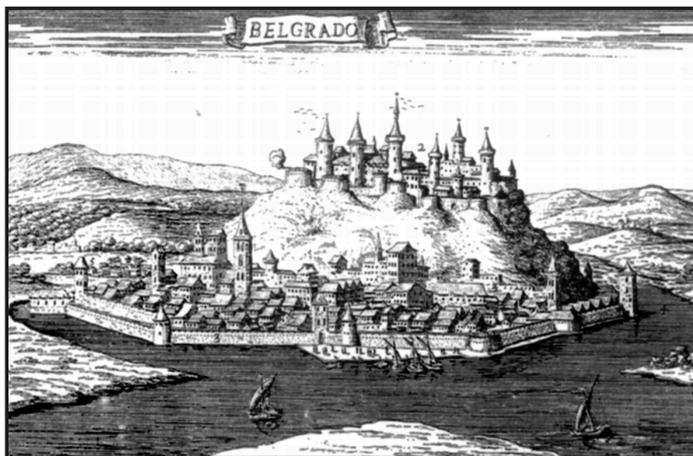


ENGRAMI

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU
PSIHOLOGIJU
I GRANIČNE DISCIPLINE

1-2



Volume 32

Beograd, januar-jun 2010.

UDK 159.9+616.89

www.klinicki-centar.rs

YUISSN 0351-2665

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 MARIC
OLIVERA VUKOVIĆ
DUBRAVKA BRITVIĆ

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

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

Internacionalni redakcioni odbor
International editorial board
U. HALLBREICH (New York)
D. KOSOVIC (New York)
D. BLOCH (New York)
P. GASNER (Budapest)
N. ŠARTORIUS (Geneve)
D. SVRAKIĆ (St. Louis)
B. SAMUEL -LAJEUNESSE (Paris)
G. MILAYIĆ (London)
V. STARČEVIĆ (Sydney)
V. FOLNEGOVIĆ-ŠMALC (Zagreb)
M. JAKOVLJEVIĆ (Zagreb)
S. LOGA (Sarajevo)
J. SIMIĆ-BLAGOVCANIN (Banja Luka)
Z. STOJOVIĆ (Herceg Novi)
B. MITRIĆ (Podgorica)
M. PEKOVIĆ (Podgorica)
S. TOMČUK (Kotor)
A. MIHAJLOVIĆ (Chicago)
Sekretar / Secretary
GORDANA MARINKOVIĆ
Lektor za engleski jezik
NELA BRITVIĆ
Lektor za srpski jezik
KATARINA VUKOVIĆ

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 KLINIKA ZA PSIHIJATRIJU KLINIČKOG CENTRA SRBIJE
SERBIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION AND THE CLINIC FOR PSYCHIATRY CLINICAL CENTRE OF SERBIA

ADRESA UREDNIŠTVA / ADDRESS OF EDITORIAL BOARD
ENGRAMI, Klinika za psihijatriju KCS, Pasterova 2, 11 000 Beograd

E-mail: institutzapsihijatrijukcs@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

Ivona Milačić Vidojević, Vojislav Jovanović, Branislav Brojčić

STIGMATIZACIJA I DISKRIMINACIJA U OBLASTI ZAPOŠLJAVANJA
OSOBA SA SHIZOFRENIJOM..... 5

STIGMA AND DISCRIMINATION BECAUSE OF SCHIZOPHRENIA
AND EMPLOYMENT 14

Igor Krnetić, Tatjana Vukosavljević-Gvozden, Borjanka Batinić

ULOGA POZITIVNIH UVERENJA O RUMINIRANJU
U DEPRESIVNIM I RUMINATIVNIM REAKCIJAMA 17

THE ROLE OF POSITIVE BELIEFS ABOUT RUMINATION
IN DEPRESSIVE AND RUMINATIVE REACTIONS..... 25

Slobodanka Cvetković

MOTIV ZA POSTIGNUĆEM I DOŽIVLJAJ INTENZITETA STRESA
KOD ZAPOSLENIH U OSNOVNOM I VISOKOM OBRAZOVANJU..... 29

ACHIEVEMENT MOTIVATION AND THE EXPERIENCE
OF THE INTENSITY OF STRESS OF THE PRIMARY SCHOOL
TEACHERS AND THE UNIVERSITY TEACHERS 36

Ivan Jerković, Sofija Stanojčić, Špela Golubović

INTERNALIZOVANI I EKSTERNALIZOVANI
PROBLEMI DECE SA OŠTEĆENIM SLUHOM..... 39

INTERNALIZING AND EXTERNALIZING PROBLEMS
IN CHILDREN WITH HEARING IMPAIRMENTS..... 49

Srđa Zlopaša

SNOVI, SJEĆANJA I FANTAZIJE U FILMOVIMA FEDERIKA FELINIJA 51

DREAMS, MEMORIES AND FANTASIES
IN FEDERICO FELLINI'S MOVIES 58

Boris Kordić, Lepa Babić

BETTING BEHAVIOUR AS FREE TIME USAGE OF YOUNG PEOPLE IN BELGRADE	59
KLADIONIČARSKO PONAŠANJE MLADIH U BEOGRADU	66

REVIJALNI RADOVI/REVIEW ARTICLES

Višnja Đorđić, Tatjana Tubić

RAZVOJNI POREMEĆAJ KOORDINACIJE: VIŠE OD NESPRETNOSTI.....	67
DEVELOPMENTAL COORDINATION DISORDER: MORE THAN CLUMSINESS	76

*Bojana Dunjić-Kostić, Maja Ivković, Aleksandar Damjanović,
Nevena Radonjić, Nataša Petronijević, Miroslava Jašović-Gašić*

CITOKINI I DEPRESIJA.....	81
CYTOKINES AND DEPRESSION	85

Daniela B. Jovanović, Aleksandar Jovanović, Maja Ivković, Miroslava Jašović-Gašić

SEROTONIN I GENETIKA SUICIDALNOG PONAŠANJA.....	87
SEROTONIN AND SUICIDAL BEHAVIOR GENETICS.....	93

Nada Janković, Bogdan Janković

SAVREMENA DIJAGNOSTIKA U SUDSKOJ PSIHOLOGIJI	97
CONTEMPORARY DIAGNOSIS IN FORENSIC PSYCHOLOGY	103

Branislav Đurđev, Tatjana Voskresenski

PRISILNA HOSPITALIZACIJA - IMPERATIV ADEKVATNE LEGISLACIJE	105
COMPULSORY HOSPITALIZATION - IMPERATIVE OF ADEQUATE LEGISLATION	112

PRIKAZ KNJIGE / BOOK REVIEW

M. Bešlin

Grigorij Čchartašvili: PISAC I SAMOUBISTVO	115
UPUTSTVO AUTORIMA	117

STIGMATIZACIJA I DISKRIMINACIJA U OBLASTI ZAPOŠLJAVANJA OSOBA SA SHIZOFRENIJOM

Ivona Milačić Vidojević¹
Vojislav Jovanović²
Branislav Brojčin³

UDK: 616.895.8-058:331.102

- 1 Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Beograd, Srbija
- 2 Psihijatrijska bolnica „Dr Laza Lazarević“, Beograd, Srbija
- 3 Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Beograd, Srbija

UVOD

Stigma označava karakteristiku koju neka osoba poseduje (ili se veruje da je poseduje) i dovodi do stvaranja socijalnog identiteta koji je obezvređen, ili predstavlja znak sramote povezane sa određenim okolnostima, kvalitetima ili osobom [1]. Stigma se

Kratak sadržaj

Cilj: stigma i diskriminacija prema osobama sa mentalnom bolešću su česte. Mentalna bolest utiče značajno na sposobnost za rad. Ispitivanje je imalo za cilj da definiše u kojoj meri doživljena i anticipirana stigmatizacija i diskriminacija utiču na pronalaženje i zadržavanje posla.

Metod: Intervjuisano je 50 osoba sa postavljenom dijagnozom shizofrenije (DISC-10). U intervjuu se nalaze četiri pitanja povezana sa zaposlenjem: 1. Da li ste trenutno zaposleni? 2. Da li su se prema vama ponašali drugačije u odnosu na druge ljude zbog dijagnoze mentalne bolesti prilikom konkurisanja za posao? 3. Da li su se prema vama ponašali drugačije u odnosu na druge ljude zbog dijagnoze mentalne bolesti prilikom zadržavanja posla? 4. Koliko ste sami sebe zaustvaljali u konkurisanju za posao ili vraćanju na posao, a zbog dijagnoze mentalne bolesti?

Rezultati: 56% ispitanika su bili muškarci, u proseku su imali 13 godina edukacije. Rezultati ukazuju da je 76% pacijenta nezaposleno, 34 % pacijenta je izvestilo o doživljenoj diskriminaciji prilikom zadržavanja posla, 28% pacijenta je izvestilo o doživljenoj diskriminaciji prilikom konkurisanja za posao, 54 % pacijenta je sebe zaustavljalo u konkurisanju za posao.

Zaključak: mentalna bolest utiče na sposobnost za rad, tome doprinose i doživljena i anticipirana diskriminacija.

Ključne reči: *stigma, diskriminacija, zaposlenje, mentalna bolest, shizofrenija*

može sagledati kao sveobuhvatni termin koji sadrži tri važna elementa: problem znanja (neznanje); problem stava (predrasude) i problem ponašanja (diskriminacija) [2].

Rad je važna determinanta mentalnog zdravlja i društveno integrišuća snaga koja je visoko vrednovana. Ni jedna aktivnost ne doprinosi osećanju samocenjenja i socijal-

nog identiteta kao posao. Isključenost sa posla dovodi do materijalne deprivacije, snižava samopouzdanje, stvara osećanje izolovanosti i marginalizacije i ključan je riziko faktor za pojavu problema mentalnog zdravlja. To je faktor koji doprinosi normalizaciji, obezbeđuje strukturu dana, rutinu, postavljanje značajnih ciljeva, podstiče samovrednovanje, smanjuje siromaštvo, obezbeđuje prilike za sklapanje prijateljstva i dobijanje podrške, doprinosi kvalitetu života. Osobe sa problemima mentalnog zdravlja koje su nezaposlene i kojima nedostaju značajne socijalne uloge su u poziciji dvostruke opasnosti: stigmatizacije usled mentalne bolesti i nedostatka posla [3,4,5].

Istorijski gledano, kompetitivni poslovi nikada nisu bili cilj u rehabilitaciji osoba sa problemima mentalnog zdravlja. Postojala je tendencija usvajanja minimalnih očekivanja i niskih standrada postignuća kod osoba sa mentalnim poremećajima. Sociokulturnološke barijere su takođe zaustavljale osobe sa problemima mentalnog zdravlja da opstanu u kompetitivnim poslovima [6]. Moderna filozofija tretmana u oblasti mentalnog zdravlja se bazira na premisi da ljudi imaju pravo da žive i rade u zajednici. Da bi postigli ove ciljeve osobe sa mentalnom bolešću moraju imati pristup tretmanu i rehabilitacionim servisima, sigurnom stanovanju i mogućnost zaposlenja u skladu sa edukacijom, veštinama i interesovanjima. Stigma iskazana kroz nedostatak političke saglasnosti u obezbeđenju servisa, netolerantnost zajednice prema osobama sa mentalnom bolešću i nejednakim uslovima zapošljavanja onemogućavaju ove ciljeve [7]. Kako je stigma pervazivna, a njene posledice duboke WHO i WPA su identifikovali stigmatu prema osobama sa mentalnom bolešću kao najveći izazov u području oblasti mentalnog zdravlja [8,9].

Razlozi borbe protiv stigme i diskriminacije nemaju samo humanistički karakter zaštite ljudskih prava, već i umanjivanje materijalnih davanja u oblasti javnog zdravlja. Globalno, oko 48 miliona osoba prima socijalnu pomoć usled ometenosti (Social Security Disability Income (SSDI) i Supplemental Security Income (SSI)), sa više od 1 milion ljudi koji pristiže svake godine sa cenom koštanja od preko 100 milijardi dolara [10]. Konkretno, 26% osoba sa psihijatrijskom dijagnozom čini najveću kategoriju korisnika socijalnog osiguranja usled ometenosti, dok je procenat vraćanja ovih osoba na posao manji od 1% [11]. Visoka cena ometenosti i stalno povećanje stope osoba koja se prijavljuju za benefite se prepoznaje kao veliko opterećenje za javni i privatni sektor budžeta [12].

Istraživanja pokazuju da je većina osoba sa mentalnom bolešću spremna i da želi da radi [5,13], ali stopa nezaposlenosti je ipak velika. Ona je tri do pet puta veća nego kod osoba opšte populacije. Šezdesetjedan procenat radno sposobnih osoba sa mentalnom bolešću je izvan posla u poređenju sa 20% opšte populacije [14]. Stopa zaposlenosti varira zavisno od dijagnostičke grupe, od 40-60% za osobe sa manično depresivnim poremećajem do 20-35% za one sa anksioznim poremećajem. Nezaposlenost za osobe sa shizofrenijom je najveća i iznosi 80-90% [15] što za posledicu ima da osobe sa ozbiljnim mentalnim bolestima čine najveću grupu onih koji primaju socijalnu pomoć [16,17].

Poslodavci nisu radi da zaposle osobu sa istorijom psihijatrijskog lečenja što predstavlja prvu barijeru u procesu zapošljavanja. Kao moguće razloge navode interpersonalne probleme, pitanje sigurnosti, nelagodnost kod saradnika, slabiji učinak na poslu, apsentizam, slabiju tolerancija stresa, neorganizovanost, lenjost, čest umor, probleme

sa pamćenjem, neizvršavanje zadataka, nepouzdanost, zakašnjanje, slabe veštine komunikacije, česte promene raspoloženja, problem sa stavom, socijalnu upadljivost, neodržavanje lične higijene, nemogućnost samostalnog obavljanja posla, socijalnu povučenost itd. Najveća zabrinutost poslodavca je potencijalna opasnost koja pretili od osobe koja je mentalno bolesna [18]. Mnogi od navedenih razloga su realistični i u velikoj meri opravdavaju nisku stopu zaposlenosti osoba sa mentalnom bolešću.

Druga barijera u oblasti zapošljavanja je da se veliki broj osoba sa psihijatrijskom dijagnozom nalazi na teretu sistema socijalne zaštite i ne usuđuju se da se lako odreknju socijalnih benefita u zamenu za nesigurno zaposlenje. [2].

Još jedna barijera u zapošljavanju su i stavovi zdravstvenih radnika koji se odražavaju u verovanju da shizofreni pacijenti nisu radno sposobni, da bi ponovljeni neuspeli prilikom traženja posla bio stres koji bi mogao da izazove recidiv bolesti; kao i da se priprema i podrška u traženju posla ne smatraju suštinskim zadacima u pružanju usluga u oblasti mentalnog zdravlja [19].

Osobe sa mentalnom bolešću smatraju da je diskriminacija na poslu najčešće iskustvo stigme koje su doživeli [20]. Strah od stigme i odbijanja može da utiče na ispoljeno samopouzdanje tokom intervjua za posao [21]. Tokom vremena osobe sa mentalnom bolešću mogu sebe da dožive kao osobe koje ne mogu da se zaposle i prestaju da traže posao [22].

Vraćanje na posao je za mnoge pacijente izuzetno stresan period [23]. Reagovanje kolega, nedostatak razumevanja, nemogućnost otvorenog razgovora o uzrocima odsustvovanja, strah od otkrivanja dijagnoze, ignorisanje, osećanje izolovanosti su samo neki od problema sa kojima su se ispitanici sreli [23]. Oni koji se vrata na posao posle

bolovanja su često preusmereni na poslove sa nižom stopom odgovornosti, dodatnom supervizijom, postaju marginalizovani i žrtve negativnih komentara od strane kolega [24].

Psihijatrijska dijagnoza može sprečiti napredovanje u karijeri jer poslodavci nevoljno zapošljavaju osobe sa mentalnom bolešću na rukovodeća mesta [21]. Istraživanja pokazuju da su manje plaćeni za svoj posao, da su na poslovima koji su znatno ispod njihovih veština i interesovanja, da su često u pitanju nekvalifikovani, privremeni poslovi, sa skraćenim radnim vremenom [25]. Zapošljavanje na slabije plaćenim poslovima može biti posledica nedovoljnog obrazovanja usled čestih perioda bolesti [14, 26]. Ukoliko je to tačno potrebno je pomoći osobama sa mentalnom bolešću da završe školovanje, a ne odmah insistirati na njihovom zapošljavanju [14].

Velika je dilema osoba sa mentalnom bolešću da li da otkriju svoju bolest poslodavcu. Otkrivanje smanjuje mogućnost zapošljavanja, a zatajivanje onemogućava mogućnost prilagođavanja radnog okruženja zaposlenom [24]. Kritično pitanje je koliko je identitet osobe sa mentalnom bolešću povezan sa identitetom ometenosti. Od toga da li je mentalna bolest centralna odrednica za osobu zavisi da li će je osoba otkriti poslodavcu ili ne [27].

Zaposleni često sakrivaju od poslodavca i kolega da imaju mentalnu bolest, izbegavajući pomoć i tretman [25]. Npr. samo 1/3 zaposlenih sa depresijom će konsultovati stručnjaka, a jedna od deset osoba će uzeti lekove da bi izašla na kraj sa problemom. Ipak, većina onih koji se adekvatno leče će pokazati veću efikasnost na poslu i manje će odsustvovati [28]. Da bi se smanjila stigma i diskriminacija poslodavci bi trebalo da prepoznaju probleme mentalnog zdravlja zaposlenih i da utiču na organizacionu kul-

туру koja je podržavajuća za mentalno zdravlje i psihosocijalni oporavak [29,30].

Cilj istraživanja je ispitati stepen i direkciju doživljene i anticipirane diskriminacije i njihov međusobni odnos u oblasti rada, traženja i zadržavanja posla na osnovu izveštaja samih osoba sa dijagnozom shizofrenije. Istraživanje koje predstavljamo je deo projekta ASPEN (Anti Stigma Programme European Network)- INDIGO (International Study of Discrimination and Stigma Outcomes). Cilj projekta je redukcija stigme i diskriminacija soba sa shizofrenijom u 28 zemalja evropske unije. Specifični ciljevi su: konstrukcija kvalitetnog instrumenta validnog za kros-kulturološka istraživanja, sticanje uvida u osobenosti stigmatizacije u evropskim zemljama, razmena informacija o „najboljoj praksi“, razumevanje i implementacija „najbolje prakse“ i uticaj na zakonske regulative u evropskim zemljama.

MATERIJAL I METODE

Ispitivani uzorak se sastojao od 50 ispitanika, lečenih na Klinici za psihijatriju KC Srbije i Psihijatrijskoj bolnici „Laza Lazarević“. Ispitanici su dijagnostikovani od strane ordinirajućih psihijatara kao osobe sa shizofrenim poremećajem prema MKB-10 klasifikaciji. Ispitanici u uzorku predstavljaju heterogenu grupu, od onih potpuno disfunkcionalnih i bihejvioralno upadljivih, do onih koji nisu odmah upadljivi i radno su funkcionalni. U istraživanju je ispitano oko 50% više pacijenata od ukupnog broja uzorka, ali ti podaci nisu zadržani u okviru istraživanja usled nevalidnosti iz više razloga: motivacioni problemi (nesaradljivost); kognitivni problemi (intelektualna insuficijencija, loša verbalna artikulacija, oštećenje pažnje i koncentracije, specifični asocijativni tok; perceptivno-konceptualni problemi (nekritičnost u pogledu procene sebe/ili rea-

liteta); hronicitet (značajno osiromašenje ličnosti). Malom broju pacijenata lekari su otvoreno saopštili dijagnozu, većina pacijenata je dijagnozu saznala videvši je na otpusnoj listi i nema jasnu predstavu o vrsti poremećaja. Tabela 1 pokazuje demografske i kliničke karakteristike uzorka.

Korišćena je Skala diskriminacije i stigme (DISC -10) koja je konstruisana i validirana u sklopu internacionalnog projekta INDIGO (International Study of Discrimination and Stigma Outcomes). U toku razvoja skale, korišćen je feedback 28 istraživačkih centara u Evropi, kako bi se selektovali ajtemi koji su najkorisniji za kros-kulturalno istraživanje. Duplim slepim prevođenjem, ajtemi su sa engleskog prevedeni na srpski jezik i odobreni od strane istraživačkog tima. Skala je primenjena putem intervjua, što je omogućilo dobijanje ne samo kvantitativnih, nego i kvalitativnih podataka, o tome kako sebe i reakciju okoline doživljavaju osobe koje imaju dijagnozu mentalne bolesti.

Skala ima ukupno 52 ajtema, od kojih je prvih 9 vezano za demografske podatke. Podeljena je na dva dela: u prvom se ispituje doživljena diskriminacija (pozitivna - u smislu beneficija zbog mentalne bolesti i negativna – u smislu štete zbog dobijene dijagnoze), a u drugom delu anticipirana (koliko pacijent menja svoje planove, namere i ponašanje zbog toga što očekuje da će biti negativno stigmatizovan). Prvi deo uključuje sledeće teme: lične relacije, stambena pitanja, obrazovanje, porodični život, zaposlenje, prevoz i putovanja, finansije, život u zajednici, zdravstvene i socijalne usluge, privatnost i sigurnost, odnos sa decom. Drugi deo ispituje lične reakcije osobe na dijagnozu mentalne bolesti i reakcije drugih ljudi odn. da li je osoba zbog anticipirane stigme odustala od obrazovanja, bliskih relacija ili nečeg drugog što je za nju bilo važno.

Svaki od ajtema uključuje sintagmu: „Da li ste bili tretirani drugačije u odnosu na druge ljude, zbog vaše dijagnoze mentalne bolesti (zatim sledi opis svakodnevne životne situacije u kojoj je osoba mogla da doživi stigmatizaciju)...“. Od ispitanika se očekivalo da svoj odgovor skoruje na sedmostepenoj skali (od izrazitog nedostatka, do izrazite prednost, pri čemu je vrednost

nula opisana kao „nije bilo razlike u tretmanu“). U analizi rezultata dobijena su tri skora. Prvi ukazuje na ukupan skor pozitivno doživljene diskriminacije koji se dobija zbrajanjem skorova na pozitivnim skalama (blaga, umerena i izrazita prednost). Drugi skor ukazuje na ukupnu negativno doživljenu diskriminaciju i izračunava se na isti način. Treći skor se dobija na osnovu ajtema

Tabela 1: Socio-demografske i kliničke karakteristike uzorka (n=50q)
Table 1: Socio - demographic and clinical characteristics (n=50)

Varijable Variable	Kategorija Category	SD ili % Mean (SD) or N (%)
Uzrast Age	U proseku Mean	43.48 (9.69)
Pol Gender	Muški Male	28 (56%)
	Ženski Female	22 (44%)
Godine obrazovanja Years of education	U proseku Mean	13.14 (2.30)
Radni status Currently employed	Da Yes	12 (24%)
	Ne No	38 (76%)
Godina prvog kontakta sa ustanovama mentalnog zdravlja Years since first contact with mental health services	U proseku Mean	24.38 (7.30)
Sadašnji oblik lečenja Main type of mental health care	Na odeljenju In-patient	21 (42%)
	Ambulantno Out-patient	2 (4%)
	Dnevna bolnica Day care	27 (54%)
Prisilna hospitalizacija Compulsory treatment ever	Da Yes	21 (42%)
	Ne No	27 (54%)
Zna za dijagnozu Knows the diagnosis	Da Yes	34 (68%)
	Ne No	16 (32%)
Slaže se sa dijagnozom shizofrenije Agree with diagnosis of schizophrenia	Slaže se Agree	22 (44%)
	Ne slaže se Disagree	28 (56%)

Napomena:

Zbir ne iznosi ukupno 50 i procenat ne iznosi ukupno 100 zbog podataka koji nedostaju

Notes:

Figures do not total 50 and percentages do not total 100 because of missing responses

anticipirane diskriminacije (ni malo, malo, umereno i mnogo) koji procenjuju kako je osoba zaustavljala sebe u prijavljivanju na posao, uspostavljanju bliskih odnosa i preduzimanja drugih, lično važnih aktivnosti i da li je osoba imala potrebu da sakrije dijagnozu. Uz svaki odgovor očekivano je bilo da ispitanik da i opis situacije koja ilustruje njegov doživljaj, kako bi se odgovori i kvalitativno obrađivali.

U intervjuu se nalaze četiri pitanja povezana sa zaposlenjem: 1. Da li ste trenutno zaposleni? 2. Da li su se prema vama ponašali drugačije u odnosu na druge ljude zbog dijagnoze mentalne bolesti prilikom konkurisanja za posao? 3. Da li su se prema vama ponašali drugačije u odnosu na druge ljude zbog dijagnoze mentalne bolesti prilikom zadržavanja posla? 4. Koliko ste sami sebe zaustavljali u konkurisanju za posao?

REZULTATI

U našem uzorku od 50 ispitanika, 38 (76%) je nezaposleno, od toga 16 (42%) žena i 22 (58%) muškarca. Od 38 nezaposlenih osoba 14 (37%) želi da nađe posao, od toga 8 žena i 6 muškaraca.

Tabela 2 pokazuje rezultate doživljene diskriminacije prilikom konkurisanja i zadržavanja posla. Ukupno 62% ispitanika je doživelo diskriminaciju vezanu za posao, od toga 28% prilikom konkurisanja na posao i 34% prilikom zadržavanja posla.

Tabela 3 prikazuje rezultate anticipirane diskriminacije – koliko su ispitanici pretpostavljali da će biti diskriminirani, pa su odustajali od svojih planova i interesa. Tabela 3 pokazuje da 54% ispitanika zaustavlja sebe prilikom traženja posla usled očekivanja neravnopravnog tretmana, u odnosu na 46% ispitanika koji ne zaustavljaju sebe prilikom konkurisanja na posao.

Tabela 2: Doživljena diskriminacija (%)
Table 2: Responses for experienced discrimination (%)

	Nedostatak Disadvantage	Bez razlike u tretmanu No different treatment	Prednost Advantage	Nije primenljiv/ nedostaje Not applicable/ Missing
Da li su se prema vama ponašali drugačije prilikom konkurisanja za posao, a zbog dijagnoze mentalne bolesti? Have you been treated differently from other people in finding the job, because of your diagnosis of mental illness?	28	38	2	32
Da li su se prema vama ponašali drugačije prilikom zadržavanja posla, a zbog dijagnoze mentalne bolesti? Have you been treated differently from other people in keeping the job because of your diagnosis of mental illness?	34	30	10	26

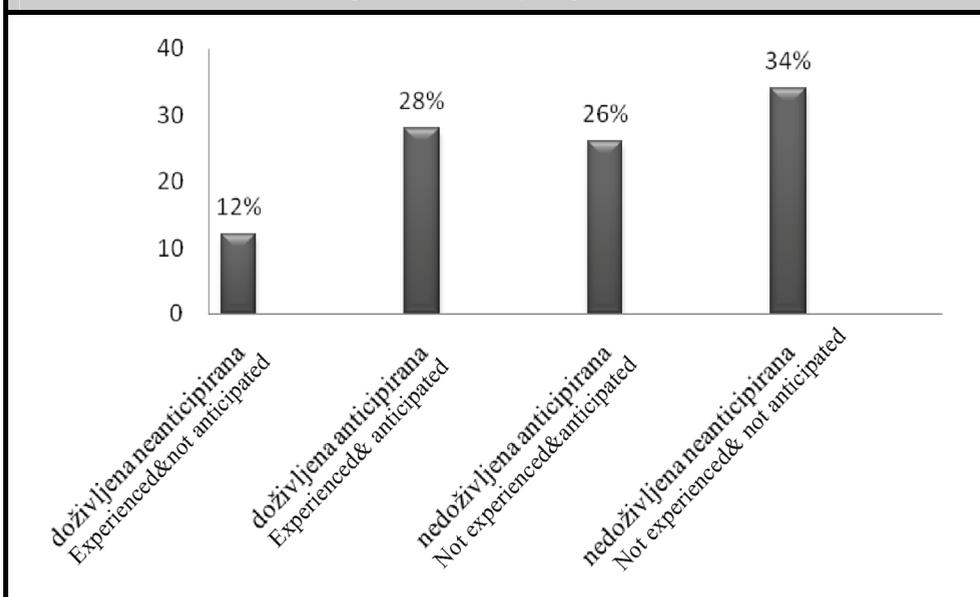
Sledeće šta smo ispitali je odnos doživljene i anticipirane diskriminacije u domenu zaposlenja. Grafikon 1 pokazuje rezultate gde je doživljena diskriminacija izračunata kombinovanjem skorova sa ajtema „nalaženja posla“ i ajtema „zadržava-

vanja posla“, a anticipirana diskriminacija je skor na ajtemu „prestao sam da tražim posao/obrazovanje/trening“. 54% ispitanika izveštava o anticipiranoj diskriminaciji, ali većina njih (48%) nije doživela diskriminaciju.

Tabela 3: Anticipirana diskriminacija (%)
Table 3: Responses for anticipated discrimination (%)

	Ni malo Not at all	Malo A little	Mnogo A lot	Nije primenljivo/ nedostaje Not applicable /Missing
Koliko ste sami sebe zaustavljali prilikom konkurisanja ili vraćanja na posao, a zbog dijagnoze mentalne bolesti? How much have you stopped yourself from applying for or going back to work because of your diagnosis of mental illness?	46	26	28	0

Grafikon 1: Anticipirana i doživljena diskriminacija u nalaženju/zadržavanju posla (n=50)
Figure 1: Anticipated and experienced discrimination in finding and/or keeping work (n=50)



DISKUSIJA I ZAKLJUČAK

Rezultati koje smo prezentovali, pokazuju da je stepen doživljene i anticipirane diskriminacije kod osoba sa shizofrenijom u oblasti zapošljavanja velik. Veoma niska stopa zaposlenosti osoba sa mentalnom bolešću predstavlja najtežu barijeru koja potiče od diskriminacije. U našem uzorku 76% ispitanika nije u radnom odnosu što odgovara rezultatima inostranih istraživanja koji ukazuju da je manje od 20% osoba sa problemima mentalnog zdravlja zaposleno [2]. Šezdesetdva procenta naših ispitanika je doživelo negativnu diskriminaciju vezanu za posao, od toga 28% prilikom konkurisanja na posao i 34% prilikom zadržavanja posla. Pedesetčetiri procenta naših ispitanika anticipira diskriminaciju u oblasti zapošljavanja, od toga 48% ne doživljava diskriminaciju u ovoj oblasti. Anticipirana diskriminacija u oblasti traženja i zadržavanja posla je znatno češća od doživljene diskriminacije u ovim domenima. Ispitanici zbog očekivanja da će biti negativno vrednovani, unapred odustaju od profesionalnih angažmana, čak iako pre toga nisu imali iskustva diskriminacije. Rezultati nam pokazuju da anticipirana diskriminacija u velikoj mери dovodi do pasivnosti shizofrenih osoba u oblasti realizacije ličnih potreba. Ovaj doživljaj je intenzivan i dovodi do povlačenja i izbegavajućeg ponašanja u sferi profesionalnog angažmana, čak i kod osoba koje tokom života nisu imale iskustvo diskriminacije. Ostaje otvoreno pitanje da li se radi o proceni da će biti odbačeni i odbijeni usled toga što imaju dijagnozu (stigmatizacija) ili je u pitanju realan doživljaj lične izmenjenosti (kada nije u pitanju stigma već uvid o smanjenoj kompetentnosti). Ovaj nalaz je znak niskog samovrednovanja i potvrđuje smisao projekta u kome se radi na jačanju

samopouzdanja, socijalnih veština i svesti o ličnim pravima kod shizofrenih pacijenata.

U našem uzorku od 38 nezaposlenih ispitanika, njih 14 (37%) želi da radi, ostali saopštavaju da to ne mogu zbog karakteristika bolesti što je u skladu sa studijom iz Engleske čiji podaci ukazuju da je 52% intervjuisanih osoba sa dijagnozom shizofrenije želelo da nađe posao, a među osobama sa paničnim poremećajem i fobijama broj se penje na 86% [32]. Sa druge strane, mnoge osobe sa mentalnom bolešću misle da ih njihovi simptomi sprečavaju da se zaposle ili zadrže posao. Tačno je da mentalna bolest može kompromitovati funkcije i veštine potrebne za obavljanje posla kao što su pažnja, pamćenje ili interpersonalni odnosi. Sami ispitanici saopštavaju da je mentalna bolest imala negativne efekte na njihov posao. U našem uzorku mlađe osobe, sa boljim obrazovanjem koje su u radnom odnosu pokazuju želju da zadrže posao ili da se posao prilagodi njihovim mogućnostima. Istraživanja ukazuju da razvijenija društva pokazuju veću senzibilizaciju za problem ljudi sa posebnim potrebama, za koje se predviđaju radna mesta prilagođena njihovim sposobnostima [33]. Društva u tranziciji (kao i naše), ne prilagođavaju ponudu radnih mesta mentalno bolesnim i invalidnim osobama, ukidaju se zaštitne radionice i psihijatrijski pacijenti se rano penzionišu. Stav društva je patocentričan, jer se pažnja usmerava na „bolesne delove ličnosti“, a ne podržavaju se očuvane sposobnosti i talenti. Na ovaj način se shizofrene osobe invalidiziraju, isključuju iz socijalnih interakcija, i ekonomski marginalizuju. U sličnoj situaciji se nalaze osobe koje pokušavaju da zadrže posao posle bolovanja. Neki od njih su bili vraćeni na posao koji je bio ispod ili iznad njihovih kapaciteta pa su bili prinuđeni da daju otkaz ili se penzionišu usled neefikasnog obavljanja posla.

Iako postoje ograničenja u obavljanju posla kod osoba sa psihijatrijskom dijagnozom odgovarajuće prilagođavanje radnog mesta i radna sredina u kojoj nema stigmatizacije bi omogućili uspješnije zapošljavanje i efikasnije obavljanje posla. Važno je promeniti stavove prema osobama sa mentalnom bolešću i revidirati zakone o radu i zapošljavanju u mnogim zemljama [34]. Potrebno je procenjivati spremnost za rad koja se bazira na sposobnostima funkcionisanja na poslu, a ne na prisustvu ili odsustvu simptoma bolesti.

Istraživanja ukazuju o kojim faktorima je potrebno voditi računa u postupku prilagođavanja radnih mesta prema sposobnostima osoba sa mentalnom bolešću: fleksibilno radno vreme (uključujući skraćeno radno vreme, rad od kuće, deljenje posla), edukacija supervizora, modifikacija posla, pokušaj promene načina komunikacije saradnika sa ometenim osobama [35]. Osobe sa mentalnom bolešću moraju da budu upoznate sa svojim pravom da traže prilagođavanje radnog mesta i navođenjem onoga što može poboljšati radnu efikasnost (redukcija stresa, obezbeđivanje mentora, razumna opterećenost poslom, česte pauze, podrška, podsticanje samopouzdanja, odsustvo kritike pred drugim osobama, kreativno rešavanje konflikta, radna sredina bez distrakcija, dozvola da pohađaju savetovanja, mogućnost bolovanja).

Postoje velike individualne razlike u sposobnosti obavljanja kompetitivnog po-

sla, a mentalna bolest, lakša ili teža utiče na sposobnost obavljanja istog. Ipak, svaka osoba zaslužuje da ima mogućnost da se zaposli, kao i da joj se pruži pomoć u realizaciji svojih potencijala. Stigma mentalne bolesti vodi do diskriminacije u oblasti zapošljavanja koja se mora suzbiti zakonskim odredbama, edukacijom javnosti i odlučnošću.

OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA

Pitanja postavljena ispitanicima su se odnosila na iskustva diskriminacije tokom čitavog životnog perioda nezavisno od vremena kada su se desila. Takođe, nije uzeto u obzir u kojoj meri je doživljena diskriminacija bila opravdana npr. odluka poslodavca da ne zaposli osobu sa shizofrenijom koja se ne može pripisati diskriminaciji, već realno sniženim intelektualnim sposobnostima. Takođe nisu procenjivani drugi razlozi za diskriminaciju kao što su pol, uzrast, etničko poreklo isl. koji se mogu sagledati kao uzroci diskriminacije na koje se može uticati, za razliku od mentalne bolesti na koju se ne može uticati tretmanom. Istraživanje je bilo fokusirano na subjektivni doživljaj shizofrenih pacijenata i nisu uključeni podaci iz drugih izvora. Na taj način, ne može se pouzdano proceniti stepen realne diskriminacije u određenom društvu, već samo kako u našoj kulturi shizofreni pacijenti doživljavaju svoju poziciju.

STIGMA AND DISCRIMINATION BECAUSE OF SCHIZOPHRENIA AND EMPLOYMENT

Ivona Milačić Vidojević¹
Vojislav Jovanović²
Branislav Brojčin³

- 1 Faculty for special education and rehabilitation, Belgrade, Serbia
- 2 Special psychiatric hospital „Dr Laza Lazarević“, Belgrade, Serbia
- 3 Faculty of special education and rehabilitation, Belgrade, Serbia

Literatura:

1. Soanes C., Stevenson A. Concise Oxford English Dictionary, 11th edn. Oxford: Oxford University Press; 2003.
2. Thornicroft G. Shunned discrimination against people with mental illness. Oxford University Press; 2006.

Summary

Aim: schizophrenia impairs significantly the ability to work. Anticipated stigmatization and discrimination may also alter finding and keeping a job.

Method: In this investigation participated 50 persons with diagnosis of schizophrenia (DISC-10). There were four questions related to employment: 1. Are you currently employed? 2. Have you been treated differently from other people in finding a job because of your diagnosis of mental illness? 3. Have you been treated differently from other people in keeping a job because of your diagnosis of mental illness? 4. How much did you stopped yourself from applying for or going back to work because of your diagnosis of mental illness?

Results: We found that 76% of patients were unemployed. 28 % were treated differently in a disadvantaged way in finding a job, 34% in keeping a job. 54 % stopped themselves in applying for work.

Conclusion: schizophrenia impairs ability for work, with both actual discrimination and anticipated stigmatization contributing to that.

Key words: stigma, discrimination, employment, schizophrenia

3. Becker D.R., Drake R.E., Naughton W.J. Supported employment for people with co-occurring disorders. *Psychiatr Rehabil J* 2005; 28: 332-38.
4. Ackerman G.W., McReynolds C.J. Strategies to promote successful employment of people with psychiatric disabilities. *J Appl Rehabil Couns* 2005; 36: 35-40.

5. Morgan G. We want to be able to work. *Mental Health Today* October 2005; 32-34.
6. Marrone J.F., Follwy S., Selleck V. How mental health and welfare to work interact: the role of hope, sanctions, engagement, and support. *Am J Psychiatr Rehabil* 2005; 8:81-101.
7. Bell S. What does the 'right to health' have to offer mental health patients? *Int J Law Psychiatry* 2005; 28:141-53.
8. World Health Organization. *The World Health Report - Mental Health: New Understanding and Hope*. Geneva: World Health Organization; 2001.
9. Sartorius N. The World Psychiatric Association global programme against stigma and discrimination because of schizophrenia. U: Crisp AH, editor. *Every family in the land* (revised edition). London: Royal Society of Medicine Press; 2004. p. 373-75.
10. Marini I., & Reid C.R. A survey of rehabilitation professionals as provider contractors with social security: Problems and solutions. *J Rehabil* 2001; 67 : 2: 36-41.
11. Daniels S.M., & West J. Return to work from SSI and SSDI beneficiaries: Employment policy changes. U K. Rupp & D. Stapleton (Rds.), *Growth and disability benefits*. Kalamazoo, MI: Upjohn Institute for Employment Research; 2006: p. 1-31.
12. McMahon B. T., Danczyk-Hawley C.E. Reid, C., Flynn B. S., Habeck R., Kregel J., et al. The progression of disability. *J Voc Rehabil* 2000;15: 3-15.
13. Marcias C.L.T., DeCario Q., Wang J., et al. Work interest as a predictor of competitive employment: policy implications for psychiatric rehabilitation. *Adm Policy Ment Health* 2001; 28: 279-97.
14. Cook J.A., Leff H.S., Blyler C.R., et al. Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 505-12.
15. Crowther R.E., Marchall M., Bond G.R., et al. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ* 2001; 322: 204-08.
16. Sanderson K., Andrews G. Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *Can J Psychiatry* 2003; 51:63-75.
17. Murphy A.A., Mullen M.G., Spagnolo B. Enhancing individual placement and support: promoting job tenure by integrating natural supports and supported education. *Am J Psychiatr Rehabil* 2005; 8: 37-61.
18. Tsang HW, Angell B, Corrigan PW, et al. A cross-cultural study of employers concerns about hiring people with psychotic disorder: Implications for reovery. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 723-33.
19. Evans J.,Repper J. Employment, social inclusion and mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2000; 7: 1, 15-24.
20. Gaebel W., Bauman A.E., Zäske H. Intervening in a multilevel network: progress of the German Open the Doors projects. *World Psychiatry* 2005; 4 (Suppl 1): 16-20.
21. Wahl O.F. Mental health consumers' experiences of stigma. *Schizophr Bull* 1999; 25: 467-78.
22. Link B. Mental patient status, work, and income: an examination of the effects of a psychiatric label. *Am Sociol Rev* 1982; 47: 202-15.
23. Wahl O.F. *Telling is risky business*. Piscataway, NJ: Rutgers University Press; 1999.
24. Schultze B., Angermayer M.C. Subjective experience of stigma. A focus group study of schizophrenia patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med* 2003; 56: 299-312.
25. Stuart H. Stigma and work. *Healthc Pap* 2004; 5: 100-11.
26. Corrigan P.W., McCracken S.G.. Place first, then train: an alternative to the medical model of psychiatric rehabilitation. *Social Work* 2005; 50:31-39.
27. Dalgrin R.S., Gibride D. Perspectives of people with psychiatric disabilities on employment disclosure. *Psychiatr Rehabil J* 2003; 26: 3: 306-10.

28. Zhang M., Rost K.M., Fortney J.C., Smith G.R. A community study of depression treatment and employment earnings. *Psychiatr Serv* 1999; 59:1209-13.
29. Tsutsumi A., Takao S., Mineyama S., et al. Effects of a supervisory education for positive mental health the workplace: a quasi-experimental study. *J Occup Health* 2005; 47: 226-35.
30. Spicer R.S., Miller T.R. Impact of a workplace peer-focused substance abuse prevention and early intervention program. *Alcohol Clin Exp Res* 2005;29: 609-11.
31. Stanley K., Maxwell D. *Fit for purpose?* London; IPPR; 2004.
32. Warner I.R. *Recovery from schizophrenia: psychiatry and political economy.* New York, Routledge; 1991.
33. Marhawa S., Johnson S. Schizophrenia and employment-a review. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2004; 39: (5): 337-49.
34. Glozier N: The Disability Discrimination Act 1995 and psychiatry: Lessons from the first seven years. *Psychiatr Bull* 2004; 28: 126-9.
35. Lee Cr, Kim YH, Yoo Cl, et al. Mental disorders and fitness for work in Korea. *Korean J Occ Enviro Med* 2003; 15: 224-36.

