

ENGRAMI

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU
PSIHOLOGIJU
I GRANIČNE DISCIPLINE

3-4



Volume 36 • Beograd, jul-decembar 2014.

UDK 159.9+616.89

www.kcs.ac.rs

YUISSN 0351-2665

ENGRAMI

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU
PSIHOLOGIJU
I GRANIČNE DISCIPLINE

3-4



Volume 36 • Beograd, jul-decembar 2014.

UDK 159.9+616.89

www.kcs.ac.rs

YU ISSN 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

Gost urednik / Guest editor
SLAVKO JANKOVIĆ

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

Uredivački odbor / Editorial board
NIKOLA ILANKOVIĆ
JEZDIMIR ZDRAVKOVIĆ
VERA POPOVIĆ
IVANA TIMOTIJEVIĆ
MILICA PROSTRAN
DUŠICA LEĆIĆ-TOŠEVSKI
LJUBICA LEPOSAVIĆ
DRAGAN MARINKOVIĆ
ALEKSANDAR JOVANOVIĆ
ŠANJA TOTIĆ
ŽANA STANKOVIĆ
ALEKSANDAR DAMJANOVIĆ
DRAGAN PAVLOVIĆ
GORDANA NIKOLIĆ-BALKOSKI
DRAGANA STOJANOVIĆ
NADA JANKOVIĆ
NADA LASKOVIĆ
OLIVERA ŽIKIĆ

Izdavački savet / Consulting board
LJUBIŠA RAKIĆ
JOSIP BERGER
MIROSLAV ANTONIJEVIĆ
JOSIF VESEL
MILUTIN DAČIĆ
SLAVICA ĐUKIĆ-DEJANOVIĆ (Kragujevac)
MIRKO PEJOVIĆ
JOVAN MARIĆ
GROZDANKO GRBEŠA (Niš)
ALEKSANDAR KNEŽEVIĆ (Novi Sad)

Internacionalni redakcioni odbor
International editorial board
U. HALLBREICH (New York)
D. KOSOVIĆ (New York)
D. BLOCH (New York)
P. GASNER (Budapest)
N. SARTORIUS (Geneve)
D. ŠVRAKIĆ (St. Louis)
G. MILAVIĆ (London)
V. STARČEVIĆ (Sydney)
V. FOLNEGOTOVIĆ-ŠMALC (Zagreb)
M. JAKOVLJEVIĆ (Zagreb)
S. LOGA (Sarajevo)
J. SIMIĆ-BLAGOVČANIN (Banja Luka)
Z. STOJOVIĆ (Herceg Novi)
L. INJAC (Podgorica)
M. PĚKOVIĆ (Podgorica)
A. TOMČUK (Kotor)
A. MIHAJLOVIĆ (Chicago)
Sekretar / Secretary
GORDANA MARINKOVIĆ
Lektor za srpski i engleski jezik
SONJA ĐURIĆ

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: KLINIKA ZA PSIHIJATRIJU KLINIČKOG CENTRA SRBIJE I UDRUŽENJE PSIHIJATARA SRBIJE; THE CLINIC FOR PSYCHIATRY CLINICAL CENTRE OF SERBIA AND SERBIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION • ADRESA UREDNIŠTVA / ADDRESS OF EDITORIAL BOARD: ENGRAMI, Klinika za psihijatriju KCS, Pasterova 2, 11000 Beograd, E-mail: klinikazapsihijatrijukcs@gmail.com • časopis ENGRAMI je referisan u SCIndeks bazi (Srpski nacionalni citatni indeks); Journal ENGRAMI is listed in SCIndeks (Serbian national citation index)• Copyright © 2014 ENGRAMI. Sva prava zaštićena.

SADRŽAJ

CONTENTS

ORIGINALNI RADOVI / ORIGINAL ARTICLES

Boris Kordić, Lepa Babić

MALTRETIRANJE NA RADU I KARIJERNO SAVETOVANJE	5
MOBBING AND CAREER COUNSELLING	13

Danka M. Radulović, Ivana D. Radovanović, Dragana J. Daruši, Milutin Nenadović, Tijana Cvetić

EREKTILNA DISFUNKCIJA, ZAVISNOST OD DROGE I OSOBINE LIČNOSTI.....	15
ERECTILE DYSFUNCTION, DRUG ADDICTION AND PERSONALITY TRAITS	24

Ljubomir Žiropada, Andrija Dulović

STAVOVI PREMA MENTALNO OBOLELIM U CRNOJ GORI: ADAPTACIJA CAMI SKALE.....	27
ATTITUDES TOWARDS MENTALLY ILL IN MONTENEGRO:	36
THE MONTENEGRIN VERSION OF CAMI	

PREGLEDI LITERATURE / REVIEW ARTICLES

Dragana Duišin, Jasmina Barišić, Borjanka Batinić, Srđan Milovanović, Marina Mihaljević

BIOETIČKI IZAZOVI I KONTRAVERZE INTERDISCIPLINARNOG TRETMANA RODNO DISFORIČNIH OSOBA.....	39
----------------------------------------------------------------------------------------------	----

BIOETHICAL CHALLENGES AND CONTRAVERSIS OF THE INTERDISCIPLINARY TREATMENT OF GENDER DYSPHORIC PERSONS	50
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Borjanka Batinić, Dragana Duišin, Jasmina Barišić

ESTETSKA HIRURGIJA U TRETMANU TELESNOG DISMORFIČKOG POREMEĆAJA-PARADOKS BIOETIKE	53
-------------------------------------------------------------------------------------------	----

AESTETIC SURGERY IN THE TREATMENT OF BODY DYSMORPHIC DISORDER-PARADOX OF BIOETICS	64
--------------------------------------------------------------------------------------------	----

Maja Pantović, Bojana Dunjić-Kostić, Maja Lačković, Aleksandar Damjanović, Maja Ivković

STADIJUMI RAZVOJA BIPOLARNOG POREMEĆAJA: KLINIČKI KORELATI, BIOLOŠKE OSNOVE I INTERVENCIJE	67
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	----

STAGING BIPOLAR DISORDER: CLINICAL FRAMEWORK, BIOMARKERS AND INTERVENTIONS	79
-------------------------------------------------------------------------------------	----

SAOPŠTENJE / SHORT COMMUNICATION

Marina Mihaljević, Nadja P. Marić

NOVI UVID U GENETIKU SHIZOFRENije 83

**KNJIGA APSTRAKATA XLII SIMPOZIJUMA KLINIKE ZA PSIHIJATRIJU
“BIOETIKA I PSIHIJATRIJA” 87**

UPUTSTVO AUTORIMA 109

MALTRETIRANJE NA RADU I KARIJERNO SAVETOVANJE

Boris Kordić¹

Lepa Babić²

¹ Fakultet bezbednosti,
Univerzitet u Beogradu

² Poslovni fakultet,
Univerzitet Singidunum

Ovaj naučni rad je proistekao iz saradnje dva projekta: "Bezbednost i zaštita organizovanja i funkcionisanja vaspitno-obrazovnog sistema u Republici Srbiji (osnovna načela, principi, protokoli, procedure i sredstva)", Ministarstvo nauke Republike Srbije, br. 47017, za period 2011.-2014. godine, i "Unapređenje konkurentnosti Srbije u procesu pristupanja Evropskoj uniji", Ministarstvo nauke Republike Srbije, br. 47028, za period 2011.-2014. godine.

UVOD

Neprijateljsko ponašanje je prisutno u svakodnevnom životu ljudi pa i u organizacionom ponašanju [1]. Neprijateljsko ponašanje je veoma raznovrsno i može se rangirati na kontinuumu od vrlo blagog do krajnje ekstremnog neprijateljskog ponašanja. Najblažu formu predstavlja po-

Kratak sadržaj

Dosadašnja istraživanja maltretiranja na radu ukazuju na povezanost maltretiranja na radu sa smanjenim zadovoljstvom poslom, padom produktivnosti u radu i načerom da se posao napusti. Ukoliko do promene posla dolazi zbog maltretiranja na radu to ostavlja posledice na karijerno odlučivanje i karijerni razvoj pojedinca. Žrtve maltretiranja na radu sve manje se posvećuju podizanju svojih kompetencija a sve više izbegavanju kolega na poslu. U našem istraživanju polazimo od prikaza slučajeva maltretiranja na radu, a zatim predstavljamo instrument za brzu i efikasnu detekciju pojave maltretiranja na radu. Na kraju ukazujemo na značaj karijernog savetovanja kao vrste pomoći u nalaženju mehanizma prevladavanja maltretiranja na radu kao krizne situacije na radu. Kratak upitnik od 10 tvrdnji je proveren na prigodnom uzorku, pokazao je visoku pouzdanost (Cronbach's Alpha=.853) i statistički značajnu korelaciju sa Zadovoljstvom poslom kao kriterijumskom varijablom ($r = -.478$, $p < .001$). Kao preventivna mera predlaže se uvodenje merenja Maltretiranja na radu u okviru sistematskih pregleda zaposlenih, dodatna obuka radi informisanja zaposlenih o dosadašnjim saznanjima povezanim sa maltretiranjem na radu, kao i osnaživanje zaposlenih da koriste karijerno savetovanje u savladavanju problema nastalih maltretiranjem na radu.

Ključne reči: karijerno savetovanje, neprofesionalno ponašanje, neprijateljsko ponašanje, zadovoljstvo poslom

našanje koje se obično naziva nepristojno ponašanje (engl. incivility) [2], a u ekstremne oblike spada zastrašivanje (engl. bullying) i maltretiranje (engl. mobbing) [3]. Najblažim oblicima neprijateljskog ponašanja se obično ne pripisuje intencija da povrede drugoga, dok se težim oblicima pripisuje namera da emotivno povrede ciljanu osobu. Čak i blage forme neprija-

teljskog ponašanja na poslu mogu pojačavati eskalaciju konflikta do osvetničkog ponašanja sa krajnje ekstremnim rezultatom kao što je ubistvo.

U literaturi se susrećemo sa različitim nazivima i različitim operacionalnim definicijama neprijateljskog ponašanja na radu. Koriste se nazivi međuljudska agresija (engl. interpersonal aggression) [4], destruktivni međuljudski sukob (engl. destructive interpersonal conflict) [5], zloupotreba (engl. harassment) [6], emotivno zlostavljanje (engl. emotional abuse) [7], maltretiranje na radu [8], nepristojno ponašanje [9], kontraproduktivno radno ponašanje (engl. counterproductive work behavior) [10]. Prema nekim autorima u upotrebi je 35 različitih termina koji se odnose na ponašanja kada su zaposleni ugroženi zloupotrebam na radnom mestu, a sve definicije imaju zajedničko da takvo ponašanje ima za posledicu povredu pričinjenu ciljanoj osobi [11]. Različite istraživačke definicije otežavaju poređenje rezultata različitih istraživanja, kao i određivanje zastupljenosti neprijateljskog ponašanja na poslu. Stoga jača tendencija da se napravi kategorizacija u kojoj bi jedan pojam (kao npr. Zlostavljanje na radu, ili Kontraproduktivno radno ponašanje) obuhvatao sve oblike ponašanja koji su štetni za zaposlene, a podgrupu bi činili uži pojmovi, kao npr. psihološka zloupotreba na radu (engl. workplace psychological harassment), rasna zloupotreba/diskriminacija (engl. racial harassment/discrimination), seksualna zloupotreba (engl. sexual harassment), fizičko nasilje (engl. physical violence) i drugi. Takođe se predlažu termini počinilac i ciljana osoba radije nego zlostavljač i žrtva jer je moguće da osobe zamene mesta u zlostavljanju.

