminacije Odraslog, što dovodi do stabilizacije Odraslog u pacijentu. Pacijent nakon 4 seanse, u do-govoru sa prvim terapeutom (neuropsihi-jatrom) smanjuje doze lekova, prestaje uzimanje psihostabilizatora (karbamaze-pin). U radu sa TA terapeutom prepozna-je svoje preokupacije perfekcionizmom. Značajno uspostavlja "kontrolu pravdanja i dopadanja", kao i razliku „biti pri-hvaćen" i „biti vredan", što je i jedan od postulata TA tretmana socijalne fobije. Kao rezultat prethodne faze pacijent shva-ta da vredi, lakše toleriše neprijatnost, sa-opštava devojci da ide na terapiju godina-ma, i pri tome se ne oseća manje vrednim, ulazi u nove situacije. U terapiji Deteta i Roditelja, prihvata sebe u ranijem periodu kao Adaptirano Dete, sa prezaštićenim modelom vaspitavanja. Posle desete sean-se otvara u sebi Slobodno dete, po prvi put toleriše dosadu i u socijalnoj situaciji svadbe, koju bi inače izbegavao, igra i pe-va, kao način da istoleriše neprijatna ose-ćanja u tom trenutku, što mu je dodatno

poboljšalo samopouzdanje i samopošto-vanje. Dubljom analizom otkrivamo stid koji postoji u odnosu na uspešnog oca, ali koji potiče iz ruralne sredine. Otac je uspe-šan i ostvaren ali sa porukama da sin MO-RA da se trudi, da bude savršen, da bude uvek muško, da bude stalno uspešan. Raz-ume da su to „patološki vodiči" da to što MORA je u stvari ono što ne želi da po-stigne primoravanjem od strane roditeljskih poruka. Shvata, da je morao a ne i da je želeo da bude savršen, da zadovolji, da se trudi, i da na osnovu skriptnih poruka ali i zabrana na neuspeh je stvorio svoj životni scenario koji ga je doveo do neadekvatnih osećanja. Po dogovoru sa terapu-etom - neurospihijatrom, DT prelazi na shemu postepenog ukidanja lekova, i tre-nutno koristi nisku dozu benzodijazepin-skog anksiolitika (klonazepam – u dnev-noj dozi od 1mg).

DISKUSIJA

Složenost čoveka na bio-psihosoci-jalnom polju ne dozvoljava bilo oslanja-nje na samo jedan pristup, bilo otvoreno negiranje i zanemarivanje drugih isku-stava. Edukativni izazovi, kao i uvek, usloviće mnoga naučna pitanja na koja će se odgovoriti kroz više istraživanja; Kada treba psihoterapija da ustupi me-sto leku? Kada treba dodati psihoterapijske tehnike postojećem farmakoterapijskom programu? Da li su neki oblici psi-hoterapije korisniji? Da li je moguće po-stići bolji uspeh sa nekim oblikom psiho-terapije i adekvatnom grupom lekova? Koje su granice koje dostiže kratak inte-grativni postupak? [5]

Uprkos čitavoj istoriji polarizacije iz-među psihoterapeuta i farmakoterapeuta,

kombinacija psihoterapije i psihofarmaka (anksilozita, antidepresiva i antipsihotika) značajna je za kliničku praksu koju opravdavaju rezultati. Postoje tri metoda kombinovane psihoterapije i farmakoterapije: konkurentni tretman (psihoterapija plus farmakoterapija) za akutnu fazu, sekvencijalni tretman (dodavanje jednog od tretmana za bolesnike koji nemaju odgovor na prethodni tretman u akutnoj fazi) i *cross-over tretman* (prelazak na psihoterapiju u fazi održavanja kod bolesnika koji su prošli akutnu fazu) [6] Ranije se spekulisalo da će transfer biti nepopravljivo kontaminiran uvođenjem lekova. Karasu (Karasu) [7] je sproveo istraživanje koje je pokazalo da su ovakvi stavovi prilično neukorenjeni. Ono što se očekuje od kliničara koji kombinuje ove pristupe jeste svesnost o bimodalnoj povezanosti, koja je inherentna ovakvoj dvostrukoj ulozi. Bolesnik se mora istovremeno prihvati i kao ličnost sa psihološkim smetnjama i kao bolestan centralni nervni sistem. Prvi način gledanja zahteva empatični subjektivni pristup, dok ovaj drugi zahteva pozitivni pristup tipa medicinskog modela. Kliničar mora biti sposoban da prelazi iz jednog u drugi vrlo lako, a da ipak obrati pažnju na uticaj ovog prelaska na bolesnika. Kliničar budućnosti, pored stalne interakcije ova dva pristupa, mora razmišljati i o još jednoj dimenziji bolesnika, a