Ivona Milačić Vidojević
Fakultet za specijalnu edukaciju
i rehabilitaciju
Visokog Stevana 2, 11000 Beograd
11000 Beograd
e-mail: mivona@sbb.rs

ULOGA POZITIVNIH UVERENJA O RUMINIRANJU U DEPRESIVNIM I RUMINATIVNIM REAKCIJAMA

Igor Krnetić¹
Tatjana Vukosavljević-Gvozden²
Borjanka Batinić³

UDK: 616.89-008.454-07

- 1 Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Banja Luci, Banja Luka, Bosna i Hercegovina
- 2 Odeljenje za psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija
- 3 Odeljenje za psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

Kratak sadržaj

Uvod: Ruminiranje, kao repetitivno negativno razmišljanje, privuklo je veliku teorijsku i empirijsku zainteresovanost i uključeno je u nekoliko teorijskih objašnjenja depresije u kognitivno-bihejvioralnom pristupu. Prethodna istraživanja ukazala su, takođe, na značajne odnose između metakognicije, ruminacije i depresije.

Cilj rada: Po prvi put na srpskom govornom području sprovedeno je istraživanje s ciljem otkrivanja odnosa između pozitivnih uverenja o ruminiranju i negativnih životnih događaja (nezavisne varijable) i depresivnih i ruminativnih reakcija (zavisne varijable). Postavljene su sledeće hipoteze: 1. ruminativne i depresivne reakcije pozitivno koreliraju, 2. pozitivna uverenja o ruminiranju pozitivno utiču na ruminiranje; 3. pozitivna uverenja o ruminiranju pozitivno utiču na depresivne reakcije kada se dese negativni životni događaji.

Metod rada: U istraživanju je korišćena prospektiva paradigma u kojoj je uzorak studenata (N=123, AS=20,7 godina) ispitivan sa 4 upitnika u dva vremena sa razmakom od 10 sedmica. U uzorak su ušli ispitanici koji su u vremenu prvog testiranja imali različit nivo pozitivnih uverenja o ruminiranju, ali jednako nizak nivo depresivnih i ruminativnih reakcija (čime smo eliminisali uticaj ovih reakcija na rezultate u vremenu drugog testiranja).

Rezultati: Istraživanjem je utvrđena visoka pozitivna korelacija između depresivnih i ruminativnih reakcija u vremenu drugog testiranja, takođe je statistički značajan efekat pozitivnih uverenja o ruminiranju na ruminativne reakcije, kada se kontroliše broj negativnih životnih događaja, kao i efekat interakcije pozitivnih uverenja o ruminiranju i negativnih životnih događaja na depresivne reakcije.

Zaključak: Sve tri hipoteze su potvrđene a rezultati su diskutovani u svetlu savremenih nalaza u kognitivno-bihejvioralnom pristupu sa naglaskom na modelu Samoregulatorne izvršne funkcije (S-REF).

Gljučne reči: depresija, ruminacija, metakognicija, kognitivni procesi

UVOD

U kognitivno-bihevioralnom pristupu, koji je iznedrio veliki broj istraživanja depresije, ruminiranje je pobudilo veliku teorijsku i empirijsku zainteresovanost u poslednjih petnaestak godina. Depresivno ruminiranje, grubo definisano kao ponavljano negativno razmišljanje, predstavlja ključnu kognitivnu crtu disforije i major depresivnog poremećaja. Preciznije definicije [1] ukazuju da su ruminativna razmišljanja: 1. povezana sa onim što je prethodilo ili sa samom prirodom negativnog raspoloženja, 2. nisu usmerene prema cilju i ne motivišu osobu da pravi planove u pravcu akcija koje bi dovele do rešenja problema i 3. ne dele se sa drugima - osoba koja ruminira zadržava ruminiranje za sebe. Neki od tipičnih primera ruminiranja su: „Zašto sam ja takav gubitnik?“, „Moje raspoloženje je loše?“, „Zašto se ponašam ovako negativno?“, „Ne mogu ništa da rešim?“ itd. Ruminiranje se javlja, dakle, kao reakcija na trenutna osećanja tuđe („ruminiranje povodom tuđe“) i na negativne zaključke povodom stresnih životnih događaja („stres-reaktivno ruminiranje“) [2].

Osobe sklone ruminiranju mogu videti ovaj način mišljenja kao instrument postizanja ciljeva, ali se ne podrazumeva da se njim to uvek postiže. Rezultati jedne od značajnih eksperimentalnih studija ukazuju da iako disforične osobe veruju da ruminiranjem postižu uvid u sebe i svoje probleme, one zapravo dolaze do loših rešenja problema i bivaju manje spremne da se uključe u prijatne aktivnosti [3]. Slično tome, veliki broj drugih studija ukazuje da je ruminiranje povezano sa različitim negativnim posledicama. Na primer, utvrđeno je da ruminiranje održava i povećava depresivno raspoloženje [4, 5] i da predviđa povišene nivoe depresivnih simptoma [6], kao i epizode

major depresije [7]. Dodatno, ruminiranje smanjuje kapacitet osobe da upravlja sopstvenim životom [8]. Ruminiranje je takođe povezano sa iskrivljenim interpretacijama životnih događaja, pesimizmom u vezi s pozitivnim događajima u budućnosti i nalaženjem loših rešenja za interpersonalne probleme [9].

Ruminiranje je uključeno u nekoliko teorijskih objašnjenja depresije [10-13]. Model samoregulativne izvršne funkcije objašnjava mehanizme obrade informacija koji iniciraju i održavaju ruminiranje i posledice ovog stila mišljenja [13]. U ovom modelu, negativno mišljenje u formi ruminacije ili brige predstavlja strategiju izlaženja na kraj sa problemima koja ima kontraproduktivne efekte u vidu produžavanja emocionalnih poremećaja. Ključna teza jeste da metakognitivna uverenja koja emocionalno vulnerabilne osobe imaju o ruminiranju igraju značajnu ulogu u ruminiranju.

Rezultati jednog od inicijalnog testiranja ove teze ukazuju da su svi pacijenti sa rekurentnim major depresivnim poremećajem imali pozitivna i negativna uverenja o ruminiranju [14]. Pozitivna uverenja reflektovala su teme povezane s ruminiranjem kao strategijom prevladavanja problema (npr. „Potrebno mi je da razmišljam o svojim problemima da bih našao odgovor na svoju depresiju“). Negativna uverenja reflektovala su teme povezane s nekontrolabilnošću i opasnošću od ruminiranja (npr. „Razmišljanje o mojim problemima je izvan moje kontrole“) i interpersonalnim posledicama ruminiranja (npr. „Ljudi će me odbaciti ako toliko razmišljam“). Druge studije takođe su dale empirijsku podršku odnosu između metakognicije, ruminacije i depresije [2, 15, 16]. Pozitivna uverenja o prednostima ruminiranja motivišu osobu ruminira, a kada je ruminiranje aktivirano osoba procenjuje ovaj proces kao nekontrolabilan i štetan ta-

ko da su brojni „začarani krugovi“ meta-kognicije, ruminiranja i depresije odgovorni za održavanje i ponavljanje depresivnih iskustava. Iako se ovaj model smatra obećavajućim za razumevanje depresije i depresivnih relapsa potrebna su dodatna istraživanja da bi se utvrdila uloga pozitivnih uverenja o ruminiranju [17].

CILJ RADA

U istraživanju je korištena prospektivna paradigma s ciljem otkrivanja odnosa između pozitivnih uverenja o ruminiranju i negativnih životnih događaja (nezavisne varijable) i depresivnih i ruminativnih reakcija (zavisne varijable). Na osnovu dosadašnjih nalaza postavljene su sledeće hipoteze:

1. ruminativne i depresivne reakcije pozitivno koreliraju;
2. pozitivna uverenja o ruminiranju pozitivno utiču na ruminiranje;
3. pozitivna uverenja o ruminiranju pozitivno utiču na depresivne reakcije kada se dese negativni životni događaji.

METOD RADA

Uzorak

Uzorak spada u tip prigodnog uzorka, a u vremenu prvog merenja sačinjavalo ga je 411 studenata Univerziteta u Banja Luci. Nakon merenja isključeni su ispitanici koji su na Bekovom inventaru depresivnosti [18] imali skor veći od 9, pošto takvi skorovi predstavljaju indikator blagog depresivnog poremećaja, kao i ispitanici koji su na Skali ruminativnih reakcija [19] imali skor iznad medijane celokupnog uzorka, a koja je iznosila 41. Postupak određivanja kritičkog eliminacionog skora na osnovu medijane, kada ne postoje standardni kritički skorovi za razvrstavanje ispitanika, korišten je i u

drugim prospektivnim istraživanjima [20] u kojima su ovakvim postupkom eliminisani uticaji varijabli sa prvog merenja na nivo tih varijabli u vremenu drugog merenja.

Nakon ovog eliminacionog postupka uzorak je iznosio 208 ispitanika. Cilj ovakvog postupka bio je da proizvedemo grupe koje imaju različit nivo pozitivnih uverenja o ruminiranju, ali jednako nizak nivo depresivnih i ruminativnih reakcija, čime smo eliminisali uticaj depresivnih i ruminativnih reakcija u prvom merenju na nivo tih reakcija u drugom merenju. Rezultati na Skali pozitivnih uverenja o ruminiranju za ispitanike sa niskim ($AS=21.21$) i visokim ($AS=28.46$) nivoom pozitivnih uverenja o ruminiranju, bili su statistički značajno različiti [$t(121) = -13,827$; $p < 0.01$]. U isto vreme nije bilo statistički značajnih razlika na Bekovom inventaru depresivnosti između ispitanika sa niskim ($AS=3.97$) i visokim ($AS=3.36$) nivoom pozitivnih uverenja o ruminiranju [$t(112,85) = 1,251$; nz], kao ni na Skali ruminativnih reakcija između ispitanika sa niskim ($AS=34.27$) i visokim ($AS=35.22$) nivoom pozitivnih uverenja o ruminiranju [$t(107,34) = -1,133$; nz].

Osipanje uzorka tokom drugog merenja iznosilo je 85 tako da je konačni uzorak istraživanja činilo 123 ispitanika (36 muškaraca i 87 žena, uzrasta od 18 do 28 godina, $AS=20,7$).

Instrumenti

U istraživanju su korišćena četiri upitnika koja pokazuju dobre metrijske karakteristike i koja se, stoga, široko primenjuju:

1. *Skala pozitivnih uverenja o ruminiranju* [15]. Skala se sastoji od 10 stavki koja procenjuje pozitivna metakognitivna uverenja o dobitima i prednostima ruminiranja. Tvrdnje se ocenjuju na četvorostepenoj skali. Autori [2]

navode da skala ima visoku unutrašnju konzistentnost ($\alpha=0.89$) i test-retest pouzdanost ($r=0.85$). U našem istraživanju pouzdanost je bila prihvatljiva ($\alpha=0.75$).

2. *Skala ruminativnih reakcija, subskala Upitnika stilova reakcija* [19]. Skala se sastoji od 22 stavke koje opisuju reakcije na depresivno raspoloženje u vidu fokusiranja na sebe, svoje simptome ili moguće uzroke i posledice takvog raspoloženja. Tvrdnje se ocenjuju na četvorostepenoj skali. U brojnim istraživanjima potvrđena je visoka unutrašnja konzistentnost (koeficijent alfa kreće se od 0.89 do 0.92) [2]. U našem istraživanju pouzdanost je bila visoka ($\alpha=0.93$).
3. *Bekov inventar depresivnosti* [18]. Inventar se sastoji od 21 tvrdnje koje se tiču simptoma depresije u poslednje dve sedmice. Tvrdnje se ocenjuju na četvorostepenoj skali prema intenzitetu izraženosti simptoma. Unutrašnja konzistentnost skale prilično je visoka - u pregledu više od

25 studija, alfa koeficijenti kretali su se od 0,73 do 0.95 [21]. U našem istraživanju pouzdanost je bila zadovoljavajuća ($\alpha=0.81$). Iako je ovaj inventar pouzdana i validna mera depresivnih simptoma, sama za sebe nije dovoljna za dijagnozu depresije. Zbog toga se na normalnom uzorku koristi kao mera depresivnih reakcija koji ukazuju na *emocionalno stanje disforije*, a ne dijagnostičku kategoriju depresivni poremećaj [22].

4. *Upitnik negativnih životnih događaja* [23] meri izloženost negativnim životnim događajima u poslednje dve sedmice. Originalna verzija modifikovana je više puta, a poslednja verzija obuhvata nekoliko kategorija događaja: rad, porodica, prijatelji, partner itd koje ispitanik ocenjuje na četvorostepenoj skali, određujući koliko puta mu se desio navedeni događaj. U našem istraživanju pouzdanost je bila zadovoljavajuća ($\alpha=0,83$). Za potrebe ovog istraživanja upitnik je sadržavao i tvrdnje koje se odnose na školovanje.

Tabela 1. Korelacije pozitivnih uverenja o ruminiranju u T1 i depresivnih i ruminativnih reakcija u T2.
Table. 1 The correlations of positive beliefs about rumination in T1 and depressive and ruminative reactions in T2

	PUR	DR	RR
PUR			
DR	0,311**		
RR	0,464**	0,678**	

** Korelacije značajne na 0.01 nivou

PUR – pozitivna uverenja o ruminiranju (positive beliefs about rumination),

DR – depresivne reakcije (depressive reactions),

RR – ruminativne reakcije (ruminative reactions)

Postupak istraživanja

Učesnici su popunjavali upitnike za vreme redovnih predavanja i vežbi na matičnom fakultetu. Bili su zamoljeni da navedu šifru koju će zapamtiti, kako bismo mogli uporediti rezultate prvog i drugog testiranja. Rečeno im je da istraživanje ima za cilj da proveru vezu između razmišljanja i depresije. Prvo ispitivanje (u daljem tekstu "T1") obuhvatalo je popunjavanje testovnog materijala koji su činili: 1. Upitnik pozitivnih uverenja o ruminiranju; 2. Bekov inventar depresije; 3. Skala ruminativnih reakcija; 4. lista demografskih podataka (pol, starost, fakultet). Drugo ispitivanje (u daljem tekstu "T2") bilo je izvedeno 10 sedmica nakon prvog testiranja i obuhvatalo je popunjavanje testovnog materijala koji su

činili: 1. Bekov inventar depresije; 2. Skala ruminativnih reakcija; 3. Upitnik negativnih životnih događaja.

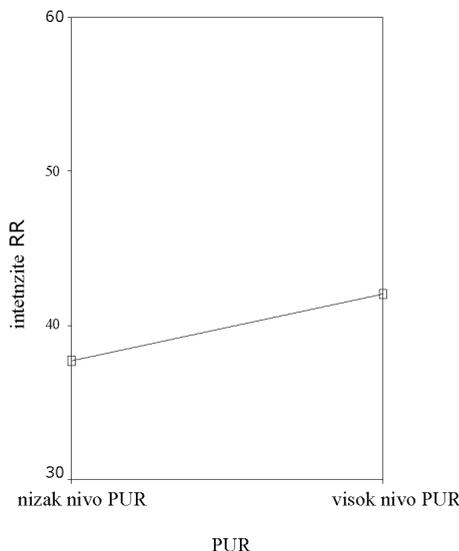
Analiza podataka vršena je pomoću programa "SPSS 11.0 for Windows". Za analizu podataka korišćeni su analiza pouzdanosti, korelaciona analiza i univarijatna analiza varijanse (ANOVA).

REZULTATI

Korelaciona analiza potvrdila je hipotezu da postoji visoka pozitivna korelacija [$r=0,678$; $p<0,01$] između depresivnih i ruminativnih reakcija u T2 koja je prikazana u Tabeli 1. Pored toga, može se videti da postoji niska pozitivna korelacija između pozitivnih uverenja o ruminiranju u T1 i depre-

Grafik 1. Efekat nivoa pozitivnih uverenja o ruminiranju u T1 na intenzitet ruminativnih reakcija u T2.

Graph 1. The effect of level of positive beliefs about rumination in T1 on the intensity of ruminative reactions in T2



PUR – pozitivna uverenja o ruminacijama (positive beliefs about rumination),
RR- ruminativne reakcije (ruminative reactions)

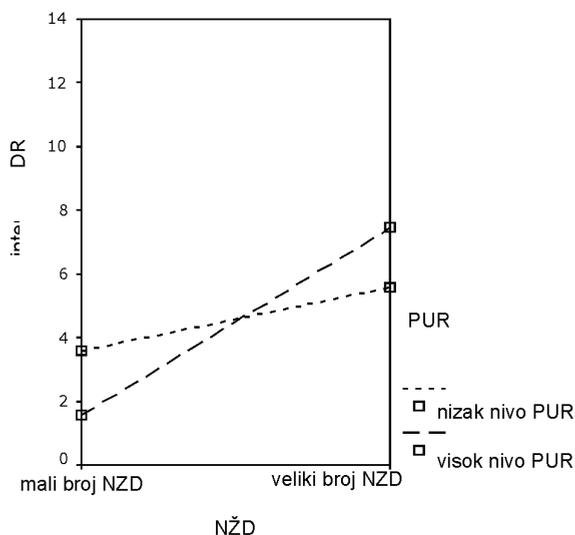
sivnih reakcija u T2, kao i srednja pozitivna korelacija između pozitivnih uverenja o ruminiranju u T1 i ruminativnih reakcija u T2. Korelacije su statistički značajne na nivou 0,01.

Kad je reč o hipotezi da pozitivna uverenja o ruminiranju u T1 pozitivno utiču na ruminativne reakcije u T2 utvrđen je statistički značajan [F(1)= 6,094; p<0,05] osnovni efekat nezavisne varijable pozitivnih uverenja o ruminiranju na zavisnu varijablu ruminativne reakcije, kada se kontroliše broj negativnih životnih događaja. Time je ova hipoteza potvrđena. Ispitanici sa visokim nivoom pozitivnih uverenja u T1 ispoljili su viši nivo ruminativnih reakcija u T2 u odnosu na ispita-

nike koji su u T1 ispoljili nizak nivo pozitivnih uverenja o ruminiranju, bez obzira na broj negativnih životnih događaja. Rezultati su prikazani Grafikom 1.

Da bismo proverili hipotezu da pozitivna uverenja o ruminiranju pozitivno utiču na depresivne reakcije analizirali smo uticaj interakcije pozitivnih uverenja o ruminiranju i negativnih životnih događaja na depresivne reakcije i utvrdili da je ovaj uticaj statistički značajan [F(1)=5,903; p<0,05]. Ovim je potvrđena hipoteza da pozitivna uverenja o ruminiranju pozitivno utiču na depresivne reakcije kada se dese negativni životni događaji. Rezultati su prikazani Grafikom 2.

Grafik 2. Efekat interakcije negativnih životnih događaja tokom prethodne dve sedmice i nivoa pozitivnih uverenja o ruminiranju u T1 na intenzitet depresivnih reakcija u T2.
Graph 2. The interaction effect between negative life events during previous two weeks and level of positive beliefs about rumination in T1 on the intensity of depressive reactions in T2



PUR- pozitivna uverenja o ruminacijama (positive beliefs about rumination),
 DR – depresivne reakcija (depressive reactions),
 NŽD – negativni životni događaji (negative life events)

DISKUSIJA

Kao što vidimo, potvrđene su sve tri hipoteze koje smo postavili. Utvrdili smo, najpre, da postoji visoka pozitivna korelacija između depresivnih i ruminativnih reakcija, što je u skladu sa rezultatima velikog broja prethodnih studija [2, 4, 5, 8, 9, 24, 25]. Ruminiranje je povezano sa produženim i izraženijim negativnim afektom, greškama u mišljenju, sniženom motivacijom, blokiranjem instrumentalnog ponašanja, sniženom koncentracijom, slabim rešavanjem problema, povećanjem stresa i problema itd. [2, 5, 25].

Iako je povezanost između ruminiranja i depresije utvrđena, uzročna struktura te povezanosti i dalje se smatra složenom i nedovoljno ispitanom. Pomenimo bar neke nalaze. Ruminiranje vodi u klinički značajne depresivne epizode pošto inicijalni intenzitet ruminiranja predstavlja prediktor pojave depresivnih epizoda tokom narednih 18 meseci, čak i kada su kontrolisani ostali kognitivni faktori rizika, te je povezano sa ozbiljnošću prospektivnih depresivnih epizoda [26]. Slično tome, inicijalni nivo ruminiranja predstavlja prediktor i za pojavu velikih depresivnih epizoda u toku godinu dana, čak i kada je kontrolisana inicijalna depresivna simptomatologija [27]. Interesantno je pomenuti da je veza između ruminacije i depresije kod depresivnih osoba posredovana negativnim uverenjima o ruminiranju dok je kod normalnih osoba (studentski uzorak) direktna [16]. Ruminiranje, takođe, produžava i intenzivira depresiju [4, 11, 27]. Uporno i ponavljajuće ruminiranje usmerava pažnju na negativne misli i emocije i zaokuplja resurse pažnje i time sprečava nove, pozitivne ili korektivne informacije da budu procesirane, pojačavajući i održavajući depresiju [17]. Postoje, međutim, i mnoga druga objašnjenja odnosa između

depresije i ruminiranja – na primer, moguće je da je depresija uzrok ruminiranju ili da ruminiranje i depresija imaju recipročan uzročni efekat pri čemu jedno pojačava drugo [28].

Uprkos još uvek otvorenim pitanjima o kauzalnim odnosima između ruminiranja i depresije, u savremenoj psihološkoj literaturi postoji generalno slaganje da je ruminiranje važno: 1. kao element kognitivne teorije negativnog afekta, 2. kao prediktor depresije i emocionalnih poremećaja u empirijskim studijama i 3. kao klinički simptom koji bi mogao zahtevati tretman [29].

Utvrdili smo, takođe, da osobe koje u manjoj meri pozitivno vrednuju ruminiranje manje ruminiraju u odnosu na osobe koje u većoj meri pozitivno vrednuju ruminiranje, i da to nije povezano sa brojem negativnih događaja koji im se desio. Drugim rečima, pozitivna uverenja o ruminiranju *sama po sebi* dovode do povećanja ruminiranja, bez obzira na spoljašnje negativne događaje. Čak i kada se ne dese negativni životni događaji, osoba koja pozitivno vrednuje ruminiranje ipak nalazi različite povode za ovaj vid razmišljanja kao što su, na primer, unutrašnje senzacije, sopstveno stanje, sećanja na različite prošle događaje ili zaključci u vezi s budućim događajima.

Rezultati našeg istraživanja ukazuju, takođe, da pozitivna uverenja o ruminiranju pozitivno utiču na depresivne reakcije kada se dese negativni životni događaji, što je u skladu sa rezultatima istraživanja povezanih s modelom samoregulatorne izvršne funkcije [2, 15, 16]. Drugim rečima, ispitanici koji su imali viši nivo pozitivnih uverenja o ruminiranju u trenutku prvog merenja ispoljavali su oscilacije u ispoljavanju depresivnih reakcija u drugom merenju u zavisnosti od broja negativnih životnih događaja koji im se desio u međuvremenu, pri čemu je nivo depresivnih reakcija bio veći

ukoliko im se prethodno desio veći broj negativnih životnih događaja.

Kao što je već pomenuto, model samo-regulatorne izvršne funkcije [13] ističe ulogu metakognitivnih uverenja u iniciranju i održavanju ruminativnih misli. Prema ovom modelu, ruminiranje je ishod metakognitivnih uverenja osobe koja specifikuju upotrebu ruminiranja kao strategiju za prevazilaženje i za samoregulaciju. Ova uverenja egzistiraju u obliku implicitnih planova koji vode samoegulatorno procesiranje, kao i u obliku eksplicitnih, deklarativnih uverenja koja su pristupačna verbalnom izveštavanju (npr. „Razmišljanje o prošlosti mi pomaže da sprečim buduće greške i neuspehe“ ili „Razmišljanje o lošim osećanjima mi pomaže da bolje shvatim uzroke svojih neuspeha“). Jednom aktivirane, samoregulatorne izvršne funkcije formiraju „začarani krug“ pošto ruminatorne aktivnosti imaju tendenciju da stvaraju maladaptivne obrasce interakcije sa spoljašnjim svetom. Dakle, prolazni poremećaji raspoloženja, povezani sa negativnom procenom životnih događaja, bivaju intenzivirani i pojačani jer osoba poseže za ruminacijama i ponašanjima koja je zadržavaju u stanju fokusiranom na emocije [30]. Tokom vremena, i sa repetitivnim aktiviranjem ovakvih konfiguracija, povećava se verovatnoća da će osoba razviti stabilnije obrasce ovakvih negativnih reakcija. Kognitivna restrukturacija pozitivnih uverenja o ruminiranju, koja igraju ulogu u razvoju depresivnih reakcija i major depresivnog poremećaja, može biti korisna za smanjivanje upotrebe ruminiranja kao strategije prevazilaženja depresije, a time može smanjiti i depresivnu simptomatologiju.

Umesto da besplodno, uporno i ponavljajuće razmišljaju o svom stanju i njegovim značenju i uzrocima, poželjno je da osobe upotrebljavaju zaključke dobijene razmišljanjem za rešavanje problema proizašlih iz negativnih događaja ili prihvatanje posledica negativnih događaja (korišćenjem alternativnih strategija prevazilaženja, a ne ruminiranjem).

Najvažnije ograničenje našeg istraživanja tiče se činjenice da uzorak nije uključivao klinički depresivne osobe. Namerno smo odabrali ispitanike koji nisu depresivni da bismo kontrolisali uticaj depresivnih i ruminativnih reakcija u vremenu prvog merenja na nivo tih reakcija u vremenu drugog merenja. Iako su ispitanici sa visokim pozitivnim uverenjima o ruminiranju, a kojima se desio veći broj negativnih životnih događaja, doživeli povećanje depresivnih reakcija, intenzitet tih reakcija nije dostigao nivo koji je povezan sa klinički značajnom depresijom. Uzimajući pri tome u obzir relativno kratak razmak između prvog i drugog merenja, možemo ipak reći da rezultati istraživanja sugerišu postojanje procesa o kojim smo prethodno diskutovali, a koji bi mogli biti važni za razumevanje razvoja ozbiljnijih formi depresivnog poremećaja i depresivnih ruminacija.

Osim sprovođenja istraživanja na kliničkom uzorku korisno bi bilo, takođe, da buduća istraživanja ispituju uticaj negativnih uverenja o ruminiranju koja, po modelu samo-regulatorne izvršne funkcije, posreduju u održavanju ili povećavanju ruminiranja i depresije kod osoba koje imaju pozitivna uverenja o ruminiranju a kojima se desio veći broj negativnih životnih događaja.

THE ROLE OF POSITIVE BELIEFS ABOUT RUMINATION IN DEPRESSIVE AND RUMINATIVE REACTIONS

Igor Krnetić¹
Tatjana Vukosavljević-Gvozden²
Borjanka Batinić³

- 1 Department of psychology, Faculty of Philosophy, University of Banja Luka, Banja Luka, Bosnia and Herzegovina
- 2 Department of psychology, Faculty of Philosophy, University of Belgrade, Belgrade, Serbia
- 3 Department of psychology, Faculty of Philosophy, Clinic of Psychiatry, Clinical Center of Serbia, Belgrade

Summary

Introduction: Rumination, as a repetitive negative thinking, has attracted a considerable theoretic and empirical interest and was, consequently, included into several theoretical explanations of depression within the cognitive-behavioral approach. Previous research, as well, pointed out important relationships between meta-cognition, rumination and depression.

Objective: To conduct the first Serbian study of relationships between positive beliefs about rumination and negative life events (independent variables) and depressive and ruminative reactions (dependent variables). We hypothesized that: 1. ruminative and depressive reactions are positively correlated, 2. positive beliefs about rumination affect positively rumination, 3. positive beliefs about rumination affect positively depressive reactions when negative life events occur.

Method: A prospective study of a sample of students (N=123, average age=20,7 years) who were given four questionnaires in two time points, ten weeks apart. The sample comprised the participants who, by the time of the first testing, had different levels of positive beliefs about rumination but an equally low level of depressive and ruminative reactions (whereby we eliminated the influence of these reactions on the results of the second testing).

Results: There is a high positive correlation between depressive and ruminative reactions by the time of the second testing, also and a statistically significant correlation of positive beliefs about rumination on ruminative reactions, when the number of negative life events occurring in the ten-week period was controlled for. In this investigation a statistically significant interaction was confirmed between positive beliefs about rumination and negative life events on depressive reactions.

Conclusion: All our hypotheses were confirmed, and the results were discussed in the perspective of recent insights within the cognitive-behavioral approach, with a special emphasis on the Self-Regulatory Executive Function (S-REF) model.

Key words: *depression, rumination, meta-cognition, cognitive processes.*

Literatura:

1. Conway M, Csank AR, Holm SL, Blake CK. On assessing individual differences in rumination on sadness. *J Pers Assess* 2000; 75:404-25.
2. Papageorgiou C, Wells A. Nature, functions, and beliefs about depressive rumination. In: Papageorgiou C, Wells A, editors. *Depressive rumination: nature, theory and treatment*. John Wiley & Sons Ltd; 2004. p 5-17.
3. Lyubomirsky S, Nolen-Hoeksema S. Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *J Pers Soc Psychol* 1993; 65:339-49.
4. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognit Emot* 1993; 7:561-70.
5. Nolen-Hoeksema S., Parker LE, Larson J. Ruminative coping with depressed mood following loss. *J Pers Soc Psychol* 1994; 67:92-104.
6. Just N, Alloy LB. The response styles theory of depression: tests and an extension of the theory. *J Abnorm Psychol* 1997; 106:221-29.
7. Kuehner C, Weber I. Responses to depression in unipolar depressed patients: an investigation of Nolen-Hoeksema's response styles theory. *Psychol Med* 1999; 29:1323-33.
8. Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C. Explaining the gender difference in depressive symptoms. *J Pers Soc Psychol* 1999; 77:1061-72.
9. Lyubomirsky S, Nolen-Hoeksema S. Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *J Pers Soc Psychol* 1995; 69:176-90.
10. Ingram RE. Toward an information processing analysis of depression. *Cognit Ther Res* 1984; 8: 443-78.
11. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol* 1991; 100:569-82.
12. Teasdale JD, Barnard PJ. *Affect, cognition and change: re-modelling depressive thought*. Hove, UK: Erlbaum; 1993.
13. Wells A., Matthews G. *Attention and emotion: a clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum; 1994.
14. Papageorgiou C, Wells A. Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognit Behav Pract* 2001a; 8:160-64.
15. Papageorgiou C, Wells A. Positive beliefs about depressive rumination: development and preliminary validation of a self-report scale. *Behav Ther* 2001b; 32:13-26.
16. Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognit Ther Res* 2003; 27:261-73.
17. Purdon C. *Psychological Treatment of Rumination*. In: Papageorgiou C, Wells A, editors. *Depressive rumination: nature, theory and treatment*. John Wiley & Sons Ltd, England; 2004. p.79-91.
18. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press; 1979.
19. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta earthquake. *J Pers Soc Psychol* 1991; 61:115-21.
20. Wenzlaff RM, Luxton DD. The role of thought suppression in depressive rumination. *Cognit Ther Res* 2003; 27:293-308.
21. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988; 8:77-100.
22. Dykman BM, Johll M. Dysfunctional attitudes and vulnerability to depressive symptoms: a 14-week longitudinal study. *Cognit Ther Res* 1998; 22, 337-52.

23. Saxe LL, Abramson LY. The negative life events questionnaire: reliability and validity. Unpublished manuscript; 1987.
24. Nolen-Hoeksema S, McBride A, Larson J. Rumination and psychological distress among bereaved partners. *J Pers Soc Psychol* 1997; 72:855-62.
25. Spasojević J, Alloy LB. Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion* 2001; 1:25-37.
26. Spasojević J, Alloy LB, Abramson LY, MacCoon D, Robinson MS. In: Papageorgiou C, Wells A, editors. *Depressive rumination: nature, theory and treatment*. John Wiley & Sons Ltd, England; 2004. p 256-67.
27. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnorm Psychol* 2000; 109:504-11.
28. Arnow BA, Spangler D, Klein DN, Burns DD. Rumination and distraction among chronic depressives in treatment: a structural equation analysis. *Cognit Ther Res* 2004; 28:67-83.
29. Matthews G, Wells A. Rumination, depression, and metacognition: the S-REF model. In: Papageorgiou C, Wells A, editors. *Depressive rumination: nature, theory and treatment*. John Wiley & Sons Ltd; 2004. p 168-87.
30. Wells A, Papageorgiou C. Metacognitive therapy for depressive rumination. In: Papageorgiou C, Wells A, editors. *Depressive rumination: nature, theory and treatment*. John Wiley & Sons Ltd, England; 2004, p. 112-25.

Borjanka Batinić
Klinika za psihijatriju
Klinički Centar Srbije
Pasterova 2, Beograd
011-64-22-811,
E mail: doubleb@eunet.rs

MOTIV ZA POSTIGNUĆEM I DOŽIVLJAJ INTENZITETA STRESA KOD NASTAVNOG KADRA U OSNOVNOM I VISOKOM OBRAZOVANJU

Slobodanka Cvetković

UDK: 616.89-008.441:371.1

Philip Morris DOO, Beograd, Srbija

Rad je deo šireg istraživanja obavljenog u okviru magistarskog rada pod nazivom „Dimenzije ličnosti, motiv za postignućem, stres, zadovoljstvo poslom i umor kod zaposlenih u osnovnom i visokom obrazovanju“. Magistarski rad je odbranjen na Filozofskom fakultetu u Nišu, 28.12.2009. godine.

Kratak sadržaj

Uvod U ovom istraživanju ispitujemo da li razlike u radu nastavnog kadra u osnovnom i visokom obrazovanju utiču i na stepen izraženosti određenih psiholoških parametara.

Cilj Opšti cilj ovog rada je da utvrdi da li postoje razlike u stepenu izraženosti motivacije za postignućem i doživljaja intenziteta stresa između nastavnog kadra u osnovnom i visokom obrazovanju. Takođe, ovim radom želimo da utvrdimo i uticaj pola i dužine radnog staža na ispitivane psihološke parametre.

Metod 146 ispitanika je testirano MOP testom motiva za postignućem i Bensabinim opštim testom o stresu. Od statistika zaključivanja primenjen je t-test. Prilikom ispitivanja dužine radnog staža na ispitivane psihološke parametre, za izračunavanje statističke značajnosti razlika primenjena je analiza varijanse (ANOVA).

Rezultati Rezultata istraživanja pokazuju da se nastavni kadar u osnovnom obrazovanju u odnosu na nastavni kadar u visokom obrazovanju ne razlikuje u pogledu stepena izraženosti motiva za postignućem ($t\text{-test}=1,136$, $\text{sig} >0.05$) i doživljaja intenziteta stresa ($t\text{-test}=0,358$, $\text{sig} >0.05$). Takođe, nisu utvrđene statistički značajne razlike između muškaraca i žena u pogledu izraženosti motivacije za postignućem ($t\text{-test}=0,621$, $\text{sig} >0.05$) i doživljaja intenziteta stresa ($t\text{-test}=1,298$, $\text{sig} >0.05$). Pored toga, ni ispitanici sa različitim dužinom radnog staža nisu pokazali razliku u stepenu izraženosti pomenutih varijabli (pri ispitivanju motivacije za postignućem vrednost F je bila 0,462, $\text{sig} >0.05$, dok je pri ispitivanju stresa vrednost F bila 0,143, $\text{sig} >0.05$).

Zaključak Na osnovu dobijenih rezultata možemo zaključiti da ne postoje statistički značajne razlike između nastavnog kadra u osnovnom obrazovanju i nastavnog kadra u visokom obrazovanju u odnosu na ispitivane varijable.

Ključne reči: *motivacija za postignućem, stres, nastavni kadar u osnovnom obrazovanju, nastavni kadar u visokom obrazovanju*

UVOD

O važnosti uloge nastavnika u nastavnom procesu govorili su brojni autori. Američki psiholozi Gecels i Džekson (Getzels & Jackson) ukazuju da je ličnost nastavnika „značajna i odlučujuća, ali istovremeno i najkompliciranija varijabla u aktivnostima i radu škole“ [1].

Zbog čega poredimo nastavni kadar u osnovnom i visokom obrazovanju? Naime, i jedni i drugi bave se istom vrstom posla - obrazovnim radom. Međutim postoje i određene razlike u njihovom radu: tok razvoja karijere, ciljevi rada, različiti nivoi intelektualnog, emotivnog i socijalnog razvoja učenika, itd. Kada je reč o tok razvoja karijere, kod zaposlenih u visokom školstvu postoje određeni nivoi razvoja karijere koji nužno postavljaju određene, nimalo lake, zahteve (npr. sticanje određenog stručnog, akademskog, odnosno naučnog naziva; naučni, odnosno stručni radovi, objavljeni u naučnim časopisima, itd.), koji mogu biti veoma stresni za zaposlenog na fakultetu, pogotovo zbog stalnih prolaza kroz izborne-reizborne procese*. Potom, nastavni kadar u osnovnoj školi u odnosu na fakultet razlikuje se i u pogledu ciljeva rada, te možemo reći da su nastavnici u osnovnom školstvu, pored obrazovnog rada, značajno usmereni i na vaspitni rad. U ovom istraživanju proverićemo da li će razlike u radu nastavnog kadra u osnovnim školama i nastavnog kadra na fakultetu uticati i na stepen izraženosti motiva za postignućem i subjektivni doživljaj intenziteta stresa.

Istraživanja su potvrdila da nastavnik sa izraženom motivacijom za postignućem, nastavnik koji je efikasan i usmeren ka

ostvarivanju ciljeva, utiče na postignuća samih učenika [2,3]. Mek Kleland (Mc Clelland, D., 1953) je motiv za postignućem odredio kao „tendenciju da se ulaže napor da se postigne i ostvari nešto što se smatra vrednim i čime će se istaći pred drugima“ [4]. Po Mek Klelandu, motiv za postignućem je stečeni motiv i razvoj ovog motiva zavisi od načina i sadržaja vaspitanja kao i od vrednosti koje se postavljaju i cene u određenoj kulturi. Tako dominantan faktor razvoja ovog motiva leži u vaspitanju, putem koga se zapravo i prenose vrednosti u određenom društvu.

Rezultati istraživanja pokazuju da stres nastavnika utiče negativno na školu kao organizaciju i na nastavnikovo profesionalno postignuće. Empirijski podaci ukazuju da je stres prisutan u radu nastavnika čime je svakako doveden u pitanje i kvalitet nastave kao i odnos između đaka i nastavnika, obzirom da nastavnik pod stresom ispoljava znake neprijateljskog ponašanja prema učenicima i kolegama [5]. Psihološke teorije stresa ističu da stres najčešće nastaje kao rezultat određenog nesklada između čoveka i sredine. Možemo reći da je stres rezultat procene zahteva koji nam se nameću kao otežani ili povećani, i sa druge strane, procene naših mogućnosti kao neadekvatnih da se zahtevi na bilo koji način savladaju. Dakle, ako osoba oceni da su zahtevi, koji joj se nameću, ugrožavajući za nju samu, i takođe proceni da snage sa kojima raspolaže nisu adekvatne da se ovi ugrožavajući zahtevi razreše, pri čemu su zahtevi intenzivni, dugotrajni, neizvesni, osoba će situaciju doživeti kao pretnju i stres će dovesti do negativnih posledica. Međutim, ukoliko osoba oceni zahteve kao neugrožavajuće ili kao takve da ih može savladati, osoba će, iako oseća posledice stresa i pojačanog naprezanja, situaciju doživeti kao izazov da iskaže svoje potencijale i mogućnosti [6].

* Pisano na osnovu Zakona o visokom obrazovanju

CILJ RADA

Opšti cilj ovog rada je da utvrdi da li postoje razlike u stepenu izraženosti određenih psiholoških parametara (motivacije za postignućem i doživljaja intenziteta stresa) između nastavnog kadra u osnovnom i visokom obrazovanju. Takođe, želimo da utvrdimo i da li postoji razlika između ispitanika različitog pola i različite dužine radnog staža u pogledu stepena izraženosti pomenutih varijabli.

U skladu sa tim, definisani su sledeći specifični ciljevi istraživanja:

- Utvrditi da li postoje statistički značajne razlike u stepenu izraženosti motivacije za postignućem između nastavnog kadra u osnovnom i visokom obrazovanju.
- Utvrditi da li postoje statistički značajne razlike u doživljaju intenziteta stresa između nastavnog kadra u osnovnom i visokom obrazovanju.
- Utvrditi da li postoji statistički značajna razlika između muškaraca i žena u odnosu na stepen izraženosti motivacije za postignućem.
- Utvrditi da li postoji statistički značajna razlika između muškaraca i žena u odnosu na stepen izraženosti doživljaja intenziteta stresa.
- Utvrditi da li postoji statistički značajna razlika između ispitanika sa različitom dužinom radnog staža u odnosu na stepen izraženosti motivacije za postignućem.
- Utvrditi da li postoji statistički značajna razlika između ispitanika sa različitom dužinom radnog staža u odnosu na stepen izraženosti doživljaja intenziteta stresa.

METOD RADA

Inicijalno je bilo testirano 160 ispitanika; međutim odbacivanjem upitnika koji nisu bili potpuno popunjeni dolazimo do 146 ispitanika koji su uključeni u konačne rezultate istraživanja: nastavni kadar u osnovnom obrazovanju (73 ispitanika) i nastavni kadar u visokom obrazovanju (73 ispitanika). Istraživanje je sprovedeno u sledećim obrazovnim institucijama u Nišu: osnovnim školama – „Dušan Radović“, „Čele Kula“, „Branko Miljković“; fakultetima - Elektronskom fakultetu, Prirodno-matematičkom fakultetu, Medicinskom fakultetu, Mašinskom fakultetu. U uzorku je 61 muškarac i 85 žena. Dužina radnog staža ispitanika (koji se inače kreće u rasponu od 1 do 36 godina) podeljena je u tri kategorije. Tako u uzorku ima ukupno 48 ispitanika sa radnim stažom od 1 do 7 godina (32,9%), 46 ispitanika sa radnim stažom od 8 do 14 godina (31,5%) i 52 ispitanika sa radnim stažom preko 14 godina (35,6%).

Motivacija za postignućem operacionalno je određena pomoću MOP testa motiva postignuća, kojeg su konstruisali Havelka i Lazarević 1976. godine. MOP test motiva za postignućem - sastoji se od 55 tvrdnji gde ispitanici procenjuju stepen slaganja sa tvrdnjama na petostepenoj skali (potpuno tačno, uglavnom tačno, nisam siguran, uglavnom netačno, potpuno netačno).

Stres je meren Bensabinim opštim upitnikom o stresu. Opšti test o stresu (Bensaba, 1999) – sastoji se od 65 tvrdnji, od kojih svaka pripada jednoj od šest skala; svaka skala meri jednu dimenziju stresa; skale su: podložnost stresu, temperament ponašanja, posao, brak i način života; ispitanici procenjuju stepen slaganja sa tvrdnjama na četvorostepenoj skali (uvek, često, ponekad i retko ili nikada).

Tokom istraživanja vođeno je računa o sledećim kontrolnim varijablama: godine starosti (kategorija od 25 do 60 godina staro-

sti), dužina radnog staža (kategorije: od 1 do 7 godina, od 8 do 14, preko 14 godina) i pol.

Za izračunavanje statističke značajnosti razlika korišćen je t-test i analiza varijanse (ANOVA).