Istraživanja pokazuju da su zaposleni koji su izloženi neprijateljskom ponašanju,

bilo direktno, kao ciljane osobe, ili posredno, kao svedoci, skloni pojačanom povlačenju u ponašanju kao i promeni posla [12]. U početku oni pokušavaju da se suprotstave maltretiranju i da ga prekinu, a ako im to ne pode za rukom dolazi do pada produktivnosti ili promene posla ukoliko se ukaže prilika. Ciljane osobe često razgovaraju sa ljudima, kako van tako i unutar organizacije, u pokušaju da iznađu mehanizme koji pomažu u prevazilaženju problema [13]. Unutar organizacije to može da vodi promeni organizacione klime, a spolja može da naruši imidž organizacije.

Osobe koje su iskusile maltretiranje na radu imaju sklonost ka lošim zdravstvenim i karijernim ishodima [14]. Čak i osobe koje su svedoci maltretiranja imaju negativne posledice po zdravlje i posao [15], kao što su simptomi anksioznosti i depresije i smanjeno zadovoljstvo poslom. Krajnji ishod na organizacionom nivou je smanjenje produktivnosti i gubitak radne snage [14]. Podržavajuća radna sredina štiti od negativnih efekta maltretiranja [16].

Pojava maltretiranja na radu je značajan sredinski faktor koji utiče na karijeru uzimajući u obzir i individualne karakteristike pojedinca. Osnovne psihološke potrebe, kao što su potreba za pripadanjem i samopoštovanjem, bivaju narušene zahvaljujući iskustvu maltretiranja [17]. Iskustvo maltretiranja se može pretvoriti u traumatsko iskustvo koje ciljana osoba nije u stanju da savlada postojećim mehanizmima prevladavanja, a osobe koje su iskusile neprijateljsko ponašanje u organizaciji često se ponašaju neprijateljski prema drugima [18]. Obuka o komuniciranju unutar organizacije smanjuje slučajevе maltretiranja [19] što ukazuje na značaj ispravnog međusobnog razumevanja i asertivnog ponašanja u sprečavanju i savladavanju maltretiranja na radu. U individual-

nom karijernom savetovanju treba pomoći ciljanoj osobi da razume svoja iskustva kako bi našla mehanizme prevladavanja situacije maltretiranja.

U našem istraživanju odlučili smo se da ispitamo blaže i srednje teške oblike psihološkog maltretiranja na radu jer su manje uočljivi i mogu proći nezapaženo. Jedan od ciljeva istraživanja je bio da napravimo kratak upitnik za detekciju psihološkog maltretiranja na radu koji se može koristiti u preventivne svrhe. Drugi cilj je bio da utvrdimo prisutnost pojave na prigodnom uzorku. Treći cilj je bio da utvrdimo povezanost između psihološkog maltretiranja na radu i zadovoljstva poslom. Pored ovih ciljeva koristili smo se studijama slučaja iz prakse karijernog savetovanja kako bi dočarali primere maltretiranja na radu i predložili preventivne mere u sprečavanju i prevazilaženju kriznih situacija nastalih maltretiranjem na radu.

STUDIJE SLUČAJA IZ KARIJERNOG SAVETOVANJA

Primer 1. U strogo hijerarhijskom sistemu jedne softverske kompanije top menadžment je stvorio atmosferu u kojoj je bilo normalno da zaposleni ostaju na radnom mestu i nakon završetka radnog vremena. I pored toga se dešavalo da u pojedinih periodima produženje radnog vremena postane ponašanje koje se podrazumeva jer je top menadžment postavio zadatake pred zaposlene koje je nemoguće završiti u traženim rokovima. Takva situacija je znala trajati danima, pa čak i mesecima. Ishod takve organizacione klime je bila velika fluktuacija radne snage jer su zaposleni često davali otkaze. Specifičnost karijernog savetovanja zaposlenih koji radi u takvim organizacijama se ogledala u jačanju asertivnog stava i samopoštovanja

koje ih čuva od popuštanja grupnom zahtevu za prekovremenim radom kako bi se očuvala ravnoteža između poslovnog i privatnog života. Ostanak u organizaciji našeg klijenta je bio privremeno rešenje zbog jačanja kompetencija i boljeg pozicioniranja na tržištu rada u potrazi za narednim poslom, što se na kraju i ostvarilo.

Primer 2. Osoba starosti oko 30 godina je već imala raznovrsno radno iskustvo u više organizacija. U trenutku savetovanja radila je za jaku kompaniju i imala zadovoljavajuća primanja. Bitne radne vrednosti date osobe su bile vezane za kvalitet i efikasnost u obavljanju radnih zadataka. Iz ličnog ugla, datoj osobi je bilo značajno da nadređeni zapaze zalaganje na radu i adekvatno vrednuju rezultate rada kroz materijalna primanja, napredovanje na poslu i pohvale. Osoba je dobro funkcionišala sa nadređenim koji je imao sluha za njene potrebe. Bila je efikasna, vredno je radila i uživala u svom poslu. Međutim, novi šef nije primećivao kvalitet, zalaganje i efikasnost date osobe što je uslovilo niz negativnih posledica. Prvo su se primetili znaci povećane anksioznosti, nezadovoljstva, pa čak i besa. Sa premeštajem na lošije radno mesto poraslo je osećanje zanemarenosti. Specifičnost karijernog savetovanja u ovakvim situacijama je da se zaposleni osnaži za promene i da ih planira u skladu sa mogućnostima koje se pružaju u njegovom okruženju. U početku je osoba pokušavala da skrene pažnju na sebe i svoj rad, zatim je smanjila svoje radne obaveze jer nije bilo moguće potvrđivati se kroz rad, a na kraju se okrenula traženju novog posla i promenila posao.

Primer 3. Osoba je postepeno napredovala u jakoj domaćoj kompaniji. Kad je dospela do radnog mesta koje je predstavljalo vrhunac karijere u datom trenutku nastavila je da napreduje jačajući svoje

kompetencije u okviru datog radnog mesta. I pored savesnog obavljanja posla u kancelariji u kojoj radi više zaposlenih jednog dana se desilo da je klijentov zahtev zanemaren i odložen za naredni dan. Nadređeni je reagovao povišenim tonom i kritikom i preuzeo klijenta na sebe. Osoba je bila pogodena javnim napadom i preplavljenja osećanjem sramote. Karijerno savetovanje je pokazalo da su se kompetencije razvijale u okviru poslovnih zadataka ali ne i na području socijalnih odnosa. Razumevanjem socijalne situacije na poslu, potreba klijenta i zahteva nadređenih, osoba je povratila kontrolu u radnom okruženju uviđajući vlastite greške u radnom procesu i ispravljajući svoje ponašanje prema klijentima.

METOD

Istraživanje je sprovedeno metodom upitnika na prigodnom uzorku sa ciljem da se napravi instrument za brzu detekciju maltretiranja na radu. Polazeći od indikatora koji se pominju u literaturi sastavljen je spisak tvrdnji koje govore o blažim i srednje teškim oblicima psihološkog maltretiranja na radu a odgovori su dati u obliku petostepene Likertove skale. Upitnik se sastojao od deset tvrdnji (v. Tabelu 1) koje govore o maltretiranju na radu. Od toga pet tvrdnji se odnosi na lično iskustvo, a pet na iskustvo svedoka maltretiranja. Pored toga je zadata po jedna tvrdnja koja meri zadovoljstvo poslom (“Udobno mi je na radnom mestu”), stav prema upravljanju zaposlenima (“Zaposlenima se nebi smeli zadavati poslovi lakši ili teži od onih koji su predviđeni njihovom kvalifikacijom”) i stav prema neadekvatnoj komunikaciji (“Psovanje i ružno izražavanje na poslu bi trebalo zabraniti”), te

par informativnih tvrdnji (da li preduzeće organizuje seminare o mobingu, da li se ispitanici interesuju za temu mobinga, da li rade zajedno sa kolegama na radnom mestu i koga opažaju kao aktere neprijatnih međuljudskih situacija na poslu – radnike sa radnicima ili radnike sa nadređenima). Kod informativnih tvrdnji odlučili smo se za termin ‘mobing’ zato što je u čestoj upotrebi u javnosti ali smo kod prve upotrebe u zgradili stavili na šta se termin odnosi (psihološko maltretiranje na radu) kako bi osigurali podjednako značenje termina među ispitanicima.

Korišćena je multivariatna i dekskriptivna statistika u obradi rezultata.

Upitnik je proveren na nasumice izabranom uzorku zaposlenih tako što je grupa studenata zadala upitnik zaposlenima u svom okruženju kako bi se očuvala anonimnost i motivisali ispitanici na iskreno odgovaranje.

Karakteristike uzorka su sledeće: 95 žena i 104 muškarca; 34 ispitanika uzrasta od 21 do 29 godina, 56 ispitanika uzrasta od 30 do 39 godina, 71 ispitanik uzrasta od 40 do 49 godina i 38 ispitanika uzrasta preko 50 godina; u braku 82 ispitanika, ostalo 117; 1 ispitanik sa OŠ, 11 ispitanika sa srednjom stručnom školom, 73 sa SŠ, 32 sa višom školom i 82 sa VSS; 115 radnika i 84 rukovodioца; 78 ispitanika radi u proizvodnji, 9 u ugostiteljstvu, 11 u kulturno-obrazovnim ustanovama, 25 u trgovini, 47 u uslužnim delatnostima, a 29 na administrativnim poslovima.

REZULTATI

Seminari na temu mobinga (psihičkog maltretiranja na radnom mestu) su retkost u preduzećima. Samo 11% ispi-

tanika kaže da se takvi seminari održavaju u njihovim organizacijama. Takođe je slaba zainteresovanost zaposlenih za temu mobinga. Tek 17% se interesuje za tu temu i posećuje sajtove na kojima se informiše o mobingu. Većina ispitanika je upućena na kontakt i saradnju sa ostalim zaposlenicima u toku radnog vremena. Zajednički rad sa kolegama ima 88% ispitanika. Neprijatne situacije koje izazivaju radnici između sebe opaža 45,7% ispitanika, a između radnika i nadređenih 42%.