to je pozicija učesnika u planiranju tretmana i lečenja, pozicija koja bi tek trebalo da se ustanovi novim trendovima unapređenja kvaliteta u oblasti mentalnog zdravlja [8].

Iznete su bazične postavke TA teorija, DT je bio u bazičnom zastoju, u TA smislu kao raskorak između „tiranije „moranja“ zabluda, „reket osećanja“, ranih skriptnih odluka iz Odraslog u Detetu i iz Roditeljskih poruka i procesa njihove dekontaminacije i promene Ego stanja u klijentu. Integralni pristup doveo je do gubitka samomedikacije, do isključivanja dve grupe psihofarmaka i do pozitivnog efekta primene niske doze anksiolitika, sa tendencijom postepenog isključivanja.

U novim TA konceptima daju se teze za dalju diskusiju:

- TA želi da se integrise sa novim činjenicama u psihologiji i neuropsihološkim teorijama
 - Šta je to savremeno u razumevanju nesvesnog u razumevanju odluka, transakcija i transakcionih igara
 - Istinata percepcija i opisivanje uvek je bio važan ključ u razvoju novih TA koncepata
 - Koji su fenomeni poznati i koliko su pogodni u već postojećim, čvrstim (dobrim) TA konceptima. [9,10]
1. Mladenović O. Relacije između socijalne anksioznosti i aasertivnosti kod adolescenata. Zavisnosti 2009; Vol X suppl 2: 11.

INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPEUTICAL – TRANSACTIONAL AND PSYCHOTHERAPEUTICAL APPROACH IN THERAPY OF SOCIJAL PHOBIA

Andelka Kolarević^{1,2}
Slobodan Pucar¹

Summary

Introduction The social phobia is an irrational anxiety caused by fear of other people having negative opinion of one or by fear of being criticized by others. One experiences fear of humiliating, disgracing, or embarrassing oneself in a social situation. One avoids all the social situations in which one anticipates (predicts) one may be estimated inadequate and humiliated. The treatment of social phobia is based on pharmacotherapy and psychotherapy.

Case Outline The authors present a young man of twenty seven suffering from a serious social phobia, represented with noticeable fear of humiliation and embarrassment when in social surroundings. The patient has been treated with medicines for three years, which has reduced the symptoms only to the level of avoiding. The disorders have persisted in the situations which he experiences to be unpleasant. The consulting doctor referred the patient to psychotherapist of transactional analytical (TA) orientation. Psychotherapist started treatment with goal to achieve decontamination of the Adult, with the realization of the basic stoppage in terms of TA as the clash between the “tyranny” of the “obligations” of misconceptions, the “racket of emotions”, the early mimeographed decisions from the Adult in the Child and from the Parental messages, and the process of their decontamination. The treatment results in stopping the self-medication, elimination two groups of psychopharmacs, and the positive effect of the application of a low dose of anxiolytic, with the tendency of gradual elimination of it.

Conclusion The Transactional analysis is successfully integrating itself with the new facts in psychology and neuropsychological theories. The psychotherapy orientation, as well as the integration in psychotherapy, is mostly defined by the aims of a treatment. Each orientation in psychotherapy is related to an actual, relatively narrow aims of treatment, and each extension of the therapy aims definitely leads to integration.