REZULTATI

Da bismo utvrdili da li postoji statistički značajna razlika u stepenu izraženosti motivacije za postignućem i doživljaja intenziteta stresa između nastavnog kadra u osnovnom i visokom obrazovanju, najpre smo izračunali aritmetičke sredine i standardne devijacije ispitivanih varijabli, a potom smo ispitali i

značajnost dobijenih razlika. Dobijeni rezultati nalaze se u tabelama 1 i 2.

Iako je nastavni kadar u osnovnoj školi pokazao veći stepen izraženosti motivacije za postignućem u poređenju sa nastavnim kadrom na fakultetu ipak nije potvrđena statistički značajna razlika u motivaciji za postignućem između ove dve grupe ispitanika.

Iako nastavni kadar na fakultetu pokazuje veći stepen izraženosti doživljaja intenziteta stresa u poređenju sa nastavnim kadrom u osnovnoj školi ipak ne postoji statistički značajna razlika u doživljaju intenziteta stresa između ove dve grupe ispitanika.

Tabela 1. Aritmetička sredina, standardna devijacija i značajnost razlika varijable motivacija za postignućem

Table 1. Mean, Standard Deviation and t-test in relation to the achievement motivation

	posao job	AS Mean	SD Std. deviation	t-test	sig
MOP Achievement motivation	osnovna škola Primary school	209.74	19.080	1,136	>0.05
	fakultet Faculty	206.05	20.116		

Tabela 2. Aritmetička sredina, standardna devijacija i značajnost razlika varijable doživljaj intenziteta stresa

Table 2. Mean, Standard Deviation and t-test in relation to the stress

	posao job	AS Mean	SD Std. deviatio n	t-test	sig
stres Stress	osnovna škola Primary school	205.71	18.410	0,358	>0.05
	fakultet Faculty	206.79	18.128		

Da bismo utvrdili da li postoji statistički značajna razlika između muškaraca i žena u odnosu na stepen izraženosti motivacije za postignućem, kao i u odnosu na doživljaj intenziteta stresa, izračunali smo aritmetičke sredine i standardne devijacije ispitanih varijabli a u odnosu na pol ispitanika, a potom smo ispitali i značajnosti dobijenih razlika. Dobijeni rezultati nalaze se u tabeli 3.

Iako su žene pokazale veću izraženost motivacije za postignućem, ipak nije dobijena statistički značajna razlika između muškaraca i žena u pogledu ove varijable. Kao što se može videti iz tabele muškarci su, u odnosu na žene, pokazali veći nivo izraženosti doživljaja intenziteta stresa međutim dobijena razlika nije statistički značajna.

Da bismo utvrdili da li postoji statistički značajna razlika između ispitanika sa različitim dužinom radnog staža u odnosu na stepen izraženosti motivacije za postignućem kao i u odnosu na doživljaj intenziteta stresa, primenili smo ANOVA test između kategorija dužine radnog staža a u odnosu na ispitivane varijable. Da podsetimo, dužina radnog staža ispitanika podeljena je u tri grupe: od 1 do 7 godina, od 8 do 14 godina i preko 14

godina radnog staža. Dobijeni rezultati nalaze se u tabeli 4.

Dakle, nisu potvrđene statistički značajna razlika između grupa ispitanika sa različitim dužinom radnog staža u odnosu na merene varijable.

DISKUSIJA

Na osnovu brojnih novijih istraživanja potvrđeno je da je uspehu orijentisani nastavnik, nastavnik zavidnih kvaliteta, važan faktor uspostavljanja kvalitetnog nivoa obrazovanja [7,8,9,10]. Stoga su različiti autori bili zainteresovani za istraživanje ličnosti nastavnika. O postignuću i uspehu nastavnika često se govori iz ugla uspešnosti učenika [2,11]. Naime, Elizabet Leu (Elizabet Leu, 2004) ukazuje na to da se težnja ka uspehu nastavnika uglavnom posmatra kroz postignuća i akademske uspehe učenika (kao najjednostavniji metod) mada treba istaći i uticaj na razvoj drugih željenih veština i ponašanja. Ona ističe ključnu ulogu nastavnika u realizovanju kvalitetnog obrazovanog procesa. Radi održavanja kontinuiteta kvalitetnog obrazovanja istraživala je karakteristike efi-

Tabela 3. Aritmetička sredina, standardna devijacija i značajnosti razlika motivacije za postignućem i doživljaja intenziteta stresa a u odnosu na pol ispitanika.

Table 3. Mean, Standard Deviation and t-test in relation to the impact of the gender to the achievement motivation and the stress

	pol Gender	AS Mean	SD Std.deviation	t-test	sig
MOP Achievement motivation	muški Male	206.70	19.536	0,621	>0.05
	ženski Female	208.75	19.759		
Stres stress	muški Male	208.56	16.678	1,298	>0.05
	ženski Female	204.60	19.168		

kasnog i motivisanog nastavnika. Ukazuje na veliki broj faktora koji određuju nastavnika usmerenog ka postignuću, od kojih ćemo mi izdvojiti sledeće [11]:

- a) Nastavnik usmeren ka ostvarivanju postignuća bira metodologiju i nastavne materijale koji su u skladu sa sposobnostima učenika. Daje uverenjenju, konstruktivnu povratnu informaciju, ulaže dodatni trud u radu sa učenicima slabijih sposobnosti i postavlja dodatne izazove pred talentovane učenike.
- b) Koristeći vlastito iskustvo prilagođava se trenutnoj situaciji; fleksibilan je i osetljiv i ponosan na svoj nastavnički poziv.
- c) Usmeren je ka stalnom profesionalnom usavršavanju.
- d) Postavlja visoka očekivanja pred studente.
- e) Brine o svojim učenicima, usmeren je ka njihovim interesovanjima, problemima i uspesima. Podstiče studente da budu kreativni, odgovorni i da imaju samopouzdanje.

I drugi autori su isticali karakteristike nastavnika usmerenog ka postignuću. Tako Strong (Strong, 2007) ukazuje da efikasan nastavnik razume i pristupa svakom učeniku kao individui sa svojim potrebama i sposobnostima, svojim stilom učenja [2].

Različiti radovi bavili su se razlikama između izuzetno nadarenih nastavnika i prosečnih, ističući da se ove dve grupe razlikuju, pre svega, u nivou motivacije ka postignuću, a potom i u sposobnosti primene znanja, ulozi facilitatora, entuzijazmu i posvećenosti u radu, nivou samopouzdanja. Čak se ističe i važnost zapošljavanja i razvoja nastavnika koji će biti usmereni ka postignuću i uspehu u svom radu, upravo zbog svog uticaja na učenike da postignu što viši nivo akademskog postignuća [3].

Rezultati ovog istraživanja ukazuju na to da iako je nastavni kadar u osnovnoj školi pokazao veći stepen izraženosti motivacije za postignućem u poređenju sa nastavnim kadrom na fakultetu ipak nije potvrđena statistički značajna razlika u motivaciji za postignućem između ove dve grupe ispitanika.

U naučnoj literaturi nismo našli radove koji direktno poredi stepen izraženosti motiva za postignućem između nastavnika u osnovnom i visokom obrazovanju, mada su se neki autori bavili istraživanjem motiva za postignućem između nastavnika različitih kultura i nastavnika koji rade u državnom i privatnom sektoru. Tako je Sema Munaf (Sema Munaf, 2009) sprovela istraživanje sa ciljem da se utvrde razlike u motivaciji za postignućem između univerzitetskih nastavnika u privatnim i državnim institucijama u Pakistanu i Maleziji. Rezultati istraživanja su po-

Tabela 4. Rezultati ANOVA testa između kategorija dužine radnog staža a u odnosu na stepen izraženosti motivacije za postignućem i doživljaj intenziteta stresa.

Table 4. ANOVA results in relation to the impact of the level of work experience to the achievement motivation and the stress

	F	sig
MOP Achievement motivation	0,462	>0.05
Stres Stress	0,143	>0.05

kazali da je motiv za postignućem izraženiji generalno u Maleziji u odnosu na Pakistan. Motiv za postignućem u državnim fakultetima u Pakistanu nije se razlikovao u odnosu na privatne fakultet. Takođe, ni u Maleziji nije potvrđena razlika u izraženosti motiva za postignućem između nastavnika u privatnom i državnom sektoru [12].

Različiti autori su potvrdili prisutnost stresa u nastavničkoj profesiji [13,14]. Čak su neka istraživanja potvrdila da stres na radu nastavnika dovodi do povećanja rizika od kardiovaskularnih problema [13].

Rezultati ovog istraživanja pokazali su da iako nastavni kadar na fakultetu pokazuje veći stepen izraženosti doživljaja intenziteta stresa u poređenju sa nastavnim kadrom u osnovnoj školi ipak ne postoji statistički značajna razlika u doživljaju intenziteta stresa između ove dve grupe ispitanika.

Pratt (Pratt, 1978) je ispitivao činioce koji utiču na doživljaj stresa kod nastavnika osnovnih škola. To su: nesposobnost nastavnika da se nosi sa problemom nastave, učenici koji ne saraduju, agresivni učenici, zabrinutost oko procesa učenja, odnosi sa kolegama [15]. I drugi autori su govorili o izvorima stresa nastavnika ističući sledeće faktore: pojačane zahteve posla, česte reforme školstva, nedolično ponašanje učenika, uslove rada, vremenski pritisak, veliki broj učenika u odeljenju, itd [16].

Dobijeni rezultati u ovom istraživanju svakako pokreću na razmišljanja o razlozima zbog kojih se pomenute dve grupe ispitanika značajno ne razlikuju po doživljaju intenziteta stresa. Na početku rada smatrali smo da upravo pojačani zahtevi, koji se postavljaju pred nastavni kadar na fakultetu, mogu dovesti kod zaposlenih do doživljaja stresa. Međutim, ključ razumevanja ovako dobijenih rezultata možda upravo leži u povećanim zahtevima koji se u novije vreme postavljaju i pred nastavni kadar u osnovnim školama, čime svakako raste i doživljaj stresa. Svako treba napomenuti i sve češće disciplinske

probleme đaka sa kojima se susreću nastavnici u osnovnim školama, čime se svakako poštovanje ličnosti, pa čak i lična bezbednost nastavnika sve više dovodi u pitanje. Na žalost, u zadnje vreme, sve smo češće upoznati, preko sredstava javnih informisanja, sa ovakvim nemilim događajima. Naravno, sve ovo bi moglo biti tema nekih daljih istraživanja u ovoj oblasti.

Kada govorimo o reagovanju na stresnu situaciju ne smemo zaboraviti važnost adaptacije organizma na inače stresogene stimulse. Čovek, kada je suočen sa ugrožavajućim stimulusima, aktivira svoje adaptivne mehanizme kako bi data osujećenja savladao. Spremnost za aktiviranje odbrambenih snaga zavisi od čovekove dispozicione strukture i stanja organizma. Takođe, vrlo je bitna i psihološka uloga stimulusa. Odnosno, nije bitna samo karakteristika određenog stimulusa već i uticaj na samu ličnost, tj. kako čovek razume dati stimulus i koju težinu, složenost i opasnost mu pripisuje [6].

Izvestan broj istraživanja bio je posvećen objašnjavanju odnosa između pola, dužine radnog straža, dobne starosti i doživljaja stresa. Kao i u ovom radu nisu pronađeni pouzdani empirijski rezultati o povezanosti ovih karakteristika nastavnika i stresa [5, 17,18].

ZAKLJUČAK

Na osnovu rezultata istraživanja možemo zaključiti da se nastavni kadar u osnovnom obrazovanju u odnosu na nastavni kadar u visokom obrazovanju ne razlikuje u pogledu stepena izraženosti motiva za postignućem i doživljaja intenziteta stresa. Takođe, ne postoje statistički značajne razlike između muškaraca i žena u pogledu izraženosti motivacije za postignućem i doživljaja intenziteta stresa. Pored toga, ni ispitanici sa različitom dužinom radnog staža ne razlikuju se u stepenu izraženosti pomenutih varijabli.

ACHIEVEMENT MOTIVATION AND THE EXPERIENCE OF THE INTENSITY OF STRESS OF THE PRIMARY SCHOOL TEACHERS AND THE UNIVERSITY TEACHERS

Slobodanka Cvetković

Summary

Introduction In this study we will explore if the job differences between the primary school teachers and the university teachers will have the influence into their certain psychological parameters.

Objective The general objective is to confirm the differences between the primary school teachers and the university teachers in relation to their achievement motivation and their experience of the intensity of stress. Also, we would like to confirm the impact of the gender and the level of work experience on the tested psychological parameters.

Method The research was conducted on a sample of 146 examinees and we used the following instruments: MOP test of achievement motivation and Bensaba's test of stress. Regarding the statistic techniques we applied t-test and ANOVA.

Results The results confirms that there are no difference between the primary school teachers and the university teachers in relation to their achievement motivation (t-test=1,136, sig >0.05) as well as in relation to their experience of the intensity of stress (t-test=0,358, sig >0.05). Also, there are no difference between the gender in relation to the achievement motivation (t-test=0,621, sig >0.05) and the experience of the intensity of stress (t-test=1,298, sig >0.05). In addition, there is no impact of the level of work experience in relation to the achievement motivation (F=0,462, sig >0.05) and in relation to the experience of the intensity of stress (F=0,143, sig >0.05).

Conclusion In accordance with above, we conclude that there is no significant differences between the primary school teachers and the university teachers in relation to the examined variables.

Key Words: achievement orientation, stress, primary school teachers, university teachers

Literatura:

1. Đorđević, J. (2008). Ličnost i funkcije nastavnika u savremenim društvenim i ekonomskim promenama, *Pedagoška stvarnost* Liv 9-10, str. 842-853.
2. Strong, H.J. (2007). Quality of effective teachers, *Association for Supervision and Curriculum*
3. Worrell, C. F., Kuterbach, D. L. (2001). The Use of Student Ratings of Teacher Behaviors With Academically Talented High School Students, *Journal of Secondary Gifted Education*
4. Rot, N. (1980). *Osnovi socijalne psihologije*, Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva
5. Krnjajić, S. (2003). Nastavnik pod stresom, *Zbornik Instituta za pedagoška istraživanja*, br. 35, str. 222-244. <http://scindeks-clanci.nb.rs/data/pdf/0579-6431/2003/0579-64310335222K.pdf>
6. Štajnberger, I., Čizmić S. (1991). *Psihologija i savremena tehnika*, Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva
7. ADEA (2002). ADEA (Association for the Development of Education in Africa) Newsletter, Special Issue: Reaching Schools: Where Quality Starts, 14,3.
8. Boyle, B., While, D., Boyle, T. (2003). *A Longitudinal Study of Teacher Change: What Makes Professional Development Effective?* Manchester: University of Manchester, Institute for Political and Economic Governance, Working Paper No. 1.
9. Lewin, M. K., Stuart, S. J. (2003). *Research Teacher Education: New Perspectives on Practice, Performance and Policy*, Sussex: MUSTER Synthesis Report, Department for International Development (DFID) Educational Papers.
10. USAID (2002). *Progress in Education: USAID 2000-2001*. Washington DC: USAID.
11. Leu, E. (2004). *Developing a Positive Environment for Teacher Quality*, U.S. Agency for International Development. http://people.umass.edu/educ870/teacher_education/Documents/EQ1%20Motiv%20Chr%20Quality%20-%20Leu.pdf
12. Munaf, S. (2009). Motivation, Performance and Satisfaction Among University Teachers: Comparing Public and Private Sectors in Pakistan and Malaysia, *South Asian Journal of Management*. http://findarticles.com/p/articles/mi_qa5483/is_200910/ai_n52371403/
13. Choudhary, S.B., Rao, V., Suneetha, S. (2004), *Cardiovascular Reactivity During Teaching: An Emerging Occupational Stress in School Teachers*, Paper presented at the 54th National Conference – IAOH, Kochi
14. De Nobile, J. J., McCormik, J. (2007). *Occupational Stress of Catholic Primary School Staff: Investigating Biographical Differences*, A paper presented at the Annual Conference of the Australian Association for Research in Education, Fremantle
15. Pratt, J. (1978). *Perceived Stress Among Teachers: the effects of age and background of children taught*, *Educational Review*, Vol. 30, No 1
16. Oi Ling, S. (1995). *Occupational Stress Among Schoolteachers: A Review Of Research Findings Relevant To Policy Formation*, *Educational Journal*, Vo. 23, No 2
17. Kyriacou, C. & J. Sutcliffe (1978): »Teacher stress: prevalence, sources and symptoms«, *British Journal of Educational Psychology*, Vol. 48, No. 2, 159–167.
18. Pierce, C.M. & G.N. Molloy (1990): »Psychological and biographical differences between secondary school teachers experiencing high and low levels of burnout«, *British Journal of Educational Psychology*, Vol. 60, No. 1, 37–51.

Slobodanka Cvetković
Vizantijski bulevar, 136/19
18000 Niš, Srbija
Tel: 018/276 -421, 064/38 24 039
E-mail: boba79@sbb.rs

INTERNALIZOVANI I EKSTERNALIZOVANI PROBLEMI DECE SA OŠTEĆENIM SLUHOM

Ivan Jerković¹
Sofija Stanojčić¹
Špela Golubović²

UDK: 616.28-008-053.2:371.04

- 1 Odsek za psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu, Novi Sad, Srbija
- 2 Katedra za specijalnu rehabilitaciju i edukaciju, Medicinski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu, Novi Sad, Srbija

UVOD

Oštećenje sluha može dvojako uticati na psihosocijalno funkcionisanje. Jedan izvor osobenog funkcionisanja deteta potiče od samog oštećenja. Nedostatak auditivnog iskustva neposredno utiče na prirodu i razvijenost nekih psihičkih funkcija kao što su

Kratak sadržaj

Uvod. Život, a posebno obrazovanje, dece sa oštećenim sluhom podrazumeva suočavanje sa okolnostima koje po pravilu ne srećemo u razvoju većine dece. Te okolnosti mogu imati uticaja na njihov razvoj.

Cilj rada. Ovo istraživanje bavi se odnosom sredine u kojoj dete oštećenog sluha živi (porodice ili internata) i izraženosti eksternalizovanih i internalizovanih problema u njegovom ponašanju. Predmet procene je bilo ponašanje 68 dece (36 muškog i 32 ženskog pola), učenika od prvog do osmog razreda osnovne škole.

Metod rada. Decu su procenjivali njihovi roditelji. Instrumenti koji su korišćeni su skale SCARED i ECBI, koji služe u proceni internalizovanih i eksternalizovanih problema kod dece.

Rezultati. Nakon obrade podataka može se zaključiti da deca oštećenog sluha koja žive sa svojim roditeljima, za razliku od one koja žive u internatu, pokazuju tendenciju ka izraženijem ispoljavanju internalizovanih problema, dok deca koja žive u internatu pokazuju više skorove za eksternalizovane probleme.

Zaključak. Ipak, uprkos ustanovljenim razlikama, jedino skor na subskali generalizovane anksioznosti, dostiže i statističku značajnost ($t=2,767$ $p<0,01$), dok u pogledu ostalih mera internalizovanih problema nema značajnih razlika. Statistički značajne razlike se ne nalaze ni u pogledu eksternalizovanih problema. Takođe, oštećenje sluha roditelja nije u vezi sa ispoljavanjem internalizovanih i eksternalizovanih problema kod dece oštećenog sluha.

Ključne reči: oštećenje sluha, internalizovani problemi, eksternalizovani problemi.

npr. inteligencija ili pamćenje. U jednom istraživanju ustanovljeno je da gluvi ispitanici sa nižim intelektualnim sposobnostima imaju teškoće u socijalizaciji, izražavanju i razumevanju pravila. Njihova nesposobnost da se prilagode društvu često dovodi do frustracije i eksternalizovanih problema

[1]. Uticaj oštećenja sluha može biti i indirektan, tako što izaziva određene negativne reakcije, stavove i odnos porodice, okoline i šire društvene zajednice prema slušno oštećenom detetu. Ovakvi stavovi imaju štetne posledice na razvoj deteta. Oni blokiraju preduzimanje odgovarajućeg tretmana usmerenog na podsticanje razvoja, zasnovanog na očuvanim dečijim potencijalima [2, 3].

Istraživanja koja su se bavila socijalnim razvojem i socijalnom komunikacijom slušno oštećene dece, došla su do sledećih zaključaka [3].

1. Deca oštećenog sluha pokazuju povećanu socijalnu neprilagođenost koja se ogleda u sniženoj komunikaciji, socijalnom povlačenju i socijalnoj izolaciji;

2. Ispoljavaju socijalnu nezrelost koja se ogleda u nedovoljnoj sposobnosti da se brinu sami o sebi, o drugima i prihvate odgovornost za svoje ponašanje;

3. Njihovo ponašanje je nedovoljno socijalizovano i nema odgovarajućeg poštovanja socijalnih normi. Konstatovani su problemi u moralnom razvoju i moralnom prosuđivanju;

4. Razvijanje i poboljšavanje raznih sredstava komunikacije, kao i njihova kombinacija, pozitivno utiču na ukupan socijalni razvoj ličnosti oštećenog sluha.

Impulsivnost, agresivna ponašanja i izlivi besa su često pominjane crte koje su konstatovali istraživači osoba sa oštećenim sluhom. Takve reakcije zasnovane su na želji za neposrednim zadovoljenjem potreba ili nagona. Teškoća komunikacije otežava roditelju gluvog deteta mogućnost objašnjenja potrebe za odlaganjem ili najave da će potreba biti zadovoljena kasnije. Egocentrizam je takođe često konstatovana crta ličnosti osoba sa oštećenim sluhom, kao ne-sposobnost da se razumeju potrebe i oseća-

nja drugih. Uloga jezika i komunikacije je ovde od velike važnosti jer omogućava objašnjenja iskustva i emocija drugih ljudi. Pored sazajnog egocentrizma konstatovano je i produženo trajanje "afektivnog egocentrizma", a koji se ispoljava kroz nemogućnost razumevanja i prihvatanja emocionalnog reagovanja drugih. Za ponašanje osoba sa oštećenim sluhom karakteristična je i rigidnost, tj. kruto pridržavanje određenih pravila i normi ponašanja. Razlog ovome je nedovoljno razumevanja finesa vezanih za određene životne situacije i događaje, njihove uzroke i slično, pa se u takvim situacijama javlja naučeno ponašanje koje sledi jednom utvrđena pravila bez njihovog prilagođavanja novim okolnostima. Osobe sa oštećenim sluhom imaju često narušen pojam o sebi, osećanje manje vrednosti, nezadovoljstvo sobom, probleme u indentifikaciji. Ustanovljano je i da gluve osobe više ispoljavaju simptome depresije i anksioznosti nego one koje čuju [4]. Za ponašanje osoba sa oštećenim sluhom karakteristično je i postojanje ograničenih interesovanja, snižene motivacije, kao i tendencije ka psihotičnom načinu reagovanja [3]. Lajon [prema 5] je u svom istraživanju došao do zaključka da 80% ispitanika oštećenog sluha spada u kategoriju emocionalno neprilagođenih ili u kategoriju kojoj je potrebna psihijatrijska pomoć. Faktori koji utiču na emocionalnu stabilnost, prilagođenost i neprilagođenost, kao i na psihopatologiju slušno oštećenih, mogu se podeliti u dve velike grupe:

1. Opšti faktori uticaja (zajednički za slušno neoštećene i oštećene): poremećaji u porodičnom životu, neadekvatan emocionalni kontakt sa majkom, separaciona iskustva, česta promena mesta stanovanja itd.

2. Specifični faktori (karakteristični za slušno oštećene): stepen slušnog oštećenja, vreme nastanka oštećenja, povezanost sluš-

nog oštećenja sa drugim organskim deficitima kao što je moždano oštećenje.

U ovu grupu spada i verbalni deficit, posebno nedovoljan verbalni kontakt sa roditeljima, i veština komuniciranja. Jedno od novijih istraživanja ukazuje na to da gubitak sluha nije od primarne važnosti za nastanak psihijatrijskih poremećaja, koliko je ustvari bitno da roditelji razumeju način na koji njihovo gluvo dete komunicira. U istraživanju je ustanovljeno da samo 25% roditelja procenjuje sebe kompetentnima u razumevanju svog gluvog deteta [6]. Takođe, kao značajan faktor ove grupe navešćemo i internatski način života i rada, školovanje u specijanim školama naspram integracije u redovne škole, negativne društvene stavove, predrasude i odbacivanja socijalne sredine, kao i stanje sluha roditelja i bliže rodbine.

Veoma su retki roditelji koji uspevaju da se realno postave prema detetu sa posebnim potrebama, pa su najčešće reakcije prema njemu prezaštićenost, ignorisanje ili čak odbacivanje. Nisu retke situacije da isti roditelj sukcesivno ispoljava sva tri tipa reakcija ili da je prezaštićenost reaktivna formacija na odbacivanje. Ustanovljeno je da su roditelji sa gluvom decom izloženiji stresnim iskustvima, kao i da je upravo roditeljski stres povezan sa učestalošću socio-emocionalnih problema kod dece [7]. Zbog svega toga, kod dece se stvara osećanje nesigurnosti izazvano osobenim odnosom roditelja prema njima [8, 9]. Ponekad, porodica ne omogućava detetu zadovoljenje njegovih potreba. Ukoliko postavlja određene prepreke, porodica dovodi dete u frustrativnu situaciju praćenu intenzivnom anksioznošću. Takve prepreke (npr. odsustvo roditelja, stalne zabrane itd.) mogu frustrirati potrebu deteta za sigurnošću, ljubavlju i emocionalnom toplinom. Pored toga, ostaju nezadovoljeni i

tzv. lični ili ego motivi, poput motiva za isticanjem i samopotvrđivanjem [10]. Ukoliko u porodici postoji oštećenje sluha kod jednog, ili kod oba roditelja, lakše će se prihvatiti i oštećenje kod deteta. S obzirom da već raspolažu iskustvom šta znači biti gluv, ovakvi roditelji imaju više razumevanja i podrške za svoje dete [5].

Potcenjivanje sposobnosti deteta javlja se kod izvesnog broja roditelja slušno oštećene dece, koji su skloni da sposobnosti svog deteta niže vrednuju u odnosu na njihovo stvarno stanje. Zahtevi koji se postavljaju u odnosu na dete nisu u skladu sa njegovim sposobnostima, već su po pravilu znatno lakši u odnosu na njegove mogućnosti. Neki roditelji su skloni da generalizuju nesposobnost svog gluvog deteta sa uskog opsega zadataka i aktivnosti, koje takvo dete objektivno ne može da obavi, na druge sfere u kojima je objektivno sposobno da to čini, jer ga hendikep u tome ne sprečava. Roditelji slušno oštećene dece mogu mučeni raznim opravdanim i neopravdanim strahovima sprečavati osamostaljivanje i nezavisnost svoje dece. Mnoga deca sa oštećenim sluhom na to reaguju negativizmom, pa čak i mutizmom, jer su to njihovi načini za izražavanje protesta i postizanje nezavisnosti [11]. Do potcenjivanja sposobnosti deteta može doći usled neznanja roditelja o prirodni slušnog oštećenje deteta i njegovim posledicama. Beg od deteta je reakcija roditelja koja se može tretirati kao manifestacija njihovog negativnog vrednovanja deteta. Oгледа se u nastojanjima roditelja da na neki način uklone dete iz porodice, odnosno da sami napuste porodicu. Smeštaj deteta u internat i onda kada za to nema nikakve objektivne potrebe, kao i smeštaj deteta u internat koji je udaljen od mesta stanovanja roditelja iako se isti takav nalazi u neposrednoj blizini, razvod braka čiji je uzrok

nemogućnost jednog od bračnog partnera da živi zajedno sa slušno oštećenim detetom, tipični su oblici “bega” roditelja od vlastitog deteta [5, 11].

Adolescent sa oštećenim sluhom ima posebne probleme u samopotvrđivanju, jer raste u društvu čujućih koji idealizuju normalnost, telesnu savršenost i lepotu. Problemi socijalnog sazrevanja se još više ispoljavaju. Na ovom uzrastu rastu zahtevi sredine da se mlada osoba socijalizovane ponaša, pri čemu se kao merila koriste standardi za neometenu populaciju. Rigidnost i zaostajanje u moralnom razvoju dodatno otežavaju odnos osobe oštećenog sluha i njene sredine [2]. Kod gluve dece uzrasta od 12 – 18 god. ustanovljen je i viši nivo anksioznosti, depresije i socijalnih problema nego kod dece uzrasta od 4-11 god. [12]

Istraživanjem, koje je sproveo Živković [13], došlo se do zaključaka da su stariji subjekti bili više zavisni od spoljašnje kontrole u pogledu usaglašavanja svog ponašanja sa zahtevima realnosti. Impulsivnost kod gluvih je opadala sa godinama, ali je zato rasla spoljašnja kontrola njihovog ponašanja, tako da je potiskivanje impulsivnosti bilo rezultat spoljašnjih pritisaka. Imaju savest, koja nije u dovoljnoj meri internalizovana, već je sličnija maloj deci, koja imaju tendenciju da se ponašaju dobro samo dok su odrasli prisutni .

Karakterističan način života, koji se često sreće kod školske dece oštećenog sluha, vezan je za odvajanje od porodice, školovanje i život u internatima. Gluva deca institucionalno smeštena pokazala su veći stepen emocionalne i socijalne nezrelosti nego gluva deca iz dnevnih škola [8]. S druge strane Šekspir [9] navodi da

se deca u internatu ponašaju nezrelo, ređe pristupaju konstruktivnim igrama i manje su istrajna u radu. Ponašanje ovakve dece je većim delom usmereno na sebe i sopstveno telo nego na drugu decu i odrasle. Često se javljaju emocionalni poremećaji, pasivnost, kao i slabije verbalne veštine u odnosu na decu koja žive u porodicama. Novija istraživanja su se bavila ispitivanjem postojanja razlika u razvoju komunikativnih sposobnosti kod dece oštećenog sluha, koja se za vreme školovanja nalaze u svojim porodicama, ili se pak nalaze u internatima. Dobijeni rezultati ukazuju na to da ne postoji statistički značajna razlika između postignuća dece iz internatskih ili porodičnih uslova vaspitanja na planu razvoja komunikativnih sposobnosti i veštine. Arsić zaključuje da dobro organizovana vaspitno-obrazovna praksa u internatu često nudi bolje uslove za razvoj komunikativnih sposobnosti i veština od onih koje je u mogućnosti da pruži porodica svom slušno oštećenom detetu [14].

CILJ RADA

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos sredine u kojoj dete oštećenog sluha živi (porodica ili internat) i izraženosti internalizovanih i eksternalizovanih problema u njegovom ponašanju. Predmet istraživanja je bilo ponašanje i problemi dece oštećenog sluha, a ispitanici su bili njihovi roditelji.

Pod eksternalizovanim problemima podrazumevaju se poremećaji ponašanja poput hiperaktivnosti, negativizma, agresivnosti. Deca i adolescenti sa poremećajima ponašanja ispoljavaju izazivačko ponašanje, protivne se zahtevima roditelja,

drski su, imaju smanjenu sposobnost pažnje, manje pokazuju svoje emocije i ne mogu da ih kontrolišu. Internalizovani problemi se odnose na postojanje emocionalnih poremećaja kod dece i adolescenata. Kod ove dece reakcije na psihološke stresore su anksioznost, fobije, socijalno povlačenje i/ili depresija.

U literaturi i kliničkoj praksi pominju se četiri hipotetička modela o postojanju veze između komunikativnih poremećaja, emocionalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Jedan od tih modela bavio se razmatranjem učestalosti psihijatrijskih i komunikativnih poremećaja udruženih sa niskim IQ, gubitkom sluha, organskim oštećenjima mozga, nepovoljnom porodičnom situacijom, niskim socioekonomskim statusom i prisustvom stresogenih faktora tokom detinjstva. Deca oštećenog sluha zbog teškoća u izražavanju sopstvenih misli, osećanja, strahova i potreba, često razvijaju impulsivna i agresivna ponašanja. Takođe, određene studije ukazuju na to da negativna slika o sebi (koja se često javlja kod dece oštećenog sluha) može doprineti razvoju maloletničke delikvencije [15].

METOD RADA

Istraživanje je obuhvatilo 68 dece, od kojih je 33 dece živi sa svojim roditeljima, a 35 u internatu. 36 dece je muškog, a 32 ženskog pola, uzrasta od 7-15 godina. Broj dece u porodicama iz kojih je uzet uzorak kretao se od 1 - 8. U pogledu obrazovanja roditelja procenjivane dece, 42 je završilo osnovnu školu, 84 ima srednju stručnu spremu, a 6 ima visoku stručnu spremu. 53 roditelja je u braku, 11 je razvedeno, a 4 je udovac/udovica. Kod 7 de-

ce barem jedan roditelj je bio sa oštećenjem sluha.

Istraživanje je bilo sprovedeno u OŠ „Jovan Popović“ u Novom Sadu i Školi za oštećene sluhom-nagluve „Stefan Dečanski“ u Beogradu. U sklopu škole „Stefan Dečanski“ nalazi se internat za decu sa oštećenim sluhom koji je osnovan 1958. godine.

Ispitivač je upitnike podelio roditeljima pre početka roditeljskog sastanka U svakom razredu dato je uputstvo za popunjavanje upitnika, uz pomoć defektologa, tamo gde je bilo potrebno korišćenje gestovnog jezika. Roditelji su upitnike popunjavali individualno. U zavisnosti od broja dece po razredu, u grupama je bilo od 6-14 osoba. Celokupno ispitivanje trajalo je oko 20 minuta. Uslovi u kojima je bilo vršeno istraživanje bili su zadovoljavajući, nije bilo prekidanja niti problema u razumevanju uputstava i ajtema. Roditelji su bili spremni na saradnju i motivisano pristupili popunjavanju zadatih upitnika.

Skala za procenu eksternalizovanih problema (The Eyberg Child Behavior Inventory- ECBI) se sastoji od 36 tipičnih problema u ponašanju deteta, koji su navedeni od strane roditelja. Konstruisan je tako da oceni percepciju roditelja o problemima u ponašanju dece i adolescenata, na uzrastu od 2-16 godina. Izraženost javljanja problema u ponašanju (u kućnom i školskom okruženju) se procenjuje na sedmostepenoj skali- od nikad (1) do uvek (7). Ukupan skor se izvodi sumiranjem ocena izraženosti javljanja navedenih problema u ponašanju. Ukoliko ukupan skor iznosi preko 127, možemo reći da dete ima problema u ponašanju. Skala za procenu eksternalizovanih problema

uspešno diferencira normalno ponašanje dece od ponašanja u kojem su prisutni eksternalizovani problemi. Ona se često koristi i u proceni efikasnosti roditeljskog treninga. Takođe, njenom upotrebom može se ispitati povezanost kvaliteta roditeljskih vaspitnih uputstava sa decom koja su hospitalizovana zbog problema u ponašanju. Možemo reći da Skala eksternalizovanih problema ima dve najčešće primene:

1. Prilikom postavljanja dijagnoze i tretmana dece sa eksternalizovanim problemima
2. Prilikom identifikacije visoko rizične dece za nastanak poremećaja u ponašanju, za utvrđivanje programa koji bi se bavili prevencijom delikvencije, kao i upotreba dobijenih rezultata u oceni uspešnosti tretmana dece sa poremećajima u ponašanju.

Skala za procenu internalizovanih problema (Screen for Child Anxiety Related Disorders-SCARED) se sastoji od 41 ajtema koji se odnose na prisustvo anksioznosti u ponašanju dece. Roditelji procenjuju probleme u ponašanju dece na skali od 1-3, u zavisnosti od učestalosti njihovog javljanja. Ajtemi se skoruju na 5 subskala: panično/somatski poremećaj, generalizovana anksioznost, separaciona anksioznost, socijalna fobija i izbegavanje škole. Ukupan skor se dobija jednostavnom sumom svih ocena. Ukoliko ukupan skor iznosi = 25 možemo konstatovati prisutnost internalizovanih problema [16]. Obe skale su prilagođene za primenu na našoj populaciji [17].

REZULTATI

U cilju eksploracije skora na Skali eksternalizovanih problema, biće prikazani deskriptivni podaci (Tabela 1). Na osno-

Tabela 1. Deskriptivni pokazatelji za Skalu eksternalizovanih problema (ECBI)

Table 1. Descriptive indicators for The Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)

	Minimum	Maksimum	AS	SD	Mdn	Sk	Ku
ECBI	44	159	100,6957	29,74910	103	-,142	-,910

Tabela 2. Deskriptivni pokazatelji za Skalu internalizovanih problema (SCARED)

Table 2. Descriptive indicators for Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED)

	Minimum	Maksimum	AS	SD	Mdn	Sk	Ku
SCARED	0	39	18,3235	9,28237	19	-,019	-,906

vu tabele 1. se može videti da je raspon skorova na upitniku od 44 do 159 (od teorijski maksimalnih 252), pri čemu je aritmetička sredina oko 101, a medijana 103. Na osnovu raspodele skorova i vrednosti za skjunis i kurtozis može se videti da skala ima normalnu distribuciju skorova, s tim što je kurtozis na granici prihvatljivosti (distribucija je blago leptokurtična).

U cilju eksploracije skora na Skali internalizovanih problema, takođe će biti prikazani deskriptivni podaci. Kao što se može videti iz tabele 2. raspon skorova se kreće od nule do 39, pri čemu je aritme-

tička sredina oko 18, a medijana 19. Skor 25 i više dobilo je dvadesetoro dece, što autori smatraju tendencijom ka anksioznom poremećaju. Iako skjunis i kurtozis ne izlaze iz opsega prihvatljivosti za normalnost, kurtozis je na granici prihvatljivosti (distribucija je blago leptokurtična).

S obzirom da se Skala internalizovanih problema sastoji od 5 subskala prikazani su u tabeli 3. deskriptivni pokazatelji i za svaku od njih. Generalno možemo reći da i subsklale imaju zadovoljavajuće metrijske karakteristike (osim, u nekoj meri, subskala Izbegavanje škole) i da sa

<i>Tabela 3. Deskriptivni pokazatelji za subskale Skale internalizovanih problema</i>							
<i>Table 3. Descriptive indicators for subscales of Scale for Child Anxiety Related Disorders</i>							
Subskale upitnika SCARED	Minimum	Maksimum	AS	SD	Mdn	Sk	Ku
Panični poremećaj Panic Disorder	0	13	3,3478	3,04779	2	1,013	,543
Generalizovani anksiozni poremećaj Generalized Anxiety Disorder	0	14	4,8986	3,19073	6	,207	-,249
Separacioni anksiozni poremećaj Separation Anxiety Disorder	0	11	4,4348	2,50575	5	,094	-,736
Socijalno anksiozni poremećaj Social Anxiety Disorder	0	12	4,4783	2,79500	4	,504	,314
Izbegavanje škole Significant School Avoidance	0	4	,8551	1,08838	1	1,283	,883

poverenjem možemo prihvatiti rezultate dobijene njihovim korišćenjem.

U tabeli 4. su prikazani koeficijenti pouzdanosti skala (Cronbach's alpha) i oni takođe pokazuju dobre rezultate. Pouzdanost Skale internalizovanih problema je očekivano nešto niža s obzirom da se radi o instrumentu koji sadrži ajteme koji su namenjeni merenju pojave koja nije sasvim homogena, tj. sadrži subskale.

Glavni rezultat istraživanja prikazan je u tabeli 5. gde se vide razlike među grupama u pogledu rezultata na Skali eksteralizovanih problema, ukupnog skora na Skali internalizovanih problema, kao i na subskalama Skale internalizovanih problema, a u odnosu na porodični i internatski smeštaj dece sa oštećenim sluhom. Primenjen je t-test za nezavisne uzorke.

Na osnovu rezultata t-testova i p vrednosti se može videti da značajne razlike postoje u odnosu na izraženost generalizovanog anksioznog poremećaja, pri čemu veće skorove daju roditelji onoj deci koja žive zajedno sa njima. Zapravo u svim poređenjima deca koja žive sa roditeljima ocenjena su dosledno nepovoljnije

u pogledu postojanja internalizovanih problema, ali je samo jedna od ustanovljenih razlika u tom pogledu dostigla statističku značajnost. Razlike u ukupnom skor na Skali internalizovanih problema, odnosno tendenciji ka ispoljavanju anksioznih problema, se mogu smatrati marginalno značajnim, ponovo u smeru da više skorove roditelji daju deci koja žive sa njima, u odnosu na onu koja su u internatu. S obzirom da je p-vrednost u ovom slučaju malo iznad granice značajnosti, ovaj rezultat tumačimo kao trend i treba ga uzeti sa rezervom. U pogledu eksteralizovanih problema, iako su deca iz internata lošije procenjena u odnosu na decu iz porodice ova razlika nije statistički značajna, a i kad bi bila, suviše je mala da bi se mogla smatrati stvarno relevantnom.

DISKUSIJA

Rezultati ovog istraživanja ukazuju na postojanje izvesnih značajnih razlika između dece sa oštećenjem sluha koja žive sa roditeljima i onih koja žive u internatu.

<i>Tabela 4. Pouzdanost Skale eksteralizovanih problema i Skale internalizovanih problema</i> <i>Table 4 Reliability of Eyberg Child Behavior Inventory and Screen for Child Anxiety Related Disorders</i>		
Skala Scale	Broj ajtema Number of Items	Cronbach's alpha
ECBI (eksteralizovani problemi) ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory)	36	,947
SCARED (internalizovani problemi) SCARED (Screen for Child Anxiety Related Disorders)	41	,873

Ove razlike suprotne su teorijskim očekivanjima i nekim ranijim empirijskim istraživanjima koja smo pominjali na početku rada. Teorijska očekivanja i mnogi empirijski pokazatelji idu u pravcu davanja preimućstva porodičnom životu dece u odnosu na institucionalni smeštaj [18, 19]. Zbog toga naši nalazi zahtevaju određenu diskusiju i tumačenje.

Deca koja žive sa svojim roditeljima imaju izraženiju generalizovanu anksioznost od dece koja žive u internatu. Pod tim se podrazumeva, da su ta deca često zabrinuta zbog mnogih stvari, nervozna, kao i da teško uspostavljaju komunikaciju sa ljudima koje ne poznaju dobro. U traganju za odgovorom zašto je to tako možemo poći u dva pravca. Jedan se odnosi na to da tumačimo pretpostavljene razloge zašto su decu njihovi roditelji tako procenili, podrazumevajući da to ne mora biti stvarno stanje stvari već posledica roditeljskog viđenja. Drugi pravac se odnosi na objašnjenje same pojave povećane anksioznosti kod dece oštećenog sluha koja žive sa svojim roditeljima u odnosu na decu koja žive u internatu.

Razlog za izraženiju generalizovanu anksioznost može biti nerealno sagledavanje sposobnosti gluvog deteta od strane roditelja koji žive sa njima. Roditelji mogu biti skloni da svom detetu postavljaju zahteve koji nisu u skladu sa njegovim mogućnostima. Kritični stavovi roditelja utiču na javljanje osećaja niže vrednosti, jer dete ne može da ispuni očekivanja roditelja. Ono postaje anksiozno, nervozno, zabrinuto. Brine da li je dovoljno dobro u onome što radi, brinu ga stvari koje su se već dogodile, ali i njegova budućnost.