Faktorska analiza glavne komponente je potvrdila da deset tvrdnji (v. Tabelu 1) izabranih za merenje maltretiranja na radu zasićuju jedan faktor (33,854% varijanse), a pouzdanost

upitnika je visoka (Cronbach's Alph=,853).

Radi provere valjanosti upitnika korelirali smo dobijeni faktor sa tvrdnjom „Udobno mi je na radnom mestu“ koju smo zadali kako bi merili zadovoljstvo poslom. Zadovoljstvo poslom je mera koja se često koristi u istraživanjima u organizacionoj psihologiji i najčešće je zastupljena jednom tvrdnjom. Dobili smo statistički značajnu negativnu korelaciju između maltretiranja na radu i zadovoljstva poslom ($r = -.478$, $p < .001$).

Zainteresovanost za tematiku mobinga je slabo povezana sa merom izraženosti mobinga i sa stavom prema upravljanju zaposlenima (v. Tabelu 2). Srednja povezanost sa mobingom postoji kada su akteri "scena" radnici i

Tabela 1. Matrica strukture tvrdnji o maltretiranju na radu.
Table 1. Pattern matrix for items about mobbing.

Komuniciranje se odvija mahom povišenim tonom/ Communication is mainly carried out in a raised voice	0,769
Prekidaju me u pola rečenice/ I get interrupted in the middle of my sentence	0,752
Dešava se da zaposleni ostanu neprimećeni i pored toga što skreću pažnju na sebe/ It happens that employees remain unnoticed even though they draw attention to themselves	0,694
Često se događa da mi ne objasne na vreme, direktno i precizno šta treba da radim/ It often happens that I do not get timely, direct and precise instruction on what to do	0,686
U firmi se svakodnevno upućuju kritike na rad/ Work is being criticized on daily basis	0,678
Dobijam zadatke koji mi narušavaju zdravlje/ I am given assignments that threaten my health	0,673
Uvredljiva dobacivanja su redovna pojava/ Offensive heckling is a regular occurrence	0,617
Pretrpavaju me radnim obavezama/ I am swamped with work obligations	0,613
Ogovaranje je omiljena zabava na pauzi/ Gossiping is the favorite pastime during breaks	0,576
Mojim zahtevima se, pri izradi rasporeda, ne izlazi u susret (promena smene, slobodni dani, godišnji odmor i dr.) / My requirements are not met while making schedules (changing shifts, days off, holidays, etc.)	0,534

nadređeni, a slaba kada neprijatne situacije izazivaju radnici između sebe.

Srednja vrednost rezultata koji mere Maltretiranja na radu na prigodnom uzorku zaposlenih je 2,49, a Zadovoljstva poslom 3,89 (v. Tabelu 3). Srednja vrednost dobijenih rezultata za stav prema upravljanju zaposlenima je 3,71, a za stav prema neadekvanoj komunikaciji je 4,34.

Na našem uzorku nismo našli statistički značajne razlike prema poziciji u predu-

zeću (radnici ili nadređeni) u odnosu na Maltretiranja na radu, a ni u pogledu ostalih varijabli (pol, starost, obrazovanje, vrsta delatnosti).

DISKUSIJA

Upotreba upitnika predstavlja jednostavan i brz način za utvrđivanje postojanja određenih pojava. U ovom radu smo prikazali kratak upitnik koji meri maltretiranje na radu koje uključuje neprijateljska

Tabela 2. Intekorelacijske između navedenih tvrdnji i maltretiranja na radu.
Table 2. Intercorrelations between some items and mobbing.

Interesuje me problematika mobinga i u slobodno vreme posećujem sajtove posvećene ovoj temi/ I am interested in mobbing issues and I visit sites dedicated to this topic in my spare time	.015	.092	.190(**)	.180(*)	
Neprijatne situacije pretežno izazivaju radnici između sebe/ Unpleasant situations are mainly caused by workers in-between themselves		.333(**)	.046	.262(**)	
U većini "scena" glavni akteri su radnici i nadređeni/ In most "scenes" main protagonists are employees and their superiors			.229(**)	.456(**)	
Zaposlenima se ne bi smeli zadavati poslovi lakši ili teži od onih koji su predviđeni njihovom kvalifikacijom/ Employees should not be assigned tasks that are easier or harder than anticipated by their qualifications					.073

** – povezanost značajna na nivou .01 / correlation is significant at the 0.01 level

* – povezanost značajna na nivou .05 / correlation is significant at the 0.05 level

ponašanja slabijeg i srednjeg intenziteta uglavnom na verbalnom i emotivnom planu. Alternativni naziv merene pojave bi mogao biti Psihološka zloupotreba na radu, a operacionalna definicija bi obuhvatila oblike zloupotreba na radu za koje je karakteristično ponavljanje i uporno loše ponašanje (bez fizičkog kontakta) prema osobi na poslu koje ima za posledicu povредu ciljane osobe. S obzirom da upitnik čine tvrdnje koje se odnose na lično iskustvo i tvrdnje koje se odnose na iskustvo svedoka, a faktorska analiza nije grupisala ove tvrdnje kao zasebne faktore, može se zaključiti da pojava maltretiranja na radu ima gotovo podjednak uticaj na aktere i svedoke. Boravak u radnoj sredini u kojoj postoji maltretiranje na radu je podjednako negativno iskustvo za sve sudionike. Motivacija počinjoca je najčešće nepoznata pa čak i nebitna iz ugla karijernog savetovanja, kao što je nebitno kolika je učestalost i snaga lošeg ponašanja. Ono što igra ulogu je doživljaj zaposlenog da je zloupotrebljen i njegovi mehanizmi prevladavanja nastale situacije koji mogu da utiču na karijeru. Odnos nadređen – podređen je faktor koji pojačava mogućnost pojave maltretiranja (v. tabelu 2).

Naši rezultati ukazuju da raširenost maltretiranja na radu nije zanemarljiva i da značajno utiče na smanjenje zadovoljstva poslom. Prosečna ocena zadovoljstva poslom je nezadovoljavajuća s obzirom da rad čini značajan deo života odraslog čoveka. Stoga ne čudi da zaposleni žele ko-

munikaciju na poslu bez psovki i ružnog izražavanja, kao što žele da se njihove kompetencije poštuju tako što im se daju adekvatni radni zadaci (v. tabelu 3). Zaposleni koji su izloženi maltretiranju na radu su osjetljivi na napristojne oblike komunikacije i neadekvatno upravljanje njihovim radom.

Ljudi očekuju da se prema njima ophodimo sa uvažavanjem. Međutim, uvažavanje je povezano sa procenom ponašanja i efekata ponašanja druge osobe. Radna sredina postavlja pred pojedince zahteve u pogledu kvaliteta i efikasnosti koji se moraju ispoštovati kako bi se dobili željeni ishodi na nivou proizvodnje ili usluga. Nezadovoljstvo postignutim kvalitetom i efikasnošću u proizvodnom procesu može usloviti pojavu maltretiranja kao oblik ponašanja kojim se zaposleni oslobođaju nakupljene tenzije i nezadovoljstva (v. Primer 1). Svaki čovek ima određen vrednosni sistem. Ukoliko vrednosti pojedinca nisu uskladene sa vrednostima organizacije dolazi do nezadovoljstva poslom (v. Primer 2). Nekad se dešava da su zaposleni sami odgovorni za situaciju u kojoj postanu ciljane osobe maltretiranja (v. Primer 3).

Izabrani primeri iz prakse su predstavnici svakodnevnih i učestalih pojava na poslu i služe da skrenu pažnju na činjenicu da je maltretiranje na radu pojava sa kojom se stalno susrećemo i koja zahteva pažnju stručnjaka kao što su karijerni savetnici, menadžeri ljudskih resursa i zdravstveni radnici medicine rada, a zatim i svih

Tabela 3. Aritmetičke sredine za navedene faktore ili tvrdnje.
Table 3. Mean values for some factors or items.

	AS/M
maltrtiranje na radu/mobbing	2,49
zadovoljstvo poslom/job satisfaction	3,89
stav prema upravljanju zaposlenima/attitude towards employees management	3,71
stav prema neadekvanoj komunikaciji/attitude towards inadequate communication	4,33

ostalih sudionika. Zaposleni često nisu svesni da su žrtve maltretiranja ukoliko se ono odvija suptilno, neprimetno i sprovodi se kao očekivani način ophodenja na radnom mestu. Stoga je važno ispitati da li postoji maltretiranje na radu kod osoba koje pokazuju nezadovoljstvo poslom. Pravovremenim uočavanjem pojave maltretiranja može se osobi pomoći da izade iz date situacije bez većih psihosocijalnih poremećaja. Što maltretiranje duže traje raste verovatnoća da će psihosocijalne posledice biti snažnije. Jedna od najgorih posledica je gubitak zanimanja za posao koji volimo.

Situacija na tržištu rada u Srbiji je specifična zbog porasta nezaposlenosti, teškoća u promeni organizacione kulture, slabo organizovane edukacije i usled nerazvijenih mehanizama zaštite od neprijateljske komunikacije i maltretiranja na radu. Ovakva situacija otežava promenu posla i stavlja radnu snagu u nepovoljnu poziciju jer su smanjene njene mogućnosti uticaja na promene u karijeri i radnom okruženju. Da bi se pomoglo zaposlenima potrebno je, pored ostalih mera, ponuditi karijerno savetovanje kao način da se pronađu mehanizmi savladavanja krizne situacije na radu. U ranoj detekciji kriznog stanja nastalog maltretiranjem na radu pogodno je koristiti odgovarajuće instrumente kao što je upitnik. Upitnike mogu upotrebljavati zdravstveni radnici medicine rada, kao nezavisna strana u sukobu, u okviru sistematskih pregleda i tako vršiti trijažu za karijerno savetovanje. Važno je da postupak utvrđivanja maltretiranja na radu ne doveđe zaposlene u nezgodnu poziciju. Stoga treba individualne rezultate držati u tajnosti a ako je pojava maltretiranja raširena može se signalizirati službi upravljanja ljudskim resursima da preduzme odgovarajuće mere.

Širokom primenom upitnika za detekciju maltretiranja na radu prikupili bi se podaci na daleko većem uzorku što bi predstavljalo jači osnov za donošenje zaključaka o raširenosti pojave u našoj sredini. Upotrebom upitnika na sistematskim pregledima bi se omogućilo i longitudinalno istraživanje što bi doprinelo praćenju efekata određenih mera, kao što je karijerno savetovanje ili planirani potezi menadžmenta ljudskih resursa, na zadovoljstvo poslom i maltretiranje na radu.