Keywords : psychotherapy, transactional analysis, psychopharmacotherapy, social phobia

- 1 The Disability and Pension Fund of the Republic of Serbia, Belgrade, Serbia
- 2 Psihopolis, Belgrade, Serbia

Literatura

2. Milivojević Z. Transakcionalna analiza. U: Erić Lj, urednik. Psihoterapija. Beograd: Medicinski fakultet; 2002. p 323-34.
3. SZO: Međunarodna klasifikacija bolesti ICD-10. Beograd: Savremena administracija; 1996.
4. Latas M. Fobične neuroze-fobični anksiozni poremećaji. U: Milovanović D, Milovanović S, urednici. Klinička psihofarmakoterapija. Beograd; Barex; 2005. p 269-79.
5. Vasić G, Mihajlović G. Psihoterapija i farmakoterapija – tiko povezivanje. Engrami, 2008; 3-4: 25-32.
6. Segal ZV, Kennedy SH, Cohen NL; CAN-MAT Depression Work Group. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. V. Combining psychotherapy and pharmacotherapy. Can J Psychiatry 2001; 46 Suppl 1: 59S-62S.
7. Karasu TB. Psychotherapy and pharmacotherapy: toward an integrative model. Am J Psychiatry 1982; 139(9): 1102-13
8. Stamatović-Gajić B, Đukić-Dejanović S, Ločić Z. Quality in mental healthcare – a new framework for improvement of services. Medicus 2007; 8(2): 54–7.
9. Hine, J. Brain structures and ego states. Transactional Analysis Journal, 2005; 35(1): 40-51.
10. Tosi, MT. The many faces of the unconscious: A new unconscious for a phenomenological Transactional Analysis. Transactional Analysis Journal, 2008; 38(2): 119-127.

Andelka KOLAREVIĆ
Psihopolis, Drinčićeva 2,
11 000 Beograd, Srbija
Tel. +381 (0)64 2908546
E mail kolarevic87@hotmail.com

UPUTSTVO AUTORIMA

ENGRAMI su časopis za kliničku psihijatriju, psihologiju i granične discipline. ENGRAMI će izdavati 4 sveske godišnje. Časopis objavljuje: originalne radove, saopštenja, prikaze bolesnika, pregledе iz literature, radove iz istorije medicine, radove za praksu, izveštaje s kongresa i stručnih sastanaka, stručne vesti, prikaze knjiga i dopise za rubrike Sećanje, In memoriam i Promemoria, kao i komentare i pisma Uredništvu u vezi s objavljenim radovima.

Prispeli rukopis Uređivački odbor šalje recenzentima radi stručne procene. Ukoliko recenzenti predlože izmene ili dopune, kopija recenzije se dostavlja autoru, s molbom da unese tražene izmene u tekst rada ili da argumentovano obrazloži svoje neslaganje s primedbama recenzenta. Konačnu odluku o prihvatanju rada za štampu donosi glavni i odgovorni urednik.

Za objavljene radove se ne isplaćuje honorar, a autorska prava se prenose na izdavača. Rukopisi i prilozi se ne vraćaju. Za reprodukciju ili ponovno objavljivanje nekog segmenta rada publikovanog u ENGRAMIMA neophodna je saglasnost izdavača.

Časopis se štampa na srpskom jeziku, latinicom, sa kratkim sadržajem prevedenim na engleski jezik. Radovi stranih autora se štampaju na srpskom jeziku kao i radovi domaćih autora ili na engleskom jeziku sa kratkim sadržajem na srpskom i engleskom jeziku.

OPŠTA UPUTSTVA

Tekst rada kucati u programu za obradu teksta Word, latinicom, sa dvostrukim prevedom, isključivo fontom Times New Roman i veličinom slova 12 tačaka (12 pt). Sve marge podesiti na 25 mm, veličinu stranice na

format A4, a tekst kucati sa levim poravnanjem i uvlačenjem svakog pasusa za 10 mm, bez deljenja reči (hifenacije). Ne koristiti tabulatore i uzastopne prazne karaktere (specijalne znake) radi poravnjanja teksta, već alatke za kontrolu poravnjanja na lenjiru i Toolbars. Posle svakog znaka interpunkcije staviti samo jedan prazan karakter. Ako se u tekstu koriste specijalni znaci (simboli), koristiti font Symbol.

Rukopis rada dostaviti odštampan jednostavno na beloj hartiji formata A4 u tri primerka. Stranice numerisati redom u okviru donje marge, počev od naslovne strane. Podaci o korišćenoj literaturi u tekstu označavaju se arapskim brojevima u uglastim zagradama – npr. [1, 2], i to onim redosledom kojim se pojavljuju u tekstu.