Međutim, bitno je istaći ulogu količine vremena koji roditelji provode sa svo-

jom decom. Naime, roditelji čija deca žive u internatu, po prirodi stvari, manje vremena provode sa njima. Oni svoju decu viđaju za vreme vikenda, često ni tada, ukoliko je mesto gde roditelji žive dosta udaljeno od Beograda. Prilikom razgovora sa vaspitačima, saznali smo da postoje deca koja ne vide svoje roditelje po nekoliko meseci. S toga, procena roditelja učestalosti javljanja problema kod deteta može biti određena tom činjenicom. Sa druge strane, roditelji koji žive sa decom, konstantno su upućeni u sve njihove probleme i teškoće na koje nailaze tokom školovanja.

Što se tiče izraženosti eksternalizovanih problema između gluve dece koja žive sa roditeljima i onih koji žive u internatu, nisu dobijene značajne razlike. Velik broj istraživanja sprovedenih na ovu temu ukazuju na postojanje socijalne nezrelosti, neprilagođenosti, emocionalne nestabilnosti, pasivnosti kod dece koja žive u internatu [8, 9]. S obzirom da je jedino istraživanje Arsića [14] novijeg datuma, možemo zaljučiti da su ovakvi rezultati verovatno dobijeni kao posledica loših uslova života u internatima, koji su postojali ranijih godina. Internat u Beogradu, ima sve potrebne uslove za adekvatan rast i razvoj dece oštećenog sluha. Sa decom svakog dana radi stručni tim sačinjen od vaspitača, defektologa i pedagoga. Pored redovne nastave, imaju organizovana druženja, radionice kreativnog karaktera, izlete, vreme za odmor i rekreaciju. Na ovaj način internatski način života, pored toga što podstiče druženja, razvija disciplinovanost kod dece, kao i njihovu samostalnost.

Pretpostavili smo da će deca čujućih roditelja imati izraženije internalizovane i

eksternalizovane probleme, nego deca čiji roditelji (ili jedan od roditelja) imaju slušno oštećenje. Istraživanjem nisu dobijene statistički značajne razlike u percepciji ispitivanih problema od strane roditelja, a u odnosu na postojanje slušnog oštećenja kod jednog ili oba roditelja. Objašnjenje dobijenih rezultata možemo potražiti u boljim i savremenijim uslovima života dece sa slušnim oštećenjem. Bez obzira na to da li žive u internatu ili sa roditeljima, defektolozi pružaju veliku pomoć kako deci tako i samim roditeljima. Njihova angažovanost omogućava roditeljima da se bolje upoznaju sa prirodom slušnog oštećenja i posledicama koje ono sa sobom donosi. Takođe, danas veliki broj dece ima savremena pomagala (poput kohlearnog implanta), koja u velikoj meri olakšavaju komunikaciju sa njihovim čujućim roditeljima, i pozitivno utiču na celokupan socijalni razvoj ličnosti.

ZAKLJUČAK

Cilj ovog rada bio je da ispita odnos sredine (porodica ili internat) u kojoj dete oštećenog sluha živi, i izraženost internalizovanih i eksternalizovanih problema u njegovom ponašanju. Za ispitivanje izraženosti eksternalizovanih problema korišćena je skala ECBI, dok se izraženost internalizovanih problema ispitivao skalom SCARED. Uпитnike su popunjavali roditelji. U istraživanju je učestvovalo 68 roditelja učenika koji pohađaju osnovnu školu, od kojih 35 živi u internatu, a 33 živi sa svojim roditeljima.

Dobijeni rezultati ukazuju na to, da deca oštećenog sluha koja žive sa roditeljima imaju izraženiju generalizovanu anksioznost nego deca koja žive u internatu, dok u pogledu izraženosti eksternalizovanih pro-

blema nisu dobijene statistički značajne razlike.

Rezultate dobijene ovim istraživanjem treba prihvatiti sa rezervom, s obzirom na ograničenja koja ono u sebi sadrži. Podaci koji su dobijeni prilikom ispitivanja roditelja su retrospektivni, pa nije moguće proveriti koliko je pouzdano sećanje roditelja o ispitivanim problemima u ponašanju njihove dece. Opšte je poznato da je sećanje o podizanju svog deteta u izvesnoj meri iskrivljeno, ali tako da uvek ističe dobar postupak negovanja. Isto važi i za prikazivanje deteta u što boljem svetlu. Tako npr. roditelj neće želeći da prizna da je njegovo dete nešto nekada ukralo, jer bi to značilo da on svoju roditeljsku ulogu ne obavlja na adekvatan način. Generalno postoji problem pouzdanosti roditelja kao informanata, ali on nije specifičan samo za roditelje kao izvore informacija već je to načelno pitanje izvora podataka.

Postoji još jedan opšti problem koji se javlja prilikom procene posledica boravka u internatu. S obzirom da smo poredili dve grupe (grupu dece koja živi u internatu i grupu dece koja žive kod svojih kuća), ne možemo sa sigurnošću reći da razlike među njima nisu postojale još i pre nego što su deca poverena na institucionalni smeštaj. Moguće je da su razlike u stavovima roditelja i dovele do odluke o načinu života deteta tokom pohađanja škole, tj. da postoje i pre početka delovanja internatskog smeštaja na razvoj dece. Smeštaj u specijalnu ustanovu donosi štetu ili korist pojedincu zavisno od toga odakle i gde dolazi, odnosno kakva je sredina iz koje potiče i kakva je sredina u koju dolazi [20, 21, 22]. Za buduća istraživanja uticaja institucionalnog smeštaja na internalizovane i eksternalizovane probleme dece značajno bi bilo povesti računa i o ovim faktorima.

INTERNALIZING AND EXTERNALIZING PROBLEMS IN CHILDREN WITH HEARING IMPAIRMENTS

Ivan Jerković¹
Sofija Stanojčić¹
Špela Golubović²

- 1 Faculty of Philosophy, University of Novi Sad, Serbia
- 2 Faculty of Medicine, University of Novi Sad, Serbia

Literatura:

1. Kushalnagar, P., Krull, K., Hanny, J., Mehta, P., Caudee, S., Oghalai, J. (2007). Intelligence, Parental Depression, and Behavior Adaptability in Deaf Children Being Considered for Cochlear Implantation. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, Vol. 12, Iss. 3; Pg. 335-49

Summary

Introduction. The whole life, but especially education of children with hearing impairments means dealing with the circumstances that typically do not meet the development of most children. These circumstances may affect their development.

Objective. This research is about a relationship between environment in which a deaf child lives (family or boarding school) and internalizing and externalizing problems appearing in his behavior.

Method. The assessment was based on a sample of 68 children (36 male and 32 female), who all attended primary school (age 7 to 14). The children were evaluated by their parents. The instruments of evaluation were SCARED and ECBI scales, whose purpose was to rank internalizing and externalizing problems with children.

Results. Based on the results, it can be concluded that children with hearing impairments who live with their parents tend to have more internalizing than externalizing problems, while those who live in boarding schools show higher scores for externalizing problems.

Conclusion. However, concerning internalizing problems, only difference at the generalized anxiety disorder subscale was statistically significant. About externalizing problems, there were no statistically significant differences between the groups. In addition, hearing impairments in parents proved not to be associated with the problems in behavior of deaf children mentioned above.

Key words: hearing impairments, internalizing problems, externalizing problems.

2. Hrnjica, S. (1997). Dete sa razvojnim smetnjama u osnovnoj školi. *Učiteljski fakultet, Beograd.*
3. Brajović, L.J., Matejić-Đuričić, Z., Radoman, V., Brajović, A. (1997). Sluh i slušna oštećenja. *Zavod za udzbenike i nastavna sredstva, Beograd.*

4. Tambs, K., Kvam, M., Loeb, M. (2007). Mental Health in Deaf Adults: Symptoms of Anxiety and Depression Among Hearing and Deaf Individuals. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, Vol. 12, Iss. 1; pg. 1-7
5. Radoman, V. (1996). *Surdopsihologija*. Defektološki fakultet, Beograd
6. Fellinger, J., Holzinger, D., Sattel, H., Laucht, M., Goldberg, D. (2009). Correlates of mental health disorders among children with hearing impairments. *Developmental Medicine and Child Neurology*, Vol. 51, Iss. 8; pg. 635- 7 pg
7. Hintermair, M., (2006). Parental Resources, Parental Stress, and Socioemotional Development of Deaf and Hard of Hearing Children. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, Vol. 11, Iss. 4; pg. 493-513
8. Hrnjica, S., Bala, J., Dimčović, N., Novak, J., Popović, D., Radoman, V., Radonjić, J., Živković, G., (1991). *Ometeno dete*. Zavod za udzbenike i nastavna sredstva, Beograd.
9. Šekspir, R. (1979). *Psihologija ometenih u razvoju*. Nolit, Beograd.
10. Grandić, R. (2004). *Prilozi porodičnoj pedagogiji*. Izdanje autora, Novi Sad.
11. Pavković, I. (2003). *Porodica i dete oštećenog sluha*. Zavod za udzbenike i nastavna sredstva, Beograd.
12. Eldik, T., Treffers, P., Veerman, J., Verhulst, F. (2004). Mental health problems of deaf Dutch children as indicated by parents' respon. *American Annals of the Deaf*, Vol. 148, Iss. 5; pg. 390-5
13. Živković, M. (1996). *Psihologija gluve i nagluve dece*. Zavod za udzbenike i nastavna sredstva, Beograd.
14. Arsić, R. (2007). *Komunikacija kao osnova socijalizacije dece oštećenog sluha*. Specijalna edukacija i rehabilitacija, 3-4, 117-27. Izdavački centar CIID.
15. Golubović, S. (2004). *Komunikativni, emocionalni poremećaji i poremećaji ponašanja kod dece i adolescenata*. Pedagogija, 1, 48-57. Beograd.
16. Reitman, D., Hummel, R., Franz, D., Gross, A. (1998). A review of methods and instruments for assessing externalizing disorders: Theoretical and practical considerations in rendering a diagnosis. *Clinical Psychology Review*, Vol. 18, Iss. 5; pg. 555-84
17. Damjanović, R. (2009). *Obeležja i korelati hiperkinetičkog poremećaja na mlađem školskom uzrastu*. Magistarski rad, Filozofski fakultet, Novi Sad.
18. Arsić, R. (2006). *Socijalno okruženje, porodica i njihov uticaj na decu oštećenog sluha*. *Beogradska defektološka škola*, 3, 47-60. Učiteljski fakultet, Prizren.
19. Dimovski, S. (2005). *Ciklusi razvoja porodice deteta sa slušnim oštećenjem*. *Beogradska defektološka škola*, 1, 1-9. Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Beograd.
20. Arsić, R., Kovačević, J. (2006). *Učenici ometeni u razvoju u redovnoj školi*. *Društvo defektologa Srbije*, Beograd.
21. Arsić, R. (2007). *Razvoj socijalnih veština kod dece oštećenog sluha koja se školuju u posebnim školama*. *Beogradska defektološka škola*, 3, 36-45. Učiteljski fakultet, Prizren.
22. Arsić, R. (2006). *Gluva deca u postojećim oblicima obrazovanja i vaspitanja i njihovi socijalni odnosi*. *Beogradska defektološka škola*, 1, 41-57. Učiteljski fakultet, Prizren.

Ivan Jerković
 Odsek za psihologiju
 Filozofski fakultet Novi Sad
 Dr Zorana Đinđića 2, Srbija
 Tel/fax 021 458948
 E mail: jerkovso@eunet. rs

SNOWI, SJEĆANJA I FANTAZIJE U FILMOVIMA FEDERIKA FELINIJA

Srđa Zlopaša

UDK: 612.821.7:778.53:929

Klinika za psihijatriju,
Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

UVOD

Federiko Felini jedan je od najznačajnijih i najuticajnijih režisera svih vremena, čiji se rad i uticaj i dalje osjeća u savremenoj filmskoj umjetnosti. Počeo je svoj razvoj na talasima neorealizma u posleratnoj, postfašističkoj Italiji, kao saradnik tada čuvenog Roberta Roselinija. Autor je danas legendarnih filmova: *La strada*, *Amarkord*, *Dolce vita*, *Osam i po* i drugih.

Sam Roselini, tada poznati italijanski reditelj, predstavnik u to vreme dominantnog pravca neorealizma, uvodi Felinija u svijet filma. Neorealizam nastaje u godinama posle Drugog svjetskog rata kao alternativa glamuroznim holivudskim ostvarenjima. Neorealizam kao pravac bavi se prikazivanjem

Kratak sadržaj

Cilj ovog rada je da prikaže značajan segment stvaralaštva jednog od najvećih režisera svih vremena, Federika Felinija, koji se odnosi na rana sjećanja, snove i fantazije. Felini je u svojim djelima često koristio navedene fenomene kako bi što vjernije prikazao unutrašnji život svojih likova. Sama Felinijeva scena ima karakter sna. Onirično u njegovima delima daje upečatljiv ton, te će po njemu ostati upamćen u istoriji filmske umjetnosti. Rad istražuje kakvu mogućnost režiser ostavlja gledaočevom doživljaju, recepciji i fantazmatskoj nadogradnji ponuđenih scenskih efekata. Povlače se paralele između rada sna u psihoanalitičkom smislu i stvaranja Felinijevog doživljaja Rima. U radu je obrađeno nekoliko snova i fantazija koji se javljaju u Felinijevim filmovima, a sve je potkrepljeno Felinijevim citatima. Cilj rada je da otvori polje za kreativno čitanje i pronalaženje terapeutskog u filmovima Federika Felinija.

Ključne reči: film, Federiko Felini, snovi, fanazije

života u uslovima posleratne bijede; koristi stil koji podseća na dokumentaristički i scene smješta u realne, svakodnevne uslove: na ulicu, pijacu, u siromašne stanove i četvrti. Međutim, Felinija teoretičari filma uglavnom ne svrstavaju striktno u ovaj pravac, već u magični realizam, za šta je upravo zaslužno njegovo često korišćenje elemenata sna i dnevnog snevanja u filmu.

Felini za neorealizam kaže da je to pogled na svijet bez predrasuda. Ali, njegovo kretanje dalje, ka intrapsihičkom, ogleda se u sledećem: „*Ne mislim da je stvarnost samo društvena stvarnost, već duhovna, metafizička, tj. sačinjava je sve ono što je u čovjeku. Mislim da je realnost loš izraz. Ja shvatam veći dio realnosti kao imaginarno. Ne mislim da sve treba da bude poredano u*

neki univerzalni okvir. Ja imam beskrajnu sposobnost da se čudim, ne znam zašto bi stvari zaklonio pseudoracionalnim ekranom, da me zaštite od čuđenja.“ [1]

Njegovi filmovi (*Amarkord*, *Grad žena*, *Osam i po*) uzimaju se kao kristalizacije čisto optičkih i sonornih slika, oni čine spajanje tih pregrađenih slika u jedan veliki kristal raskošnog spektakla, na putu ka beskrajnom rastu. [2]

Rođen je u Riminiju, gradiću na jadranskoj strani italijanske obale, kao prvo od troje djece u trgovačkoj porodici. Djetinstvo je za Felinija, u čitavom njegovom opusu, bilo neiscrpan izvor inspiracije. Dosta je režisera u svojim delim koristilo materijal iz svog detinstva, ali je rijetko ko kao Felini, tako često i eksplicitno, koristio svoje rane autobiografske sadržaje. Filmovi koji su gotovo čitavi inspirisani ovim periodom su *Viteloni*, jedan od njegovih prvih filmova koji se bavi odrastanjem, adolescentskim vrtlozima i individuacijom, *Amarkord*, romantična evokacija malog primorskog mjesta u predratnoj Italiji, i *Osam i po*, koji tematizuje kreativnu i životnu krizu režisera, koga tumači, inače Felinijev filmski alter ego, Marčelo Mastrojani.

SJEĆANJA

Sjećanja igraju jednu od okosnica Felinijevog stvaralaštva i nepresušan su izvor inspiracije kome se obraća u momentima konfuzije, izgubljenosti i depresivne ispraznjenosti. Premda su sjećanja najvažniji dio Felinijevog stvaralaštva, on za njih kaže: „*Ja sam bio senzibilisan na dimenzije, senzacije, događaje koje ne možemo imenovati, ali ih znamo. Umjetnik živi u svojoj memoriji, u sjećanjima na ljude, u mjestima i situacijama koje možda i nisu nikada postojale u njegovom stvarnom životu.*“ [1]

Shvatanje da Felini sjećanja iz djetinjstva koristi samo kao romantični eskapizam u prošlost bilo bi pojednostavljeno. Ona su više od toga - izvor ambivalencije i traumatizama i uspomene pokrivalice koje iza maske kriju čitavu paletu emocija, od tuge do ushićenja. Uspomene iz djetinjstva su, po psihoanalitičkom diskursu, kompromisna tvorevina stvarnih događaja i fantazmatiskog. Po Frojdovom mišljenju, nisu bitni samo djelovi ovih sjećanja. Sve što je u njima očuvano ima svoje značenje, samo je umijeće kako analizom otkriti njihovo značenje i važnost. Dječja sjećanja su kao manifestni dio sna u odnosu na značenje koje je zamaskirano radom sna [3].

Za svoje rodno mjesto Felini kaže: „*Nisam siguran, ali jedna stvar je tačna, ne volim se vraćati u Rimini. Moram priznati, radi se o nekoj vrsti blokade. Moja porodica još živi tamo, moja majka, moja sestra; bojim se svojih osjećanja. Ono što najjasnije osjećam je da povratak znači samodovoljno, mazohističko pretresanje sjećanja, što je teatralan i literaran posao. Ovo može biti poput neke uspavane, mutne fascinacije. Svakako ja ne mogu vidjeti Rimini kao objektivnu činjenicu. Ono je dimenzija moje memorije i ništa više. Zapravo, kad god se nađem u Riminiju zaposedaju me duhovi koji su već bili smješteni na svoje mjesto u arhivu. Plašim se da bi mi ti duhovi postavljali nečujna pitanja, na koja ne bih mogao odgovoriti izvrđavanjem. Rimini, šta je to, dimenzija mog sjećanja, koje sam, između ostalih stvari, izmislio, čiju sam temu toliko eksplatisao da se toga stidim*“ [1].

O psihičkim ožiljcima dalje govori: „*Ja sno je da umjetik crpi svoju inspiraciju iz vlastitog traumatizma, iz rana i ožiljaka psihičkog iskustva. Neuroza autora opskrbljuje kreativnošću. Bodler, Van Gog, Po platili su visoku cijenu približivši se previše, bez neophodnog znanja, bez neophodne zaštite*

psihoanalize. Ja lično mislim da sam dobro prošao, sa povremenim neizbježnim ali branljivim napadima depresije. Nemam stigmate za prikazati“ [1].

Sjećanja u Felinijevim djelima imaju svoj paralelan život sa svjesnim psihičkim tokom i gotovo se nepredvidivo interponiraju, poput asocijativnog toka u psihičkom životu. Isto tako se miješaju i vremenske dimenzije. Felini dozvoljava proboj fantazmatškog direktno u glavni narativni tok fabule.

FELINIJEV RIM

Dobar primjer paralelnog toka fabule i psihičkog života srećemo u filmu *Felinijev Rim*, u sceni u kojoj je u toku bušenje kanala za podzemnu željeznicu. Filmska ekipa prati taj rad u mraku podzemlja. U jednom trenutku ogromna, predimenzionirana, futuristička bušilica otkriva prostorije sa rimskim mozaicima, do tada još nedviđenima u posljednjih dvadeset vijekova. Prvo nastupa divljenje prisutnih, a zatim sledi opšte zaprepašćenje; mozaici, u dodiru sa svežim vazduhom, nestaju. Freske, trag prošlih vremena, kao sjećanja povremeno bljesnu i gube na važnosti; ona se moraju nanovo stvarati, izmišljati [1]. Ova scena budi asocijacije na ulogu, validnost i sudbinu sjećanja. Nalik je Frojdovim mnemičkim tragovima, koji su smešteni u različite sisteme, koji su tu pohranjeni, ali se pokreću samo kada su katektirani.

Ono što je zanimljivo u ovom filmu jeste paralelna fabula u podzemnom, nesvesnom Rimu i savremenom, svesnom. Ovaj film podsjeća na kaleidoskopski vitraž, u kom se, u linearnom i simultanom smjenjivanju, smjenjuju tri Rima, tri Felinija: stari Rim, fašistički - kao groteska slavnog Rima, katolički i, na kraju, savremeni Rim. Felinijev film *Rim* (1971) unikatno je djelo, sa nespecifičnom formom, koja bi se mogla na-

zvati kvazidokumentarističkom. U njemu autor prikazuje svoj subjektivni doživljaj Rima. Prikazuje kako je grad dobar medijum za projekcije ličnih sadržaja. Simbolika i slojevitost grada vjerno odslikavaju totalitet selfa. Počinje djetinjstvom, dok je još maštao o Rimu, i kada učitelj, za vrijeme fašističke Italije, slavi vječni grad kao simbol kolektivne moći i grandioznosti. Slijedi njegov dolazak u Rim, susret sa slobodom i zreloom seksualnošću; Rim kao da predstavlja veliki bordel sa ogromnim ženama, inače karakterističnim za Felinija. Felinijeva žena, prikazana sa predimenzioniranim grudima, kao da je izvor ambivalencije i neka vrsta raskrsnice smera kretanja libida ka oralnim, regresivnim ili zrelijim, genitalnim putanjama. U filmovima koji prikazuju djetinjstvo i adolescenciju (*Viteloni, Amarcord*) žena je više izvor kastrativnih strahova i nejasnog difuznog libida i regresivna prijetnja. Dolaskom u Rim akter prolazi inicijacijski ritual i zakoračuje u svijet odraslih. Dovoljno je jak i hrabar da može istraživati stvarnost života (savremeni Rim) i nesvesne naslage (imperijalni paganski i hrišćanski Rim).

U podzemlje smješta grotesknu modnu reviju garderobe za katoličke sveštenike i predstavnike starog klerikalnog Rima.

Poznato je Frojdovovo poređenje psihoanalize sa arheologijom. U *Tumačenju snova*, kada piše o dnevnim snovima, kaže: „Kao i snovi, oni su vrsta ispunjenja želje, počivaju na dječjim iskustvima i omogućeni su slabljenjem cenzure. Ako proučavamo njihovu strukturu, naći ćemo da su sastavljeni od težnje za ispunjenjem želje, koja se mješa sa materijalom sa kojim gradi jednu novu rearanžiranu cjelinu. Dnevni snovi su u odnosu na materijal iz djetinjstva, od koga potiču, poput barokne palate u Rimu nasuprot starim ruševinama, čiji pločnici i stubovi čine materijal za novije građevine.“ *

[3] Veoma često u starim gradovima nalazimo djelove starijih građevina koji su korišćeni za gradnju novijih. Možemo naći dio nekog latinskog skripta ugrađenog u prag nekog podruma, dio baroknog luka koji je kombinovan sa gotičkim.

U Felinijevim filmovima crkva i seksualnost često se tematizuju zajedno. U filmu *Osam i po* glavni lik prepušta se dnevnom sanjarenju, odlazi na plažu djetinjstva, gdje u napuštenom bunkeru živi Saragina, žena sa velikim grudima, koja podsjeća na rastrojenu prostitutku. Ona pleše pred dječacima koji su oduševljeni onim što vide. Uživanje u zabranjenom prekida sveštenik, koji ih juri i vraća u školu. Crkva pokazuje represivnu moć i nalazi dječake na mjestu koje bi trebalo biti bezbjedno; bezbrižnost je pomučena, a krivica i kazna postaju pratioci.

O SNOVIMA

O snovima Felini kaže: „Od djetinstva sam bio fasciniran snovima, neke sam već tada crtao. Posle susreta sa jungijanskim psihoanalitičarem Dr Ernstom Bernardom obnovio sam ovu moju zaboravljenu fascinaciju, crtanje i zapisivanje snova olovkom i vodenim bojama. To je komplikovan posao iz razloga što je jezik snova, bilo da je na narativnom ili figurativnom nivou, nemoguć jezik. On zahtijeva različite kodove izražavanja, koji pripadaju drugoj dimenziji, gdje su razum i intelekt potpuno isključeni. Onirički izražaj je putem simbola. Moji filmovi su bazirani na ovim istraživanjima.“[1]

Iz ovog ilustriranog dnevničkog bilježnja nastala je *Knjiga snova*. Naime, Felini je u periodu od skoro tri decenije, gotovo iz dana u dan, pisao i crtao svoje snove. Ovo

djelo otvara prozor u Felinijev nesvjesni svet, iz koga je, kako kaže, crpio inspiraciju i riješenja za neke danas legendarne scene u svojim filmovima. Ovo je rijetka prilika da direktno zavirimo u intimni svijet snova nekog velikog umjetnika. Dnevničkim praćenjem umjetnikovog unutrašnjeg života, koji je popraćen bogatim ilustracijama snova, stičemo neobičan uvid. Vrijednosti ovih crteža doprinosi činjenica da je Felini, po osnovnoj vokaciji, bio karikaturista i da nikada nije stekao formalno obrazovanje iz režije. U *Knjizi snova* autor bez cenzure otkriva sadržaje svog „noćnog rada“. Nailazimo, listajući, na slavne ličnosti, glumce, postavke iz filmova, „Felinijeve žene“, likove iz djetinjstva itd. Skice snova crtane običnom olovkom, akvarelom ili flomasterom ukazuju na sličnost sa Felinijevim mizanscenom, koji često ima onirične karakteristike. On ostatke dana u snovima prepušta daljoj proradi kroz tekst i ilustraciju. Sekundarnom revizijom sna on nadopunjuje praznine i dramatičuje san u scenski fenomen. Možemo pratiti sve elemente rada sna: kondenzaciju, pomjeranje, reprezentabilnost, sekundarnu reviziju i dramatičaciju. Posebno je zanimljiv mehanizam reprezentabilnosti, koji prevodi misli sna u slike, i dramatičacija, mehanizam koji se rjeđe navodi i koji je Frojd u *Tumačenju snova* dodao 1901. godine. Ovaj mehanizam upoređuje sa prevođenjem misli sna u situaciju, poput režisera koji transformiše tekst u scensku postavku [3]. Felini se prepušta ovim principima dinamike sna, povremeno ne želi da spozna latentni značaj, već pušta da ga totalitet sna vodi, i to često koristi u svom radu. Pušta da ga ukus i štimung sna zavedu i da bez redukcije te djelove pretvara u scene iz svojih filmova. Iz tog razloga felinijevska scena ima jačinu jer je neposrednija komunikacija nesvjesnog dijela autora i gledaoca. Gledalac lakše zapada u svoje sanjarenje onoga o

* Psihičke strukture (Prim a.).

čemu sanjari režiser. Otvara se mogućnost protočnijeg asocijativnog toka. Otvara se mogućnost stvaranja konstantno širećeg oniričkog holografskog polja [4]. U ovakvom polju potencijalni svijetovi i priče postepeno se oživljavaju i kristalizuju u nove formacije sjećanja, priče i historije. Historoklastia i historoblastia odvijaju se kontinuirano. Gledalac je i analitičar i analizand, klatno samorefleksije neprestano se pomjera. Kao po Bionu, traje kontinuiran proces alfabetizacije protosenzorijalnih i protoemotivnih elemenata (beta elementi) u kontinuiranom prevodenju u alfa elemente. Na snazi je koncept polja kao sume mogućih svijetova analitičara i analizanda, gledaoca i autora.

Čitav film može se shvatiti kao san ili kao seansa, ekran za obostranu projekciju sadržaja. A. Fero otvara mogućnost da cijela psihoterapijska seansa bude shvaćena kao san, pri čemu je najvažnija analitičareva uloga u procesu transformacije u snevanju. Ona je aktivna cijelo vrijeme, poput posebnog filtera koji prethodi pacijentovoj komunikaciji koja započinje sa: „Sanjao sam“. U ovom pristupu svaka naracija ili znak postaju dio serije holograma koji predstavljaju emocionalnu realnost u polju koje traži reprezentaciju. Slijedeći važan dio je polarnost istine i laži sa svim svojim međustanjima. Spektrum se pruža od rekonstrukcije historijske istine preko narativne istine do istine emotivnog kontakta kao preduslova za moguću empatiju. Dalje je bitan kapacitet gledaoca kao analitičara da toleriše izvjesne elemente nekonzistentnosti, laži i distorzije kao neophodnog dijela filma da bi bio omogućen narativni i emotivni tok. Za Feroa, mnogo je važnije usvajati novi jezik i alfabet nego osvojiti novo polje istorije [4]. Seansa i scena kao susret otvaraju mogućnost ko-naracije, koja unosi u polje potisnute otcepljene i nepromišljene enti-

tete. U interreakciji dolazi do transformacije ovih elemenata; sada ovi elementi, prerađeni, mogu ponovno naseliti unutrašnji svijet. Naravno, nikada u ovoj transformaciji naracije neće biti izgovorena poslednja riječ.

Drugim riječima, umjesto analize sadržaja i memorije, imaćemo analizu koja daje prioritet razvoju aparata za sanjanje, osjećanje i mišljenje.

Kako bi ilustrovao svoju tezu o primjeni teorije polja na susret dva psihička sistema, Fero koristi ilustracije iz *Knjige snova*. Ilustracija daje prikaz mogućeg emotivnog polja sa različitim likovima koji su u interreakciji, koji su, u stvari, afektivni hologrami analitičkog para u radu.

Na pitanje novinara: da li se neki njegovi snovi pojavljuju u filmovima i na koji način, Feline odgovara:

„Da, ali uvijek transformisani. Jezik snova je jezik filma, film je san. Možete proširiti prostor, kreirati elipse u prostoru, ljudi se mogu pojaviti i nestati bez dobrog razloga. Kada se prisjećate sna, naviru vam bizarne perspektive i likovi, ali iznad svega kvalitet svijetla koji je neopisiv. Svjetlo koje je poput slobodne svijesti. Kako svijetlo krije i otkriva naša najdublja osjećanja. To sam pokušao da reprodukujem u studiju, u mojim filmovima, u nadi da ih mogu učiniti sličnim snovima“ [1].

SAN I DNEVNO SANJARENJE U FILMU OSAM I PO

Film koji se pominje, po mišljenju mnogih, najznačajni je Felinijev film. Čitav film odiše snovolikim sfumatom. Scena kao da podleže pravilima rada sna: pomjeranju, kondenzaciji, sekundarnoj elaboraciji. Felini ovdje eksperimentiše sa meta-filmom kao sredstvom za ispitivanje sebe. Tokom filma kao da postoji stalna borba između kontrolisanog diskursa i slobodnih asocijacija.

Smjenjuju se prokreativne i seksualne anksioznosti. Ovo je, u stvari, film o filmu, nalik Lakanovom stadijumu ogledala koje skuplja otcjepljene i neintegrisane djelove. Film govori o kreativnoj krizi režisera Gvida, čiju ulogu tumači Marčelo Mastrojani. Pod pritiskom producenata za efikasnošću, kritičara za koherentnom fabulom, žena za monogamnim idealom, režiser opisuje konfuziju kroz koju prolazi. Inače, alternativni naslov ovog filma bio je *La bella confusione* – lijepa konfuzija.

Film započinje bez uvoda, snom. *Vozač automobila, zarobljen u kolapsu saobraćaja, odleće prema nebu i oblacima. Slijedi scena u kojoj isti čovjek lebdi, privezan kanapom kao papirni zmaj, drugi kraj kanapa drži čovjek koji trči pješčanom plažom i vuče ga dolje, akter koji lebdi pokušava da se oslobodi. Sledeća je scena po buđenju, doktor režiseru prepisuje da, zbog iscrpljenosti, pije osveštanu vodu. Režiser odlazi u banju da bi pronašao mir i inspiraciju i tamo se sreće sa potencijalnim glumicama.*

Da bismo sto vernije prikazali Felinijev stil, prikazaćemo jedan san i dnevno sanjarenje iz filma. Povratak na plažu čest je Felinijem motiv. Plaža kao da predstavlja limbus između beskonačnog placentarnog mora i čvrstog zemaljskog i svjesnog. Da bismo stekli bolji uvid pokušaćemo da prenesemo primjer snova i dnevnih sanjarenja u Felinijevim filmovima.

Upečatljiv je san u banji:

U sobu ulazi njegova majka, maše maromom, za njom odlazi u čudan pust predeo, omeđen visokom ruiniranim betonskim zidom.

Guido: Ti si moja mama?

Mama: Da.

Scenom promiče otac.

Guido: Tata, čekaj, ne odlazi, toliko smo malo pričali. Imam toliko pitanja da ti postavim.

Otac: Malo je vremena ostalo sine, pogledaj kako je nizak plafon, ružno je to, ružno. Žao mi je što je tako ispalo. Guido, ne opterećuj se, ti si nekada tako divno crtao. Mama ti je spremila malo sira i dvije breskve. Jeste da je ovdje malo usamljeno, ali mama će dolaziti svaki dan.

Otac odlazi i pita: Da li si srećan sa svojom ženom?

Rastaju se, Guido plače.

Prati oca do rupe u zemlji. Pozdravlja se i ljubi sa majkom, poljubac se pretvara u poljubac u usta, majka se pretvara u njegovu suprugu.

Interpretativni prostor je ostavljen gledaocu da učitava, prorađuje i izbjegava moguća značenja. Radnja se vraća u sadašnje vrijeme.

Nešto kasnije slijedi scena koja predstavlja fantaziju i susret sa starim kardinalom u dimu rimskog kupatila:

Guido se žali: Eminencijo, ja nisam srećan.

*Kardinal: Zbog čega misliš da bi trebao biti srećan. Nije tvoje da budeš srećan. Ko ti je rekao da se dolazi na svijet da bi bio srećan? Origen kaže: *Extra ecclesiam nulla salus. Fuori della chiesa non ce salvezza. Civitas dei- civitas diaboli.**

(Nema spasa van crkve, prev.a.)

Felini inace u kritičnim momentima svojih djela kroz svoje likove komunicira i problematizuje ambivalenciju prema religiji i instituciji crkve.

Kulminacija i razriješenje krize je u karnevalskoj atmosferi i kolu, u koje se hvataju svi akteri života glavnog junaka, likovi iz djetinjstva, Saragina, njegove žene, roditelji.

Čak se i sam kardinal pojavljuje u završnoj sceni. Na začelju kola je glavni junak u uzrastu dječaka. Autor primat daje infantilnom, ono ga vodi i izvlači iz konfuzije. Režiser se odupire narcističkom imperativu da snimi hit-film sa fabulom. Smisao nalazi u prihvatanju konfuzije i svih bitnih ljudi iz života i u kontradiktornostima koje oni nose. Glavni lik uzima megafon i preuzima kontrolu nad svojim unutrašnjim objektima, pronalazi im mjesto, oni su unutar njega pomireni. Gvido je poput modernog Sizifa – gura svoj unutrašnji kamen u pogrešnom pravcu, ali to uviđa i nešto mijenja. Po prvi put u filmu atmosfera je vedra. Felini za sebe kaže: „Konfuzija, to sam ja, paradoks. Ja sam kolekcija nejasnih sećanja i likova.“[1]

Producent ga kritikuje što je sebičan i što samo želi da prikaže svoj subjektivi svijet.

U završnoj sceni Gvido se obraća svojoj ženi: „*Ja kakav sam, ne kakav bih želio biti. Ne bojim se, ne znam šta tražim i gdje idem, ali sam ponovo živ. Život je igra, igravimo je zajedno!*“

O svom filmu Felini kaže: „Iza „Osam i po“ stoji ideja o umjetničkoj krizi. Veoma ambiciozna ideja da prikažem koliko je naš svakodnevni život multidimenzionalan, gdje se prošlost, sadašnjost i budućnost konstantno prepliću. Ideja mi je bila prikazati unutrašnji život glavnog lika na način

kako se svesnost i nesvesno odmotavaju kao prstenovi dima.“[1]

Svaki tvorac izvlači prvobitne likove iz svoje porodične zalihe, ali u toku njihovog prorađivanja, fantazmatično dovodi do beskrajsnih sekundarnih tvorevina, u kojima se svi glumci ponovo uobličavaju, dostižući, u završnom dijelu, svojstva univerzalne simbolizacije. Čak i najstalniji akter tada može da poprimi različite uloge.[2]

Fantazmatično stalno uvlači novu građu, uvijek apsorbuje spoljašnji svijet. To dovodi do važnih scenskih promena, u čijem istraživanju treba otkriti čvorišne tačke. U filmovima fikcije čvorišna tačka može da poprimi formu zvuka, slike, scene, mesta ili delovanja koje se neprestano vraća u djelo.[2]

Za sebe Felini kaže: „Ja nisam umjetnik terapeut, moji filmovi ne nude solucije i metode za rešenja. Ja samo svjedočim o tome šta mi se dešava. Pomoću mojih filmova ljudi možda postaju svjesniji sebe. Postižu stanje jasnog udaljavanja od sebe, što je neophodno za pravljenje novih izbora i promjena.“[1]

Sam Felini, negirajući eksplicitnu i direktivnu terapeutsku ulogu, zauzima poziciju terapeuta koji pobuđuje na dalje istraživanje daleko od konačnih odgovora i gotovih riješenja. Poput snova, sjećanja i fantazija koji upućuju na razradu i otvaraju mogućnost dalje samospoznaje.

DREAMS, MEMORIES, AND FANTASIES IN FEDERICO FELLINI'S MOVIES

Srđa Zlopaša

Psychiatric Clinic, Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia

Literatura:

1. Fellini F, Fellini on Fellini, Da Capo press. Inc, New York, 1996.
2. Martinović M, Martinovic Z. Psihoanaliza i filmska umetnost, Institut za film, Beograd, 1994.
3. Laplanche J, The language of psychoanalysis, H.Karnac Books, London, 2004.
4. Ferro A, Transformations in Dreaming and Characters in the Psychoanalytic Field, Int. J. Psycho- Anal., 90:209-230, 2009.

Summary

The objective of this task to show the importance of dreams, fantasies and early memories in the Felini 's work. How important it is, we see from the fact that some film theorists see his work as a part of magical realism, due to the fact that he often used dreams and fantasies in his films. Felini often used his dreams and fantasies as material for his movies. Felini used those phenomena to describe inner world of his characters. The aim of this assignment is to examine what impact this type of work can have on the viewer. His scene is driven by the rules of dreams, and it is oniric and symbolic with vague atmosphere. The plot in Felini's films is often interrupted by daily dreams and memories. Special attention in this study is given for two films, *Eight and a half* and *Fellini's Rome*, and the importance of the night and day dreams in the structure of these works.

Key words: movie, Federiko Fellini, dreams, fantasies

Srđa Zlopaša
Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije,
Pasterova 2, 11 000 Beograd, Srbija
Tel: +381 11 3662092
E mail: zlopasas@hotmail.com

BETTING BEHAVIOUR AS FREE TIME USAGE OF YOUNG PEOPLE IN BELGRADE

Boris Kordić¹
Lepa Babić²

UDK: 613.96:794.91

- 1 Faculty of Security Studies, University of Belgrade, Belgrade, Serbia
- 2 Faculty of Business, Singidunum University, Belgrade, Serbia

INTRODUCTION

“Young people are a group which is most affected by poverty and the world’s economy crisis” [1], says the Serbian Strategic-programming framework of the Standing Conference of Towns and Municipalities. Young people represent a vulnerable target group, by many criteria. The same document says that young people in Serbia are poorly educated and have difficulties in finding a job. In the EU almost 98% of sample finishes high school, and in Serbia only around two thirds. In the year 2007 there were 43,7% unemployed people between the age of 15 and 24. Average waiting time for a job is 4 years. Consequences of this condition are easily predictable. The youth are at risk in finding

Summary

Among the various forms of filling the leisure of young people in Belgrade, the betting behaviour takes a significant place. That was the reason for research on a sample of 150 of high school students (80 young man, 70 young woman) aged between 15 and 19. The participants filled in a questionnaire containing 48 statements which explicitly and simply describes the forms of betting behaviour, beliefs and feelings of the participants and others towards betting behaviour. The answers include five options, from completely false to completely true. Results point out that betting behaviour is significantly present as a form of entertainment among young men, as well as among young women. Some of the young people, i.e. every tenth person exhibits patterns of addictive behaviour of betting to a concerning degree. Parents’ relationship towards betting is connected to betting behaviour of their children, unless the addictive behaviour occurred.

Key words: betting office, addictive behaviour, young people, Belgrade

themselves in grey economy, immigration, crime, and so forth.

Research “Lifestyle of the youth in Serbia” [2] points out a number of problems that young people show when it comes to the usage of free time. It is shown that one of the biggest problems is boredom (35%), while within the most common risk behaviours there are drinking, smoking and sleeping rhythm disorders. Thirty-two percent of high school students get drunk on regular basis, 30% smokes, and 19% has a sleeping rhythm disorder. Nineteen percent of high school students got familiar with risks on the Internet by receiving sexual offers from strangers. Three percent of them have answered

red those offers, and three boys got into trouble due to that sort of communication.

A research about the usage of psychoactive substances [3] find out that 14,2% of primary and high school students have tried psychoactive substances. The most commonly used psychoactive substance for the first contact is marijuana (10,8%), mostly at the age of 15.

A research about pornography and youth in Belgrade [4] shows another form of free time usage. Authors of the research pointed out four typical groups of young people. 9% of the young included in the research form a group of young people with sexually deviant behaviour, 38% form a group of pornography enjoyers, 15% form a group of young people who enjoy pornography although are against it, while the rest form a group of youngsters who simply do not consume pornography.

One of our researches [5] showed a bond between unemployment and tendency to risk behaviour. 78% of unemployed young people are predisposed to risk, unlike the employed young people, where the number is 40%. 27% of employed and 30% of unemployed young people play games of chance. All of the unemployed young people who play games of chance are predisposed to risk, unlike the employed young people, where risk is present in 40% of all cases.

None of the local researches have dealt with the betting behaviour of the

youth. Betting behaviour is one of the entertainment forms young people use to fill their free time and it is close to risk behaviour, such as gambling, because they try to multiply a certain amount of money in an easy way. In the conducted research, our goal was to determine how widespread betting behaviour is among high school students in Belgrade, what motives high school students give for such behaviour, what is the relation that parents and peers have towards betting and what forms of betting behaviour exist.

METHOD

One hundred and fifty high school students (80 boys and 70 girls) aged between 15 and 19 participated in this research. The participants filled in a questionnaire containing 48 statements, created especially for this research. Every participant was told that the research is directed towards discovering specific forms of behaviour connected to betting and relations towards that sort of activity.

The statements in the questionnaire are formulated in a way which explicitly and simply describes the forms of betting behaviour, beliefs and feelings of the participants and others towards betting behaviour. The answers include five options, from completely false to completely true. All participants have entered the final analysis.

Table 1. Spreading out of betting behaviour

	young man	young woman
visit betting office in spare time	71% ¹	13% ¹
visit betting office nearby their living place	69% ¹	21% ¹
visit betting office frequently	63% ¹	6% ¹

¹ the percentage includes answers mostly true and completely true

RESULTS

The data show (Table 1) a high percentage of young men who go to betting offices in their free time. Also, the percentage of girls going to betting offices is significant. Betting offices nearby the living place are visited more frequently, so betting office can be considered as a gathering place for young people.

A large number of high school students exchange experiences and talks about topics connected to the betting office (Table 2).

High school students evaluate their parents' and relatives' attitude towards betting behaviour differently (Table 3). A relatively high number of youngsters has a permission to bet in betting offices, and a slightly lower number of them hide their betting behaviour from their parents. Regarding the participants' gender, girls notice their family's nega-

tive attitude towards betting more than boys. It is interesting that young people who have permission from their parents to bet, inform their parents about their winning.