ZAKLJUČAK

Maltretiranje na radu je pojava koja je sve češće u žiži stručne i šire javnosti. Upoznavanje sa datom pojavom, karakteristikama učesnika, faktorima koji je podržavaju i drugim pravilnostima otvara vrata saznanjima koja treba inkorporirati u karijerno savetovanje, upravljanje ljudskim resursima, sistematske lekarske preglede i dodatno obrazovanje zaposlenih. Maltretiranje na radu utiče na smanjenje zadovoljstva poslom, kao i na pojavu niza negativnih psihičkih stanja. Zaposleni koji su iskusili maltretiranje postaju skloniji agresivnom ponašanju i maladaptivnim oblicima ponašanja. Na taj način se stvara loša organizaciona klima i opada poslovanje organizacije. Upotrebom upitnika za brzu detekciju maltretiranja na radu može se na vreme signalizirati pojedincima ili organizaciji da preduzmu mere za njegovo ublažavanje i saniranje. Karijerno savetovanje je jedan od oblika jačanja mehanizma savladavanja krize nastale maltretiranjem na radu koji pomaže pojedincima, a da bi se pomoglo radnom kolektivu potrebno je planirati mere na nivou upravljanja ljudskim resursima..

MOBBING AND CAREER COUNSELLING

Boris Kordić¹

Lepa Babić²

Summary

Previous researches in the mobbing area have pointed out a connection between mobbing and decreased job satisfaction, a drop in work productivity and the intention of resigning. If a job change is caused by mobbing it leaves consequences on making career decisions and career development of the individual. Victims of mobbing are less devoted to raising their competence and more towards avoidance of colleagues. In our research we start with case studies of mobbing, and then present an instrument for quick and efficient detection of mobbing. At the end we point out the significance of career counselling as a form of help in finding a mechanism to overcome mobbing as a work crisis. A short questionnaire with 10 items was tested on an convenient sample, it has proven to be highly reliable (Cronbach's Alpha=.853) and it has a statistically significant negative correlation with Job satisfaction as a criterion variable ($r= -.478$, $p<.001$). We propose including mobbing measuring as a part of physical examination of employees, additional training should be provided to inform the employees about previous findings connected to mobbing, and, also, enforce the employees to use career counselling for overcoming problems that have arisen during mobbing.

Key words: career counselling, professional misconduct, hostility, job satisfaction

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

Literatura:

1. Lim S, Cortina LM. Interpersonal mistreatment in the workplace: the interface and impact of general incivility and sexual harassment. *J Appl Psychol* 2005; 90(3):483-96.
2. Andersson LM, Pearson CM. Tit for tat? The spiraling effect of incivility in the workplace". *Academy of Management Review* 1999; 24(3):452-71.
3. Rodriguez-Carballera A, Solanelles JE, Viancuva BV, Garcia CP, Martin-Pena J. Categorization and hierarchy of workplace bullying strategies: a Delphi survey. *The Spanish Journal of Psychology* 2010; 13(1):297-308.
4. Nielsen MB, Einarsen S. Sampling in research on interpersonal aggression. *Aggressive Behavior* 2008; 34:265-72.

5. Hoel H, Giga SI, Faragher B. Destructive interpersonal conflict in the workplace: The effectiveness of management interventions. 2006. Preuzeto 12. maja 2013. sa <http://www.bohrf.org.uk/downloads/bullyrpt.pdf>
6. Einarsen S, Raknes BI, Matthiesen SB. Bullying and harassment at work and their relationships to work environment quality: An exploratory study. European Work & Organizational Psychologist 1994; 4:381-401.
7. Keashly L, Harvey S. Emotional abuse in the workplace. In: Fox S, Spector PE, editors. Counterproductive work behavior: Investigations of actors and targets. Washington DC: American Psychological Association; 2005. p.201-36.
8. Yildirim A, Yildirim D. Mobbing in the workplace by peers and managers: Mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. Journal of Clinical Nursing 2007; 16:1444-53.
9. Cortina LM, Magley VJ, Williams JH, Langhout RD. Incivility in the workplace: Incidence and impact. Journal of Occupational Health Psychology 2001; 6:64-80.
10. Spector PE, Fox S. An emotion-centered model of voluntary work behavior: Some parallels between counterproductive work behavior and organizational citizenship behavior. Human Resource Management Review 2002; 12:269-92.
11. Crawshaw L. Workplace bullying? Mobbing? Harassment? Distraction by a thousand definitions. Counseling Psychology Journal: Practice and Research 2009; 61:63-267.
12. Lutgen-Sandvik P. Take this job and ...: quitting and other forms of resistance to workplace bullying. Communication Monographs 2006; 73(4):406-33.
13. Hoel H, Cooper CL, Faragher B. Bullying is detrimental to health, but all bullying behaviours are not necessarily equally damaging. British Journal of Guidance and Counselling 2004; 32(3):367-87.
14. Bowling NA, Beehr TA. Workplace harassment from the victim's perspective: A theoretical model and meta-analysis. J Appl Psychol 2006; 91:988-1012.
15. Hauge LJ, Skogstad A, Einarsen S. Relationships between stressful work environments and bullying: Results of a large representative study. Work & Stress 2007; 21:220-42.
16. Quine L. Workplace bullying in NHS community trust: Staff questionnaire survey. British Medical Journal 1999; 318:228-32.
17. Aquino K, Thau S. Workplace victimization: Aggression from the target's perspective. Annu Rev Psychol 2009; 60:717-41.
18. Lee R, Brotheridge CM. When prey turns predatory: workplace bullying as a predictor of counteraggression: "bullying, coping, and well-being". European Journal of Work and Organizational Psychology 2006; 15(3):352-77.
19. Dingfelder SF. Banishing bullying. APA Monitor 2006; 37:76.

Boris Kordić
063/8898227
065/3127555
kordic@fb.bg.ac.rs

EREKTILNA DISFUNKCIJA, ZAVISNOST OD DROGE I OSOBINE LIČNOSTI

Danka M. Radulović¹

Ivana D. Radovanović²

Dragana J. Darušić³

Milutin Nenadović⁴

Tijana Cvetić⁵

Kratak sadržaj

Uvod Zavisnost od droge je relativno čest razlog erektilne disfunkcije. Smatra se da je ovaj supstancama indukovani poremećaj posledica direktnih fizioloških efekata tok-sičnih supstanci.

Cilj Predmet ovog rada je analiza uticaja varijabli zavisnosti i osobina ličnosti na razlike između grupa zavisnika sa i bez dijagnostikovane erektilne disfunkcije. Cilj rada je utvrđivanje mogućnosti prognoziranja ovih razlika varijablama zavisnosti i analiza uloge osobina ličnosti u tom procesu.

Metod Uzorak zavisnika čini 252 subjekta muškog pola, starih između 19 i 25 godina (prosek 23,3), sa stažom zavisnosti od 1 do 5 godina. Svi subjekti su osuđeni za razbojništva u periodu 2007-2010. godine. Zavisnost i seksualna disfunkcija utvrđeni su sudskega veštačenjem psihijatara, a osobine ličnosti veštačenjem psihologa (na osnovu testa MMPI). Prikupljanje podataka obavljeno je analizom sudskega predmeta 2011. godine. Testiranje razlika između grupa učinjeno je kanoničkom diskriminativnom analizom. Grupa zavisnika sa erektilnom disfunkcijom broji 54 (21,4%) ispitanika, a grupa bez te disfunkcije 198 (78,6%).

Rezultati Analizom razlika dobijena je jedna kanonička funkcija značajna na nivou 0.001. Njena kanonička korelacija je reda veličine .430. Ovu funkciju definišu četiri varijable zavisnosti i dve osobine ličnosti.

Zaključak Kanonička funkcija objašnjava 18,5% varijanse razlika između grupa koje su analizirane. Neposredan uticaj i mogućnost predviđanja razlika imaju: rani početak korišćenja droge, izostanak lečenja zavisnosti, kratki periodi apstinencije, unos heroina i sintetičkih droga i visoka histeričnost. Sve te varijable deluju u pravcu javljanja poremećaja. U suprotnom smjeru deluju korišćenje kokaina i paranoidnost.

Ključne reči: Erektilna disfunkcija, zavisnost, osobine ličnosti.

- 1 Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Univerzitet u Beogradu, Beograd
- 2 Kriminalističko-polička akademija, Beograd
- 3 Privatna GP praksa SO-VIL, Novi Sad
- 4 Medicinski fakultet Univerzitet u Prištini sa priv. sedištem u Kosovskoj Mitrovici
- 5 Klinika za psihijatriju, Klinički Centar Srbije, Beograd

UVOD

Među organskim i neurološkim poremećajima povezanim sa zavisnošću od droge, važno mesto pripada poremećaju seksualne funkcije, definisanom kao erektilna disfunkcija. Takav zaključak se naimeće na osnovu učestalosti ovog poremećaja kod zavisnika iz našeg uzorka (21,4%) u odnosu na učestalost u normalnoj populaciji muškaraca približno iste dobi (1%). Ti podaci, ali i jasni dokazi o povezanosti seksualnih disfunkcija sa zloupotrebatom susupstanci koje nam stavlja na uvid klasifikacioni sistem DSM IV, te neka istraživanja poput radova Becker-a i Stein-a [1], Epps-a i Fisher-a [2] i mnogih drugih, bili su razlozi da nas zaintrigira odnos između ove seksualne disfunkcije i varijabli zavisnosti kojima smo mi raspolagali. Osobine ličnosti su pridodate tom modelu zbog testiranja hipoteze da li one posreduju u tom odnosu, budući da istraživanja ukazuju na značaj nekih psiholoških varijabli poput depresije [3,4].

Definicija erektilne disfunkcije je poznata i data odrednicama DSM-IV. Ipak da bi se bolje razumeo problem o kom se u ovom radu raspravlja, neki aspekti tog određenja moraju se posebno naglasiti. Prvo, erektilni poremećaj kod muškaraca koji podrazumeva neprekidnu ili povremenu nesposobnost da se postigne, zadrži i kompletira seksualna aktivnost adekvatnom erekcijom (DSM-IV) može biti izvorni oblik seksualne disfunkcije (tzv. primarni oblik) i postojati i pre nego što je subjekt počeo da koristi drogu i dospeo u stanje zavisnosti [5]. Štaviše, on može biti i jedan od razloga za to korišćenje, jer neke vrste narkotika podstiču seksualnu želju i podržavaju erekciju. Na primer, kokain [6,7]. Drugo, ta vrsta poremećaja seksualne funkcije može biti i posledica

fizioloških efekata toksičnih supstanci (tzv. sekundarni oblik). Ovaj poremećaj se tada i deklariše kao disfunkcija indukovana zloupotrebatom supstanci. Činjenica da ovaj klasifikacioni sistem razlikuje poseban vid erektilne disfunkcije i da je tom vidu posvetio značajan pažnju, govori o značajnoj povezanosti droge i tog poremećaja.