Naslovna strana. Na posebnoj, prvoj stranici rukopisa treba navesti sledeće:

- naslov rada bez skraćenica;
- puna imena i prezimena autora (bez titula) indeksirana brojevima;
- zvaničan naziv ustanova u kojima autori rade i mesto, i to redosledom koji odgovara indeksiranim brojevima autora;
- ukoliko je rad prethodno saopšten na nekom stručnom sastanku, navesti zvaničan naziv sastanka, mesto i vreme održavanja;
- na dnu stranice navesti ime i prezime, kontakt-adresu, broj telefona, faksa i e-mail adresu jednog od autora radi korespondencije.

Autorstvo. Sve osobe koje su navedene kao autori rada treba da se kvalifikuju za autorstvo. Svaki autor treba da je učestvovao dovoljno u radu na rukopisu kako bi mogao da preuzme odgovornost za celokupan tekst i rezultate iznesene u radu. Autorstvo se zasniva samo na:

- bitnom doprinosu koncepciji rada, dobijanju rezultata ili analizi i tumačenju rezultata,
- planiranju rukopisa ili njegovoj kritičkoj reviziji od znatnog intelektualnog značaja,
- završnom doterivanju verzije rukopisa koji se priprema za štampanje.

Autori treba da prilože opis doprinosa u rukopisu za svakog koautora pojedinačno. Finansiranje, sakupljanje podataka ili generalno nadgledanje istraživačke grupe sami po sebi ne mogu opravdati autorstvo. Svi drugi koji su doprineli izradi rada, a koji nisu autori rukopisa, trebalo bi da budu navedeni u zahvalnici s opisom njihovog rada, naravno, uz pisani pristanak.

Kratak sadržaj. Uz originalni rad, saopštenje, prikaz bolesnika, pregled iz literature, rad iz istorije medicine i rad za praksu, na posebnoj stranici treba priložiti kratak sadržaj rada obima 200-300 reči.

Za originale radeve kratak sadržaj treba da ima sledeću strukturu: uvod, cilj rada, metod rada, rezultati, zaključak. Svaki od navedenih segmenata pisati kao poseban pasus koji počinje boldovanom reči Uvod, Cilj rada, Metod rada, Rezultati, Zaključak. Navesti najvažnije rezultate (numeričke vrednosti) statističke analize i nivo značajnosti.

Ključne reči. Ispod kratkog sadržaja navesti ključne reči (od tri do šest). U izboru ključnih reči koristiti Medical Subject Headings – MeSH (<http://gateway.nlm.nih.gov>).

Predvod na engleski jezik. Na posebnoj stranici otkucati naslov rada na engleskom jeziku, puna imena i prezimena autora, nazive ustanova na engleskom jeziku i mesto.

Na sledećoj stranici priložiti kratak sadržaj na engleskom jeziku (Abstract) sa ključnim rečima (Key words), i to za radeve u kojima je obavezan kratak sadržaj na srpskom jeziku, koji treba da ima 200-300 reči.

Za originalne radeve apstrakt na engleskom treba da ima sledeću strukturu: Introduction, Objective, Method, Results, Conclusion. Svaki od navedenih segmenata pisati kao poseban pasus koji počinje boldovanom reči.

Za prikaze bolesnika apstrakt na engleskom treba da sadrži sledeće: Introduction, Case outline, Conclusion. Svaki od navedenih segmenata pisati kao poseban pasus koji počinje boldovanom reči.

Prevesti nazine tabela, grafikona, slika, shema, celokupni srpski tekst u njima i legendu.

Struktura rada. Svi podnaslovi se pišu velikim slovima i boldovano.

Originalni rad treba da ima sledeće podnaslove: uvod, cilj rada, metod rada, rezultati, diskusija, zaključak, literatura.

Prikaz bolesnika čine: uvod, prikaz bolesnika, diskusija, zaključak, literatura. Ne treba koristiti imena bolesnika, inicijale ili brojeve istorija bolesti, naročito u ilustracijama.