High school students state different reasons for their betting behaviour (Table 4). The most common reason is money, followed by fun, getting away from boredom and being with friends.

It was interesting to see how high school students view betting (Table 5). Winning money is, after all, the main motive for betting behaviour. It seems that self estimation of the young people is unrealistic because 43% state they frequently win at betting, 31% state they on average win more than they lose. The answers show that a large number of youngsters invest their win into betting again, and if they lose they bet again to gain it back. A desire to win a large amount of money is pre-

Table 2. Peers and betting behaviour

	young man	young woman
we comment winning in betting	78% ¹	27% ¹
I talk about betting with peers	76% ¹	34% ¹
exchange betting experiences with each others	49% ¹	19% ¹

¹ the percentage includes answers mostly true and completely true

Table 3. Parents and betting behaviour

	young man	young woman
I have permission from my family to bet at betting offices	38% ¹	20% ¹
I let my parents know about my wins	35% ¹	21% ¹
in my family betting is treated as a bad thing	33% ¹	49% ¹
I hide from my parent how often I visit betting offices	29% ¹	7% ¹
I hide betting tickets from my parents	29% ¹	4% ¹
even if I get money I hide it from my parents	23% ¹	9% ¹

¹ the percentage includes answers mostly true and completely true

sent among a high number of high school students.

Wins and loses on betting are followed by a certain emotional reaction of the betters (Table 6). In most cases happiness follows winning, and anger follows losing. Also, there exists a strong urge which pushes young people invest their last money in betting for the sake of winning possibility. There is also envy when betters are in presence of those who are winning.

Factor analysis

Factor analysis of the principal components extracts four factors out of 37 items. The factors are „enjoying betting behaviour“, „passion for betting“, „parental approval of betting behaviour“ and „hiding the betting behaviour from parents“. They cover 61,905% of variance in the following order: 42,082%, 9,353%, 5,426% and 5,043%. The first factor is covered by statements such

<i>Table 4. Motives of betting behaviour</i>		
	young man	young woman
I go to betting offices because of the money	60% ¹	21% ¹
I go to betting offices for fun	48% ¹	14% ¹
I go to betting offices just to spend some free time	35% ¹	9% ¹
I go to betting offices because of friends	34% ¹	10% ¹

¹ the percentage includes answers mostly true and completely true

<i>Table 5. Self-evaluation of wins while betting</i>		
	young man	young woman
I often win at betting	43% ¹	10% ¹
I invest my win to betting again	43% ¹	3% ¹
I play for a huge win	38% ¹	9% ¹
I averagely win more than I loose at betting	31% ¹	11% ¹
I play just to gain back what I have invested	31% ¹	4% ¹

¹ the percentage includes answers mostly true and completely true

<i>Table 6. Emotional reactions while betting</i>		
	young man	young woman
I am happy when I win at betting	83% ¹	34% ¹
I get angry when I lose at betting	51% ¹	9% ¹
I give my last money on betting because I am sure I will win	24% ¹	7% ¹
I get stressed when I see others win	23% ¹	1% ¹

¹ the percentage includes answers mostly true and completely true

as “I am happy when I win at betting”, “I talk about betting with peers”, “I comment winning on betting” and similar. The second factor is covered by statements such as “I will sit in the betting office until I win”, “I invest my last money because I am sure I will win”, “I am able to spend my whole day in the betting office” and similar. The third factor is covered by statements such as “My parents comment on betting in my presence”, “I talk to my parents about betting”, “My parents visit the betting office” and similar. The fourth factor is covered by statements such as “I hide the time I spend at the betting office from my parents”, “I hide my betting tickets from my parents”, “In my family, betting is treated as a bad thing” and similar. Cronbach’s α for the factors mentioned above is as follows 0.960, 0.914, 0.737, 0.720. Inter-

correlation of the given factors shows significant correlation between the enjoying betting behaviour factor and all other factors, and between the passion for betting and hiding it from parents (Table 7).

Typical forms of betting behaviour

Four groups of betting behaviour (Table 8) have been featured based on hierarchical cluster analysis and canonical discriminant analysis. Those are addiction on betting behaviour (1), betting behaviour as fun and need (2), betting as peer entertainment (3) and avoidance of betting behaviour (4).

Eleven percent of young people show addiction to betting behaviour. They especially show passionate betting behaviour, and then enjoyment in betting behaviour. Betting be-

<i>Table 7. Intercorrelation of principal components</i>				
	1	2	3	4
1. enjoying betting behaviour	1,000	,627 **	,244 **	,230 **
2. passion for betting		1,000	,028	,371 **
3. parental approval of betting behaviour			1,000	-,123
4. hiding betting behaviour from the parents				1,000

** – correlation significant at level .01

<i>Table 8. Arithmetic means of dimensions based on clusters (sorted on second dimension) and percentage of high school students in clusters</i>					
	percentage of high school students	enjoyment in betting behaviour	passion for betting	parental approval of betting behaviour	hiding betting behaviour from the parents
1	11%	0,666	1,482	-0,427	-0,477
2	27%	0,605	0,738	-0,015	1,411
3	27%	0,745	-0,265	0,556	-0,663
4	35%	-1,232	-0,833	-0,271	-0,411

haviour as fun and need is present among 27% of young people. They show equally the enjoyment and passion for betting behaviour, as well as hiding betting behaviour from their parents. Betting behaviour as peer entertainment is present among 27% of young people. They show enjoyment at betting behaviour and parental approval of betting behaviour. Avoidance of betting behaviour is present among 35% of young people.

DISCUSSION

The research data shows that betting is widely spread among young men. It can be seen as a new form of entertainment and socializing, and one of most common ways high school students spend free time in Belgrade. Girls also take a big part in this activity which shows weakening of borders between strictly male and strictly female forms of entertainment. Parental relation towards betting has shown itself as a significant factor in controlling betting behaviour. In families in which elder members visit betting offices, there is acceptance of such behaviour as normal, and it is freely spoken about betting. High school students from such families consider betting as a form of entertainment. The opposite situation is also present. In families that see betting behaviour as a vice, children usually avoid going to betting offices. Girls are better at understanding parental disapproval and restrictions. However, there is quite a number of high school students who hide their betting behaviour from their parents. With that population betting behaviour takes forms of addiction. Some researches of addict behaviour point out a crucial role of the father in creating the addiction [7]. When a father has a worm relationship with his children, the risk of creating addict behaviour is reduced. It seems that it is better if parents mo-

nitor their children's betting behaviour because passionate betting behaviour is related to parents' disapproval.

It is known that poverty and economy crises enforce tendencies towards risky forms of behaviour. In the introduction part we have introduced a series of researches that show that teenagers in Serbia have stronger tendencies towards risky forms of behaviour such as drinking, smoking, using psychoactive substances and similar. Alcohol and nicotine abuse is characteristic for the whole population in Serbia. It represents a crucial factor of health risk for the population. All these forms of behaviour are classified as addictive diseases. According to psychoanalysis theory, addictive diseases include certain forms of behaviour that are not connected to drug abuse. Physiological addiction is not necessary to diagnose the appearance of addiction [8]. That includes gambling as a form of behaviour that easily becomes a need of a person who practices it, the person starts feeling compulsion to repeat that action and starts feeling addiction to it. Forms of addiction that are not connected to using substances also include internet addiction as a new form of addiction. In any case, there are two types of addiction: character disorder and biological disorder [9]. Addictive character has stereotypical repetitive answers to helplessness through compulsive behaviour. Biological disorder is connected to ventral tegmental dopaminergic pathway disorders.

Betting behaviour is similar to gambling. Therefore, it is possible that betting behaviour develops into pathological behaviour which has addiction characteristics. In our research this point is confirmed by the very high linkage between enjoyment in betting behaviour and passion for betting. Besides, by cluster analysis we have set apart a group of young people who show addictive

betting behaviour. Researches confirm the influence of all three factors on creation and development of addictive disease: biological, individual, then social and environmental [6]. We have not questioned individual characteristics of the participants, but we can assume that all three factors have enforced the emergence of addictive betting behaviour at the sampled high school students group. It is especially significant when the environmental factor is determined, because it is possible to control it and direct it in the wanted direction. Our research showed that family environment is compatible with high school students' behaviour when there are no signs of addictive behaviour. There are two types of this compatibility: when both parents and children are showing a negative relation towards betting behaviour and when betting behaviour is considered as a form of entertainment for both parents and children. In both types we have cases of successful socialization. The children are acting in accordance with their parents' attitudes and behaviour.

The group of young people who see betting behaviour as fun and need hide their behaviour from their parents. This is a sign that they are aware that their behaviour exceeds borders of their parents' approval. This is a group that shows signs of failed socialization. With addict groups there is no consideration for parents. They don't hide their behaviour. We assume that this group is highly influenced by genetical and individual factors which usually influence creation of addictive behaviour forms.

The group of young people who see betting as a fun and need is probably influenced by a special mechanism which turns their behaviour from entertainment to passionate betting behaviour. That mechanism can probably be explained by patterns of reinforcement, characteristic for instrumental

behaviour [10]. If reinforcement is variable and discontinuous, it produces a high level of consistency in behaviour, meaning that the young will continue betting even if they have lost because they expect to win. This pattern of reinforcement leads to a behaviour which is permanent and resistant to extinction. The main reinforcing impetus at betting behaviour is gaining money. Our research confirmed that for young people gaining money is a main motive for betting behaviour, followed by entertainment and being with friends. A big number of young people think that by betting they will get money easily.

CONCLUSION

There are reasons for treating betting behaviour as a form of addictive behaviour without drug abuse. Just like other forms of addictive behaviour without drug abuse, betting behaviour has different levels and forms of prominence: from sporadical to pathological. We have directed our research towards young people in Belgrade who attend high schools. This is the age in which peer culture influence is strong and peer forms of behaviour are easily assumed. Going to betting offices has become exactly such form of behaviour for young people in Belgrade. It is widely spread among boys, but also present among girls. Betting behaviour is a form of peer entertainment which is approved by a lot of parents (nearly a quarter in our research sample). Although it is a form of peer entertainment, the main reason for it is gaining money, and emotions connected to winning/losing affect persistence of such behaviour. Interestingly, it is not much known or written about betting behaviour, and it is even less researched. We believe that the results of our research can be a good enforcer for future researches in this area.

KLADIONIČARSKO PONAŠANJE MLADIH U BEOGRADU

Boris Kordić¹
Lepa Babić²

- 1 Fakultet bezbednosti, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija
- 2 Poslovni fakultet, Univerzitet Singidunum, Beograd, Srbija

References:

1. Strateško-programski okvir SKGO u oblasti zastupanja interesa članstva, međunarodne saradnje i evropskih integracija. Beograd. Stalna konferencija gradova i opština; 2009; str. 142.
2. Stepanović, I. (koordinator projekta) „Svako-dnevnicma mladih u Srbiji“. 2007. Preuzeto 1. marta 2009. sa: <http://www.zamislivot.org/html/images/rezultati-istrazivanja-instituta.pdf>
3. Pavlović Z, Jakovljević B. Učestalost i faktori rizika od upotrebe psihoaktivnih supstancija kod mladih. Vojnosanitetski pregled 2008;65(6):441-448.
4. Kordić B, Babić L. Enjoyment in pornography and sexual behavior of young people of Belgrade. Engrami - časopis za kliničku psihijatriju, psihologiju i granične discipline 2009;31(1-2):5-18.
5. Grižak Đ. Nezaposleni i sklonost ka rizičnom ulaganju novca. Teme 2004;28(3):271-276.
6. Vuković O, Cvetić T, Zebić M. Komorbiditet bolesti zavisnosti i mentalnih poremećaja - konceptualni modeli i terapijske implikacije. Engrami - časopis za kliničku psihijatriju, psihologiju i granične discipline 2007;29(1-2):87-105.

Kratak sažetak

Među raznim oblicima popunjavanja slobodnog vremena mladih ljudi u Beogradu kladenje zauzima značajno mesto. To je bio razlog za istraživanje na uzorku od 150 srednjoškolaraca (80 mladića i 70 devojaka) uzrasta od 15 do 19 godina. Ispitanici su popunili upitnik od 48 stavki koje jasno i jednostavno opisuju oblike kladenja, te uverenja i osećanja ispitanika i drugih prema kladenju. Rezultati ukazuju da je kladenje značajno prisutna kao vid zabave među mladićima, kao i među devojka. Neki od mladića, odnosno svaki deseti, ispoljava obrasce zavisnog ponašanja od kladenja u značajnom stepenu. Roditeljski odnos prema kladenju je povezan sa kladenjem njihove dece, sem u slučaju zavisnog ponašanja.

Ključne reči: kladionice, adiktivno ponašanje, mladi, Beograd

7. Vaillant G. The natural history of alcoholism. Cambridge. Harvard Univ. Press; 1983.
8. Dodes LM. Addiction and Psychoanalysis. Canadian J. Psychoanal. 2003;11:123-134.
9. Johnson B. Psychological Addiction, Physical Addiction, Addictive Character, and Addictive Personality Disorder: A Nosology of Addictive Disorders. Canadian J. Psychoanal. 2003;11:135-160.
10. Sharpe L. A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling: A biopsychosocial perspective. Clinical Psychology Review 2002;22(1):1-25.

Boris Kordić
Faculty of security studies,
University of Belgrade, Belgrade, Serbia
Gospodara Vučića 40, 11040, Belgrade
Phone +381(0)63 8898227
E mail: kordic_b@yahoo.com

RAZVOJNI POREMEĆAJ KOORDINACIJE: VIŠE OD NESPRETNOSTI

Višnja Đorđić
Tatjana Tubić

UDK: 613.95:612.7

Fakultet sporta i fizičkog vaspitanja,
Univerzitet u Novom Sadu,
Novi Sad, Srbija

Kratak sažetak

Uvod. Poteškoće u motornom funkcionisanju, inače zdrave dece, često postanu uočljive tek sa polaskom u školu. Problemi sa finom motorikom, nespretnost u sportskim igrama ili pri samostalnom oblačenju, značajno ometaju dete u svakodnevnim i školskim aktivnostima. Ekspertska preporuka je da se za označavanje ovog poremećaja koristi termin razvojni poremećaj koordinacije (Developmental Coordination Disorder, skr. DCD).

DCD. Prevalencija od 5-6% u populaciji školske dece svrstava DCD među najčešće razvojne poremećaje. Osnovno obeležje populacije dece sa DCD je heterogenost što otežava adekvatnu dijagnostiku i tretman. Nepostojanje tzv. zlatnog standarda za procenu motorne koordinacije predstavlja značajan problem u identifikaciji DCD. Etiologija DCD je nedovoljno poznata, ali se pretpostavlja da je multifaktorska. Komorbiditet je česta pojava i uključuje ADHD, poremećaje govora/jezika, ponašanja i učenja. Dugoročna prognoza DCD je raznolika, a teškoće sa koordinacijom najčešće se nastvljaju u adolescenciji i odraslom dobu. Nepovoljne sekundarne posledice obuhvataju različite aspekte psihosocijalnog funkcionisanja i zdravlja u celini. Efektivne pristupe tretmanu DCD karakteriše aktivno učešće samog deteta, individualizacija, akcenat na svakodnevnim veštinama i uključenost porodice i škole. Inkluzija dece sa DCD u većini slučajeva podrazumeva određena prilagođavanja nastavnog ambijenta, nastavnih strategija i zadataka.

Zaključak. Roditelji i nastavnici u saradnji sa relevantnim stručnjacima, mogu značajno doprineti blagovremenoj identifikaciji dece sa DCD, te prevenciji sekundarnih posledica.

Ključne reči: *razvojni poremećaji, razvojni poremećaj koordinacije, obrazovne aktivnosti*

UVOD

Polazak deteta u školu predstavlja važnu razvojnu prekretnicu, i u većini slučajeva ishodi uspešnom adaptacijom deteta na nove zahteve i obaveze. Međutim, neretko polazak u školu donosi deci i roditeljima suočavanje sa određenim razvojnim smetnjama koje, limitirajući uspešno funkcionisanje deteta u školi, po prvi put postaju jasno uočljive.

U tu grupu razvojnih poremećaja spadaju i poteškoće u motornom funkcionisanju koje utiču na svakodnevne aktivnosti, inače zdrave dece. Problemi sa motorom koordinacijom manifestuju se na brojne i raznovrsne načine, počev od sporog i nevestog pisanja, preko nespretnosti u igri loptom, do teškoća sa zakopčavanjem dugmadi ili korišćenjem makaza. Većina ove dece ne bude identifikovana, a među decom sa dijagnozom, oko 25% se identifikuje u predškolskom dobu, a preostalih 75% upravo u prvim godinama školovanja [1].

Ispoljavanje tako širokog dijapazona motornih poteškoća, kao i različita teorijska polazišta, uslovlili su i značajnu terminološku neujednačenost u označavanju ovog razvojnog poremećaja. Kao sinonimi ili termini srodnog značenja koriste se: razvojni poremećaj koordinacije, specifični razvojni poremećaj motorne funkcije, nespretnost, sindrom nespretnog deteta, poremećaj motornih veština, diskoordinacioni poremećaj, motorna dispraksija, razvojna dispraksija, perceptivno-motorna disfunkcija, senzorno-integrativna disfunkcija, manja moždana disfunkcija itd.

Iako i dalje postoji izvesna terminološka neusaglašenost, na međunarodnom skupu eksperata u Londonu 1994. godine,

prihvaćena je upotreba termina *razvojni poremećaj koordinacije* (Developmental Coordination Disorder, skraćeno: DCD) kao najadekvatnijeg termina [2]. Pregledne studije relevantnih naučnih članaka pokazuju da je ovaj termin u potonjem periodu najzastupljeniji [2,3].

Prevalencija od 5-6% u populaciji dece školskog uzrasta svrstava DCD među najčešće razvojne poremećaje detinjstva [4]. Prema većini studija, DCD pogađa više dečake nego devojčice, a odnos varira od 2:1 do 5:1 u zavisnosti od ispitivane grupe [5].

Problematika DCD kod nas nije adekvatno zastupljena, premda u svetu pobuđuje sve veći istraživački interes [2]. S obzirom na zastupljenost i važne razvojne implikacije nespretnosti kod dece školskog uzrasta, u radu će biti prezentovana aktuelna naučna saznanja vezana za dijagnostiku, etiologiju, komorbiditet, razvojnu perspektivu i tretman DCD, te podršku koju škola može da obezbedi deci sa DCD.

DIJAGNOSTIKA RAZVOJNOG POREMEĆAJA KOORDINACIJE

Razvojni poremećaj koordinacije predstavlja idiopatski poremećaj, koji se retko dijagnostikuje pre pete godine života [6]. U većini slučajeva, dijagnoza se postavlja u uzrastu od 6. do 12. godine [7]. Kod male dece je teško odrediti da li se radi o DCD ili kod deteta samo postoji usporeni razvoj motorike. Ako deca vremenom pristignu vršnjake, radi se o razvojnom kašnjenju, a ne o nespretnosti. Drugi važan kriterijum, odnosi se na lakoću/brzinu motornog učenja; ako deca uz vežbanje relativno brzo napreduju vero-

vatno se ne radi o DCD. Nespretnost *nije* progresivno stanje; ako je dete uspešno ovladalo određenim motornim miljokazom (npr. trčanjem) pa onda izgubilo tu sposobnost, ili se zapaža progresivna diskoordinacija, to isključuje da se radi o DCD [8].

Iako DCD najčešće potvrđuje lekar pedijatar, u procesu rane identifikacije ključnu ulogu imaju roditelji, ali i učitelji i nastavnici. Učitelji mogu biti u prednosti u odnosu na druge stručnjake, jer posmatraju veći broj dece u raznovrsnim aktivnostima, od igre na odmoru, do pisanja, oblačenja i korišćenja različitog pribora [9].

Deca sa DCD čine veoma heterogenu grupu, što otežava blagovremenu identifikaciju i zahteva individualni pristup u tretmanu. Pokušaji definisanja subtipova nespretno dece primenom klaster-analize, premda ohrabrujući, nisu našli značajniju praktičnu primenu [10].

Zašto se nespretnost ispoljava na različite načine? Motorna koordinacija je proizvod složenog seta kognitivnih i fizičkih procesa, koji obuhvataju 1) prijem, analizu i integraciju senzornih informacija, 2) odabir i planiranje motorne akcije, 3) sekvenciranje i brzinu pojedinačnih pokreta i 4) slanje adekvatne poruke efektorima (mišićima) radi izvođenja koordinisane akcije [5]. Problemi sa motornom koordinacijom mogu poticati iz bilo koje od ovih komponenti, ili kombinacije više njih, tako da su i manifestacije nespretnosti veoma raznovrsne .

Kad je reč o dijagnostici, četiri dijagnostička kriterijuma (A, B, C i D) definisana u DSMR-IVTR [4] reflektuju najšire prihvaćeni pristup identifikaciji DCD. Osnovna karakteristika poremećaja je

značajno oštećenje u razvoju motorne koordinacije. Izvedba svakodnevnih aktivnosti koje zahtevaju motornu koordinaciju je značajno ispod očekivane za hronološku starost i izmerenu inteligenciju (kriterijum A). Dijagnoza DCD se postavlja samo ako ovo oštećenje značajno ometa školsko postignuće ili svakodnevne aktivnosti (kriterijum B). Kriterijum C zahteva da se isključi opšte medicinsko stanje (npr. cerebralna paraliza, hemiplegija ili mišićna distrofija) kao uzrok opaženih koordinacionih smetnji, kao i da se eliminiše pervazivni razvojni poremećaj. U slučaju da postoji mentalna retardacija, motorne teškoće prevazilaze one obično povezane sa njom (kriterijum D).

Iako se ovi kriterijumi primenjuju, teško ih je operacionalizovati. Jedan od glavnih problema u identifikaciji DCD, jeste nepostojanje tzv. zlatnog standarda za procenu motorne koordinacije, tj. ispunjenosti kriterijuma A [11]. Preporuka je da se koriste normativni testovi opšte motorne kompetencije i 5. percentil kao granična vrednost [3,6]. Najčešće korišćena baterija motornih testova je MABC [12], koja pokazuje i najbolja svojstva [3].

Što se tiče uticaja DCD na školsko postignuće i svakodnevne aktivnosti (kriterijum B), bez detaljne longitudinalne procene i eksperimentalnog ispitivanja nemoguće je dokazati takvu kauzalnu relaciju. O kauzalnosti se može zaključivati samo na osnovu razvojne istorije deteta, odnosno, na osnovu izveštaja roditelja ili nastavnika. Drugo ograničenje je da kriterijum B može prevideti mogućnost da blagi motorni problemi u predškolskom uzrastu mogu indukovati značajna ograničenja u kasnijem razvoju [3].

Kriterijumi C i D su kriterijumi isključenja. Nejasnoće u vezi sa kriterijumom C potiču iz činjenice da postoje mnoga medicinska stanja koja karakterišu i teškoće u motornoj koordinaciji [6]. Što se tiče kriterijuma D, postoje preporuke da kod dece sa IQ ispod 70 (što DSM-IV-TR definiše kao mentalnu retardaciju) ne bi trebalo davati dijagnozu DCD jer su ova deca pod povećanim rizikom za motorne smetnje [3,6].

Godišnji sistematski pregledi su idealno vreme za skrining nespretnosti kod dece. Roditelji popunjavaju odgovarajuće upitnike ili pedijatar vodi strukturirani intervju, a pored toga lekar može proceniti dete koristeći jednostavne motorne zadatke poput bacanja i hvatanja teniske loptice, crtanja, imitacije pokreta, poskoka na jednoj nozi i sl. [5,8].

Razgovor pedijatra sa roditeljima često vodi identifikaciji nespretnosti dece i jednako je tačan kao drugi postupci skrininga [8]. Istraživanja na uzorku predškolske dece u nas, pokazala su da roditelji veoma objektivno procenjuju nespretnost svoje dece, za razliku od procene hiperaktivnosti [13-15].

ETIOLOGIJA RAZVOJNOG POREMEĆAJA KOORDINACIJE

Etiologija DCD je još uvek nedovoljno poznata [5,7,8,16,17]. Različite teorije pokušavaju da objasne skrivene mehanizme DCD, a identifikovanje uzroka od značaja je za kliničku praksu, jer tretman može da se razlikuje u zavisnosti od etiologije [18].

Etiologija DCD je po svemu sudeći multifaktorska, a najviše ispitivani faktori obuhvataju: oštećenje ili disfunkciju mozga, genetsku predispoziciju, deficit u ob-

radi informacija i osiromašenu sredinu, tj. redukovane mogućnosti za sticanje kretnih iskustava [16].

Različiti konceptualni okviri poput *minimalne moždane disfunkcije*, *lakše neurološke disfunkcije*, *deficita pažnje*, *motorne kontrole i percepcije* i *atipičnog razvoja mozga* zasnivaju se na stanovištu da su razvojni poremećaji povezani sa određenim nepravilnostima u razvoju mozga [19]. Prenatalni, perinatalni i postnatalni insulti dovode se u vezu sa ranim razvojem mozga, odnosno, sa različitim razvojnim poremećajima, uključujući i DCD. Rezultati retrospektivnih i longitudinalnih studija ukazuju na povezanost DCD i sledećih faktora: mala gestacijska starost (manje od 28-29 nedelja), niska telesna težina na rođenju, porođaj praćen komplikacijama, žutica, respiratorni problemi, hipoksija, komplikacije u trudnoći [16,18]. Zloupotrebe alkohola i duvana u trudnoći, od značaja su za razvoj DCD udruženog sa ADHD kod dece [20].

Prva genetička studija DCD, sprovedena na uzorku monozigotnih blizanaca radi ispitivanja zajedničke genetičke osnove DCD i ADHD, pokazala je da sve subska- le za procenu DCD i ADHD imaju značajnu genetsku komponentu [21]. Postoje dokazi o manjoj genetskoj uslovljenosti DCD u poređenju sa ADHD [18]. Za DCD su uobičajeni porodični klasteri; porodičnu istoriju nespretnosti pokazuje 21-30% slučajeva dece sa DCD [16]. U slučajevima komorbiditeta DCD i ADHD, polovina dece sa ovim stanjem ima brata/sestru ili roditelja sa sličnim poremećajem [20].

Problemi u vezi sa prijemom i obradom informacija često se navode kao mogući uzrok slabe motorne koordinacije kod dece [16,22,23]. Ranije teorije, tzv. hijerahij-

ske teorije ukazivale su na deficite u senzornoj integraciji, potom su usledile više kognitivistički orijentisane teorije fokusirane na motornu kontrolu u funkciji rešavanja motornog problema, dok aktuelni pristupi počivaju na teoriji dinamičkih sistema [17]. Deca sa DCD generalno imaju slabije rezultate u nizu mera motorne kontrole i motornog učenja, kao i senzorno/perceptualnog procesiranja, što samo po sebi ne rešava dilemu da li su problemi sa obradom informacija uzrok ili samo vidljivi simptom DCD [16].

Sredinski faktori, tj. mogućnost učestvovanja u fizičkoj aktivnosti, učenja i uvežbavanja motornih veština, značajno određuju konačni nivo motornog razvoja. Motorna umešnost je pozitivno povezana sa nivoom fizičke aktivnosti dece, dok je sa sedentarnim ponašanjem u negativnoj korelaciji [24]. S druge strane, fizička aktivnost dece povezana je sa fizičkom aktivnošću roditelja [25].

KOMORBIDITET RAZVOJNOG POREMEĆAJA KOORDINACIJE

DCD kod dece često je praćen i drugim razvojnim problemima, kao što su poremećaji pažnje, govora/jezika, ponašanja, vizuelni deficiti, sindrom hiperaktivnosti zglobova [11,19,26-28]. U klinički razmatranim slučajevima DCD, komorbiditet je pre pravilo nego izuzetak [11].

Istovremeno postojanje simptoma više razvojnih poremećaja otežava dijagnostiku i tretman, i aktuelizuje dilemu da li se kod dece koja ispoljavaju dva ili više razvojnih poremećaja (npr. DCD i ADHD), radi o nezavisnim poremećajima ili o brojnim simptomima u čijoj je osnovi jedinstveno stanje [19].

Brojna istraživanja pokazuju da je DCD snažno povezan sa ADHD; polovina dece sa DCD pokazuje ADHD, dok u grupi dece sa ADHD polovina ispoljava i simptome DCD [19,26]. Kombinacija ADHD i DCD, označavana u literaturi i akronimom DAMP (Deficits of Attention, Motor control and Perception), zastupljena je u ozbiljnoj formi kod 1.2-2% sedmogodišnjaka, a u blažoj formi kod još 3-6% dece tog uzrasta. Preklapanje DCD i ADHD često je praćeno i drugim problemima kao što su depresivni poremećaj, poremećaj autističnog spektra, problemi sa učenjem, poremećaji govora i jezika i drugi psihijatrijski poremećaji ili poremećaji ličnosti [20].

Iako deca sa ADHD često imaju DCD, i deca sa izolovanim ADHD mogu delovati nespretno. To je više posledica nepažljivosti i impulsivnosti, nego nekoordinisanosti. Kako rastu, nespretnost obično nestaje, jer nemaju pravih motornih smetnji [29].

Deca sa DCD češće su endomorfne građe, sa relativno visokim nivoom masti i povećanom telesnom težinom; pokazuju slabiju fizičku i kardiorespiratornu kondiciju i manje su fizički aktivni nego vršnjaci [30-33].

PROGNOZA I DUGOROČNI ISHODI RAZVOJNOG POREMEĆAJA KOORDINACIJE

Dugoročna prognoza DCD je raznolika. Kod malog broja nespretno dece dolazi do poboljšanja, ali kod većine teškoće se nastavljaju u adolescenciji i odrasloj dobi, i praćene su socijalnim, obrazovnim i medicinskim problemima [6]. Deca sa kombinacijom DCD i ADHD, ukoliko nisu izložena odgovarajućem tretmanu, predstavljaju posebno rizičnu grupu kad je reč o slabom psi-

hosocijalnom funkcionisanju u odrasloj dobi [34].

Nespretnost kod dece nije problem sam po sebi, tj. suština nije u poremećaju motorne koordinacije, već u nepovoljnom uticaju nespretnosti na svakodnevne aktivnosti i psihosocijalni razvoj dece [5]. Početna zabrinutost roditelja za slabiju koordinaciju dece u odnosu na vršnjake, sa polaskom u školu ustupa mesto zabrinutosti zbog problema koje nespretna deca imaju u samostalnom odevanju, ishrani i održavanju higijene, te kad je reč o školskim aktivnostima. Krajem osnovne škole, prisutni su socijalna izolacija, nepovoljna slika o sebi i viktimizacija, dok se u ranoj adolescenciji često zapažaju problemi sa fizičkim i mentalnim zdravljem [5,33].

Deca i adolescenti sa DCD imaju nepovoljnije samopercepcije fizičkog izgleda, sportske i školske kompetencije; pokazuju niže samopoštovanje i viši nivo anksioznosti; nižu socijalnu prihvaćenost i podršku, pasivniji su i manje socijalno zreli u odnosu na vršnjake, a problemi se u adolescenciji produbljuju [22,35-37].

Deca sa DCD su u manjoj meri aktivna u organizovanim sportskim aktivnostima i slobodnoj igri [32]. Plaše se poniženja i ismevanja vršnjaka, nisko procenjuju svoje kretne kompetencije, što doprinosi manjem uživanju u fizičkom vaspitanju i može dovesti do povlačenja iz fizičke aktivnosti [31].

Kompleksni problemi sa kojima se suočavaju deca sa DCD, utiču i na porodicu u celini, kroz izloženost stresu, izolaciju, frustraciju i zabrinutost [38].

U odrasloj dobi, većina osoba sa DCD i dalje pokazuje slabiju motornu koordinaciju [39], koja može da ometa izvođenje važnih životnih aktivnosti poput vožnje automobila, popunjavanja formulara, ovladavanja motornim zahtevima novog radnog mesta i sl. [40]. Iako motorni deficit i dalje po-

stoji, sa odrastanjem može doći do bolje adaptacije osoba sa DCD, usled promena okruženja i intrapersonalnih promena [40].

TRETMAN RAZVOJNOG POREMEĆAJA KOORDINACIJE

U razvijenim sredinama, tretman DCD podrazumeva saradnju svih relevantnih faktora: roditelja, nastavnika, i stručnjaka različitih profila poput porodičnih lekara, pedijatarata, psihijatarata, psihologa, okupacionih terapeuta, fizioterapeuta, neurologa, optometrista i dr. [41].

Postoje dva osnovna pristupa tretmanu DCD:

1. pristup „od dna naviše“ ili pristup usmeren na deficit

Zasnovan je na teoretskoj pretpostavci da su problemi sa motornom koordinacijom samo manifestacija nekih dubljih mehanizama, poput problema sa senzornom integracijom, perceptualno-motornim sposobnostima, kinestezijom, posturalnim refleksima i sl. [7,42]. Očekuje se da tretman umanjí ili otkloni deficite u ovim komponentama, što će se potom pozitivno odraziti na izvedbu raznovrsnih motornih zadataka. Među najpoznatije metode iz ove grupe spadaju *programi usmereni na proces, perceptualno-motorni trening, senzorno-integrativna terapija i kinestetički trening* [42].

2. pristup „sa vrha nadole“ ili pristup usmeren na zadatak

Usmeren je na poboljšanje specifičnih motornih veština [7,42]. Ovi pristupi mogu biti a) usmereni na konkretan motorni

zadatak (npr. pisanje ili vožnja bicikla), gde dete uvežbava specifičnu veštinu, ili b) više kognitivno orijentisani, tj. usmereni na problemski pristup, postavljanje cilja i planiranje strategije u izvođenju motornih zadataka, što pomaže detetu da nauči bilo koji novi motorni zadatak. Ovi pristupi su novijeg datuma, a najviše primenjivani su *intervencija usmerena na specifični zadatak, kognitivna orijentacija prema izvedbi svakodnevnih aktivnosti, trening neuro-motornog zadatka* i dr. [42].

Analizom interventnih studija, konstatovano je da najbolji efekat ima pristup usmeren na učenje specifičnih motornih veština [43]. Što se tiče uzrasta dece obuhvaćene tretmanom, najbolji rezultati ostvareni su sa decom starijom od 5 godina. Programi realizovani kod kuće i u malim grupama, bili su efikasniji od tretmana jedan-na-jedan. Tretmani kraći, odnosno, duži od tri meseca postižu slične rezultate, dok je frekvencija sesija od 3 do 5 puta nedeljno bila efikasnija od programa manje učestalosti. Postoje snažni dokazi da intervencija daje bolje rezultate nego izostanak bilo kakve intervencije kod nespretno dece [17].

Uprkos različitim nazivima i teorijskim postavkama, većinu efektivnih pristupa karakterišu i određene *zajedničke odlike*, kao što su pozitivna povratna informacija; visoka autonomija tretirane dece koja podstiče ovladavanje i opažanje sopstvene kompetencije; uključenost roditelja i nastavnika; edukacija svih osoba uključenih u brigu o detetu i podešavanje intervencije pojedinačnom detetu [17].

Novi pristupi tretmanu DCD fokusirani su na porodicu i saradnju porodice, škole i zajednice u pravcu boljeg poznavanja ovog razvojnog poremećaja i prilagođavanja

okruženja potrebama i mogućnostima nespretnog deteta, pre nego na otklanjanje detetovog latentnog nedostatka [41].

DECA SA RAZVOJNIM POREMEĆAJEM KOORDINACIJE U ŠKOLI

Osnovni principi inkluzivne škole jasno definišu okvir za prilagođavanje škole potrebama učenika sa DCD:

- sva deca treba da uče zajedno,
- škola mora prepoznati različite potrebe svojih učenika i odgovoriti na njih, tako što će se prilagoditi različitim stilovima i brzini učenja, obezbediti odgovarajući kurikulum, organizaciona rešenja, nastavne strategije, resurse i saradnju sa zajednicom [44,45].

Razvojni poremećaj koordinacije je nedovoljno poznat našoj stručnoj javnosti, počev od zdravstvenih radnika, pa do pedagoško-psihološke službe i nastavnika u školi. I sami roditelji nisu informisani o osnovnim obeležjima ovog poremećaja, što otežava njegovu ranu identifikaciju i efikasan tretman.

Na osnovu sinteze postojećih saznanja [5,7,8,31,35,37,40,41,46] manifestacije DCD u školskom ambijentu mogu se grupisati u nekoliko kategorija:

- **Aktivnosti fine motorike:** neuredan i nečitak rukopis, prejako ili suviše slabo pritiskanje olovke, sporo pisanje i prepisivanje, loša prostorna organizacija teksta, često brisanje i popravke napisanog; izbegavanje pisanih zadataka; nevešti crteži, netačno izrezivanje oblika, nespretna upotreba pribora, neuredan i nevešt ručni rad, loša organizacija radnog mesta i sl.

- **Aktivnosti krupne motorike, držanje tela i fitness aktivnosti:** nevešto trčanje, skokovi, bacanje i hvatanje lopte; često sudaranje sa drugim igračima i predmetima, saplitanje i povređivanje; sporije učenje novih motornih veština, slabija ravnoteža i kondicija, brzo zamaranje, niska tolerancija na neuspeh, nezainteresovanost i izbegavanje kretnih aktivnosti; samostalna igra na odmoru ili igra sa mlađom decom/decom sličnih sposobnosti.
- **Samostalno oblačenje, hranjenje i održavanje lične higijene:** teškoće sa samostalnim oblačenjem i svlačenjem (pred odmor ili čas fizičkog), korišćenjem pribora za jelo i otvaranjem ambalaže (užina), samostalnim održavanjem lične higijene.
- **Opšte odlike:** deluju lenjo i nezainteresovano za učešće u aktivnostima sa naglašenom motornom komponentom; pokazuju značajno odstupanje u motornoj sposobnosti u odnosu na druge sposobnosti (npr. slab uspeh u fizičkom vaspitanju, dobar uspeh u drugim predmetima); opušteno držanje tela; ispoljavanje drugih razvojnih poremećaja; niže samopoštovanje; socijalna izolacija u odeljenju; slabije školsko postignuće; privlače pažnju ometajući druge ili izigravajući „razrednog klovna“.

Populacija dece sa DCD je veoma heterogena; neka deca najviše poteškoća imaju sa krupnom motorikom, druga sa finom motorikom ili ravnotežom. Ne postoji *tipično* dete sa DCD, tako da se za-

stupljenost manifestacija ovog poremećaja razlikuje od deteta do deteta.

Često problemi sa urednim i brzim pisanjem štampanih i pisanih slova, predstavljaju prvi upadljiv znak da dete ima teškoća sa koordinacijom fine motorike. Problemi sa rukopisom su i najčešće pominjani problem nespretne dece [7]. Pažljivom opservacijom, učenika sa teškoćama u ispunjavanju školskih zadataka, nastavnici mogu da identifikuju o kojim tipovima zadataka se radi, da li su problemi sa ponašanjem i pažnjom povezani sa određenim aktivnostima, koje zadatke učenici izbegavaju i sl. Ako se teškoće pre svega ispoljavaju u zadacima sa naglašenom motornom komponentom, treba posumnjati na DCD [46].

Ponekad edukatori pokušavaju da smanje nastavno opterećenje za ovu decu, što zapravo rezultira smanjenim akademskim očekivanjima. Deci sa DCD obično nije potreban modifikovan program, već su dovoljna određena prilagođavanja [46].

U literaturi [46] je opisana strategija prilagođavanja školskih zahteva specifičnim potrebama i mogućnostima dece sa DCD, poznata pod nazivom „MATCH“ (Modify the task; Alter your expectations; Teach strategies; Change the environment; Help by understanding). U osnovi ove strategije jeste upoznavanje edukatora sa prirodom samog poremećaja, promena očekivanja od učenika, te prilagođavanje nastavnog ambijenta, nastavnih strategija i zadataka, što je prepoznatljivo i u akronimu „MATCH“ (na engleskom: uskladiti, prilagoditi).

U skladu sa pomenutom strategijom, nastavnici mogu olakšati deci sa DCD izvođenje različitih školskih zadataka, tako

što će umanjiti naglasak na motornoj komponenti zadatka, postaviti realne ciljeve i razumeti sa kakvim teškoćama se suočavaju u svakodnevnim i školskim aktivnostima. Suština ove i sličnih strategija je da se, uprkos evidentnim slabim stranama, iskoriste i podrže jake strane deteta, odnosno ono u čemu može da bude dobro, uspešno i samostalno.

Primeru radi, učenicima sa DCD treba obezbediti više vremena za oblačenje ili pripremu za čas fizičkog, dovoljno prostora za nesmetano presvlačenje, klupu za sedenje ili pomoć para, a roditelji treba da kupuju odeću koja se lako oblači, npr. odeću i obuću sa „čičkom“ umesto sa uobičajenim dugmadima, cibzarima i perzlama [41,46].

Kad je reč o zadacima koji uključuju finu motoriku (pismeni sastavi, matematika, ručni rad, slikanje) prilagođavanja podrazumevaju dodatno vreme za završavanje zadatka, pripremu unapred odštampanih radnih listića da bi se učenici usredsredili na osnovni zadatak, korišćenje računara za potrebe pisanje i obrade teksta i sl. [41,46].

Na času fizičkog vaspitanja motorna ograničenja dece sa DCD su najvidljivija, što ih čini izloženim potencijalnom zadirkivanju i podsmehu [31]. Umesto na takmičenju i perfekcionizmu, naglasak treba da bude na zabavi, zalaganju i učestvovanju [46]. Mogućnosti prilagođavanja učenicima sa DCD su velike, počev od prostora i sprava, do nastavnih strategija i zadataka. Povećanje prostora za igru, sporiji tempo plesa, niži koš i sl. predstavljaju značajne olakšice za učenike sa DCD. Kod učenja novih motornih veština, kretnu

veštinu treba razložiti na manje celine, davati koncizna i jednostavna uputstva i obezbediti više vremena za uvežbavanje. Izuzetno korisne za decu sa DCD su tzv. aktivnosti životnog stila (plivanje, trčanje, vožnja bicikla itd.) kojima se mogu baviti celog života, pa вреди uložiti dodatno vreme u ovladavanje ovim aktivnostima [46]. Pošto su deca sa DCD sklonija povređivanju, potrebno je preduzeti dodatne mere bezbednosti.

ZAKLJUČAK

Činjenica da 5-6% školske dece ispunjava kriterijume za DCD [4], zapravo znači da u svakom odeljenju u proseku ima barem jedno do dva nespretna deteta, što za učitelje i nastavnike može predstavljati poseban izazov kada je reč o planiranju i realizaciji nastave.

S obzirom da u većini slučajeva deca ne „prerastu“ probleme sa motornom koordinacijom, kao i da postoji značajan rizik od sekundarnih problema (slabije školsko postignuće, emocionalni i socijalni problemi), rana identifikacija DCD kod dece je veoma važna. Značajnu ulogu u blagovremenoj identifikaciji nespretnih dece i izboru adekvatnog tretmana mogu imati učitelji i nastavnici u školi, što doprinosi prevenciji sekundarnih problema. Škola, istovremeno, mora izaći u susret specifičnim obrazovnim potrebama dece sa razvojnim poremećajem koordinacije, i kroz tesnu saradnju sa roditeljima i drugim relevantnim faktorima, obezbediti podršku optimalnom psiho-socijalnom razvoju ove dece.