Naravno oba oblika disfunkcije mogu postojati i paralelno. Važno je imati u vidu da se supstancama indukovana disfunkcija pojavljuje samo u vezi sa intoksimacijama dok primarna može postojati i pre zloupotrebe supstanci ili se dešavati u periodima apstinencije. U nauci su uloženi prilični napor da se razrade posebni kriterijumi za razlikovanje primarnog i sekundarnog oblika ove seksualne disfunkcije. Među njima dominiraju razmatranje toka poremećaja i laboratorijski nalazi.

Ti kriterijumi nisu, ipak, u prvom planu u ovom radu. Ako bismo njima hteli da diferenciramo koji oblik erektilne disfunkcije dominira u uzorku koji analiziramo, onda bismo isto tako morali da utvrđujemo kog je porekla taj poremećaj: psihološkog ili organskog. I dalje, da li je organsko poreklo posledica deficita hormona, ozleda ili oboljenja. Predmet ovog rada nije, međutim, da razgraniči kada je i zašto ova disfunkcija nastala, već da utvrdi postoji li bilo kakav odnos zavisnosti od droge sa ovim poremećajem. U slučaju da taj odnos postoji i da je statistički značajan možemo smatrati da u uzorku dominira seksualna disfunkcija indukovana supstancama. Predmet rada, naravno, nije samo to, već i da opiše taj odnos i, posebno, da utvrdi kakva je pozicija osobina ličnosti u tom odnosu. Da li one u tom odnosu imaju posrednu ulogu ili i same doprinose povezanosti zavisnosti sa ovim poremećajem.

CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj rada je da se otkrije mogućnosti predviđanja seksualne disfunkcije na osnovu varijabli zavisnosti i osobina ličnosti. Ako bi rezultati pokazali da je takvo predviđanje moguće, verovatno bi se nekim praktičnim potezima ili terapeutskim postupcima mogla smanjiti verovatnoća nastajanja onog dela poremećaja koji se duguje drogama.

METOD

UZORAK ZAVISNIKA OD DROGE

Uzorak za analizu odnosa između erektilne disfunkcije, s jedne strane i zavisnosti i osobina ličnosti, s druge, čini 252 ispitanika, muškog pola, uzrasta između 19 i 25 godina, prosečnog uzrasta 23,3 godine, sa zavisničkim stažom od 1 do 5 godina. Svi ispitanici su izvršioci krivičnih dela razbojništva (2007-2010) i osuđeni od strane nadležnog suda (Novi Sad). Podaci o zavisnosti, poremećaju seksualne funkcije i osobinama ličnosti, dobijeni su veštačenjem stručnjaka odgovarajućih struka, u toku sudskog postupka.

Primarna zavisnost kod svih pojedincara u uzorku je od heroina i sintetičkih droga. Kokain je, pored pomenutih opijata, koristilo 93 ili 36,9% ispitanika. Erektilna disfunkcija dijagnostikovana je kod 54 ili 21,4% zavisnika. Grupa zavisnika kod kojih nije dijagnostikovana ova disfunkcija broji 198 subjekata.

UZORAK PROMENLJIVIH

1. *Zavisna promenljiva* je dihotomna, kategorijalna dimenzija „postoji – ne postoji erektilna disfunkcija“, numerisana,

kako se može videti, tako da niži broj znači postojanje poremećaja.

2. *Nezavisne promenljive* su *prvo*, skup od 12 dimenzija koje opisuju zavisnost od droge (tzv. „varijable zavisnosti“), na primer uzrast prvog probanja droge, dužina drogiranja, učestalost konišćenja droge, količina droge koja se dnevno unosi u organizam, dužina apstinentijalnih perioda itd., i *drugo*, skup od osam osobina ličnosti koje pripadaju patološkom konativnom području i tri dimenzije za ocenjivanje validnosti odgovora na testu kojim su te osobine merene.

Zbog racionalizacije prostora na ovom mestu nisu dati nazivi nezavisnih promenljivih iz prvog i drugog skupa. Međutim, njihovi nazivi i priroda svake pojedinačno, biće vidljivi kasnije iz tabele u odeljku „Rezultati“. U prvom skupu variable od 1-5 su numeričke prirode. Sve ostale su kategorijalne, ali binarno kodirane da bi mogle biti podvrgнуте multivarijatnim modelima analize podataka [8,9]. Promenljive u drugom skupu su intervalnog karaktera. Svaka od osobina ličnosti izražena je u vidu ukupnog skora pri čemu je veći skor značio i veći stepen prisustva te osobine.

PRIKUPLJANJE PODATAKA I INSTRUMENTI

Podaci o erektilnoj disfunkciji preuzeti su iz medicinske dokumentacije, ovlašćenih sudskih veštaka - psihijatara. Takođe, iz veštačenja psihijatara preuzeti su i podaci za promenljive koje opisuju zavisnost. Ti podaci iz ovih izveštaja su preneti u poseban dokument, tzv. *List za podatke o zavisnosti*.

Podaci o osobinama ličnosti preuzeti su iz izveštaja sudskih veštaka psihologa.

Oni su takođe preneti u *List za podatke o zavisnosti* da bi bili objedinjeni sa pretvodnim. Pomenuti *List za podatke* nije sadržao niti jedno obeležje na osnovu koga bi se moglo identifikovati o kom pojedincu se radi.

S obzirom da su svi podaci o zavisnosti bili predmet veštačenja i više puta podvrgavani proverama i analizama od strane učesnika u procesu, može se tvrditi da je njihova pouzdanost na zadovoljavajućem nivou. Što se tiče osobina ličnosti one su ispitivane poznatim testom MMPI, koji je standardizovan za primenu na domaćoj populaciji [10] i čija je validnost i pouzdanost dokazana dugogodišnjom primenom u kliničkoj praksi [11].

Prikupljanje podataka o zavisnim i nezavisnim promenljivim urađeno je tokom 2011. godine.

ANALIZA PODATAKA

Prvi koraci u analizi podataka urađeni su metodama deskriptivne statistike. Tim metodama dobijene su frekvencije i relativni odnosi za svaku promenljivu, njima su testirane normalnosti distribucija, razlike u aritmetičkim sredinama i neke druge vrste analiza. Centralni problem ovog rada, testiranje postojanja latentne dimenzije koja uspešno razlikuje zavisnike kod kojih jeste i kod kojih nije dijag-

nostifikovana erektilna disfunkcija, odnosno sposobnost varijabli zavisnosti i osobina ličnosti da predvide te razlike, urađeno je kanoničkom diskriminativnom analizom u standardizovanom prostoru.

REZULTATI

Prema nespornim autoritetima u oblasti multivarijatnih metoda [8,12] kod prikazivanja rezultata kanoničke diskriminativne analize nije neophodno štampati testove jednakosti kovarijansi i normalnosti distribucija, jer kanonički modeli i ne postavljaju stroge zahteve u pogledu tih jednakosti i normalnosti. Zato to ovom prilikom i ne činimo. Ne možemo, međutim, izbeći navođenje osnovnih parametara koji se odnose na kanoničku diskriminativnu funkciju, a pre svega Wilks-ove lambde, jer ona govori da li je ova analiza uopšte dopuštena i jer su i funkcija i njena kanonička korelacija značajne kad je ta lambda značajna [12]. Ovi parametri nalaze se u tabeli broj 1.

Iz skupa promenljivih koje opisuju zavisnost i osobina ličnosti izolovana je jedna kanonička diskriminativna funkcija odgovorna za razlikovanje ispitanika koji imaju i nemaju seksualni poremećaj. To što je samo jedna funkcija izolovana ne znači ništa posebno: broj funkcija uvek je jednak broju grupa minus jedan, te zbog

Tabela br. 1 - Osnovni statistički parametri kanoničke diskriminativne funkcije
Table no. 1 - Basic statistical parameters of the canonical discriminant functions

Broj funkcija	Eigenvalue	Kanonička korelacija	Wilkinsnova Lambda	Hi kvadrat	Stepeni slobode	Nivo značajnosti
Number of funkc.	(λ)	Canonical correlation	Wilk's Lambda	Chi square	Degree of freedom	Degree of significance
1.	.227	.430	.815	48.715	23	.001

toga više od jedne nije ni moglo biti izolovano. Međutim, od tog broja mnogo su važniji podaci da je Wilks-ova lambda značajna na nivou .001 i da je na istom nivou značajna i njena kanonička korelacija, reda veličine .430. Ova korelacija nije naročito visoka, ali stoji činjenica da ona na jasan i pouzdan način potvrđuje da se tom funkcijom, odnosno osobinama ličnosti i promenljivim koje opisuju

zavisnost može objasniti 18,5% varijanse postojećih razlika između grupa u pogledu poremećaja ove seksualne funkcije. Drugim rečima da se tim osobinama ličnosti i ovim promenljivim može predviđeti 18,5% varijanse razlika u tim poremećajima što, mora se priznati, nije rezultat koji se može ignorisati.

Diskriminativnu funkciju odgovornu za ove razlike ne određuju, međutim, u

Tabela br. 2 - Standardizovani kanonički diskriminativni koeficijenti i struktura kanoničke funkcije
Table no. 2 - Standardized canonical discriminant coefficients and the structure of the canonical function

Promenljive zavisnosti Variables of dependancy	β	r	Osobine ličnosti Personality traits	β	r
Uzrast prvog probanja droge Age of first tasting drug	.323	.192	Hipohondrija Hypochondria	.060	-.173
Dužina drogiranja u mesecima Length of drug used in the month	.128	.258	Depresija Depression	.097	-.048
Koliko često uzima drogu How often he takes drugs	.090	.248	Histerija Hysteria	-	-.678
Koliko grama droge uzima dnevno How many grams of drugs is taken daily	-.264	.076	Psihopatska devijacija Psychopathic deviation	.164	.079
Dužina perioda apstinencije The length of abstinence	.239	.239	Paranoja Paranoia	.619	.192
Paralelno korišćenje droga i alkohola Parallel use of drugs and alcohol	.040	.056	Psihostenija Psychasthenia	-	.146
Paralelno korišćenje droge i tableta Parallel use of drugs and pills	.174	.094	Šizofrenija Schizophrenia	.057	.094
Korišćenje kokaina Use of cocaine	.628	.570	Hipomanija Hypomania	-	.052
Intravenozni način unosa droge Intravenous drug intake	-.230	.155	L - skala L - scale	.044	.044
Ranija lečenja od zavisnosti Early treatment of addiction	-.390	-.415	F- skala F - scale	.042	.077
Korišćenje blokatora opijatnih receptora Use of opioid receptor blockers	.077	-.217	K - skala K- scale	.238	.016
Korišćenje metadona Use of methadone	.009	-.146			

β - standardizovani kanonički diskriminativni koeficijent
 β - standardized canonical discriminant coefficients

r – linearna korelacija promenljivih sa funkcijom

r - the linear correlation of the variables with the function

podjednakoj meri i na isti način sve nezavisne promenljive. Neke od njih nemaju nikakvog uticaja na prirodu ove funkcije, neke imaju vrlo malo uticaja, a neke čak substancialni doprinos toj prirodi. U nadrednoj tabeli dati su standardizovani diskriminativni koeficijenti i struktura funkcije na osnovu kojih se najbolje može videti kako se koja promenljiva ili osobina ponaša u odnosu na prirodu te funkcije i kojim to promenljivim i osobinama ličnosti možemo najviše zahvaliti za mogućnost predviđanja onih 18,5% razlika u erektilnoj disfunkciji.