Pregled iz literature čine: uvod, odgovarajući podnaslovi, zaključak, literatura. Pregledne radeve iz literature mogu objavljivati samo autori koji navedu najmanje pet autocitata (reference u kojima su ili autori ili koautori rada).

Tekst rukopisa. Koristiti kratke i jasne rečenice. Prevod pojmove iz strane literature treba da bude u duhu srpskog jezika. Sve strane reči ili sintagme za koje postoji odgovarajuće ime u našem jeziku zameniti tim nazivom.

Za nazive lekova koristiti prevashodno generička imena.

Skraćenice. Koristiti samo kada je neophodno, i to za veoma dugačke nazive hemijskih jedinjenja, odnosno nazive koji su kao skraćenice već prepoznatljivi (standardne skraćenice, kao npr. DNK). Za svaku skraćenicu pun termin treba navesti pri prvom navođenju u tekstu, sem ako nije standardna jedinica mere. Ne koristiti skraćenice u naslovu. Izbegavati korišćenje skraćenica u kratkom sadržaju, ali ako su neophodne, svaku skraćenicu ponovo objasniti pri prvom navođenju u tekstu.

Obim rukopisa. Celokupni rukopis rada – koji čine naslovna strana, kratak sadržaj, tekst rada, spisak literature, svi prilozi, odnosno potpisi za njih i legenda (tabele, fotografije).

je, grafikoni, sheme, crteži), naslovna strana i kratak sadržaj na engleskom jeziku – mora iznositi za originalni rad, saopštenje i pregled iz literature do 5.000 reči, za prikaz bolesnika do 2.000 reči, za rad iz istorije medicine do 3.000 reči, za rad za praksu do 1.500 reči; radovi za ostale rubrike moraju imati do 1.000 reči.

Tabele. Tabele se označavaju arapskim brojevima po redosledu navođenja u tekstu, sa nazivom na srpskom i engleskom jeziku. Tabele raditi isključivo u programu Word, kroz meni Table–Insert–Table, uz definisanje tačnog broja kolona i redova koji će činiti mrežu tabele. Desnim klikom na mišu – pomoću opcija Merge Cells i Split Cells – spajati, odnosno deliti ćelije. U jednu tabelu, u okviru iste ćelije, uneti i tekst na srpskom i tekst na engleskom jeziku – nikako ne praviti dve tabele sa dva jezika! Koristiti font Times New Roman, veličina slova 12 pt, sa jednostrukim proredom i bez uvlačenja teksta.

Korišćene skraćenice u tabeli treba objasniti u legendi ispod tabele na srpskom i engleskom jeziku.

Svaku tabelu odštampati na posebnom listu papira i dostaviti po jedan primerak uz svaku kopiju rada (ukupno tri primerka tabele za rad koji se predaje).

Fotografije. Fotografije se označavaju arapskim brojevima po redosledu navođenja u tekstu, sa nazivom na srpskom i engleskom jeziku. Za svaku fotografiju dostaviti tri primerka ili tri seta u odvojenim kovertama. Primaju se isključivo originalne fotografije (crno-bele ili u boji). Obeležiti svaku fotografiju na poleđini. Fotografije snimljene digitalnim fotoaparatom dostaviti na CD i odštampane na papiru, vodeći računa o kvalitetu (oštrini) i veličini digitalnog zapisa. Poželjno je da rezolucija bude najmanje 150 dpi, format fotografije 10×15 cm, a format zapisa *JPG. Ukoliko autori nisu u mogućnosti da dostave originalne fotografije, treba ih skenirati kao Grayscale sa rezolucijom 300 dpi, u originalnoj veličini i snimiti na CD.

Grafikoni. Grafikoni treba da budu ugrađeni i dostavljeni u programu Excel, da bi se videle prateće vrednosti raspoređene po

ćelijama. Iste grafikone linkovati i u Wordov dokument, gde se grafikoni označavaju arapskim brojevima po redosledu navođenja u tekstu, sa nazivom na srpskom i engleskom jeziku. Svi podaci na grafikonu kucaju se u fontu Times New Roman, na srpskom i engleskom jeziku.

Korišćene skraćenice na grafikonu treba objasniti u legendi ispod grafikona na srpskom i engleskom jeziku.