DEVELOPMENTAL COORDINATION DISORDER: MORE THAN CLUMSINESS

Višnja Đorđić
Tatjana Tubić

Summary

Introduction: Difficulties in motor functioning of otherwise healthy children often become noticeable at entering school. Problems with fine motorics, clumsiness in sports games or putting on clothes significantly interferes with daily living and school activities. Expert recommendation is to use the term developmental coordination disorder, abbreviated as DCD.

DCD. Prevalence of 5-6% of school children population ranks DCD among the most frequent developmental disorders. The main characteristic of DCD children is heterogeneity which aggravates adequate diagnostics and treatment. Non-existence of the gold standard for evaluation of motor coordination is one of major problems in identification of DCD. Knowledge of DCD etiology is insufficient, but it is assumed that it is multi-factorial. Comorbidity is a frequent phenomenon, while coordination difficulties mainly continue in adolescence and adult period. Unfavorable secondary circumstances include different aspects of psychosocial functioning and health. Effective approaches in DCD treatment are characterized by active participation of the child, individualization, focus on everyday skills, and incorporation of family and school. Inclusion of DCD children in most cases assumes certain accommodation of the school environment, teaching contents and tasks.

Conclusion. In cooperation with experts, parents and teachers can contribute significantly to early identification of DCD and prevention of secondary consequences.

Key words: developmental disabilities, developmental coordination disorder, educational activities

Literatura:

1. Gibbs, J, Appleton, J, Appleton, R. Dyspraxia or developmental coordination disorder: unravelling the enigma. *Arch Dis Child* 2007; 92:534-9.
2. Magalhães, LC, Missiuna, C, Wong, S. Terminology used in research reports of developmental coordination disorder. *Dev Med Child Neurol* 2006; 48:937-41.
3. Geuze, RH, Jongmans, MJ, Schoemaker, MM, Smits-Engelsman, BCM. Clinical and research diagnostic criteria for developmental coordination disorder: a review and discussion. *Hum Mov Sci* 2001; 20:7-47.
4. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
5. Missiuna, C, Gaines, R, Soucie, H. Why every office needs a tennis ball: a new approach to assessing the clumsy child. *Can Med Assoc J* 2006; 175(5):471-3.
6. Leeds Consensus Statement: Development coordination disorder as a specific learning difficulty. Leeds: Economic and Social Research Council; 2006.
7. Barnhart RC, Davenport MJ, Epps SB, Nordquist, VM. Developmental coordination disorder. *Phys Ther* 2003; 83(8):722-31.
8. Sutton-Hamilton, S. Evaluation of clumsiness in children. *American Family Physician* 2002; 66(8):1435-40.
9. Faight, BE, Cairney, J, Hay, J, Veldhuizen, S, Missiuna, C, Spironello, CA. Screening for motor coordination challenges in children using teacher ratings of physical ability and activity. *Hum Mov Sci* 2008; 27:177-89.
10. Macnab, JJ, Miller, LT, Polatajko, HJ. The search for subtypes of DCD: is cluster analysis the answer? *Hum Mov Sci* 2001; 20:49-72.
11. Dewey, D, Kaplan, BJ, Crawford, SG, Wilson, BN. Developmental coordination disorder: associated problems in attention, learning, and psychosocial adjustment. *Hum Mov Sci* 2002; 21:905-18.
12. Henderson, SE., Sugden, DA. Movement assessment battery for children. London: Psychological Corporation; 1992.
13. Đorđić, V. Do parents properly rate their children's clumsiness? In: Mikalački, M, editor. 1st International Scientific Conference "Exercise and Quality of Life". Novi Sad: Faculty of Sport and Physical Education; University of Novi Sad; 2009. p.139-44.
14. Tubić, T, Golubović, Š. Pouzdanost različitih izvora informacija pri proceni hiperaktivnosti dece. *Engrami* 2009; 31(1-2):19-30.
15. Golubović, Š, Tubić, T. Saglasnost u procenivanju hiperaktivnosti kod dece. *Med pregl U štampi*.
16. Cermak, SA, Gubbay, SS, Larkin, D. What is developmental coordination disorder? In: Cermak, SA, Larkin, D, editors. *Developmental coordination disorder*. Albany: Delmar Thompson Learning; 2002. p.2-22.
17. Hillier, S. Intervention for children with developmental coordination disorder: a systematic review. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice* [Internet] 2007 [cited 2009 jun 20];5(3):[about 11 p.]. Available from: <http://ijahsp.nova.edu>
18. Pearsall-Jones, JG, Piek, JP, Martin, NC, Rigoli, D, Levy, F, Hay, DA. (2008). A monozygotic twin design to investigate etiological factors for DCD and ADHD. *J Pediatr Neurol* 2008; 6(3):209-19.

19. Kaplan, B, Crawford, S, Cantell, M, Kooistra, L, Dewey, D. Comorbidity, co-occurrence, continuum: what's in a name? *Child Care Health Dev* 2006; 32(6):723-31.
20. Gillberg, C. Deficits in attention, motor control, and perception: a brief review. *Arch Dis Child* 2003; 88:904-10.
21. Martin, NC, Plek, JP, Hay, D. DCD and ADHD: a genetic study of their shared aetiology. *Hum Mov Sci* 2006; 25(1):110-24.
22. Schoemaker, MM, Kalverboer, AF. Social and affective problems of children who are clumsy: how early do they begin? *Adap Phys Activ Q* 1994; 11:130-40.
23. Wilson PH, McKenzie, BE. Information processing deficits associated with developmental coordination disorder: a meta-analysis of research findings. *J Child Psychol Psychiatry* 1998; 39(6):829-40.
24. Wrotniak, BH., Epstein, LH, Dorn, JM, Jonesc, KE, Kondilisc, VA. The relationship between motor proficiency and physical activity in children. *Pediatrics* 2006; 118(6):1758-65.
25. Đorđić, V. Roditelji i fizička aktivnost dece predškolskog i mlađeg školskog uzrasta. U: Zbornik radova interdisciplinarnе naučne konferencije sa međunarodnim učešćem: Antropološki status i fizička aktivnost dece i omladine. Novi Sad: Fakultet sporta i fizičkog vaspitanja; 2006. p.127-34.
26. Kadesjö B, Gillberg C. Developmental coordination disorder in Swedish 7-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38:820–8.
27. Hill, EL. Non-specific nature of specific language impairment: a review of the literature with regard do concomitant motor impairments. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2001; 36(2):149-71.
28. Kirby, A, Davies, R. Developmental coordination disorder and joint hypermobility syndrome – overlapping disorders? Implications for research and clinical practice. *Child Care Health Dev* 2006; 32(5):513-9.
29. Blondis, TA, Opacich, K. Developmental coordination disorder and ADHD. In: Accardo, PJ, Blondis, TA, Whitman, BY, Stain, MA, editors. *Attention deficits and hyperactivity in children and adults: diagnosis, treatment, management*. New York: Marcel Dekker; 2000, p.265-88.
30. Cairney, J, Hay, JA, Faight, BE, Hawes, R. Developmental coordination disorder ad overweight and obesity in children aged 9-14 years. *Int J Obes* 2005; 29(4):369-72.
31. Cairney, J, Hay, J, Mandigo, J, Wade, T, Faight, BE, Flouris, A. Developmental coordination disorder and reported enjoyment of physical education in children. *European Physical Education Review* 2007; 13(1):81-98.
32. Cairney, J, Hay, JA, Faight, BE, Wade, TJ, Corna, L, Flouris, A. Developmental coordination disorder, generalized self-efficacy toward physical activity, and participation in organized and free play activities. *J Pediatr* 2005; 147(4):515-20.
33. Faight, BE., Hay, JA, Cairney, J, Flouris, A. Increased risk for coronary vascular disease in children with developmental coordination disorder. *J Adolesc Health* 2005; 37(5):376-80.
34. Rasmussen, P, Gillberg, C. Natural outcome od ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39(11):1424-31.
35. Losse, A, Henderson, SE, Elliman, D, Hall, D, Knight, E, Jongmans, M. Clumsiness in children – do they grow out of it? A 10-year follow-up study. *Dev Med Child Neurol* 1991; 33:55-68.

36. Cantell, MH, Smyth, MM, Ahonen, TP. Clumsiness in adolescence: educational, motor and social outcomes of motor delay detected at 5 years. *Adapt Phys Activ Q* 1994; 11:115–29.
37. Skinner RA, Piek JP. Psychosocial implications of poor motor coordination in children and adolescents. *Hum Mov Sci* 2001; 20(1-2):73-94.
38. Stephenson, EA, Chesson, RA. 'Always the guiding hand': parents' accounts of the long-term implications of developmental co-ordination disorder for their children and families. *Child Care Health Dev* 2008; 34(3):335-43.
39. Cousins, M, Smyth, MM. Developmental impairments in adulthood. *Hum Mov Sci* 2003; 22:433-459.
40. Missiuna, C, Moll, S, King, G, Stewart, D, MacDonald, K. Life experiences of young adults who have coordination difficulties. *Can J Occup Ther* 2008; 75(3):157-66.
41. Missiuna, C, Gaines, R, Soucie, H, McLean, J. Parental questions about developmental coordination disorder: A synopsis of current evidence. *Paediatr Child Health* 2006; 11(8):507-12.
42. Mandich, AD, Polatajko, HJ, Macnab, JJ, Miller, LT. (2001). Treatment of children with developmental coordination disorder: what is the evidence? In: Missiuna, C, editor. *Children with developmental coordination disorder: strategies for success*. Binghamton: Haworth Press; 2001. p.51-68.
43. Pless, M, Carlsson, M. Effects of motor skill intervention on developmental coordination disorder: a meta-analysis. *Adapt Phys Activ Q* 2000; 17:381-401.
44. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). *The Salamanca Statement and framework for Action on Special Needs Education*. Paris:UNESCO; 1994.
45. Tubić, T, Hamiloglu, K. Linking learning styles and teaching styles. In: Swennen, A, Van der Klink, M, editors. *Becoming a Teacher Educator*. Dordrecht: Springer; 2008. p.133-44.
46. Missiuna, C, Rivard, L, Pollock, N. They're bright but can't write: developmental coordination disorder in school aged children. *Teaching Exceptional Children Plus* [Internet] 2004 [cited jun 12]; 1(1): [about 10 p.]. Available from: <http://escholarship.bc.edu/education/tecplus/vol1/iss1/3>

Višnja Đorđić
 Fakultet sporta i fizičkog vaspitanja
 Lovćenska 16
 21000 Novi Sad
 Tel:021/450-188; fax:021/450-199
 Mob.064/48-17-412
 E mail: visnja@uns.ac.rs

CITOKINI I DEPRESIJA

Bojana Dunjić-Kostić¹
Maja Ivković^{1,2}
Aleksandar Damjanović^{1,2}
Nevena Radonjić^{2,3}
Nataša Petronijević^{2,3}
Miroslava Jašović-Gašić^{1,2}

UDK: 616.89-008.454-07:571.175.8

- 1 Klinika za psihijatriju Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija
- 2 Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija
- 3 Institut za medicinsku i kliničku biohemiju, Medicinski fakultet u Beogradu

UVOD

Depresija je najrasprostranjenije psihijatrijsko oboljenje u zapadnoj civilizaciji i veliki zdravstveni problem sa prevalencijom od 4.4% do 20% u opštoj populaciji [1]. S obzirom na multifaktornost i heterogenost ovog oboljenja veliki broj teorija je predložen u cilju rasvetljavanja kompleksne etiopatogeneze ovog oboljenja: najpre monoaminergička teorija bazirana na deficitu biogenih amina, zatim teorija koja se odnosila na disfunkcionalnost osovine hipotalamus-hipofiza-nad-

Kratak sažetak

Depresija je najrasprostranjenije psihijatrijsko oboljenje u zapadnoj civilizaciji i veliki zdravstveni problem. S obzirom na multifaktornost i heterogenost ovog oboljenja veliki broj teorija je predložen u cilju rasvetljavanja kompleksne etiopatogeneze ovog oboljenja. U poslednje vreme sve popularnija je "citokinska teorija depresije". Citokinska hipoteza depresije ukazuje na to da su proinflamatorni citokini ključne supstance u neuromodulaciji bihevioralnih, neuroendokrinih i neurohemijskih karakteristika depresije. Dosadašnja istraživanja u oblasti psihoneuroimunoloških aspekata depresije bazirala su se na proučavanju centralne aktivnosti citokina koja utiče na bihevioralne i kognitivne promene koje se viđaju u depresiji, zatim na promene u neurotransmisiji (u smislu deficijentne serotonergičke neurotransmisije, smanjivanja raspoloživosti prekursora serotonina triptofana i povišene aktivnosti enzima indolamin-2,3 dioksigenaze), zatim na uticaj citokina na aktivnost osovine hipotalamus-hipofiza-nadbubreg i finalno na proučavanje udela citokina u odgovoru na terapiju.

Ključne reči: depresija, citokini, psihoneuroimunologija

bubreg koja se bazira na hiperaktivnosti ovog sistema, zatim kognitivne i bihevioralne teorije, teorije neurodegeneracije i u poslednje vreme sve popularnija "citokinska teorija depresije" [2]. Citokinska hipoteza depresije ukazuje na to da su proinflamatorni citokini ključne supstance u neuromodulaciji i medijaciji bihevioralnih, neuroendokrinih i neurohemijskih karakteristika depresije [3].

U ovom radu će najpre biti reči o pojedinim citokinima identifikovanim kao značajnim za psihijatrijska oboljenja, a potom i o efektima citokina na mozak u

smislu neurohemijskih i neuroendokrinih efekata koje oni izazivaju i finalno uloži citokina u terapiji depresije.

O citokinima

Citokini imaju ključnu ulogu u međučelijskoj komunikaciji u okviru imunog i centralnog nervnog sistema (CNS-a) i utiču na aktivaciju, diferencijaciju i opstanak neurona u periodu značajnom za neurorazvoj (4). Postoje dve klase citokina: proinflamatorni citokini (npr. IL-1,2,6,12, TNF α , TNF β , IFN α , IFN γ) i anti-inflamatorni citokini (npr. IL-4,10,13) [3]. Imuni sistem zajedno sa endokrinim i centralnim nervnim sistemom čini „mrežu“ sistema koji su u međusobnoj komunikaciji, interakciji i reciprocitetu, a regulatorna uloga citokina u CNS-u ogleda se u nekoliko stvari: a.) započinjanje imunog procesa u CNS-u u toku zapaljenja, b.) regulisanje krvno moždane barijere; c.) reparirajući i razvojni mehanizmi posle povrede; d.) regulacija endokrinog sistema i osovine hipotalamus-hipofizadubreg; e.) inhibitorni i stimulatorni efekti na dopaminsku, noradrenalinsku, serotoninisku i acetilholinsku neurotransmisiju [5].

Psihotropni efekti su prvo opisani kod IL-1 [5]. IL-1 otpuštaju makrofagi, a produkuju ga i astrociti i ćelije mikroglije. Lokalizacija IL-1 u neuronima hipokampusa govori o njegovom uticaju na neuralne procese. Jedan od efekata IL-1 je psihomotorna retardacija, poremećaj spavanja, gubitak na težini, gubitak apetita itd. Pored ove uloge ima uticaja i na regulaciju hormona preko osovine hipotalamus-hipofizadubreg. IL-2 u krvi se proizvodi od aktiviranih T limfocita, a u

CNS-u uglavnom od aktiviranih mikroglialnih ćelija. Interesantan je, jer su visoke koncentracije IL-2 nađene u hipokampusu, a takođe je pokazano da posle aplikacije IL-2 dolazi do ispoljavanja psihične fenomenologije čime je ilustrovan i uticaj ovog citokina na dopaminergičku neurotransmisiju. IL-6 je pleotropni citokin i u krvi se oslobađa iz različitih ćelija (makrofaga, monocita, T i B limfocita). Što se tiče CNS-a, IL-6 produkuju aktivirani astrociti i ćelije mikroglije. Nekoliko studija je dokazalo da je IL-6 može uticati na egzacerbaciju autoimunih bolesti u CNS-u. Njegova funkcija je usko povezana sa osovinom hipotalamus-hipofizadubreg [5]. TNF α je citokin koji sinergistički deluje sa još nekoliko citokina, i ima jak toksični efekat. U CNS-u njega oslobađaju astrociti i mikroglija [5].

Citokini nisu sposobni da prođu krvno moždanu barijeru (KMB) pod fiziološkim uslovima. Identifikovano je nekoliko načina na koje citokini na mestima gde KMB odsutna ili manje restriktivna, mogu da pređu od krvi do moždanog parenhima. Neki od tih načina su aktivni transport (preko proteina nosača), pasivni transport, zatim na mestima gde je integritet KMB narušen i preko n.vagusa [6,7,8]. Nakon ulaska u moždani parenhim, citokini se vezuju za receptore koji se nalaze po površini raznih ćelija (uključujući mikrogliju, astrocite i neurone). Citokini su takođe sposobni da se vežu za citokinske receptore na cerebrovaskularnim endotelnim ćelijama, indukujući aktivaciju sekundarnog glasnika (npr. NO i PG) [9].

Depresija i citokini

Još devedesetih godina prošlog veka je predpostavljano da je depresija povezana sa aktivacijom sistema imunog odgovora. Zapaženo je da su mnoge infektivne, autoimune i degenerativne bolesti (npr. Sistemski lupus, Reumatoidni artritis itd.) povezane sa depresivnim raspoloženjem [3]. Dalje, primećeno je da kod pacijenata obolelih od kancera ili hepatitisa C, kod kojih su aplikovani proinflamatorni citokini u terapijske svrhe, dolazi do razvoja depresivnog raspoloženja, anhedonije, poremećaja ciklusa budnost spavanje, gubitka na težini, zamora, psihomotorne usporenosti, sniženja koncentracije itd. Dugo se mislilo da je mozak "privilegovan" organ u imunološkom smislu, ali se danas zna da se proinflamatorni citokini koji se sintetišu kao odgovor na infekciju zapravo ti koji dovode do promena u mozgu kao i u ponašanju koje se zove "*sickness behaviour*" [2,9,10,11,12].

Citokinska hipoteza depresije govori o tome da stresori, kako unutrašnji (npr. inflamatorni proces) tako i spoljašnji (npr. psihosocijalni stres) mogu da budu "okidač" za razvoj depresije preko inflamatornog procesa [13]. Zapravo, aktivacija imunog sistema dovodi do brojnih neuroendokrinih i neurotransmitterskih promena. Proinflamatorni citokini utiču i na neuroplasticitet dovodeći do apoptoze, kompromituju grananje neurona itd [2]. Od proinflamatornih citokina značajnih za depresiju najviše se pominju IL-1b i IL-6 za koje se smatra da imaju ključnu ulogu upravo u sinaptičkom plasticitetu, neuromodulaciji i neurogenezi [14]. Dowlati i sar.[1] su u meta-analizi koja je uključivala 24 studije pokazali da je koncentracija

IL-6 (ali i TNF alfa) statistički značajno viša kod depresivnih pacijenata nego kod kontrola. U studiji Howren-a i sar [15] takođe je pokazano da koncentracije IL-1 i IL-6 pozitivno koreliraju sa depresijom.

Kao što je navedeno aktivacija imunog sistema dovodi do brojnih neuroendokrinih i neurotransmitterskih promena. Poznato je da se depresija karakteriše poremećajem u neurotransmisiji noradrenalina i serotonina. Proinflamatorni citokini dovode do promena u obrtu noradrenalina i serotonina i to u onim regionima mozga (hipotalamus, hipokampus, amigdala i prefrontalni korteks) za koje se zna da su od značaja za ovu vrstu duševnog obojenja [16]. Dalje, pokazano je da citokini utiču na smanjivanje aktivnosti u presinaptičkim serotoninskim neuronima, zatim da dovode do promena u preuzimanju serotonina iz sinaptičke pukotine kao i da dovode do alternacija postsinaptičkih serotoninskih receptora [17]. Sinteza serotonina zavisi od raspoloživosti njegovog prekursora triptofana u mozgu. Pojedini citokini (IL-1,2,6 i INF) smanjuju dostupnost triptofana tako što aktiviraju enzim indolamin-2,3-dioksigenazu (IDO). Povećana stimulacija IDO od strane citokina može voditi smanjenju serumskog triptofana, a samim tim i redukciji sinteze serotonina [18]. Capuron i sar. [19] su pokazali da kod pacijenata obolelih od kancera (koji primaju imunoterapiju) postoji pozitivna korelacija između razvoja depresivne fenomenologije (praćene padom na kognitivnom i hormičkom planu) i sniženih koncentracija triptofana u plazmi tokom terapije. Upravo ta smanjena raspoloživost triptofana u mozgu, koja rezultira značajnim smanje-

njem sinteze serotonina može biti glavni događaj koji leži u osnovi serotonergičkog deficita u depresiji.

Pojava depresivnog raspoloženja može da bude rezultat i povećane produkcije nekih metablita IDO kao sto su tri hidroksi kynurenin (3OH KYN) i quinolininska kiselina (QUIN). Navedene kiseline su neurotoksične i nađene su kako u nekim neurodegenerativnim oboljenjima tako i u nekim psihijatrijskim oboljenjima (anoreksija i depresija) [3,20]. 3OH-KYN može dovesti i do intenziviranja MAO aktivnosti, što rezultuje nižim koncentracijama kateholamina i serotonina karakterističnim za depresiju. Zato se s pravom može reći da je enzim indolamin-2,3-dioxigenaza spona između imunog sistema i neurohemijskih alteracija koje su povezane sa depresijom.

Pored efekata na neurotransmisiju, citokini imaju uticaja i na aktivnost osovine hipotalamus -hipofiza -nadbubreg. Zna se da je depresija povezana sa hiperaktivnošću osovine hipotalamus-hipofiza-nadbubreg, kao i sa disregulacijom povratne sprege. Smatra se da su proinformatorni citokini snažni aktivatori osovine, kao i da glukokortikoidna rezistencija koja leži u osnovi disregulacije osovine hipotalamus-hipofiza-nadbubreg može biti uzrokovana citokinima. Mehanizam pomoću koga citokini narušavaju inhibitory *feedback*, možda uključuje kortikosteroidnu receptorsku rezistenciju u hipotalamusu i hipofizi [2,3].

Istraživanja o mogućnostima da citokini utiču na odgovor na antidepresivnu terapiju su još uvek u povoju. Tek je u

skorije vreme objavljeno nekoliko studija (*in vivo* i *in vitro*) koje su izučavale uticaj antidepresiva na nivo citokina i njihovu funkciju [21]. Što se tiče *in vivo* studija, zaključak većine se sastojao u tome da antidepresivi signifikantno smanjuju nivo IL-6 u plazmi (koji je u depresiji povišen). Janssen i sar. [21] sugerisali su da je mali broj studija procenjivao značajnost nivoa citokina u predikciji odgovora na tretman antidepresivima. Međutim, istaknuto je da bi serumski nivoi IL-6 i TNF α mogli da imaju ulogu u predikciji odgovora na tretman.

ZAKLJUČAK

Uloga imunog sistema u etiopatogenezi depresije danas se intenzivno proučava kao i kompleksna recipročna komunikacija centralnog, imunog i endokrinog sistema. Dosadašnja istaživanja u oblasti psihoneuroimunoloških aspekata depresije bazirala su se na proučavanju centralne aktivnosti citokina koja utiče na bihevioralne i kognitivne promene koje se vidaju u depresiji, zatim na promene u neurotransmisiji (u smislu deficijentne serotonergičke neurotransmisije, smanjivanja raspoloživosti prekursora serotonina triptofana i povišene aktivnosti enzima indolamin-2,3 dioksigenaze) i uloge i uticaja citokina na aktivnost osovine hipotalamus-hipofiza-nadbubreg. U poslednje vreme veliku pažnju privlači i proučavanje udela citokina u odgovoru na terapiju, a smatra se i da bi saznanja iz budućih istraživanja genetskih varijeteta mogla značajno da doprinesu prevenciji i tretmanu ovog oboljenja.

CYTOKINES AND DEPRESSION

Bojana Dunjić-Kostić¹
Maja Ivković^{1,2}
Aleksandar Damjanović^{1,2}
Nevena Radonjić^{2,3}
Nataša Petronijević^{2,3}
Miroslava Jašović-Gašić^{1,2}

- 1 Clinic for Psychiatry Clinical Center of Serbia, Belgrade, Serbia
- 2 School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia
- 3 Institute for Medical and Clinical Biochemistry, School of Medicine, Belgrade, Serbia

Literatura:

1. Dowlati Y, Herrmann N, Swardfager F et al. Meta-Analysis of Cytokines in Major Depression. *Biol. Psychiatry* 2010;67:446-57.
2. Zunszain PA, Anacker C, Cattaneo A, Carvalho LA, Perante CM. Glucocorticoids, cytokines and brain abnormalities in depression. *Prog. Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry* 2010. In Press
3. Schiepers OJG, Wichers MC, Maes M. Cytokines and major depression. *Prog. Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry* 2005; 29: 201-17.

Summary

Depression is the widespread psychiatry disorder and an immense health problem. Considering multifactoriality and heterogeneity of this illness, a great number of theories are proposed, all with the aim of resolving complex aetiopathogenesis. In recent times the more and more popular, so-called cytokine hypothesis of depression indicates that proinflammatory cytokines are key substances to neuromodulation of behavioral, neuroendocrine and neurochemical characteristics of depression. Researches in the field of psychoneuroimmunological aspects of depression were so far based on the examination of central cytokine activity which influences behavioral and cognitive changes observed in depression. Also, central cytokine activity influences alterations in neurotransmission (in a sense of deficiency of serotonergic neurotransmission, reduction in availability of tryptophan, increase in activity of indoleamine-2,3-dioxygenase). Furthermore, it has the influence on the activity of hypothalamic-pituitary-adrenal axis together with the role of cytokine and finally on the study regarding the contribution of cytokine in a response to therapy.

Key words: depression, cytokines, psychoneuroimmunology

4. Stöber G, Ben-Shachar D, Cardon M, Falkai P, Fonteh AN, Gawlik M et al. Schizophrenia: From the brain to peripheral markers. A consensus paper of WFSBP task force on biological markers. *The World J Biol Psychiatry* 2009;10(2):127-155.
5. Muller N, Ackenheil M. Psychoneuroimmunology and the cytokine action in the CNS: Implications for psychiatric disorders. *Prog. Neuro-Psychopharmacol & Biol. Psychiat* 1998;22:1-33.

6. Seidel A, Rothermundt M, Rink L. Cytokine production in depressive patients. In: Danzer R, Wollman EE, Yirmiya R (Eds), Cytokines, Stress and Depression. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York 1999, 47-57.
7. Merrill JE, Murphy SP. Inflammatory events at the blood brain barrier: regulation of adhesion molecules, cytokines and chemokines by reactive nitrogen and oxygen species. *Brain Behav Immun* 1997; 11:245-63.
8. Chandler S, Miller KM, Clements JM. Matrix metalloproteinases, tumor necrosis factor and multiple sclerosis: an overview. *J Neuroimmunol* 1997; 72: 155-61.
9. Maier SF, Watkins LR. Cytokines for psychologists: implications for bidirectional immune-to-brain communication for understanding behavior, mood and cognition. *Psychol Rev* 1998; 105(1): 83-107.
10. Baune BT, Dannowski U, Domschke K et al. The Interleukine 1 Beta (IL1B) gene is associated with failure to achieve remission and impaired emotion processing in major depression. *Biol Psychiatry* 2010; 67:543-49.
11. Yirmiya R. Depression in medical illness. The role of the immune system. *West J Med* 2000; 173:333-6.
12. Pavlović D. Depresija i demencija. *Engrami* 2002; 24(3-4):63-80.
13. Maes M, Yirmiya R, Norberg J et al. The inflammatory & neurodegenerative hypothesis of depression: leads for future research and new drug developments in depression. *Metab Brain Dis* 2009; 24:27-53.
14. McAfoose J, Baune BT. Evidence for cytokine model of cognitive function. *Neurosci Biobehav Rev* 2009; 33(3):355-66.
15. Howren MB, Lamkin DM, Suls J. Association of depression with C-reactive protein, IL-1, IL-6: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2009; 71(2):171-86.
16. Dunn AJ, Wang J, Ando T. Effects of cytokines on cerebral neurotransmission. Comparison with the effect of stress. In: Dantzer R, Wollman EE, Yirmiya R. (Eds.), Cytokines, stress and depression. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York 1999, 117-27.
17. Kubera M, Maes M. Serotonin-Immune interactions in major depression. In: Patterson, Gordon, Christen (Eds.), Neuro-immune interactions in Neurologic and Psychiatric Disorders. Springer-Verlag, Berlin, 2000, 79-87.
18. Stone TW, Darlington LG. Endogenous kynurenes as targets for drug discovery and development. *Nat Rev* 2002; 1:609-20.
19. Capuron L, Ravaut A, Neveu PJ et al. Association between decreased serum tryptophan concentrations and depressive symptoms in cancer patients undergoing cytokine therapy. *Mol Psychiatry* 2002; 7(5):468-73.
20. Maes M, Verkerk R, Bonaccorso S et al. Depressive and anxiety symptoms in early puerperium are related to increased degradation of tryptophan into kynurenine, a phenomenon which is related to immune activation. *Life Sci* 2002; 71(16):1837-48.
21. Janssen DGA, Caniato RN, Verster JC, Baune BT. A psychoneuroimmunological review on cytokines involved in antidepressant treatment response. *Hum. Psychopharmacol Clin Exp* 2010; 25:201-15.

Bojana Dunjić
Klinika za psihijatriju
Klinički centar Srbije
Pasterova 2, 11000 Beograd, Srbija
E-mail: bojanadunjic@yahoo.com

SEROTONIN I GENETIKA SUICIDALNOG PONAŠANJA

Daniela B. Jovanović¹
Aleksandar Jovanović^{1,2}
Maja Ivković^{1,2}
Miroslava Jašović-Gašić^{1,2}

UDK: 616.89-008.44:577.175.8

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

UVOD

Prema podacima Svetske Zdravstvene Organizacije (SZO), 1 milion osoba godišnje počini samoubistvo [1], a procenjuje se da će se taj broj do 2020. godine povećati za 50% (1,5 milion). Ovi epidemiološki podaci nedvosmisleno naglašavaju potrebu za boljim razumevanjem i prevencijom suicidalnog ponašanja. Suicidalna ideacija, pokušaj samoubistva i realizovan suicid su tri tipa suicidalnog ponašanja koja se mogu posmatrati kao kontinuum samopovređujućih ponašanja [2]. Tokom poslednje decenije neurobiološke i molekularno genetičke studije suicidalnog ponašanja postale su veoma atraktivna i produktivna istraživačka oblast.

Kratak sadržaj

Tokom poslednjih godina, napredak molekularne genetike omogućio je sagledavanje mentalnih poremećaja iz nove perspektive. Saznanje o nezavisnom nasleđivanju predispozicije ka suicidalnom ponašanju, otvorilo je novo poglavlje u proučavanju suicidalnosti- molekularno genetičke studije suicidalnog ponašanja (obećavajuća i produktivna oblast istraživanja, sa neretko kontradiktornim rezultatima). Ovim radom autori su napravili pregled najvažnijih od pomenutih rezultata u oblasti molekularne genetike suicidalnog ponašanja sa posebnim akcentom na serotonergički sistem neurotransmisije. Pored osnova genetike suicidalnog ponašanja (studije vezanosti i asocijacione studije), detaljnije su prikazani tzv. »geni kandidati« kao što su gen za serotoninski transporter, gen za triptofan hidroksilazu, geni za pojedine serotoninske receptore (5HT2A, 5HT1A, 5HT1B).

Ključne reči: suicidalno ponašanje, serotonin, genetika

OSNOVI GENETIKE SUICIDALNOG PONAŠANJA

Postoje jasni dokazi da u osnovi patofiziologije suicidalnog ponašanja leži izmenjena funkcija tri osnovna neurobiološka sistema: hiperaktivnost hipotalamo-pituitarno-adrenalne (HPA) osovine, disfunkcija serotonergičkog i ekscesivna aktivnost noradrenergičkog sistema. Dok su prvi i poslednji sistem uključeni u odgovor na stresore, disfunkcija serotonergičkog sistema se smatra trait zavisnom i udružena je sa poremećajima u regulaciji anksioznosti, impulsivnosti i agresije. Može se pretpostaviti da su neurobiološke disfunkcije medijatori ispoljavanja suicidalnog ponašanja kroz poremećenu

modulaciju bazičnih neuropsiholoških funkcija [3].

Iz obilja neurobioloških nalaza vezanih za patofiziologiju suicidalnog ponašanja, proizašla su genetička istraživanja suicidalnog ponašanja sa snažnim fokusom na serotonergički sistem neurotransmisije.

Značajni inicijalni podaci o genetskoj osnovi suicidalnog ponašanja proistekli su iz bazičnih genetičko epidemioloških istraživanja: porodičnih studija, studija blizanaca i adoptivnih studija. Suicidalno ponašanje je u značajnoj meri porodično, a prema blizanačkim i adoptivnim studijama i nasledno [4,5]. Nezavisno nasledni faktori mogu delimično objasniti genetički rizik za major depresiju [6] i suicid [7]. Porodična anamneza suicidalnog ponašanja povezana je sa suicidalnim ponašanjem probanda, čak i nakon korekcije za prisustvo mentalnog poremećaja kod probanda i članova porodice, i ukazuje na transmisiju (nasleđivanje) pokušaja koja se razlikuje od porodičnog nasleđivanja mentalnog poremećaja [4]. Adoptivne studije isključuju efekte zajedničke sredine koji mogu da utiču na rezultate blizanačkih studija i jasno ukazuju na nezavisno nasleđivanje suicidalnog ponašanja u odnosu na velike mentalne poremećaje kao što su poremećaji raspoloženja i šizofrenija [8]. Konkordantnost realizovanog suicida je značajno veća kod monozigotnih u odnosu na dizigotne blizance. Prema blizanačkim studijama (“case” i “register”) procena naslednosti suicida varira između 21% i 50%, a za širi fenotip koji nazivamo suicidalnim ponašanjem (suicidalna ideacija, planovi, pokušaj samoubistva) iznosi 30% do 55% prema studijama na opštoj populaciji [9].

Pomenute studije dale su potvrdu naslednosti suicidalnog ponašanja, ali nisu determinisale puteve nasleđivanja [10].

Uopšteno, mentalni poremećaji su genetički kompleksni, tj. ne postoji izolovani genski lokus odgovoran za nastanak mentalnog poremećaja, već je verovatnije da multipli aleli smešteni na multiplim lokusima interaguju generišući predispoziciju za određeni mentalni poremećaj. Razvojem molekularne genetike došlo je do proboja u istraživanju mentalnih poremećaja, a dva bazična analitička pristupa predstavljaju studije vezanosti (linkage studije) i studije asocijacije.

1. *Studije vezanosti* imaju zadatak da otkriju vezu (“linkage”) između gena, tj. tendenciju gena i drugih genskih markera da budu nasleđivani zajedno zbog blizine lokacije na istom hromozomu. Sprovode se u okviru porodica, po pravilu sa većim brojem članova uz praćenje kosegregacija obolelog fenotipa sa genskim markerima raspoređenim po čitavom genomu. Cilj ovog pretraživanja je identifikacija markera povezanog sa bolesnim fenotipom zbog, već pomenute, fizičke blizine sa genom uzrokom bolesti [11].
2. *Asocijacione studije* su pacijent-kontrola studije bazirane na nesrodnim aficiranim i neaficiranim osobama iz opšte populacije. Ova metoda podrazumeva definisanje tzv. *gena kandidata* koji bi prema aktuelnim neurobiološkim hipotezama mentalnih poremećaja mogli biti od značaja, kao i statističku analizu alelnih frekvencija kod pacijenata i kontrola [12].

Prvi talas genetičkih istraživanja imao je zadatak da identifikuje gene uključene u suicidalno ponašanje (pokušaj samoubistva ili realizovan suicid) kroz studije povezanosti ili detektovanje SNP-a („single nucleotide polymorphisms“) u studijama asocijacije. Geni kandidati za asocijacione studije birani su na osnovu rezultata neurobioloških studija suicida. Posledično, serotonergički sistem je najekstenzivnije istraživani, a pored njega dopaminergički i noradrenergički sistem, neurotrofini sa posebnim akcentom na BDNF i, u poslednje vreme, geni povezani sa hipotalamo-pituitarno-adrenalnom (HPA) osovinom. Poslednjih 30 godina istraživanja jasno ukazuju na značaj serotonergičkog sistema neurotransmisije u genezi suicidalnog ponašanja [13]. Serotonergički geni kandidati ispitivani u kontekstu suicidalnog ponašanja najčešće su geni za: serotoninski transporter (5HTT), serotoninski receptori (5HT2A, 5HT1A, 5HT1B), triptofan hidrosilaze I i II (TPH1, TPH2), monoamino oksidaza A [14].

SUICIDALNO PONAŠANJE I GEN ZA SEROTONINSKI TRANSPORTER

Uloga serotoninskog transportera (5HTT) je da preuzimanjem serotonina iz sinaptičke pukotine u presinaptički neuron vrši terminaciju delovanja ovog neurotransmitera. Stoga se gustina 5HTT veznih mesta smatra važnim indikatorom serotonergičke funkcije. Obim i trajanje serotonergičke neurotransmisije determinisani su sinaptičkom akcijom 5HTT [15]. Gen za serotoninski transporter, SLC6A4, lokalizovan je na hromozomu

17q12. Kod ovog gena otkrivena su dva česta polimorfizma, oba u nekodirajućim regionima i sa pretpostavljenim funkcionalnim konsekvencama:

1. **5HTTLPR**: Čest funkcionalni polimorfizam u 5' regulatornom regionu (promotoru) (5-HTT LPR) ovog gena je polimorfizam dužine, te razlikujemo dva alela: kratki alel (S alel) i dugi alel (L) sa razlikom od 44 baznih parova. Kod L alela naknadno su identifikovane dve varijante: Lg (manja ekspresija) i La (veća ekspresija). Inicijalno, pokazano je da S alel ima manju transkripcionu efikasnost, vezivanje i 5HT preuzimanje u limfocitima [16].

Multiple studije kod zdravih odraslih osoba pokazale su da osobe sa genotipom SS pokazuju povećanu aktivnost amigdale kada su izloženi negativnim emocijama, rečima ili averzivnim prizorima [17]. Novije studije bavile su se ispitivanjem uticaja genotipa na bazalnu funkciju amigdale, tokom izlaganja neutralnim stimulusima [18]. U oba istraživanja potvrđeno je da u poređenju sa L/L grupom, S/S ili S/S i S/L u kombinaciji pokazuju značajno veći bazalni protok krvi (CBF) u amigdali.

Ovi rezultati sugerišu da prisustvo manje ekspresivnog S alela može doprineti generalizovanoj promeni u funkcionisanju amigdale koja može objasniti opservirano povećanje senzitivnosti na emocionalne stimulse.. Dodatno, Canli i saradnici primetili su značajnu interakciju životnih događaja i bazalne funkcije amigdale. Aktivacija amigdale je bila u pozitivnoj korelaciji sa životnim događajima kod nosioca S varijante i u negativnoj ko-

relaciji kod ostalih. Slične promene primеćene su i u hipokampusu. Amigdala je bogato inervisana serotonergičkim neuronima i obiluje 5HT receptorima [19, 20, 21] tako da abnormalnosti u funkcionisanju serotonergičkog sistema mogu ukazivati na izmenjenu funkciju amigdale.

Meta analiza 12 studija sa ukupno 1599 ispitanika ukazala je na značajnu povezanost 5 HTT LPR S alela i suicidalnog ponašanja [22]. S alel je češći kod osoba koje su pokušale samoubistvo unutar individualnih dijagnostičkih kategorija i udružen je sa violentnijim pokušajima samoubistva (poređenjem osoba sa i bez pokušaja samoubistva unutar iste dijagnostičke kategorije potvrđeno je da su među prvima bile češće osobe sa barem jednim S alelom, kao i povezanost S alela sa violentnim suicidom) [23].

Veza između agresivnosti i izmenjene serotonergičke funkcije je odavno poznata. Jedan potencijalni put kojim se može objasniti veza 5HTTLPR gena sa impulsivnošću i agresivnošću je upravo kroz pomenutu disfunkciju amigdale, jer se smatra da amigdala, zajedno sa prefrontalnim korteksom i orbitalnim korteksom ima ulogu u ispoljavanju nasilnog ponašanja kroz disregulaciju negativnih emocija [24].

Skorašnja istraživanja pokazala su snažnu vezu između 5HTT LPR polimorfizma i neuroanatomskih izmena. S alel je povezan sa značajnom redukcijom volumena anteriornog cingultnog koretaksa i amigdale [25] i povećanju broja neurona i volumena pulvinara thalami [26]. Ovi podaci su intrigantni u kontekstu suicidalnog ponašanja obzirom da su pulvinar, cingulatni korteks i amigdala međusobno veoma povezani i uključeni u po-

sredovanje emocionalnih odgovora na sredinske stimulse [27].

2. **5HTT intron 2 VNTR:** U drugom intronu 5HTT gena nalazi se VNTR (Varijabilni broj tandem ponovaka) od 17 baznih parova (17bp) [20]. Sugerisano je da VNTR region funkcioniše kao regulator transkripcije 5HTT gena, pri čemu alel sa 12 ponovaka ima snažnija svojstva pojačavanja transkripcije u odnosu na alel sa 10 ponovaka [28]. I u ovom slučaju rezultati istraživanja su podeljeni. Nije pronađena veza ovog polimorfizma sa bipolarnim afektivnim poremećajem ili suicidalnošću u Kanadskoj studiji porodica [29] i kod Kanadana sa pokušajem samoubistva [30]. Slični negativni nalazi proistekli su iz studija na Kineskim pacijentima sa afektivnim poremećajima i suicidalnošću u anamnezi [31] ili psihotičnim pacijentima sa suicidalnim ponašanjem [32]. Skorije studije naglašavaju vezu između 5HTT aktivnosti u mozgu sa jedne strane i istovremeno 5HTTLPR (S alel) i VNTR polimorfizma [33].

SUICIDALNO PONAŠANJE I GENI ZA TPH

Triptofan hidroksilaza (TPH) je ključni i ograničavajući enzim u sintezi serotonina. Esencijalna aminokiselina triptofan se pod uticajem ovog enzima konvertuje u 5-hidroksitriptofan, koji se potom dekarboksiluje u 5-hidroksitriptamin (5HTT) ili serotonin. TPH se smatra kritičnom komponentom koja određuje sin-

tezu serotonina. Do sada su identifikovane dve izoforme ovog enzima, TPH1 (koji obiluje na periferiji) i TPH2 (koji dominira u mozgu), a koje su čak i lokalizovane na različitim hromozomima. TPH2 je meta mnogih novijih istraživanja čiji su rezultati oprečni.

TPH1: Gen za TPH1 lokalizovan na hromozomu 11p15.3-p14 ima dva polimorfizma koja su u jasnom linkage disekvilibrijumu [28]. Oba su lokalizovana u intronu 7: A779C i A218C. Ista grupa istraživača nazvala je trake U (za 779A) i L (za 779C). Ovi polimorfizmi ne menjaju sekvencu aminokiselina i ne utiču na transkripciju TPH1 gena. U TPH1 promotor regionu identifikovane su četiri česte varijante, uključujući A6526G i G5806T [28]. Smatra se da je CC genotip prevalentniji kod pacijenata sa unipolarnom depresijom koji su pokušali samoubistvo [34].