Po prirodi stvari, u metodi koja je primenjena najvažniji su kanonički koeficijenti, jer oni govore o snazi svake promenljive pojedinačno u prognoziranju razlika između grupa i to u situaciji kad je uticaj svih ostalih držan konstantnim, odnosno kontrolisan. Imajući to u vidu može se tvrditi da suštinski doprinos ovim razlikama ostvaruje relativno mali broj promenljivih: četiri u grupi promenljivih koje se odnose na zavisnost (Uzrast prvog probanja droge, Korišćenje kokaina, Ranija lečenja od zavisnosti i Dužina perioda apstinencije) i dve od osam osobina ličnosti (histerija i paranoja). Ostale imaju ili veoma slab uticaj na ta razlikovanja ili nemaju nikakvog uticaja.

O kvalitetu funkcije koja razdvaja grupe zavisnika sa i bez erektilnog poremećaja, važne informacije mogu dati i prosečne vrednosti grupa na toj funkciji, tzv. centroidi grupa i sposobnost funkcije da klasificiše ispitanike u grupe kojima pripadaju na osnovu njihovih prethodnih iskaza. Zbog racionalizacije prostora te podatke nećemo dati u vidu tabela, već samo u tekstu. Kad su u pitanju centroidi grupa, prema dobijenim rezultatima,

grupa ispitanika sa seksualnom disfunkcijom ima prosečnu vrednost skorova na ovoj funkciji .908, a grupa bez poremećaja -.248. Iz tih podataka je uočljivo da između grupe postoji jasna razlika. Odakle ona potiče biće jasnije nakon analize doprinos pojedinih promenljivih ovoj latentnoj dimenziji. Kad je u pitanju sposobnost funkcije da „ispravno” svrsta zavisnike u grupe onih sa i bez seksualne disfunkcije valja reći da je 85% zavisnika ispravno svrstano u grupe kojima stvarno pripadaju.

DISKUSIJA

Očekivanja da će korišćene varijable zavisnosti masovno „proizvesti” erektilnu disfunkciju samo su delimično ispunjena. Za takav zaključak postoji i validan dokaz. Naime, relativno je mali broj varijabli zavisnosti na osnovu kojih možemo razlikovati pojedince sa i bez ove disfunkcije. Drugim rečima, mali je broj promenljivih koje mogu prognozirati da će doći do razlika u ovom poremećaju između grupa. Pažljiva inspekcija diskriminativnih koeficijenata pokazuje da tu mogućnost u značajnijem stepenu, poseduju samo četiri promenljive iz ovog područja: uzrast prvog probanja droge (.323); korišćenje kokaina (.628), lečenje zavisnosti (-.390) i dužina apstinencije u korišćenju droge (.239). Smerovi tih koeficijenata govore da u pravcu poremećaja seksualne funkcije deluju rano probanje droge, izbegavanje, odnosno odsustvo lečenja zavisnosti, korišćenje heroina i sintetičkih droga (a ne kokaina) i odsustvo ili kratki periodi apstinencije.

Prognoziranje erektilne disfunkcije uglavnom je omogućeno sa ove četiri

promenljive iz prvog dela uzorka nezavisnih varijabli. Sve ostale u tom delu imaju nisku prognostičku sposobnost. Potpuno neutralan stav u pogledu razlikovanja zavisnika sa i bez seksualne disfunkcije imaju varijable koje se odnose na paralelno korišćenje droge i alkohola, odnosno tableta, korišćenje blokatora opijatnih receptora i korišćenje metadona. Priličan broj promenljivih koje ne utiču na razlike u ovoj disfunkciji još jedan su podatak u prilog ocene da su očekivanja u pogledu odnosa između zavisnosti i ovog poremećaja samo delimično ispunjena.

Kanonička diskriminativna analiza zainteresira je metoda koja ima mnoge prednosti nad ostalim koje se takođe bave razlikama. Njeni diskriminativni koeficijenti svojim kvalitetom i pouzdanošću informacija nadmašuju sve druge do sada poznate. U ovom slučaju oni jasno kažu da postoji neposredan uticaj probanja droge na ranim uzrastima, izostanak lečenja zavisnosti, korišćenja heroina i sintetičkih droga i izostanka apstinencije, na razlike u seksualnoj disfunkciji jedne i druge grupe zavisnika i da te razlike na osnovu ovih promenljivih možemo predvideti. Uz izvesnu opreznost metodološke prirode [12], možemo tvrditi da te promenljive takođe utiču i na nastajanje samog poremećaja. Prirodno je, naime, očekivati da će verovatnoća seksualne disfunkcije biti veća ukoliko pojedinac počinje korišćenje droge na ranim uzrastima, ako se ne leči od zavisnosti i ako nema ili ima retke i kratke periode apstinencije. To su temeljna obeležja zavisnosti i zato su važna i za predikciju javljanja seksualne disfunkcije, a ne samo razlika u njenom postojanju između dve grupe. U tom proce-

su nastajanja ove disfunkcije, one koja je indukovana supstancama, sve supstance, logično, ne deluju na isti način, pa zato je i uloga kokaina veoma specifična. Rezultat koji je dobijen nedvosmisleno znači da njegovo unošenje u organizam deluje u pravcu smanjenja verovatnoće erektilne disfunkcije. Toj supstanci se pripisuju i drugi uticaji nego što je prosta antirektiilna disfunkcionalnost. DSM-IV pozna je termin „kokainska zavisnost” i za nju vezuje promiskuitetno ponašanje, pa čak i povećanu seksualnu želju i korišćenje seksa radi nabavke kokaina. Ovi rezultati ne dopuštaju takva uopštavanja, ali omogućavaju veoma pouzdan zaključak da kokain ne utiče u pravcu erektilne disfunkcije. U tom smeru očigledno deluju ostale vrste droga, a pre svega opijati i sintetičke droge.

Diskriminativni koeficijenti o kojima smo napred govorili ne mogu nam reći da li je erektilna disfunkcija u potpunosti izazvana drogom ili je potencijal ka tome postojao i ranije, pa ga je korišćenje nekih narkotika samo aktiviralo. Razlike u procentima između zavisnika sa ovim poremećajem i učestalosti poremećaja među njihovim vršnjacima koji nisu zavisnici (21% : 1%) sugerise da se ovde radi o seksualnoj disfunkciji indukovanoj supstancama. Osim toga i neki drugi rezultati su u prilog tom stavu. Recimo, rezultat koji pokazuje da izostanak peroda apstinencije forsira postojanje poremećaja. Koeficijenti nam takođe ne mogu objasniti ni šta se to dešava u nervnom sistemu ili negde u dubinama duše između unosa droge u organizam i manifestovanja poremećaja. Mehanizmi kako se hemija droge pretvara u poremećaj su i dalje pod znakom pitanja. Važeći stav za sa-

da je da je poremećaj rezultat direktnih fizioloških efekata toksičnih supstanci. Prema nekim mišljenjima poremećaj nastaje zbog izvesnih problema sa azot-monoksid neurotransmiterom čija se uloga i broj menja pod uticajem toksičnih supstanci. Nauka se, međutim, ne zadovoljava samo deskripcijom ili mišljenjem i zato treba očekivati da će naći odgovore i na taj problem oko mehanizma.

U drugom setu nezavisnih promenljivih, tj. u odnosu osobina ličnosti prema razlikovanju zavisnika sa i bez erektilne disfunkcije, situacija je prilično slična prethodnoj, jer veliki broj osobina nema nikakvu ulogu kad je u pitanju razlikovanje te dve grupe zavisnika¹. Taj neutralan stav imaju hipohondrija, depresija, psihopatska devijacija, psihastenija, šizofrenija i hipomanija. Međutim, dve preostale osobine iz baterije MMPI, histerija i paranoja, su prilično snažni prediktori postojanja ovih razlika. Njihovi pravci uticaja na prognoziranje tih razlika su potpuno suprotni. U smeru seksualne disfunkcije deluju viši i visoki nivoi histeričnosti (-.678). Taj rezultat je potpuno u skladu sa nalazima Millon-a i saradnika [13], pa i Apt-a i Hurlbert-a [14], iako je to istraživanje rađeno na uzorku žena, jer je (nešto ranije od strane istih autora) ustanovljeno da histerične osobe generalno karakteriše manja seksualna želja i veća incidencija seksualnih disfunkcija. Millon u navedenom radu takođe smatra da nema razlika između muškaraca i žena kad je odnos između histeričnosti i

seksualne nekompetentnosti u pitanju. Nasuprot tome visoki rezultati na skali koja meri paranoidnu tendenciju imaju sasvim drugačiju ulogu – oni govore o nepostojanju seksualne disfunkcije (.619) što je praktično isto tako važno kao i delovanje u suprotnom smeru. Kažemo da visoka paranoidnost nije prediktor erektilne disfunkcije, a ne kažemo da je prediktor potentnosti zato što smatramo da suprotan pol kontinuma čiji je jedan kraj definisan ovim poremećajem, nije potentnost nego jednostavno nepostojanje seksualne disfunkcije. Uostalom i povišena potentnost je seksualna disfunkcija samo različite prirode. Ta povezanost paranoidnosti sa odsustvom seksualne disfunkcije je poznata u literaturi. Poznata je zapravo interakcija koja postoji između unosa kokaina u organizam, paranoidnih reagovanja osobe i odsustva seksualne disfunkcije. O tome izveštavaju i nalazi u DSM-IV, ali i pojedinačna istraživanja, na primer Krancler-a, Stattel-a i Aptera [15]. U ovoj trijadi odnosa čini se da je jedino sporno šta je prva karika tog trojstva: paranoidnost ili unos kokaina. Ima stavova da je ključna karika paranoidnost i da osobe takve strukture zloupotrebljavaju supstance, a u prvom redu kokain, te da zbog toga postoji veza paranoidnosti i odsustva seksualnih disfunkcija. Nasuprot tome postoje tvrdnje da unos kokaina izaziva paranoidne ideacije u smislu proganjanja koje onda mogu prerasti u neku vrstu „odbrambenog napada“ (DSM-IV) koje se može manifestovati i u sferi seksualnosti.