Svaki grafikon odštampati na posebnom listu papira i dostaviti po jedan primerak uz svaku kopiju rada (ukupno tri primerka za rad koji se predaje).

Sheme (crteži). Sheme raditi u programu Corel Draw ili Adobe Illustrator (programi za rad sa vektorima, krivama). Svi podaci na shemi kucaju se u fontu Times New Roman, na srpskom i engleskom jeziku, veličina slova 10 pt.

Korišćene skraćenice na shemi treba objasniti u legendi ispod sheme na srpskom i engleskom jeziku.

Svaku shemu odštampati na posebnom listu papira i dostaviti po jedan primerak uz svaku kopiju rada (ukupno tri primerka za rad koji se predaje).

Zahvalnica. Navesti sve one koji su doprineli stvaranju rada, a ne ispunjavaju merila za autorstvo, kao što su osobe koje obezbeđuju tehničku pomoć, pomoć u pisanju rada ili rukovode odeljenjem koje obezbeđuje opštu podršku. Finansijska i materijalna pomoć, u obliku sponzorstva, stipendija, poklona, opreme, lekova i ostalo, treba takođe da bude navedena.

Literatura. Reference numerisati rednim arapskim brojevima prema redosledu navođenja u tekstu. Broj referenci ne bi trebalo da bude veći od 30, osim u pregledu iz literature, u kojem je dozvoljeno da ih bude do 50.

Reference se citiraju prema tzv. vankuverskim pravilima (Vankuverski stil), koja su zasnovana na formatima koja koriste National Library of Medicine i Index Medicus. Naslove časopisa skraćivati takođe prema načinu koji koristi Index Medicus (ne stavljati tačke posle

skraćenica!). Za radeve koji imaju do šest autora navesti sve autore. Za radeve koji imaju više od šest autora navesti prva tri i et al. Stranice se citiraju tako što se navede početna stranica, a krajnja bez cifre ili cifara koje se ponavljaju (npr. od 322. do 355. stranice navodi se: 322-55).

Molimo autore da se prilikom navođenja literature pridržavaju pomenutog standarda, jer je to vrlo bitan faktor za indeksiranje prilikom klasifikacije naučnih časopisa.

Primeri:

1. Članak u časopisu:

Roth S, Newman E, Pelcovitz D, Van der Kolk, Mandel F. Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *J Traum Stress* 1997; 10:539-55.

2. Poglavlje u knjizi:

Ochberg FM. Posttraumatic therapy. In: Wilson JP, Raphael B, editors. International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. New York: Plenum Press; 1993. p.773-83.

3. Knjiga:

Maris RW, Berman AL, Silverman MM, editors. Comprehensive Textbook of Suicidology. New York, London. The Guilford Press; 2000.

Za način navođenja ostalih varijeteta članaka, knjiga, monografija, drugih vrsta objavljenog i neobjavljenog materijala i elektronskog materijala pogledati posebno izdanie Srpskog arhiva iz 2002. godine pod nazivom Jednoobrazni zahtevi za rukopise koji se podnose biomedicinskim časopisima, Srpski Arh Celok Lek 2002; 130(7-8):293-300.

Propratno pismo. Uz rukopis obavezno priložiti pismo koje su potpisali svi autori, a koje treba da sadrži:

- izjavu da rad prethodno nije publikovan i da nije istovremeno podnet za objavljuvanje u nekom drugom časopisu, i

- izjavu da su rukopis pročitali i odobrili svi autori koji ispunjavaju merila autorstva.

Takođe je potrebno dostaviti kopije svih dozvola za: reproducovanje prethodno objavljenog materijala, upotrebu ilustracija i objavljuvanje informacija o poznatim ljudima ili imenovanje ljudi koji su doprineli izradi rada.

Slanje rukopisa. Rukopis rada i svi prilozi uz rad dostavljaju se u tri primerka, zajedno sa disketom ili diskom (CD) na koje je snimljen identičan tekst koji je i na papiru. Rad se šalje preporučenom pošiljkom na adresu: Institut za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Uredništvo časopisa ENGRAMI, ul. Pasterova 2, 11000 Beograd..