TPH2: Gen za drugi izoform TPH lokalizovan je na 12q15 hromozomu [35]. Smatra se da on može biti čak i bolji gen kandidat za studije suicidalnog ponašanja obzirom na specifičnu ekspresiju u moždanom tkivu. U dve studije ispitivani su suicidalno ponašanje i nivo mRNK za TPH2 gen u dorzolateralnom prefrontalnom korteksu [36, 37]. Zill i saradnici su registrovali viši nivo mRNK kod depresivnih pacijenata koji su pokušali samoubistvo nego kod depresivnih bez tentame na u anamnezi. Za razliku od njih, De Lucas i saradnici nisu utvrdili takvu razliku između ove dve grupe ispitanika. Osnovna kritika ovih studija je da su nivoi mRNK mereni samo u terminalnim regionima serotonergičkih neurona. U post mortem studiji koju su sprovedi Bach-Mizrachi i saradnici [38] nivo mRNK meren

je u dorzalnom i medijalnom rafe nukleusu (gde je locirano telo 5HT neurona) i potvrđen je viši nivo mRNK kod žrtava suicida, nego kod depresivnih osoba bez pokušaja samoubistva. Pretpostavlja se da je visok nivo mRNK TPH2 kod depresivnih pacijenata koji su realizovali suicid vezan za homeostatske procese koji su odgovor na hiposerotonergiju.

SUICIDALNO PONAŠANJE I GENI ZA 5HT RECEPTORE

5HT2A: Postoje jasni dokazi da je gustina 5HT2A receptora veća (up-regulisana) u prefrontalnom korteksu žrtava suicida [13]. Pretpostavlja se da je pomenu ta pojava sekundarna i odgovor na izmenu u serotonergičkoj transmisiji kao homeostatski odgovor na genetske alteracije [39].

Gen za 5HT2A receptor lociran je na hromozomu 13q14-q21 i ispoljava dva polimorfizma koja su u najčešće povezivana sa mentalnim poremećajima, T102C i A1438G [40]. Međutim, rezultati studija koje su ispitivale vezu ovih polimorfizama i suicidalnog ponašanja su inkonzistentni. Polimorfizam T102C je u pozitivnoj korelaciji sa suicidalnom ideacijom kod pacijenata sa major depresijom [41], tj. 102C alel. U ovoj studiji utvrđeno je da pacijenti sa CC genotipom imaju značajno veće skorove na ajtemu 3 Hamiltonove skale za procenu depresivnosti (indikator suicidalnog ponašanja). Zaključeno je da 102C alel može prenositi povećan rizik za suicidalnost nezavisno od psihijatrijske dijagnoze.

Slično, polimorfizmi T102C i A1438G su češći kod osoba koje su pokušale samoubistvo u odnosu na one koje

nisu [42]. Sa druge strane, meta analize i studije sa različitim dijagnostičkim grupama nisu ukazale na vezu između suicidalnog ponašanja i T102C polimorfizma, kao i A1438G polimorfizma [8, 22].

5HT1A: Inhibicija rafe neurona negativnom povratnom spregom je posredovana somatodendritskim 5HT1A autoreceptorima i poznato je da različiti antidepressivi mogu izvršiti desenzitizaciju 5HT1A receptora u rafe nukleusu i posledično povećati 5HT transmisiju [28]. U post mortem analizama moždanog tkiva depresivnih žrtava suicida pokazana je povećana gustina 5HT1A receptora u jedrima rafe, ali ne i na postsinaptičkim veznim mestima, što je bila dodatna naznaka smanjene serotonergičke aktivnosti [43]. Iako nije utvrđeno da li je ova upregulacija povezana sa depresijom ili sa suicidalnim ponašanjem, gen za 5HT1A postao je gen kandidat u studijama vulnerabilnosti ka suicidu.

Najčešći polimorfizam ovog gena je C1019G. Lemonde i saradnici [44] ispitali su ovaj polimorfizam kod realizovanih suicida i kod pacijenata sa major depresijom (odvojene kohorte, Kanađani bele rase) i u obe grupe je homozigot 1019G alela bio zastupljeniji, u grupi realizovanog suicida čak 4 puta više nego kod kontrola. Prema hipotezi i modelu ovih autora, ovaj polimorfizam sprečava vezivanje represora transkripcije, što rezultira pojačanom ekspresijom 5HT1A receptora i zahvata serotonergički sistem u limbičkim i kortikalnim areama [44]. Opet, sa druge strane postoje studije koje nisu utvrdile postojanje veze između C1019 G polimorfizma i suicidalnog ponašanja [13, 45].

5HT1B: Smatra se da je gen 5HT1B, lociran na hromozomu 6q13-15, povezan sa suicidom, agresijom, major depresijom, zloupotrebom alkohola i psihoaktivnih supstanci. Ovaj receptor inhibira oslaobađanje serotonina na neuronskim terminalima, funkcionišući kao somatodendritski autoreceptor. Najčešći polimorfizmi su G861C i C129T, ređi F124C [46]. Alel G861C je u korelaciji sa alkoholizmom i anticocijalnim crtama [47] i zloupotrebom psihoaktivnih supstanci [13].

Ostali serotoninski receptori su znatno manje istraživani. Studije nisu pokazale vezu između suicidalnog ponašanja i gena za 5HT2C [48], 5HT6 [49] i 5HT7 [50].

ZAKLJUČAK

Napredak molekularne genetike tokom poslednjih decenija omogućio je sagledavanje mentalnih poremećaja iz potpuno novog ugla. Saznanje o nezavisnom nasleđivanju predispozicije ka suicidalnom ponašanju, otvorilo je novo poglavlje u istraživanju suicidalnosti. Sa druge strane, kontradiktorni rezultati u ovoj oblasti nameću potrebu za metodološki sofisticiranim istraživanjima, na većim populacijama i neretko, pribegavanje meta analizama. Uzevši u obzir sve navedeno, mišljenja smo da bi sprovođenje molekularno genetičkih, asocijacionih studija suicidalnog ponašanja, (suicidalna ideacija, pokušaj samoubistva, realizovan suicid) i u našoj populaciji predstavljalo korak dalje u razumevanju složenog fenomena samoubistva.

SEROTONIN AND SUICIDAL BEHAVIOR GENETICS

Daniela B. Jovanović¹
Aleksandar Jovanović^{1,2}
Maja Ivković^{1,2}
Miroslava Jašović-Gašić^{1,2}

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

Literatura:

1. WHO. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: WHO, 2001.
2. Beck AT, Resnik HLP, Lettieri D, editors. Measurement of suicidal behaviors. New York: Charles Press; 1973.
3. Van Heeringen C. The neurobiology of suicide and suicidality. *Can J Psychiatry* 2003; 48: 292-300.
4. Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Menet* 2005;133(1):13-24.
5. Roy A, Rytander G, Sarchiapone M. Genetics of suicide. Family studies and molecular genetics. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1997;836:135-57.

Summary

In recent years, progress made in the field of molecular genetics has offered a whole new understanding of mental disorders. Knowledge of the independent inheritance of suicidal behavior diathesis has advanced suicidality research in the form of molecular genetic studies of suicidal behavior (a promising and productive research field often with contradictory results). With this article the authors made an overview of the aforementioned contradictory results in the field of suicidal behavior molecular genetics with special emphasis on serotonergic neurotransmission. Beside the basics of suicidal behavior genetics (linkage and association studies), the “candidate genes” are presented in more detail: the serotonin transporter gene, tryptophan hydroxylase gene, and serotonin receptor genes (5HT2A, 5HT1A, 5HT1B).

Key words: suicidal behavior, serotonin, genetics

6. Gershon ES. Genetics. In: F.K. Goodwin and K.R. Jamison, Editors, Manic-depressive illness. New York :Oxford University Press,Oxford; 1990.
7. Roy A, Segal NL, Sarchiapone M. Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *American Journal of Psychiatry* 1995;152:1075-76.
8. Arango V, Huang YY, Underwood MD. Genetics of the serotonergic system in suicidal behavior. *J Psychiatr Res* 2003;37(5):375-86.
9. Voracek M, Loibl LM. Genetics of suicide: a systematic review of twin studies. *Wien Klin Wochenschr* 2007;119:463-75.
10. Hyman 1999 Introduction to the complex genetics of mental disorders. *Biol Psychiatry* 1999; 45: 518-21

11. Ewens WJ, Spielman RS. Locating genes by linkage and association. *Theor Popul Biol* 2001;60:135-39.
12. Glatt CE, Freimer NB. Association analysis of candidate genes for neuropsychiatric disease: The perceptual campaign. *Trends Genet* 2002;18:307-12.
13. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci*. 2003;4(10):819-28.
14. Currier D, Mann JJ. Stress, genes and the biology of suicidal behaviour. *Psychiatr Clin North Am*. 2008 June; 31(2): 247-69
15. Lesch KP, Moessner R. Genetically driven variation in serotonin uptake: Is there a link to affective spectrum, neurodevelopmental and neurodegenerative disorders? *Biol Psychiatry* 1998;44:179-92.
16. Heils A, Teufel A, Petri S. Allelic variation of human serotonin transporter gene expression. *J Neurochem* 1996;66:2621-24.
17. Brown SM, Hariiri AR. Neuroimaging studies of serotonin gene polymorphisms: exploring the interplay of genes, brain, and behavior. *Cogn Affect Behav Neurosci* 2006;6:44-52.
18. Rao H, Gillihan SJ, Wang J. Genetic variation in serotonin transporter alters resting brain function in healthy individuals. *Biol Psychiatry* 2007;62:600-6.
19. Azmitia EC, Gannon PJ. The primate serotonergic system: a review of human and animal studies and a report on *Macaca fascicularis*. *Adv Neurol* 1986;43:407-68.
20. Sadikot AF, Parent A. The monoaminergic innervation of the amygdala in the squirrel monkey: an immunohistochemical study. *Neuroscience* 1990;36:431-47.
21. Smith HR, Daunais JB, Nader MA, Porrino LJ. Distribution of [3H]citalopram binding sites in the nonhuman primate brain. *Ann N Y Acad Sci* 1999;877:700-2.
22. Anguelova M, Benkelfat C, Turecki G. A systematic review of association studies investigating genes coding for serotonin receptors and the serotonin transporter: II. Suicidal behavior. *Mol Psychiatry* 2003;8:646-53.
23. Lin PY, Tsai G. Association between serotonin transporter gene promoter polymorphism and suicide: results of a meta-analysis. *Biol Psychiatry* 2004;55:1023-30.
24. Davidson RJ, Putnam KM, Larson CL. Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation—a possible prelude to violence. *Sci* 2000;289:591-94.
25. Pezawas L, Meyer-Lindberg A, Drabant EM, Verchinski BA, Munoz KE, Kolachana BS, et al. 5-HTTLPR polymorphism impacts human cingulate-amygdala interactions: a genetic susceptibility mechanism for depression. *Nat Neurosci* 2005;8: 828-34.
26. Young KA, Holcomb LA, BonkaleWL, Hicks PB, Yazdani U, German DC. 5HTTLPR and enlargement of the pulvinar:unlocking the backdoor to the limbic system.*Biol Psychiatry* 2007;61:813-15.
27. Ohman A. The role of amygdale in human fear: automatic detection of threat. *Psychoneuroendocrinology* 2005;30:953-58.
28. Bondy B, Buettner A, Zill P. Genetics of suicide. *Molecular Psychiatry* 2006;11:336-51.
29. De Luca V, Zai G, Tharmalingam S, de BA, Wong G, Kennedy JL.Association study between the novel functional polymorphism of the serotonin transporter gene and suicidal behaviour in schizophrenia. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 9:896-7.
30. De Lara CL, Dumais A, Rouleau G, Lesage A, Dumont M, Chawky N et al. STin2 variant and family history of suicide as significant predictors of suicide completion in major depression. *Biol Psychiatry* 2005; 96:56-60.
31. Yen FC, Hong CJ, Hou SJ, Wang JK, Tsai SJ. Association study of serotonin transporter gene VNTR polymorphism and mood disorders, onset age and suicide attempts in a Chinese sample.*Neuropsychobiology* 2003; 48: 5-9.
32. Shen Y, Li H, Gu N, Tan Z, Tang J, Fan J et al. Relationship between suicidal behavior of psychotic inpatients and serotonin transporter gene in Han Chinese. *Neurosci Lett* 2004; 372: 94-8.

33. Bah J, Lindström M, Westberg L, Manneras L, Ryding E, Henningsson S, et al. Serotonin transporter gene polymorphisms: effect on serotonin transporter availability in the brain of suicide attempters. *Psychiatry Res* 2008 Apr 13;162(3):221-9.
34. Souery D, Van GS, Massat I, Blairy S, Adolfsen R, Blackwood D, et al. Tryptophan hydroxylase polymorphism and suicidality in unipolar and bipolar affective disorders: a multicenter association study. *Biol Psychiatry* 2001;49:405-9.
35. Walther DJ, Peter JU, Bashammakh S. Synthesis of serotonin by a second tryptophan hydroxylase isoform. *Science* 2003;299:76.
36. De Lucas V, Mueller DJ, Tharmalingam S. Analysis of the novel TPH2 gene in bipolar disorder and suicidality. *Molecular Psychiatry* 2004;9:896-7.
37. Zill P, Buttner A, Eisenmenger W, Moller HJ, Ackenheil M, Bondy B. Analysis of tryptophan hydroxylase I and II mRNA expression in the human brain: A post-mortem study. *J Psychiatr Res* 2007;41(1-2):168-73.
38. Bach-Mizrachi H, Underwood M D, Kassir SA. Neuronal tryptophan hydroxylase mRNA expression in the human dorsal and median raphe nuclei: Major depression and suicide. *Neuropsychopharmacology* 2006;31:814-24.
39. Carballo JJ, Akamnonu CP, Oquendo MA. Neurobiology of Suicidal Behavior. An Integration of Biological and Clinical Findings *Archives of Suicide Research* 2008;12:93-110.
40. Norton N, Owen MJ. HTR2A: association and expression studies in neuropsychiatric genetics. *Ann Med* 2005;37:121-9.
41. Du L, Bakish D, Lapierre YD. Association of polymorphism of serotonin 2A receptor gene with suicidal ideation in major depressive disorder. *Am J Med Genet Neuropsychiatric Genet* 2000;96:56-60.
42. Arias B, Gasto C, Catalan R. The 5-HT(2A) receptor gene 102T/C polymorphism is associated with suicidal behavior in depressed patients. *Am J Med Genet* 2001;105: 801-4.
43. Stockmeier CA, Shapiro LA, Dilley GE, Kolli TN, Friedman L, Rajkowska G. Increase in serotonin-1A autoreceptors in the midbrain of suicide victims with major depression-post-mortem evidence for decreased serotonin activity. *J Neurosci* 1998; 18: 7394-401.
44. Lemonde S, Turecki G, Bakish D, Du L, Hrdina PD, Bown CD et al. Impaired repression at a 5-hydroxytryptamine 1A receptor gene polymorphism associated with major depression and suicide. *J Neurosci* 2003; 23: 8788-99.
45. Huang YY, Battistuzzi C, Oquendo MA. Human 5-HT1A receptor C₁₀₁₉G polymorphism and psychopathology. *Int J Neuropsychopharmacol* 2004;7: 441-51.
46. Nöthen MM, Erdmann J, Shimron-Abarbanell D. Identification of genetic variation in the human serotonin 1D_B receptor gene. *Biochem Biophys Res Commun* 1994;205:1194-200.
47. Lappalainen J, Long JC, Eggert M. Linkage of antisocial alcoholism to the serotonin 5-HT1B receptor gene in 2 populations. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55(11):989-94.
48. Stefulj J, Buttner A, Kubat M. 5HT-2C receptor polymorphism in suicide victims. Association studies in German and Slavic populations. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004;254: 224-7.
49. Okamura K, Shirakawa O, Nishiguchi N. Lack of an association between 5-HT receptor gene polymorphisms and suicide victims. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005;59: 345-9.
50. Turecki G, Sequeira A, Gingras Y. Suicide and serotonin: study of variation at seven serotonin receptor genes in suicide completers. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2003;118:36-40.

Daniela B. Jovanović
Klinika za psihijatriju Klinički centar Srbije,
Beograd, Srbija
Pasterova 2, 11000 Beograd
Tel: +00381 3618 444, lok. 2089
E-mail: drdanielajovanovic@yahoo.com

SAVREMENA DIJAGNOSTIKA U SUDSKOJ PSIHLOGIJI

Nada Janković^{1,2}
Bogdan Janković³

UDK: 340.63

- 1 Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija
- 2 Megatrend Univerzitet, Beograd, Srbija
- 3 Pravni Fakultet u Kragujevcu, Univerzitet u Kragujevcu, Srbija

UVOD

Pitanja koja sud postavlja forenzičkom psihologu nisu vezana samo za psihologiju, nego su i pravne prirode, a odgovori na njih moraju biti dati na način koji će sud razumeti. Na primer, sud često angažuje forenzičkog psihologa da proceni procesnu sposobnost optuženog. Sud takođe često angažuje forenzičkog psihologa da proceni mentalno stanje optuženog (kognitivno-konativni aspekt) u trenutku krivičnog dela, što doprinosi proceni uračunljivosti ili neuračunljivosti (u odnosu na krivičnu odgovornost) u trenutku krivičnog dela. Ova pitanja možemo smatrati pravnim, pre nego psihološkim. U tom cilju, forenzički psiholog mora biti sposoban da prevede psihološke informacije u pravne okvire. Forenzički psiholozi implicitno daju preporuke o presudi, o eventualnom lečenju, kao i bilo koju drugu informaciju koju sudija zatraži, kao što su informacije u vezi sa

Kratak sadržaj

Forenzička psihologija je spoj psihologije i krivičnog pravosudnog sistema. To je oblast primenjene psihologije koja se bavi prikupljanjem, ispitivanjem i prezentacijom psiholoških dokaza u pravosudne svrhe. Važan aspekt forenzičke psihologije je sposobnost formulacija psiholoških nalaza na pravni način, tako da oni budu razumljivi i pravnicima. Forenzička psihologija u praksi sadrži sledeće procene: melindžering (engl. malingering-glumljenje mentalne bolesti), sposobnosti da se bude svedok, kao i da se prisustvuje suđenju, procenu mentalnog stanja (uračunljivosti), olakšavajućih faktora (ublažavanje presude), druge procene, etičke implikacije. U forenzičkoj evaluaciji, važno je proceniti konzistentnost činjeničnog stanja dobijenog iz više izvora i navesti izvore na kojim je zasnovana bilo koja procena.

Ključne reči: forenzička psihologija, spektar koncept, savremena metodologija, simulacija

olakšavajućim faktorima, procenom budućeg rizika i procenom verodostojnosti svedoka. Posao forenzičkog psihologa obuhvata obuku i procenu zaposlenih i u policiji i drugim službama koje sprovode zakon, izradu psiholoških profila, kao i razne druge oblike saradnje. Forenzički psiholog saraduje sa javnim pravobraniocem, državnim tužiocem i privatnim pravozastupnicima [4].

Forenzička psihologija u praksi

- Malingering (glumljenje mentalne bolesti)
- Procena sposobnosti da se bude svedok, kao i da se prisustvuje suđenju
- Procena mentalnog stanja (uključena u procenu uračunljivosti)
- Procena olakšavajućih faktora (ublažavanje presude)
- Druge procene
- Etičke implikacije

Malingering (glumljenje mentalne bolesti) je jedno od najvažnijih pitanja koje se tiče forenzičke procene. Za razliku od tradicionalne primene kliničke psihologije, gde se retko brine o tome da će se pacijent poslužiti pretvaranjem da je bolestan, forenzički psiholog mora biti sposoban da prepozna preuveličavane, ili odglumljene simptome. U krivičnim predmetima osobe obično simuliraju mentalno oboljenje zbog sledećih razloga: radi izbegavanja kazne, predstavljajući sebe procesno nesposobnim, neuračunljivim u vreme krivičnog dela, ili da bi izbegle egzekuciju. Simulacija se koristi i u cilju izbegavanja vojne službe, da bi se izigrali penzijski fond ili osiguravajuća društva, dobila odšteta zbog povrede na poslu ili od strane drugog lica. Simulacija predstavlja namerno ispoljavanje lažnih ili preuveličanih telesnih ili psihičkih tegoba u cilju ostvarivanja lične koristi. Za razliku od čiste simulacije, gde osoba nastoji da "odglumi" nepostojeću bolest, kod parcijalne simulacije, ili tzv. agravacije, osoba prikazuje simptome bolesti težim nego što oni zapravo jesu. Tu spada i tzv. lažna imputacija, kada se aktuelni simptomi namerno pripisuju pogrešnom uzroku (npr. kada se povreda kod kuće predstavlja kao povreda na poslu). U zatvorima su poznate lažne psihoze, koje se koriste u cilju nabavke sedativnih le-

kova, prebacivanja iz zatvora u zatvorsku bolnicu, ili bekstva. Simuliranje mentalnog poremećaja se koristi i da bi se izbegao odlazak u zatvor ili pojavljivanje na sudu. U sudskoj praksi najčešće se postavlja problem distinkcije između psihoze ("ludila"), histerije (i to najčešće "konverzivne histerije" ili psihogenog bola), te posttraumatskog poremećaja, sa jedne strane, i simulacije, sa druge strane. Naime, optuženi može namerno glumiti mentalno obolelog, ili u različitom stepenu preuveličavati simptomatologiju [1]. Procena pouzdanosti dobijenih podataka se meri preko sledećih parametara:

- Konfabulacije (amnestički sindrom, patološka konkretnost)
- Simulacije (osoba nastoji da „odglumi“ nepostojeću bolest)
- Agravacije (parcijalna simulacija kada osoba prikazuje simptome bolesti težim nego što oni zapravo jesu)
- Lažne imputacije (aktuelni simptom se namerno pripisuju pogrešnom uzroku)

Procenu vršimo preko skala validnosti na inventarima ličnosti (MMPI- 2, PAI, MCMI-III), ali i testovi sposobnosti (VITI), kao i proučljivi i testovi (Roršah metod) su prihvatljivi u procesu procene nesaradljivosti [4].

Tabela 1. Razlike između simulacije, konverzivnog poremećaja i umišljenog poremećaja

	Ponašanje pod svesnom kontrolom	Tip podsticaja	Primeri podsticaja
Simulacija	Da	Spoljašnji	Pribavljanje značajne finansijske nagrade, bežanje od formalne dužnosti ili kazne
Konverzivni poremećaj	Ne	Psihološki	Savladavanje stresa ili konflikta
Umišljeni poremećaj	Da	Psihološki	Igranje uloge bolesnika, pribavljanje pažnje ili druge nematerijalne dobiti, bežanje od neformalnih dužnosti, savladavanje konflikta ili stresa

Metodologija procene ličnosti

1. MMPI- 2 (F i Fb skale)
2. PAI
 - nekonzistentnost (INC), infrekventnost (INF), skala negativne impresije (NIM) i skala pozitivne impresije (PIM)
 - Cashel index, MAL (Malingering index), RDF index (Rogers Discriminant Function), CDF (Cashel Discriminant Function)
3. MCMI-III
 - indeks otvorenosti (X), skala poželjnosti (U), skala disimulacije (Z)
4. VITI (opozitni/ apsurdni/ netačni odgovori)
 - diskrepanca između testovnih podataka i opserviranog ponašanja
 - diskrepanca između testovnih podataka i pouzdanih dodatnih izveštaja
5. Rorschach metod
 - mali broj (konstrikcija) odgovora
 - stalne žalbe na simptome i uznemirenost tokom testiranja
 - kreiranje dramatične priče o karti, „pretvaranje da je karta žrtva“

Evaluacija sposobnosti je presudna ukoliko se postavlja pitanje procesne sposobnosti optuženog. Ukoliko se proceni da je procesna sposobnost optuženog narušena, izveštaj, ili svedočenje, će uključiti preporuke za period u kom će biti data prilika da se sposobnost optuženog povрати, da bi bio u mogućnosti da razume pravni postupak, kao i da ravnopravno učestvuje u svojoj odbrani. Ukoliko optuženi ne povрати sposobnost nakon određenog vremenskog perioda, on može, na preporuku forenzičkog psihologa, biti podvrgnut i protiv svoje volje, tretmanu u psihijatrijskoj ustanovi, onoliko dugo koliko je potrebno da mu se povрати sposobnost.

Kognitivne sposobnosti predstavljaju kompleksni kapacitet pojedinca da se ponaša svrsishodno, misli racionalno i uspešno

odnosi prema spoljašnjoj sredini (međuzavisnost koncepta inteligencije i ličnosti).

Kognitivne funkcije su: percepcija (selekcija, prijem, organizacija, klasifikacija stimula iz sredine), pamćenje (kodiranje, skladištenje primljenih informacija), mišljenje (konceptualna reorganizacija stečenih informacija, utiče na jezičko, vizuospacijalno, motorno ponašanje), emocionalno ponašanje- rezultanta uticaja navedenih faktora.

Kognitivni stil (fenomenološki nivo) predstavlja: način fokusiranja i usmeravanja pažnje, način dekodiranja i obrade informacija, način organizacije misli i transfer reakcije i ideje drugima. Patološki kognitivni stil (osiromašen, rasejan, rigidan, disociran) doprinosi kompromitovanoti efikasnosti [2, 3].

Metodologija procene intelektualnih sposobnosti

1. Vekslerov Individualni Test Inteligencije (VITI) predstavlja kompilaciju Vekslerovih skala inteligencije WAIS i WAIS-R

a) Verbalna skala:

1. Informacije: pokazatelj premorbidnog intelektualnog nivoa. Pruža podatke o širini znanja i zainteresovanosti ispitanika za okolini svet.

2. Rečnik: verbalna fluentnost, opšte obrazovanje. Ukazuje na sposobnosti za učenje, kvalitet govornog jezika i karakter misaonih procesa.

3. Shvatanje: rasuđivanje u uslovima nezvesnosti. Angažuje funkcije suđenja, ali tek očuvanost egzekutivnih funkcija je garancija snalaženja u realnim životnim situacijama.

4. Brojevi: raspon pažnje i kratkoročnog pamćenja. Pažnja koju angažuje ovaj subtest je pasivan i neometan kontakt s realnošću i tek može biti ometana ukoliko afekti i anksioznost nisu kontrolisani.

5. Aritmetika: aritmetičko rezonovanje, koncentracija. Suprotno modalitetu pažnje

koju angažuje subtest Brojevi, koncentracija koju procenjujemo pomoću ovog subtesta predstavlja aktivan odnos prema realnosti.

6. Sličnosti: apstraktni, funkcionalni ili konkretni nivo mišljenja i formiranje pojmo-va. Ajtemi provociraju fondove upamćenog, sposobnost shvatanja, kapacitet za asocijativno mišljenje, interese, kao i sposobnost selekcioniranja i verbalizovanja odnosa između prividno nesličnih ideja.

b) Neverbalna skala:

1. Dopune: vizuelna percepcija i vizuelna organizacija. Važno je adekvatno angažovanje koncentracije.

2. Strip: sinteza celine i razumevanje uzročno-posledičnih veza. Ovaj subtest uključuje socijalnu inteligenciju. Očuvana funkcija suđenja (subtest Shvatanja) doprinosi kvalitetu odgovora na ovom subtestu.

3. Mozaik: analitičko- sintetičko mišljenje i vizuo- konstrukcione sposobnosti.

4. Sklapanje figura: vizuo-spacijalna organizacija.

5. Šifra: psihomotorna brzina, grafomotorna spretnost, pažnja. Vezuje se za motor- nu aktivnost, učenje i vizuelnu organizaciju.

Funkcija suđenja se procenjuje osim testovima sposobnosti (VITI), procenom kvaliteta mišljenja na inventarima ličnosti (PAI, MCMI-III) i na projektivnim tehnikama (Rorschach):

1. VITI – subtest Shvatanje angažuje funkciju suđenja, ali tek očuvanosti i egzekutivnih funkcija je garancija snalaženja u realnim životnim situacijama.

2. MCMI – III skale SS (poremećaj mišljenja), CC (major depresija), PP (deluzioni poremećaji)

3. PAI – subskala SCZ-T na skali Shizofrenije- misaoni proces obeležen konfuzijom i teškoćama u koncentraciji (poremećaj mišljenja)

4. Rorschach- klaster Procesiranje- Mediacija- Ideacija

Međutim, tek kvalitet egzekutivnih funkcija potvrđuje procenu kvaliteta suđenja. Egzekutivne funkcije odgovaraju kapacitetu voljne aktivnosti, tj. inicijaciji, planiranju, samokontroli i efikasnom izvođenju raznih aktivnosti, kao i regulaciji sopstvenog ponašanja u celini. Disegzekutivni sindrom je nemoćnost uspostavljanja adekvatne kognitivne strategije pri rešavanju problema. Egzekutivne funkcije se mere testom sortiranja karata – Wisconsin (WCST) [4, 5].

Neuro-psihološka procena je dodatni metod ispitivanja kognitivnog funkcionisanja i ponašanja u svim slučajevima sumnje na moždana oštećenja. Obavlja se uz pomoć standardizovanih testova i kvalitativnih zapažanja i predstavlja interpretaciju mehanizama nastanka psiholoških disfunkcija vezanih za oboljenja i povrede mozga. Neuropsihološka baterija sadrži: Vekslerov Individualni Test Inteligencije (VITI), Mini mental test za demencije (MMSE), Test trasiranja puta (TMT A i B), Huperov test vizuelne organizacije (HVOT), Rejova kompleksna figura (RKF), Rejov test auditivnog i verbalnog učenja i pamćenja (RAVLT), Test verbalne fluentnosti (VF) i test sortiranja karata – Wisconsin (WCST).

Evaluacija mentalnog stanja (uračunljivost): Forenzički psiholog može biti angažovan od strane suda da timski sa psihijatrom proceni stanje svesti optuženog u trenutku izvršenja krivičnog dela. To su optuženi za koje su sudija, tužilac, ili javni pravobranilac, stekli utisak, kroz lični kontakt, ili čitanjem policijskih izveštaja, da je u vreme izvršenja krivičnog dela, njihova uračunljivost bila značajno smanjena. Zadatak forenzičara je da na što obuhvatniji i kompletniji način objasni psihološko funkcionisanje osobe, kroz različite domene njenog funkcionisanja, uključujući simptome, organizaciju procesa mišljenja, kontakt sa realnošću, regulativne mehanizme, interpersonalne relacije, kao i raspoloženje, i da kroz ove kriterijume odgovori na pitanje. Procena svesnosti nije izjed-

načena ni sa jednim pojedinačnim psihološkim mehanizmom. Brojni kognitivni procesi zajednički dovode do pojave varijacija u svesnosti. Svesnost omogućava doživljaj Selfa, tj. predstavlja sposobnost da eksplicitno razmišljamo o svetu i da razdvojimo "Ja" od "ne-Ja". Prilikom identifikovanja mehanizma svesnosti, psiholozi navode najmanje dva tipa modela svesnosti: u jednom, svesnost se izjednačava sa radnom memorijom, tj. svesnost je izvršni organ u višekomponentnom sistemu obrade informacija; u drugom tipu modela svesnost nije izjednačena sa pojedinačnim mehanizmom, već sa brojnim kognitivnim procesima. Konativni parametri se određuju profilisanjem ličnosti uz pomoć spektar-koncepta [6].

Metodologija procene u profilisanju ličnosti:

a) Inventari ličnosti

Minesota Multifazni Personalni Inventar (MMPI)

- do skora najčešće korišćen multifaktorski instrument, jer je dobro koncipiran za procenu velikog broja psihopatoloških kategorija, te omogućava dobijanje dijagnostičkih i prognostičkih informacija.
- skale validnosti daju dobru procenu stava ispitanika prema testovnom materijalu (simulativne, disimulativne tendencije, taktika odgoaranja)[7].

Inventar Procene Ličnosti (PAI)

- sadrži 4 skale validnosti, 11 kliničkih skala, 5 skala tretmana i 2 interpersonalne skale
- procenjuje se ispitivanje konfiguracija skala i obrazaca po kojima su uvećane
- sindromi dobijeni ovim upitnikom su selektovani na osnovu:

a) istorijske važnosti za nozologiju mentalnih poremećaja

b) signifikantnosti u sadašnjoj dijagnostičkoj praksi

Tri klase poremećaja:

a) skale neurotskog spektra: Somatske žalbe (SOM), Anksioznost (ANX), Poremećaji u relaciji sa anksioznošću (ARD), Depresija (DEP)

b) skale psihotičnog spektra: Manija (MAN), Paranoja (PAR), Šizofrenija (SCZ)

c) skale spektra bihejvioralnih poremećaja (kontrola impulsa): Karakteristike graničnosti (BOR), Antisocijalne karakteristike (ANT), Problemi sa alkoholom i drogama (ALC, DRG)

- Klaster poremećaja ponašanja: impulsivnost, acting-out, zloupotreba alkohola
- ANT skala – 3 elementa antisocijalne ličnosti:
- psihopatske karakteristike: egocentričnost ANT-E, potraga za izazovima ANT-S
- konstrukt vezan za problem ponašanja (ANT-A)
- visoko korelira sa skalama BOR (impulsivnost), MAN (neosetljivost, uvećano samocenjenje), AGG (agresivnost), NON (poremećaj socijalnih relacija) [7,13].

Klinički Multiaksijalni Inventar (MCMII-III)

- Teorija- ličnost je multioperacioni fenomen ispoljen kroz bihejvioralne, terminološke, intrapsihičke i biološke domene

- Ličnost se ne može proceniti samo sa jednog od navedenih aspekata [7, 12].

B) Projekтивne tehnike

Rorschach metod je često korišćen u forenzičkoj praksi. Da bi bio validno primenjen, zahteva trening (edukaciju iz oblasti

Obuhvatnog metoda interpretacije), iskustvo (u oblasti kliničke i forenzičke upotrebe), kompetentnost i sertifikovanost psihologa (formiranje komora koje će voditi računa o permanentnoj edukaciji). Sledeći argumenti govore u prilog korisnosti upotrebe ovog pr-ojektivnog instrumenta:

1. Rorschach metod je u poslednjim decenijama osavremenjen Obuhvatnim sistemom interpretacije, koji je inoviran u odnosu na ranije interpretacije i u svojoj osnovi nomotetski- baziran na komparaciji rezultata pojedinaca s empirijski dobijenim nalazima referentne grupe. U procesu rezjašnjavanja dobijenih rezultata, psiholog bi trebalo da se pozove na istraživačku literaturu koja potvrđuje vezu Rorschach indikatori- jedinica ponašanja.
2. Zaključak u psihološkoj ekspertizi se nikada ne donosi samo na osnovu jednog instrumenta, već ukrštanja niza testovnih, biografskih i drugih podataka. Takođe, zaključak na Rorschach metodu se nikada ne donosi samo na osnovu jednog indikatora, već mreže ukrštenih podataka. Vejner, Eksner i Skiara (Weiner, Exner & Sciara, 1996) su analizirali 93 izveštaja psihologa- eksperata prezentovana na sudovima SAD i pronašli da je samo kod 6 slučajeva ispitanik postavio pitanje istinitosti interpretacije Rorschach metoda i samo je kod jednog psihološki nalaz na osnovu toga odbačen.
3. Malo je poznato da postoji bogata istraživačka literatura koja potvrđuje zadovoljavajuće metrijske odlike Obuhvatnog sistema (prema Archer i sar, 1996) [9, 10, 11].

Procena olakšavajućih okolnosti (ublažavanje presude): čak i kad mentalni poremećaj optuženog ne zadovoljava kriterijume za odbranu na osnovu neuračunljivosti, stanje svesti optuženog u trenutku izvršenja krivičnog

dela, kao i relevantni mentalni poremećaji i psihološki pritisci iz prošlosti, mogu biti iskorišćeni za pokušaj ublažavanja presude. Evaluacija i izveštaj forenzičkog psihologa su bitni činiooci u prezentiranju dokaza za ublažavanje presude.

Ostale evaluacije: od forenzičkih psihologa se često zahteva da naprave procenu određene osobe, u smislu rizika od ponavljanja krivičnog dela, ili opasnosti po okolinu. Oni mogu obezbediti informacije i preporuke, neophodne za izricanje presude, odobravanje uslovne slobode, formulaciju uslova za uslovnu slobodu, što obično uključuje i procenu sposobnosti za rehabilitaciju. Takođe, postavljaju im se pitanja u vezi sa kredibilitetom svedoka i malingering-om. Nekad mogu izrađivati i psihološke profile počinioca, koje koriste službe koje sprovode zakon [2].

Etičke implikacije: forenzički psiholog mora biti nepristrasan. Etički standardi forenzičkog psihologa su različiti od onih koje ima klinički, ili bilo koji drugi psiholog, utoliko što forenzički psiholog ne radi u interesu klijenta i ne garantuje tajnost bilo čega što mu klijent saopšti. To čini posao forenzičkog psihologa još težim, jer on pokušava da od klijenta dobije informaciju za koju klijent zna da mu nije u interesu da je oda, s obzirom da nema kontrolu nad tim kako će informacija biti iskorišćena. Sem toga, tehnike intervjuisanja klijenata različite su od onih koje koriste klinički psiholozi, jer zahtevaju razumevanje kriminalnog uma, kao i kriminalnog i nasilnog ponašanja. Treba imati u vidu i da forenzički psiholog radi sa spektrom klijenata umnogome različitih od onih s kojima rade drugi psiholozi.

ZAKLJUČAK

Na kraju, treba istaći da je procena i upravljanje rizikom nova oblast u forenzici, koja je počela pokušajem predviđanja verovatnoće ponavljanja određenog tipa krivičnog dela, i to kombinovanjem „statističkih“

indikatora iz lične istorije i detalja o krivičnom delu dobijenih statističkim instrumentima. U poslednje vreme, počeli su da se koriste i „dinamički“ faktori rizika, kao što su stavovi, impulsivnost, mentalno stanje, porodične i socijalne okolnosti, zloupotreba narkotika, dostupnost i prihvatanje podrške, u cilju donošenja „strukturisanog profesionalnog mišljenja“. Krajnji cilj je pomeranje od predikcije ka prevenciji, identifikovanjem i upravljanjem faktorima rizika. To može podrazumevati monitoring, tretman, rehabilitaciju, nadzor i planiranje bezbednosti žrtve, a

CONTEMPORARY DIAGNOSIS IN FORENSIC PSYCHOLOGY

Nada Janković^{1,2}
Bogdan Janković³

- 1 Clinical Center of Serbia, Clinic for Psychiatry, Belgrade, Serbia
- 2 Megatrend University, Belgrade, Serbia
- 3 Faculty of Law in Kragujevac, University of Kragujevac, Serbia

zavisnost od dostupnosti materijalnih sredstava i zakonskih ovlašćenja.

Mnogi počinioci krivičnih dela protiv drugih ljudi, kao i oni za koje se sumnja da predstavljaju potencijalnu opasnost ubuduće, ljudi koji imaju probleme sa mentalnim zdravljem, ili intelektualne, ili razvojne smetnje, su pod nadzorom forenzičkih timova koji se sastoje od više profesionalaca, uključujući psihijatre, psihologe, socijalne radnike itd. Ovi timovi imaju dvojnog ulogu - da obezbede dobrobit svojih klijenata i javnu bezbednost. Cilj nije toliko predviđanje, koliko prevencija nasilja i to uz pomoć upravljanja rizikom.

Summary

Mental health professionals, including psychiatrists, the traditional providers of expert testimony, generally base their opinions solely on their interview of a defendant or plaintiff and on collateral sources (records and interview of other relevant parties). Psychological tests provide psychologists with a third source of information, so psychologists have a more stable and valid foundation as the basis of their testimony. However, some of psychological tests are more appropriate than others for use in a forensic evaluation. For psychologist entering forensic practice, it is useful to know what tests are used by forensic psychologists; even more pertinent is understanding what tests are appropriate for particular of forensic evaluations. The answers to this question not only helps guide practice decisions but also addresses an important element that courts use to decide whether an expert's opinion is admissible at a hearing or trial.

In practice, the results clearly indicate that frequency of use is not the same as general acceptance. Although some tests were rated as acceptable across the different types of evaluation, the strength of endorsement varied by type of evaluation. In addition, some tests were rated as acceptable for one area and not for another. This highlights the importance of examining the acceptability of tests by type of forensic evaluation.

Key words : forensic psychology, multidimensional concept, contemporary methodology, melingering

Literatura:

1. Borum, R., & Grisso, T. (1995). Psychological test use in criminal forensic evaluations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 465-473.
2. Brown, W.R., & McGuire, J.M. (1976). Current psychological assessment practices. *Professional Psychology*, 7, 475-484.
3. Grisso, T. (1986). *Evaluating competences: Forensic assessments and instruments*. New York: Plenum Press.
4. Janković, N., Jovanović, A. (2006). Ličnost od normalnosti do abnormalnosti. *Matica srpska*, Novi Sad, 417-421, 444-454
5. Lees-Haley, P. (1992). Psychodiagnostic test usage by forensic psychologists. *American Journal of Forensic Psychology*, 10, 25-30.
6. Lees-Haley, P.R., Smith, H. H., Williams, C. W., & Dunn, J. T. (1996). Forensic neuropsychological test usage: An empirical survey. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 11, 45-51.
7. Louttit, C. M., & Browne, C. G. (1947). Psychometric instruments in psychological clinics. *Journal of Consulting Psychology*, 11, 49-54.
8. Martin, M., Allan, A., & Allan, M. M. (2001). The use of psychological tests by Australian psychologists who do assessments for the courts. *Australian Journal of Psychology*, 53, 77-82.
9. Ritzler, B., Erard, R., & Pettigrew, G. (2002a). A final reply to Grove and Barden: The relevance of the Rorschach Comprehensive System for expert testimony. *Psychology, Public Policy, and Law*, 8, 235-246.
10. Ritzler, B., Erard, R., & Pettigrew, G. (2002b). Protecting the integrity of Rorschach expert witnesses: A reply to Grove and Barden (1999) Re: The admissibility of testimony under Daubert/ Kumho analyses. *Psychology, Public Policy, and Law*, 8, 201-215.
11. Rogers, R., & Cavanaugh, J. L. (1983). Usefulness of the Rorschach: A survey of forensic psychiatrists. *Journal of Psychiatry and the Law*, 6, 55-67.
12. Rogers, R., Salekin, R. T., & Sewell, K. W. (1999). Validation of the Millon Clinical Multiaxial Inventory for Axis II disorders: Does it meet the Daubert standard? *Law and Human Behavior*, 23, 425-443.
13. American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (rev. 3rd ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 215-250.