Čini se, ipak, da je ta dilema o prvenstvu droge ili paranoidnosti pomalo isforsirana pošto su obe varijante moguće. Ono što zaslužuje pažnju nauke, jeste ko-

¹ Potpuno odsustvo korelacija sa diskriminativnom funkcijom pokazuju i tri kontrolne skale što nam govori da rezultati dobijeni kod osam osobina ličnosti nisu pod sumnjom.

jim mehanizmima ili procesima ove osobine ličnosti, i histeričnost i paranoidnost, deluju u pravcu favorizovanja ili ne favorizovanja erektilne disfunkcije. Rezultati kojima raspoložemo u ovom radu ne daju odgovor na to pitanje. Domet tih rezultata omogućava samo tvrdnju da zloupotreba droge još više potencira i inače prisutne erektilne disfunkcije kod histeričnih sklopova ličnosti. I dalje, da paranoidne tendencije u ličnosti samostalno ili udružene sa efektima kokainske zavisnosti ometaju nastajanje i ove vrste seksualnog poremećaja.

ZAKLJUČAK

U istraživanju zavisnosti od droge na jednom prilično velikom uzorku zavisnika ($N=252$), koji su osuđeni za krivična dela razbojništva, ustanovljeno je, na osnovu podataka datih od psihijatara sudskih veštaka, da 54 ili 21,42% njih ima poremećaj identifikovan kao erektilna disfunkcija. To je bio povod da se krene u analizu razlika između ove grupe i ostalih koji taj poremećaj nemaju i to u pogledu varijabli zavisnosti i osobina ličnosti.

Ustanovljeno je da varijable zavisnosti i osobine ličnosti iz patološkog konativnog područja, mogu biti važan faktor predikcije razlika u tom poremećaju. Iako se na osnovu tih promenljivih i osobina ličnosti može objasniti nešto manje od petine (18,5%) razlika u toj vrsti poremećaja (kanonička korelacija funkcije

koja objašnjava ove razlike je reda veličine .430), taj podatak zасlužuje punu pažnju. Ovo tim pre, ako se ima u vidu da se ovaj obim varijanse razlika, najviše, ako ne i potpuno, može objasniti sa četiri varijable zavisnosti i dve osobine ličnosti.

Imajući u vidu prirodu tih varijabli, i te dve osobine ličnosti, možemo tvrditi da se erektilna disfunkcija očekuje kod pojedinaca koji drogu počnu da probaju na ranim uzrastima, koji se ne leče od zavisnosti, kod onih koji koriste heroin i sintetičke droge i onih zavisnika koji nemaju ili imaju veoma kratke periode apstinencije. Kad su osobine ličnosti u pitanju, taj poremećaj se najpre može očekivati kod zavisnika koji su skloni konzervativnim načinima reagovanja, potiskivanju, egzibicionizmu (visoka histeričnost) i koji ne reaguju raznim idejama sumnjive duševne ispravnosti u socijalnim kontaktima ili imaju druge manifestacije niske paranoidnosti.

Kanonička diskriminativna analiza koja je primenjena za testiranje razlika kod ove dve grupe zavisnika, pokazala je da sve te razlike možemo pripisati jednoj latentnoj funkciji definisanoj navedenim varijablama i osobinama ličnosti. Ova funkcija nam, međutim, nije pokazala mehanizme kako te varijable i osobine ličnosti „stvaraju“ erektilni poremećaj. Od nje se to nije ni moglo očekivati. Te nalaze valja pribaviti u nekim budućim, drugaćijim modelima istraživanja.

ERECTILE DYSFUNCTION, DRUG ADDICTION AND PERSONALITY TRAITS

Danka M. Radulović¹

Ivana D. Radovanović²

Dragana J Darušić³

Milutin Nenadović⁴

Tijana Cvetić⁵

Summary

Introduction Drug addiction is a relatively frequent cause of erectile dysfunction. It is believed that this substance induced disorder is a consequence of direct physiological effects of toxic substances.

Objective The subject of this paper is to analyze the impact of variables of dependency and variables of personality on the differences between groups of drug users with and without diagnosed erectile dysfunction. The objective is to determine the possibility of predicting these differences using variables of dependency and analysis of the role of personality in that process.

Method A sample of addicts comprises 252 males, aged between 19 and 25 years (average 23.3), with the length of dependency from 1 to 5 years. All subjects were convicted for robbery in the period 2007-2010. year. Dependence and sexual dysfunction were determined using the forensic examination of psychiatrists, and evidence of personality traits using the psychologists expertise (based on the MMPI). Data collection was performed by analyzing of court cases in 2011 year. Testing the difference between groups was done by canonical discriminant analysis. Group of addicts with erectile dysfunction consists of 54 subjects (21.4%), and group of addicts without that dysfunction consists of 198 subjects (78.6%).

Results The results obtained by analyzing the difference found out one canonical function, significant at the level of 0.001. Its canonical correlation is .430. This function is defined by four variables of dependency and two variables of personality traits.

Conclusion Canonical function explains 18.5% of the variance of differences between analyzed groups. The direct impact and the ability to predict differences have: early onset of drug use, lack of addiction treatment, short periods of abstinence, taking of heroin and synthetic drugs and high hysteria. All of these variables affect in the direction of the occurrence of disorder. In the opposite direction operate the using of cocaine and paranoia.

Keywords: erectile dysfunction, addiction, personality traits.

- 1 University of Belgrade, Faculty of Special Education and Rehabilitation, Belgrade, Serbia
- 2 Academy of Criminalist and Police Studies Belgrade, Serbia
- 3 Private GP practice SO-VIL, Novi Sad, Serbia
- 4 Faculty of Medicine, University of Priština, presiding in Kosovska Mitovica, Serbia
- 5 Clinic for Psychiatry Clinical Center of Serbia, Belgrade

Literatura:

1. Becker J, Stein RM. Is sexual erotica associated with sexual deviance in adolescent male, International Journal of Law and Psychiatry 1991; 14: 85-95.
2. Epps K, Fischer D. A review of the research literature on young people who sexually abuse. In: O'Reilly G, Marshall WL, Carr A, Beckett CR. editors. The Handbook of clinical Intervention with Young People who Sexually Abuse. Hove, UK: Psychology Press, 2004. p.62-102.
3. Hallinan R, Byrne A, Agho K, McMahon C, Tynan P, and Attia J. Erectile dysfunction in men receiving methadone and buprenorphine maintenance treatment. J Sex Med 2008;5:684–692.
4. Cioe AP, Anderson J B, Stein, DM. Change in symptoms of erectile dysfunction in depressed men initiating buprenorphine therapy, J Subst Abuse Treat. 2013 Nov-Dec; 45(5): 451–456.
5. La Pera G, Carderi A, Marianantoni Z, Peris F, Lentini M, Taggi F. Men's sexual health: Sexual Dysfunction Prior to First Drug Use Among Former Drug Addicts and Its Possible Causal Meaning on Drug Addiction: Preliminary Results Journal of Sexual Medicine 2008; 5(1): 164–172,
6. Bukelić J. Socijalna psihijatrija, Zavod za izdavanje udžbenika i nastavna sredstva, Beograd; 2000. p.284.
7. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4-th ed.) Washington (DC); 1994. p. 502, 504.
8. Fajgelj S, Psihometrija: Metod i teorija psihološkog merenja, Beograd. Centar za primjenju psihologiju; 2009.
9. Momirović K, Fajgelj S, Faktorska analiza nominalnih varijabli, Sociološki pregled, 1994; 27 (3): 369-384.
10. Biro M. Dijagnostička procena ličnosti. MMPI – 202. Beograd: Društvo psihologa Srbije; 2001.
11. Ben-Porath YS, Graham JR. Scientific bases of forensic applications of the MMPI-2. In: Ben-Porath, Y. S., Graham JR. editors. Forensic Applications of the MMPI, Thousand Oaks, CA, Sage; 1995.p.1-17.
12. Mejovšek M. Metode znanstvenog istraživanja, Zagreb: Naklada Slap, 2008.
13. Millon T, Grossman S, Millon C, Meagher S, Ramnath R. Personality Disorders in Modern Life, New Jersey. J. Wiley and Sons, Inc. Hoboken; 2004.
14. Apt C, Hurlbert D, The sexual attitudes, behavior and relationships of women with histrionic personality disorder, Journal of Sex and Marital Therapy 1994; 20(2): 125-133.
15. Krandler HR, Satel S, Apter A. Personality disorders and associated features in cocaine – dependent inpatients, Comprehensive psychiatry, 1994; 35(5): 335-340.

Danka M. Radulović
Univerzitet u Beogradu
Fakultet za specijalnu edukaciju
i rehabilitaciju
Visokog Stevana 2, Beograd
mob. tel. 063/22-33-20,
e-mail: dankamr@gmail.com

STAVOVI PREMA MENTALNO OBOLELIM U CRNOJ GORI: ADAPTACIJA CAMI SKALE

Ljubomir Žiropadž¹
Andrija Dulović²

Kratak sadržaj

Uvod: Podaci o stavovima prema mentalno obolelim osobama u Crnoj Gori prilično su oskudni. Razloge za to treba tražiti u činjenici da istraživači nemaju na raspolaganju proverene instrumente. Polazeći od skale stavova prema mentalno bolesnim koju su razvili Martin Tejlor i Majkl Dir (CAMI) napravljena je crnogorska verzija ove skale.

Cilj rada: Istraživanje je sprovedeno s namerom da se na uzorku crnogorske populacije ispitaju osnovna svojstva modifikovane CAMI skale, proveri njena višedimenzionalnost i utvrde demografski korelati tih dimenzija.

Metod rada: Dvesta osamdeset i sedam ispitanika starih između 17 i 84 godina, iz više crnogorskih mesta, popunjavalo je upitnik sa CAMI skalom stavova prema mentalno obolelim. Njihovi odgovori su podvrgnuti postupku ekstrakcije glavnih komponenti. Uticaj nekih demografskih varijabli (pola, obrazovanja, uzrasta) i dužeg kontakta sa mentalno obolelim osobama na stav prema mentalno bolesnim procenjivan je postupkom stepenaste regresije..

Rezultati: Analiza glavnih komponenata (nakon Varimax rotacije) vodi zaključu o postojanju pet dimenzija u stavovima prema osobama koje su lecene od mentalnih bolesti: uvažavanje ljudskih prava obolelih i odbacivanje njihove stigmatizacije, distanciranje od mentalno obolelih, pozitivan odnos prema ideji komunalne psihijatrije, isticanje potrebe za blagonaklonim odnosom i tolerancijom i autoritarni odnos. Ovih pet faktora objašnjavalo je 43% ukupne varijanse. Koeficijent unutrašnje konzistentnosti cele skale (Kronbahov alfa) iznosio je 0,87. Pol (ženski) i duži kontakt sa mentalno obolelima bili su prediktori pozitivnijeg stava prema mentalno obolelima, dok je efekat obrazovanja bio slabo izražen.