Nada Janković
Klinika za psihijatriju
Klinički centar Srbije
Pastetova 2, 11000 Beograd, Srbija
tel +381 11 2641093

PRISILNA HOSPITALIZACIJA - IMPERATIV ADEKVATNE LEGISLACIJE

Branislav Đurđev
Tatjana Voskresenski

UDK: 616.89-008-058:614.253

Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti
'Dr Slavoljub Bakalović', Vršac, Srbija

ISTORIJA ODNOSA DRUŠTVA PREMA DUŠEVNO OBOLELOM

Istorija psihijatrije je i istorija odnosa društva prema psihijatrijskom bolesniku, a taj odnos se najbolje ogleda kroz oblike organizacije psihijatrijske službe. Sve do osamnaestog veka društvo se branilo internacijom od članova koji su po bilo kom osnovu predstavljali opasnost po njega. Posledica toga je bio smeštaj duševnih bolesnika zajedno sa kriminalcima u tzv. "popravne zavode" na uglavnom doživotni tretman. Ovi zavodi vremenom prerastaju sa "moralnim tretmanom" u specijalizovane psihijatrijske ustanove-azile, da bi ovi vremenom prešli u psihijatrijske bolnice. Sadašnja faza odlikuje se težnjom dehospitalizacije. Ova evolucija ustanova koji su služile za zbrinjavanje duševnih bolesnika vrlo slikovito se može prikazati promenama naziva tih ustanova kroz istoriju. [1, 2, 3]

Kratak sadržaj

Prisilna hospitalizacija je problem sa kojim se psihijatri svakodnevno sreću u svom radu. Uprkos značaju ovog instituta provodjenje prisilnog prijema dovodi do brojnih problema koji potiču iz nedekvatnih zakonskih propisa kako u odnosu na sadašnji trenutak psihijatrije tako i moderne pravne regulative. U radu se iznosi istorija odnosa prema duševnom bolesniku, kodificija njihovog statusa i razmatranje stavova psihijatrije i prava u odnosu na prisilnu hospitalizaciju. U našoj zemlji se neopravdano drugo čeka na donošenje novog zakona o duševnim bolesnicima u okviru koga bi se adekvatno regulisala ova materija. Rad je predstavlja apel u tom smislu.

Ključne reči: hospitalizacija, prisilna, legislacija, psihijatrija

- XVIII vek Poor house- 1736
Private madhouse- 1763
- XIX vek Public lunatic asilium - 1808
Irren -Anstalt
Dom za s uma sišavše- 1861
Zavod za umobolne- 1879
- XX vek Hospital for mental disease
Psychiatrishe krankenhaus
Psihijatrijska bolnica

Prva ustanova za mentano obolele uopšte nastala je u Valensiji, osnivač joj je katolički religijski red "De la Merci" koji je time izdvajao mentalno obolele hrišćanske zarobljenike od muslimanske populacije. U XVI veku bila je značajna ustanova Sent Lazar koja je pružala utočište duševno obolelima u okviru skloništa za neizlečive, isto vreme u Avinjonu red "Crnih pokajnika sažaljenja", takođe otvara sličnu ustanovu. 1670.god. državnim aktom rezerviše se određen broj mesta u opštim bolnicama za

duševno bolesne, ali odvojeno od drugih bolesnika. U čuvenoj bolnici La Salpetriere duševno bolesni su držani sa okovima na rukama i nogama i sa obručem preko grudnog koša koji je bio pričvršćen lancem za zid. Ovakav postupak bio je prisutan sve do Francuske revolucije krajem XVIII veka.[4] 1793 g., Pinel Philippe upućuje javni zahtev za poboljšanje položaja duševnih bolesnika. On uspeva da se izbori za skidanje okova i da neke od njih oslobodi iz zatvora gde su čamili decenijama, a potom ih smešta u bolnicu Bicetre u kojoj dolazi na mesto upravitelja. To je bila prava psihijatrijska revolucija [5]. Njega sledi učenik Eskiro, a Griesinger u Nemačkoj, Chiarudji u Italiji, Conolly u Engleskoj, Rush u SAD.[6]. Psihijatrija postepeno ulazi iz prednaučnog u naučni period, u psihijatrijskim bolnicama se poboljšavaju uslovi života i rada, razvija se fenomenološki pristup i Krepelin pravi prvu ozbiljnu klasifikaciju psihičkih poremećaja 1869.god.[7]

Opšta težnja ranijih sistema organizacije zbrinjavanja duševnih bolesnika je bila bazirana na njegovom izdvajanju iz društva čime su se "čuvali" interesi društva. Interesi bolesnika su bili u drugom planu, uostalom kao i briga za njegovo izlečenje [1]. Razvojem psihijatrije ulazi se preko ere azilnog te kaskadnog pristupa, u eru socijalnopsihijatrijskog pristupa sa konceptom sveobuhvatne psihijatrijske zaštite i željom za punom afirmacijom bolesnika u svim terapijskim i rehabilitacionim procedurama, ali i uz težnju da se jednim interdisciplinarnim pristupom postigne angažman šireg društvenog miljea ka glavnom cilju, bržoj resocijalizaciji, a ne izolaciji duševno bolesnih od društva. [8,9]. Aktuelni trenutak odlikuje prava težnja dehospitalizacije, ili šire deinstitutionalizacije [10]. Uvode se novi instituti poput vanbolničkog prisilnog lečenja, društvena zajednica se aktivnije i sveob-

hvatnije angažuje u tremanu duševnih bolesnika. Nažalost, ponegde ti koraci bivaju činjani na još skliskom i dobro nesondiranom terenu.!

PSIHIJATRIJSKA MISAO I USTANOVE NA NAŠEM TERENU

Razvoj psihijatrijske misli i ustanova i na našem terenu kretao se istim tokovima. Zavisno od regija, presudan je bio uticaj latinsko zapadno-evropski ili vizantijski. Još u X veku Kliment Ohridski u manastiru Sveti Naum zbrinjava duševne bolesnike. Vladari iz dinastije Nemanjića u XIII i XIV veku osnivaju u manastirima bolnice u kojima su smeštani duševni bolesnici. Nesporno da je vizantijski uticaj imao humaniji pristup duševnim bolesnicima no u zapadnijim teritorijama Balkanskog poluostrva koji je bio pod uticajem zloglasnog priručnika inkvizicije "Maleus maleficarum" (1487). Islamska medicina u nas, pak, nikada nije dostigla visine arapske kalifatske. Počeci naučne psihijatrije u Jugoslaviji locirani su na prekretnici XIX u XX vek kada su osnovane i prve psihijatrijske bolnice [6, 7, 8].

KODIFIKACIJA STATUSA MENTALNO OBOLELIH

Prvi zakonski propisi vezani za kodifikaciju statusa mentalno obolelih bazirani su na elementima rimskog prava ali i običajnog prava koje se u Francuskoj primenjivalo sve do XIII veka. Ovim se potenciralo njihovo umanjeње odgovornosti. Oboleli, "neopasni", slobodno su lutali izloženi podsmehu i raznim brutalnostima, a oni "opasni" zatvarani su u kule ili kaveze. Zakon iz 1790 nalaže opštinskoj administraciji sprečavanje i nadoknadu štete učinjene od "furijskih" na slobodi. 1791. god. izlazi zakon

koji predviđa kazne za one koji dozvoljavaju obolelima koji su im povereni na čuvanje da lutaju [5]. Napoleonov građanski zakonik Code Civile iz 1804. god. predstavlja zbir svih do tada primenjivanih zakona u Francuskoj [11] i polaznu osnovu iz koje je proistekao Opšti građanski zakonik za sve nemačke zemlje Austrijske monarhije koji je stupio na snagu 01.01.1812.god. (Allg. Burg. Gesetzbuch)[12]. Istovremeno u Engleskoj Williem Tuke radi na zakonu o duševnim bolesnicima [7]. Cilj zakonskih odredbi koje su se odnosile na duševno obolele je bio da: Zaštite društvo od opasnih bolesnika koji remete javni red i mir, da zaštite zdravog čoveka od opasnosti pojave "nevinog u ludnici" i zaštita interesa interniranih lica uz osiguranje specijalnih uslova brige i nadzora nad njima (Kecmanović 1986) [13]. U Code Civile društveni status mentalno obolelih obrađen je u poglavlju punoletstvo, tutorstvo i pravni saveti. Pitanje dobrovoljnog prijema u odgovarajuće ustanove nije uopšte regulisano, a pitanje prisilnog prijema obrađeno je u glavi XI. On može biti zahtevan od porodice, supružnika ili javnog tužioca. Zahtev mora biti argumentovano obrazložen u pismenoj formi. Sud određuje porodični savet koji daje mišljenje o osobi za koju se traži prinudni prijem. Ono lice koje je tražilo prijem ne može biti član saveta. Bolesnik mora biti ispitan od strane sudije u prisustvu javnog tužioca i pisara. Potom se imenuje administrator koji brine o imovini obolelog [11, 14]. U Opštem građanskom zakoniku za sve Nemačke zemlje Austrijske monarhije, koji takođe ne pominje instituciju dobrovoljnog prijema, stoji da lična prava, osujećena zbog starosti, (mladosti), nedostataka upotrebljive pameti, ili drugih razloga stoje pod naročitom zaštitom zakona. Ovde direktno spadaju: "Opsednuti, ludi i budale, koji nemaju ili nedovoljno poseduju moć rasuđivanja o

svojim radnjama. Po "paragrafu 273.0" u odeljku o tutorstvu i kurateli stoji: " Ludim ili blesavim može se oglasiti samo ona osoba koja nakon iscrpnog pregleda njegovog ponašanja od strane lekara koga je sud ovlastio biva sudski takvim označena." Sud potom vrši javno oglašavanje preko notara. Ovakve osobe se posredstvom člana 269. stavljaju pod starateljstvo. U uskoj vezi sa ovim članom je Carski patent od 09. 08. 1854. god. koji se u svojoj trećoj glavi direktno odnosi na proceduru stavljanja pod strateljstvo. Interesantan je komentar Adolfa Markonija koji opisuje sam postupak prema duševnim bolesnicima budući da patent ne govori direktno o tome. Lekar upravitelj privatne ili državne duševne bolnice mora u roku od 24 sata prijaviti prijem bolesnika mesno nadležnom sudu. (ovo u slučaju da je lice maloletno, za starije od 24 god. (!) traži se daleko opširnija prijava sa opisivanjem svih okolnosti koje su prehodile prijemu. O otpustu se takođe mora obavestiti sud. Odluke suda kojim se takva lica stvaljaju pod strateljstvo zbog "ludila, imbecilnosti ili rasipništva" se objavljuju javnosti. Sudijama se ostavlja diskreciono pravo da pojedine podatke "ispuste" pri oglašavanju "ukoliko za to postoje posebni razlozi" [14, 15].

Prateći razvoj propisa koji regulišu pitanje stavljanja pod strateljstvo tesno vezanih za problematiku prisilne hospitalizacije jasno se vidi da se pravne norme ponešto menjaju od 1812. do 1854. god. 1916. god. stupa na snagu Austrijska Carska naredba o stavljanju pod strateljstvo (Reichgesetzblatt No 207.) koja od 16.-25. člana obrađuje "Sudski postupak pri prijemu u zatvorene zavode" uz pozivanje na Carski patent No 208. iz 1845. god. o sudskom vanparničnom postupku u građanskim poslovima. Kraljevina Jugoslavija je u potpunosti preuzela ove članove i ugradila ih u Čl. 193.-195. Zakona o vanparničnom postupku 28.07.1934 god. [15].

Nakon toga u poratnom vremenu nastupila je privremena suspenzija toga zakona preko Zakona o nevaženju pravnih propisa donetih pre 06.04.1941.god. i za vreme okupacije da bi se definitivno ova oblast legalizovala Zakonom o vanparničnom postupku od 01.01.1983 god., dopunama u 1988., revizijom 1995. god. i novim Zakonom iz 2005. (Sl Glasnik R Srbije 18/2005) u članovima 45-55 [16].

Članovi 45.-55., važećeg Zakona o vanparničnom postupku (Sl. Glasnik RS br. 18/2005) znači, direktno su preuzeti iz istimenog zakona kraljevine Jugoslavije iz 1934 god. [17, 18], a ovi se oslanjaju na Austrijsku carsku naredbu iz 1916. god., koja se poziva na Carski patent iz 1854. god. Nesporno je da se od 1854. godine do danas u psihijatriji mnogo toga promenilo. Posebnu ulogu u tome imala je pojava psihofarmaka koji su dali jednu novu sliku u ustanovama za zbrinjavanje psihijatrijskih bolesnika. Uzimajući samo to u vidu jasno se zapaža diskrepanca u razvoju pravnih propisa, oni ne odgovaraju sadašnjem stanju razvoja psihijatrijske nauke, a njihovom primenom ne osiguravaju se adekvatno ni prava psihijatrijskih bolesnika niti se psihijatri oslobađaju krivičnog gonjenja i odgovornosti. Shodno tome u praksi niti su psihijatrijske bolnice prijavljivale sudovima sve prinudne hospitalizacije, niti su sudovi sa svoje strane vršili kontrolu nad radom psihijatrijskih ustanova [19].

Generalno gledano, razvoj zakonskih propisa trebao je da pojednostavi modalite hospitalizacija i da osigura zaštitu protiv samovolje u procesu internacije. Zakoni su sve više naglašavali prava i interese duševnih bolesnika. Puna potvrda je dobijena kroz institut tzv. "dobrovoljnog prijema" čime je afirmisana njihova terapijska osnova u odnosu na kustodijalnost (Turčin) [1, 20].

PRINUDNA HOSPITALIZACIJA – LIŠAVANJE SLOBODE ?

S pravnog stanovišta prinudna hospitalizacija je lišavanje slobode. Međutim, ovakva komparacija između zatvaranja, uslovno rečeno "normalnih" i prisilne hospitalizacije duševno bolesnih lica je neodrživa. Potreba za hospitalizacijom nosi u sebi uvek kao postulat dva motiva, medicinski i socijalni i to u svakom slučaju prinudnog prijema sa individualnom prevagom jedne od ovih komponenti za svaki slučaj posebno [13]

Sa stanovišta kritičara psihijatrije nema razlike između duševno obolelih i duševno zdravih osoba u pravima na slobodu, pa ma kakva njihova klinička slika bila. Po Bazalji (Basaglia) [21] psihijatrijske bolnice su institucije nasilja, bolesnici su institucionalizovana tela, psihijatrijske dijagnoze su samo etiketiranje, a psihijatri su zakupci vlasti i nasilja, ili kako kaže Sasz (Szasz)(22) "čuvari društva". Iz tog ugla prisilna hospitalizacija je zločin protiv čovečnosti. U argumentaciji pomenutog oni nude između ostalog i dokaze iz literature, naprimer: A. P. Čehov-Paviljon 6., J. London - *Gvozdena peta*, K.A. Porter - *Bledi jahač*, K. Kiesley- *Let iznad kukavičjeg gnezda*, V.Tarsis - *Odjel 7- Autobiografski roman*. Iz ovog romana iscitiraće se dijalog između psihijatra koji doživljava sebe kao osobu koja pomaže i prisilno hospitalizovanog koji u njemu gleda tamničara: " Stvar je u ovome. Ja vas ne smatram doktorom. Vi to nazivate bolnicom. Ja to nazivam zatvorom.,onda budimo jasni, ja sam vaš zatvorenik, vi ste moj tamničar, i neće biti nikakvih glupiranja o mome zdravlju ili lečenju."

Raspravljajući razloge za negativističan stav prema psihijatrima, kao "progoniteljima u psihijatriji" Hoaken [23] ga nalazi u neodgovarajućem tretmanu bez poštovanja

ljudskih prava koji je bio u psihijatrijskim ustanovama i stavu psihijataru da su zaštitnici društva. "Raniji progonitelji, psihijatri, postali su progonjeni mentalnom bolesti"-kaže. Sem toga kostudijalnost, neadekvatan odabir osoblja, uz primene invazivnih metoda poput ECT u kasnim 1930.-tim također su tome doprinele. Razvoj Socijalne psihijatrije od 1960-tih te psihodinamike odvojio je psihijatriju od biološke baze i učinio da se postave drugi uglovi sagledavanja mogućnosti tretmana.[1, 23] Nažalost, u svemu mnogo su "pomogli" i mediji koji su duševno bolesne prikazivali češće kao žrtve no kao pacijente, ne davajući nikakvu podršku psihijatrima i njihovim medicinskim kolegama [23].

I jedni i drugi zaboravljaju da je ozbiljno duševno bolestan čovek zbog uskraćene slobode rasuđivanja neslobodan i u nemogućnosti alternativnog odlučivanja i odabiranja. Po Eju (Ey) [24] patološki proces je taj koji oduzima unutrašnju slobodu. Duševni poremećaj je patologija slobode. Duševno bolestan je unutrašnje neslobodan te nije u mogućnosti da uživa spoljnu slobodu, tačnije on je uživa u onoj meri u kojoj dozvoljava njegov patološki proces. Sloboda ne postoji izvan jedinstva spoljne, fizičko-materijalne i unutrašnje, duševno-duhovne slobode. Unutrašnje slobodan čovek više je slobodan čak i onda kada mu je uskraćena spoljna sloboda, u tome i leži značaj i povezanost duševne bolesti i zdravlja s jedne, i individualne slobode sa druge strane [13]. Ovo vrlo plastično iskazuje Lowelance R. sa: "Kameni zidovi ne čine zatvor, niti gvozdena rešetke kavez" [25].

I slepi zagovornici apsolutističke, anti-paternalističke pozicije slobode iako citiraju i pozivaju se na čuveni spis "O slobodi" filozofa moraliste Milla (John Stuart Mill 1859) [26] koji kaže: "Primena sile protiv bilo kog člana civilizovane zajednice, i to

protiv njegove volje, dozvoljena je samo onda kada se želi sprečiti da on naudi drugim ljudima. Njegovo vlastito dobro, fizičko ili psihičko, nije dovoljno opravdanje. Nema osnova da se on prisiljava da nešto učini ili ne učini zato što će to za njega biti bolje, što će ga činiti sretnim, zato što bi činiti tako, po mišljenju drugih, bilo mudro, ili čak ispravno...", izbegavaju da kažu da je iz ovog opšteg stava kod razrade osnovne etičke neosnovanosti ograničavanja slobode Mill izuzeo one koji nisu punoletni, i "koji nemaju uobičajenu količinu razuma, uviđanja" (The ordinary amount of understanding), te one koji su delirantni, ili u nekon stanju uzbuđenosti ili oduzetosti, koja je inkompatibilno sa potpunim korišćenjem misaone sposobnosti (reflecting faculty). Slobodarski credo nije se odnosio na duševno nedovoljno razvijene i poremećene ljude [27].

Pravo na slobodu zagarantovano je najvišim zakonskim aktom Ustavom, svako lišavanje slobode mora biti zasnovano na zakonu. Nezakonito lišavanje slobode je kažnjivo. Po krivičnom zakoniku krivično delo vrši onaj koji drugoga protivpravno zatvori, a ako je to službena osoba zloupotrebom svog položaja ili ovlašćenja kazniće se zatvorom od najmanje tri meseca ili strogim zatvorom do pet godina [28].

SADAŠNJI TRENUTAK

Istaknuto je da je u našoj zemlji pitanje prisilne hospitalizacije je regulisano Zakonom o vanparničnom postupku ali i članovima Zakona o zdravstvenoj zaštiti iz 1992.g. i novim Zakonom o zdravstvenoj zaštiti iz 2005.g. [29] koji je stupio na snagu 10.12.2005. god. Do tada je na tom polju postojao svojevrсни pravni vakum, pravno nelegalizovani intermeco između slobode i ugrožavanja okoline i ograničenja slobode, pa sve do legalizovanja stanja u sluča-

ju oduzimanja poslovne sposobnosti [30, 31]. Sama po sebi ova konstatacija prikazuje koliko je razmak između polaznih pozicija sagledavanja problema prisilne hospitalizacije iz ugla neuropsihijatarata i pravnika. Ona odslikava jedno davno prošlo vreme psihijatrije gde se duševnim bolesnicima za primljenim u ustanove oduzimala svojevlast u redovnom postupku. Do objavljivanja Zakona o zdravstvenoj zaštiti iz 1992. god. i /kasnijeg iz 2005.g./ opravdanje za prisilno hospitalizovanje duševnih bolesnika nalazilo se u dva pravne institucije. Jedna je je bila vezana za socijalnu prevenciju, kroz tzv. nezvano vršenje tuđih poslova -negotiorum gestio. "Sve dok je bolesnikova sposobnost za rasuđivanje neokrnjena pravni poredak izgleda ne nalazi dovoljno opravdanja za davanje ovlašćenja društvu da takvom pojedincu nameće dužnost vlastitog lečenja, ako ono ima za cilj ozdravljenje samog bolesnika, ako o njemu ne zavisi sigurnost trećih." te, kroz instituciju uzetu iz krivičnog zakonika o odredbama koje se tiču opštih pravila postupanja u krajnjoj nužni: "U krajnjoj nuždi postupa onaj koji određeno delo vrši radi toga da od sebe ili drugoga otkloni istovremenu, neskrivenu, opasnost koja se na drugi način nije mogla otkloniti i ako pri tome učinjeno zlo nije veće od onoga koje je pretilo."

Zakon o zdravstvenoj zaštiti RS (17/92, 26/92, 50/92, 52/93, 53/93, 67/93, 48/94, 25/96, 107/2005.) (29) u svojem Članu 44. /raniji Čl.10/ zakonski se obrađuje problem prisilne hospitalizacije bazirajući se na primeni istih pravnih instituta. Čl.44. glasi: "Ako doktor medicine, odnosno specijalista psihijatar, odnosno specijalista neuropsihijatar proceni da je priroda duševne bolesti kod bolesnika takva da može da ugrozi život bolesnika ili život drugih lica ili imovinu može ga uputiti na bolničko lečenje, a

nadležni doktor medicine odgovarajuće stacionarne zdravstvene ustanove primiti na bolničko lečenje bez pristanka samog bolesnika u skladu sa zakonom, s tim da narednog dana po prijemu, konzilijum stacionarne zdravstvene ustanove odluči da li će se bolesnik zadržati na bolničkom lečenju. O prijemu bolesnika iz stava 1. ovog člana stacionarna zdravstvena ustanova dužna je da u roku od 48 sati od dana prijema bolesnika obavesti nadležan sud. Način i postupak, kao i organizacija i uslovi lečenja duševno bolesnih lica, odnosno smeštaj ovih lica u stacionarne zdravstvene ustanove, uređiće se posebnim zakonom".

Težnja zakonodavca je bila da napravi moderan evropski zakon i da ugradi evropske standarde iz međunarodnih dokumenata u domaći pravni sistem uz poštovanje najvišeg mogućeg standarda ljudskih prava i vrednosti, odnosno prava na fizički i psihički integritet, na bezbednost njegove ličnosti, kao i na uvažavanje njegovih moralnih, kulturnih, religijskih i filozofskih ubeđenja. Zakon ističe sledeća prava pacijenta: pravo na dostupnost zdravstvene zaštite, pravo na informacije, pravo na obaveštenje, pravo na slobodan izbor, pravo na privatnost i poverljivost informacija, pravo na samoodlučivanje i pristanak, pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju, pravo na tajnost podataka, pravo pacijenata nad kojim se vrši medicinski ogled, pravo na prigovor, pravo na naknadu štete.

Kako se jasno vidi pravni status psihijatrijskih pacijenta nakon primanja u ustanovu, njegov položaj, odnos prema primeni terapije, se ne obrađuje, a uređenje istoga se predviđa posebnim zakonom. Interesantno je da je samu odluku o prisilnom primanju pacijenta u "odgovarajuću stacionarnu zdravstvenu ustanovu" nakon upućivanja od

strane i lekara specijalista zakonodavac dao u ruke "nadležnom doktoru medicine".(!)

Citirani zakonski propisi u punoj meri odslikavaju kontraverznu situaciju koja nastaje problemom prisilne hospitalizacije i nije čudo kada Lokar [32] kaže da se radi o shizofrenoj situaciji u kojoj su isti ljudi za i protiv nje: "Rašireno je mišljenje, a i strah da se prinudna hospitalizacija može zloupotrebiti kako bi se obitelj ili susedi rešili prgavog šoveka ili političari neprijatnog protivnika. Zato su ljudi protiv prinudne hospitalizacije. Ista ta javnost, međutim veoma je ogorčena kada duševni bolesnik učini nešto neprijatno i pita se zašto nije ranije, milom ili silom, odveden u psihijatrijsku bolnicu ..." U ovoj dilemi psihijatrijsko znanje pomaže da se razume rascep mišljenja ali je nemoguće da se on odkloni.

U biti ovde se radi o sukobu dva direktno suprotstavljena stava paternalističkom (medicinskom, utilitarističkom) i apsolutističkom (deontološkom, građansko-slobodarskom, moralističkom). Po prvom stanovištu vrhovni princip je spas bolesnika, lečenje kao bezuslovni princip. Ono je kompatibilno samo delimično sa principom "paterens patriae" oca države tj. pravom države da preuzme na sebe brigu o onima koji zbog svoje nesposobnosti nisu u stanju da odrede šta je najbolje za njih a u svrhu samozaštite, ali i policijskog prava države da zaštiti sebedruštvo od mentalno obolele osobe. Pozicija psihijatra prema duševnom bolesniku u ovom prvom pristupu je pokroviteljska, u drugom pristupu insistira se na manje više ravnopravnom odnosu, lekar i pacijent se dogovaraju, sklapaju ugovor, volja pacijenta je vrhovni zakon - voluntas aegroti suprema lex est.! Između paternalističkog, hipokratovskog, koji upućuje lekara da se služi sopstvenom procenom i odlukom da bi slu-

žio pacijentu, a ne da bi zaštitio njegova prava, i utilitarističkog, koji se rukovodi načelom da treba činiti ono što je dobro za većinu, uz ignorisanje individualnih prava, etika i obaveza su treća alternativa, medicinska etika utemeljana na ljudskim pravima predstavlja po Šeparoviću [33] izlaz. "Etika dužnosti je usko povezana s etikom ljudskih prava, jer ako neka osoba ima neko pravo, druga osoba ili osobe imaju dužnosti". Sukob dva koncepta pun razmah doživeo je sa usvajanjem kriterijuma opasnosti, otelovljenja građansko slobodarskih tendencija kao osnova za prisilne prijeme u USA umesto ranijih paternalistički orijentisanih stavova vezanih za potrebu tretmana. Kao odgovor (i kao poziv na vraćanje struci!) A.Stoun [34] je sastavio svoje kriterijume opasnosti polazeći od toga da nema nikakve koristi za bolesnike od umiranja sa svojim pravima ("Dying with their rights on"). Nakon jedne žučne debate sa Szaszom vezano za problem prisilne hospitalizacije Chudoff [35] je zaključio da nijedna strana nema monopol na istinu i pravdu, i kazao: "Moj lični pogled je u korist, mudrog i bonevolentnog paternalizma, koji uključuje obavezu da se pomogne pacijentu koji pati, koji nije spreman da zbog svog stanja prihvati dobrovoljno pomoć. Ovaj stav je u skladu sa utilitarno etičkim na logičnom nivou., međutim osećanje iz koga potiče nije uzrokovano logikom,ono je intuitivno, stvoreno na vatri kliničke akcije zahteva za donošenje odluke."

Iz svega sledi da je na ovom polju moralnost psihijatra na ozbiljnoj probi, i stoga treba insistirati na minucioznom individualnom pristupu za svakog pacijenta, uz razmatranje njegove bolesti, potreba i mogućnosti ali i prava i obaveza zajednice prema njemu kao duševno bolesnom članu.

Na polju usvajanja adekvatnog zakona koji reguliše ovu materiju naša zemlja kasni i u odnosu na zemlje u okruženju. Nacionalna komisija za mentalno zdravlje je uložila veliki napor na prilagođavanju legislative sa međunarodnim standarima na polju psihijatrije i u tom smislu uz saradnju spoljnih konsultanata: Prof. Juan Arboleda Flores (Kanada), Dr Svetlana Golubinskaja (Ruska federacija), Dr Paolo Serra (Italija), Robert van Voren (Švajcarska), Prof. Richard D. Bonnie (USA) uradila Nacrt zakona o zaštiti prava osoba sa mentalnim poremećajima. Isti je prezentovan na tehničkom seminaru u Ljubljani 2003.g, a poslednja XVII verzija zakona je predata Ministarstvu zdravlja u decembru 2004.g. Ovaj Nacrt je distribuiran u toku Ministarske konferencije SZO održane u Helsinkiju 12.-15.januar 2005.g. [36].

COMPULSORY HOSPITALIZATION - IMPERATIVE OF ADEQATE LEGISLATION

Branislav Đurđev
Tatjana Voskresenski

Special hospital for psychiatric diseases
'Dr Slavoljub Bakalović', Vršac, Serbia

UMESTO ZAKLJUČKA

Zakoni sve više naglašavaju prava i interese duševnih bolesnika. S pravnog stovišta prinudna hospitalizacija je lišavanje slobode. Pred psihijatrom suočenim sa prisilnom hospitalizacijom stoje brojne dileme (stučne, pravne, etičke, socijalne). One nose visok kvantum odgovornosti. Potrebno je u što skorije vreme usvojiti Zakon o zaštiti prava osoba sa mentalnim poremećajima u okviru koga se adekvatno reguliše pitanje prisilne hospitalizacije [37]. Ovim Zakonom bi se izvršilo usaglašavanja naših zakonskih propisa sa stepenom razvoja moderne psihijatrije i savremenim tokovima koji regulišu tu pravnu materiju, a sve u svrhu odklanjanja brojnih problema koji su prisutni u svakodnevnoj praksi i koji proizilaze iz sadašnje anahrone regulative koja ne štiti adekvatno ni pacienta a ni psihijatre ne oslobađa krivične odvornosti.

Summary

A forced institutionalization is a challenge frequently encountered by psychiatrists in their practice. An inadequate legal frame in regard to juristic and medical considerations hampers the implementation of this procedure. The article deals with a history of relationship towards the mentally ill individuals, clarifies their status and reviews their legal rights. There is an unjustified delay in legislating forced institutionalization in our country, which would help in establishing much needed guidelines. This article represents an appeal for urgency in this matter.

Key words: compulsory hospitalization, legislation, psychiatry

Literatura:

1. Turčin R, Pospišil-Završki K. Hospitalizacija psihijatrijskih bolesnika-psihijatrijski aspekt, u *Civilno-pravni status i problemi zaštite psihijatrijskih bolesnika*, Zagreb; Vrapče; 1967. p. 89-98.
2. Davidović P, Vidojković P. Praksa i problemi koji se javljaju s prijemom na liječenje psihij. bolesnika, u *Civilno-pravni status i problemi zaštite psihijatrijskih bolesnika*, Zagreb; Vrapče; 1967. p.145-149.
3. Rogina V. Savremene tendencije u zbrinjavanju psihijatrijskih bolesnika, u *Civilno-pravni status i problemi zaštite psihijatrijskih bolesnika*, Zagreb; Vrapče; 1967. p. 21-35.
4. Hudolin V. *Psihijatrija*; Zagreb; Jumena; 1981. p. 15-21.
5. Rainier J, Beaudoin H. *L aliene et les Asiles d Alienes*; E. Le Francois Paris;1924.
6. Pražić B. *Povjest psihijatrije u: Kecmanović, D.: Psihijatrija I Tom*; Beograd-Zagreb; Medicinska knjiga Beograd-Zagreb;1989. p. 3-13.
7. Kaličanin P, Erić Lj. *Psihijatrija-okviri*, Beograd; Kramer print; 1999. p. 10, 29-48.
8. Peršić N. *Povjest psihijatrije u Jugoslaviji. Socijalna psihijatrija 1987*; 15: 225-236.
9. Korlajet V, Nikolić S. *Problemi hospitalizacije psihijatrijskih bolesnika*, u: *Civilno-pravni status i problemi zaštite psihijatrijskih bolesnika*, Zagreb; Vrapče; 1967, p. 151-161.
10. Geller JI. *The last half-century of psychiatric services as reflected in psychiatric services*, *Psychiatr-Serv.*; 2000; 51: 41-67.
11. *Code Civile de L Union Fracaise*. Paris.Librarie Generale de Droit et de Jurisprudence; 1951.
12. *Allgemeines Burgerlishes Gesetzbuch fur ie Gesamtmen Deutschen Lander der Cesterreichen Monarchie I teil*; Wien. K.K. Hof.und Staats druckerey; 1811.
13. Kecmanović D. *Prisilna hospitalizacija: u Upotreba duševnog bolesnika*, Beograd; Prosveta; 1985. p. 138-151.
14. *Code civile*. Paris. Librarie Dalloz; 1967-1968.
15. Ostojić T. *Medicinsko i pravno reguliranje prijema duševnih bolesnika u bolnicu*, u : *Civilno-pravni status i problemi zaštite psihijatrijskih bolesnika*; Zagreb; Vrapče; 1967. p.163-170.
16. *Zakon o vanparničnom postupku*; Službeni glasnik Republike Srbije No. 18/2005; (Febr. 28, 2005).
17. Đurđev B. *Prisilna hospitalizacija psihijatrijskih bolesnika*, NoviSad; Glasnik advokatske komore Vojvodine 1988; 11-12: 47-54.
18. Đurđev B. u *Kecmanović,D.: Psihijatrija Tom II, Medicinska knjiga Beograd-Zagreb*; 1989. p.1913.
19. Belajec V. *Hospitalizacija psihijatrijskih bolesnika*, u: *Civilno-pravni status i problemi zaštite psihijatrijskih bolesnika*; Zagreb; Vrapče; 1967. p. 111-133.
20. Turčin R. *Hospitalizacija psihijatrijskih bolesnika (Habilitationi rad)*; Zagreb. Vrapče: 1971.
21. Basaglia F. *L Institutione negata 7 ed*; Torino;1974.
22. Szasz T. *Ideologija i nasilje*; Zagreb; Naprijed; 1980. p. 131-156.
23. Hoaken P. *Psychiatry, Civil Liberty, and Involuntary Tretamant*; *Can.J. Psychyatry*; 1986; 31: p. 222-226.
24. Ey H. *La posission de la psychiatrie dans le cadre des sciences medicales*, u: *Etitudes psychatryques*; Paris; Bruwer; 1952. p. 77.
25. Lowelance R. u *Hoaken, P.: Psychiatry, Cuvil Liberty, and Involuntary Tretamant*, *Can. J Psychyatry*, 1986; 31: 222.

26. Mill J.S. On Liberty: u Monahan, J.: John Stuart. Mill on the liberty off the mentally ill. A historical note; Amer. J. Psychiatr. 1977; 134:1428-1429.
27. Kecmanović D. Psihijatrijska Etika; Socijalna psihijatrija; 1990; 18:293-320.
28. Krivični zakon RS, Službeni glasnik RS No. 85/2005; (sept. 29, 2005)
29. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Službeni glasnik RS No 107/2005. (dec. 10, 2005)
30. Triva S. Hospitalizacija psihijatrijskih bolesnika, u: Civilno-pravni status i problemi zaštite psihijatrijskih bolesnika; Zagreb; Vrapče; 1967. p. 101-110.
31. Jovičić S. Prisilna hospitalizacija: Etičke i pravne dileme. Engrami - časopis za kliničku psihijatriju, psihologiju i granične discipline. 2002; 24(2):49-53.
32. Lokar J. Psihijatrijski aspekti prisilne hospitalizacije, u: Radio Sarajevo-Treći program; Sarajevo; 1991. 70 p. 97-107.
33. Šeparović Z. Granice rizika Etičko-pravni problemi u medicini; Zagreb; Pravni fakultet; 1987. p. 22-33.
34. Roth L. Four Studies of Mental Health Commitment; Am. J. Psychiatry.1989; 146: 135-137.
35. Chodoff P. Involuntary Hospitalization of the Mentally ill as a Moral Issue. Am. J. Psychiatry 1984; 143: 384-389.
36. Nacionalna komisija za mentalno zdravlje: Izveštaj o radu za period 01.01.2004-28.02.2005.g., cited 2007 februar 28; Available from: <http://www.inh.ogr.yu/nkmz.htm>
37. Jovanović AA. Pravni status osoba sa mentalnim bolestima u Srbiji. Srpski arhiv za celokupno lekarstvo. 2004; 132(11-12):448-452.

Đurđev Branislav
Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti
'Dr Slavoljub Bakalović'
Podvršanska 13, 26300. Vršac
013-833-336, 063-249-953, 013-837-141
E mail: djurdjevbranislav@hemo.net

PISAC I SAMOUBISTVO

Grigorij Čhartišvili

ИНФОРМАТКА, Beograd, 2006, str67



Pisac i samoubistvo, knjiga Grigorija Čhartišvilija (svetski poznatog B. Akunjina), posvećena je istraživanj jednog od najdramatičnijeg problema čovečanstva - fenomenu samoubistva. Istražujući istorijski, pravni, religiozni, etički, filozofski, kao i sve druge aspekte "najgoreg od svih grehova", knjiga naročitu pažnju posvećuje sudbinama pisaca - samoubica - ne samo zato što pisce svrstava u takozvanu "grupu povećanog suicidalnog rizika" ("Eros" i "Tanatos" su pokretači stvaralaštva), već i zato što je *homo scribens* najpogodniji za opis odlika *homo sapiensa*. Pesnik B. Miljković piše "da je isto pevati i umirati".

Knjiga se sastoji od sledećih celina: *Čovek i samoubistvo*, *Pisac i samoubistvo* i *Enciklopedija literaturicida*. *Enciklope-*

dija literaturicida je manji priručnik od 350 kratkih biografskih članaka, ustvari, 363 jer je za srpsko izdanje dodato i 13 srpskih pisaca. Bez obzira što knjiga nema naučni pristup nauka proviruje iza svakog ugla. Knjiga se ne mora čitati u celini već u odvojenim delovima a može da služi i kao podsetnik. Namenjena je stručnjacima ali i onima koji to nisu. Osim opštih karakteristika ovde će biti navedeni samo neki od specifičnih aspekata samoubistava pisaca.

Svaki stvaralac ima žudnju za *eternizacijom* (*ovekovečenjem*), tj. želju da svoje zemaljsko postojanje produži preko granica smrti. Stvaralaštvo daje piscu osećaj apsolutne slobode, stvaralački zanos i vanvremenski akt koji ga oslobađa straha od smrti.

Umetnik je zaostalo biće koje se zaustavilo na stepenu igre. Stvaralačka ličnost je infantilna. Nalik je detetu koga karakteriše svežina opažanja, emotivnost, bespomoćnost i nezdravi prijem kritike. U kritičaru pisci prepoznaju lik Velikog oca.

Svaralaštvo je usamljenost koje slabi porodične, društvene i religiozne veze. Književnik je retko dobar otac

porodice jer je obuzet ekstazom pisanja. Pisac je retko srećan u ličnom životu a još manje poklanja sreću onima koje voli. "Ja sam srećan pisac a nesrećan čovek!", kaže M. Pavić.

Fatalna zavisnost od *nadahnuća*, koje je nemoguće u sebi izazvati voljnim naporom, vuče pisca alkoholu. Osim Rusa najveći gubitak u tom smislu podnose anglofona i poljska književnost. *Enciklopedija literaturicida* sadrži mnogo više samoubistava na bazi narkomanija nego alkoholizama.

Među spisateljima ima mnogo "neuraštenika". Kada Čhartišvili piše o sveobuhvatnom ludilu, sa stanovišta psihijatrije, u "grupu visokog suicidalnog rizika" svrstava četiri devijacije: duševne bolesnike, toksikomane, "akcentuirane ličnosti" i, praktično zdrave ličnosti ali sa "intenzivnim situacionim reakcijama".

Umetnik čitav život strepi da će se probuditi i odjednom osetiti da je čarobni dar koji činio osnovni sadržaj njegovog postojanja - nepovratno nestao. To je "stvaralačka kriza". Čovek - umetnik se od ostalih ljudi razlikuje i po tome što "kriza srednjih godina" kod njega dolazi desetak godina ranije, sa završetkom telesne i mentalne mladosti. To je "sindrom trideset sedme godine". Upravo ova granica za književnike postaje glavno uzrasno iskušenje za samoubistvo.

Flober piše da autor stvara sopstveni svet, poput Boga. Za umetnika, samoubistvo često postaje pokušaj izjednačavanja sa Tvorcem, pokušaj da mu se oduzme glavna moć: vlast nad sopstvenim životom. *Ako ne uspe da ovlada sobom sve do smrti*, - piše

Blanšo - *kroz smrt on će ovladati i onom svemoći koju stičemo u smrti, učiniće je tek mrtvom svemoći. Na taj način samoubistvo Kirilova (Dostojevski) jeste smrt Boga. Čhartišvili to naziva ubistvom Boga.*

Piščev demon samoubistva je ružan, bez osmeha, polulud, očiju užarenih od nesaniće. To je drugo lice demona stvaralaštva, koji je došao po sledećeg sa spiska. Najlepšom smrću japanski pisac *Jukio Mišima*, smatrao je, samoubistvo. A najlepšim samoubistvom - tradicionalni "harakiri". Da raspara mačem bolešljivo, jedno telo, kakvo je bilo Mišimino, bilo bi izrugivanje nad estetikom smrti. Pisac je 15 godina pretvarao sebe u antičku figuru. Predstava je bila skupa, sa scenskim efektima i ogromnim brojem gledalaca. Oružje samurajski mač. Tako je postao glavni japanski pisac. Nije poznat drugi pisac, osim možda Ničea, koji je tako dobro - i umom, i instiktom - razumeo smisao i suštinu umetnosti. Ona je opasna jer je iznad života. U svakom slučaju, krv i meso Mišime, *arhetipskog pisca* potpuno je natopljeno otrovom umetnosti - koji, naravno, ubija, ali zato obezbeđuje večnost. *Nema umetnosti bez trnja, kao što je nema ni bez otrova. Nemoguće je okusiti med umetnosti ne proživši se i njenim otrovom (Jukio Mišima)*. Važna je za "eternizaciju" pisca ne samo književnost nego i sposobnost da se od svoga života načini roman (E. Hemingvej).

Sa stanovišta suicidalnosti, najopasniji je zanat pesnika. Gotovo dve trećine pisaca *Enciklopedije* bavili su se pisanjem pesama. Samo jedna šestina književnika - samoubica bili su filozofi, a najsrećnija izgleda dramska književnost - "pozorišnoj sekciji" ovog samoubilačkog Saveza pisaca pripada jedna devetina martirologa.

Treba na kraju istaći izvanredan prevod sa ruskog jezika Mirjane Grbić i Sonje Bojić. Urednik Olga Kirilova.

Milan Bešlin

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, preglede 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 proredom, isključivo fontom Times New Roman i veličinom slova 12 tačaka (12 pt). Sve margine 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 (spejsove) radi poravnanja teksta, već alatke za kontrolu poravnanja 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 jednosrano na beloj hartiji formata A4 u tri primerka. Stranice numerisati redom u okviru donje margine, 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 radove 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.

Gljučne 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>).

Prevod 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 radove u kojima je obavezan kratak sadržaj na srpskom jeziku, koji treba da ima 200-300 reči.

Za originalne radove 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 nazive 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 radove 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 pojmova 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, fotografi-

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 poredom i bez uvlačenja teksta.

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

Svaku tabelu odštampati na posebnoj listi 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 urađeni 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 posebnoj listi 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 posebnoj listi 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. vankuverkim 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 radove koji imaju do šest autora navesti sve autore. Za radove 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, Pelcowitz 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 izdanje Srpskog arhiva iz 2002. godine pod nazivom Jednoobrazni zahtevi za rukopise koji se podnose biomedicinskim časopisima, *Srp 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 objavljivanje 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: reprodukovanje prethodno objavljenog materijala, upotrebu ilustracija i objavljivanje 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..