Zaključak: Ova skala stavova prema mentalno obolelim osobama može se koristiti u daljim istraživanjima na crnogorskoj teritoriji. Buduća istraživanja treba da se usredstvuju na ispitivanje stabilnosti faktorske strukture skale, kao i na uticaj kolektivističkih vrednosti na stavove prema mentalno obolelim.

Ključne riječi: Deinstitucionalizacija, CAMI, predrasude, stigma

1 Filološki fakultet,
Univerzitet u Beogradu
2 Trenkwalder outsourcing,
Podgorica, Montenegro

UVOD

Lečenje mentalno obolelih osoba izvan tradicionalnih psihijatrijskih institucija jedan je od glavnih ciljeva politike u oblasti mentalnog zdravlja. Ostvarenje tog cilja zavisi od sveobuhvatne podrške zajednice, okruženja koje omogućava mentalno obolelima da uživaju sva građanska prava kao i mentalno zdravi i od tolerancije i nediskriminatorskog ponašanja u zajednici [1]. Važnost razvijanja pozitivnijih stavova prema mentalno obolelima ogleda se i u tome što negativni stavovi okoline povećavaju stres i umanjuju kvalitet života mentalno obolelih, što umanjuje efikasnost njihovog deinstitucionalnog tretmana [2]. Borinstajn [3] navodi da je deinstitucionalizacija prešla put od stvarnog i uglavnom skrivenog društvenog problema do problema koji se iznosi široj publici. Specifičan otpor građana SAD deinstitucionalizaciji mentalno obolelih označen je kao „ne u mom dvorištu“. Ovaj autor navodi da su u delu ispitivanja koje je imalo za cilj da ispita poželjnost postojanja određenih institucija u naseljima ustanove za mentalno obolele označene kao najmanje poželjne.

Istraživanja stavova prema mentalno obolelima ukazala su na značaj određenih demografskih karakteristika za valencu stava prema ovim pacijentima. Mada nije reč o jakim prediktorima, ipak se neke demografske varijable u većem broju istraživanja pojavljuju kao statistički značajni korelati negativnog stava prema mentalno obolelima. Negativniji stav ispoljavaju starije osobe [4 – 7], manje obrazovane i iz nižih društvenih slojeva [4, 5, 8 – 10]. Negativni stav je takođe nešto česći kod muškaraca [11 – 13]. Često se u ovim istraživanjima pokazuje da osobe koje imaju manje znanja o mentalnim bolestima i

manje neposrednih kontakata sa mentalno obolelim osobama ispoljavaju negativnije stavove [2]. Međutim, čak i kada je reč o osobama koje profesija vezuje za pomaganje mentalno bolesnim licima zadržava se negativan, stigmatizirajući i diskriminatorski stav prema takvim pacijentima [14]. U tim slučajevima se ne može prepostaviti da je reč o efektu nedovoljnog znanja ili odsustva kontakta.

Za ispitivanje stavova prema mentalno obolelima u kvantitativnim istraživanjima i utvrđivanje korelata tih stavova često se koristi CAMI skala (Community Attitude towards Mentally Ill scale) [15]. Konstruktori ove skale stavova prema mentalno obolelima smatraju da ona procenjuje četiri dimenzije stava prema mentalno obolelima: 1) autoritarno odbacivanje obolelih (shvatanje da su mentalno bolesni manje vredna bića i isticanje potrebe za njihovom hospitalizacijom i strogim nadzorom nad njima, shvatanje da su bolesnici odgovorni za svoje probleme i dr.); 2) blagonaklon odnos (isticanje potrebe da se usmeri više sredstava za pomoć obolelima, rezervisanost prema grupnim merama usmerenim na prizmotru mentalno obolelima i dr.); 3) distanciranje od mentalno obolelih (nespremnost da se uđe u bliže odnose s osobama koje su bile ili jesu mentalno obolele, shvatanje da su oni opasni za društvo i dr.) i 4) prihvatanje ideologije komunalne psihijatrije, koja za osnovni cilj ima da mentalno obolela lica što kraći period provedu u zatvorenoj instituciji i da se kompletna terapija i rehabilitacija sprovodi u njihovom neposrednom životnom okruženju, tj. u zajednici. Ovaj faktor se odnosi na različita uverenja da se većini mentalno obolelim može pružiti pomoć i bez hospitalizacije, kao i na isticanje terapijske uloge svakodnevног društvenog okruženja.

Činjenica da u crnogorskoj sredini nema puno istraživanja o stavovima prema mentalno obolelima bila je podsticaj da se sproveđe ovo istraživanje. Ono je imalo za cilj da se ispitaju svojstva CAMI skale, njena multidimenzionalnost, kao i da se utvrde demografski korelati tih dimenzija i značaj kontakta sa mentalno obolelima za valencu stava prema mentalno bolesnim osobama.

METOD

Uzorak i postupak istraživanja

Uzorak je bio prigodnog tipa i njime je obuhvaćeno 287 ispitanika iz više mesta u Crnoj Gori (Podgorica, Nikšić, Bar, Danilovgrad, Kolašin). Ispitano je 153 žena i 129 muškaraca, za 5 anketiranih nedostajao je podatak o polu. Prosečna starost ispitanika bila je 40,03 godine. Najmladi ispitanik je imao 17 godina, a najstariji 84. Najveći broj ispitanika (58%) imao je završenu srednju školu, dok je 37% imalo višu ili visoku školsku spremu. U celini gledano, uzorak je u pogledu nivoa obrazovanja odstupao od obrazovne strukture crnogorske populacije. Prema podacima Zavoda za statistiku Crne Gore, u popisu stanovništva iz 2011. godine bilo je 28% onih sa osnovnom i nepotpunom osnovnom školom, 52% onih sa završenom srednjom školom, 17% onih sa višom ili visokom školom po novom i starom sistemu obrazovanja, dok je 3% bilo bez škole ili bez odgovora [16]. Očigledno, učesnici u našem istraživanju bili su nešto obrazovaniji i nisu reprezentativni za crnogorsku populaciju, ali to nije smetnja za osnovne ciljeve ovog istraživanja.

Ispitanici su bili anketirani individualno u svojim kućama ili u svojoj radnoj sredini u periodu mart-april 2011. godi-

ne. Anketiranje su obavili studenti odseka za psihologiju Filozofskog fakulteta u Nikšiću.

Instrumenti istraživanja

Korišćen je upitnik koji se sastojao od dva dela. Prvi deo je činila CAMI skala stavova prema mentalno obolelim osobama. Stavke originalne skale su prevedene i donekle modifikovane kako bi bile prilagođene crnogorskoj populaciji. Autori originalne CAMI skale su kombinovali Upitnik uverenja o mentalnoj bolesti i Upitnik za ispitivanje ideologije komunalne psihiatritrije. Skala ima 40 stavki i odgovori se zahtevaju po Likertovom modelu (1=uopšte se ne slažem, 2=ne slažem se, 3=niti se slažem niti se ne slažem, 4=slažem se i 5=sasvim se slažem). Istraživanja sprovedena u svetu pokazuju da ova skala u punom obimu ima prihvatljiv nivo unutrašnje konzistentnosti – Kronbahov alfa koeficijent se kreće od 0,68 do 0,88 [2]. Drugim delom upitnika prikupljeni su demografski podaci. Traženi su sledeći podaci o ispitaniku: starost, pol, školska spremna (u godinama školovanja), kao i informacija o tome da li je nekada bio u dužem kontaktu sa mentalno obolelom osobom iz porodice ili neposredne društvene okoline. Oko polovine anketiranih (47,4%) izjavilo je da je imalo duži kontakt sa nekom mentalno obolelom osobom (iz svoje porodice ili neposredne društvene okoline), što je još jedan indikator odstupanja uzorka od reprezentativnog.

Obrada podataka

Za obradu podataka korišćen je statistički softver SPSS, verzija 17. Utvrđivanje dimenzionalnosti skale stava prema men-

Tabela 1: Rezultati analize CAMI skale metodom glavnih komponenata sa Varimaks rotacijom (pet komponenti objašnjava 43% ukupne varijanse).

Table 1: Community Attitudes to Mental Illness in Montenegro. Results of PCA with Varimax rotation (five principal components explain 43% of the total variance).

Zasićenja:

Loadings:

Prva komponenta: Uvažavanje ljudskih prava i odbacivanje stigmatizacije

First component: Respect for the human rights of patients and rejection of their stigmatization

Duševno bolesne treba što više uključivati u normalan život. Mental patients should be encouraged to assume the responsibilities of normal life.	.666
Smještanje duševno oboljelih u „ludnice“ je zastario način liječenja. Mental hospitals are an outdated means of treating the mentally ill.	.665
Skoro svako može oboljeti od duševne bolesti. Virtually anyone can become mentally ill.	.653
Niko nema prava da duševno oboljele izoluje od ostalog svijeta. No one has the right to isolate the mentally ill from the rest of the community.	.624
Duševno bolesne osobe treba izdvojiti od normalnih. The mentally ill should be isolated from the normal.	-.526
Našem društvu je potreban tolerantniji stav prema duševno bolesnim licima. Our society needs to adopt a far more tolerant attitude toward the mentally ill in our society.	.516
Duševne bolesti su kao i sve druge bolesti. Mental illness is an illness like any other.	.477
Ljudi treba manje da se plaše duševnih bolesnika. People have less to fear the mentally ill.	.450
Pomoći duševnim bolesnicima, što je više moguće, treba pružati u običnim domovima zdravlja. As far as possible mental health services should be provided through community-based facilities.	.408

Druga komponenta: Distanciranje od mentalno bolesnih

Second component: Distance towards the mentally ill

Ženi je najpametnije da se ne udaje za muškarca koji je liječen od neke duševne bolesti, čak i kad se čini da se on potpuno oporavio. A woman would be foolish to marry a man who has suffered from mental illness, even though he seems fully recovered.	.640
Duševno bolesnoj osobi možemo povjeravati odgovorne poslove. Mentally ill person can be assigned to responsible jobs.	-.575
Mada zadržavanje duševnog bolesnika u njegovoj sredini može biti dobro za njega, rizik za njegove susjede je veliki. Having mental patients living within their community might be good therapy, but the risk to residents is too great.	.567
Ne bih želio/la da za prvog komšiju imam nekoga ko je duševno obolio. I would not want to live next door to someone who has been mentally ill.	.556
Čim se primijete znaci duševne bolesti, bolesnu osobu treba smjestiti u bolnicu za duševno oboljele. As soon as a person shows signs of mental disturbance, he should be hospitalized.	.551
Najbolje je izbjegavati osobu koja ima duševnu bolest. It is best to avoid anyone who has mental problems.	.513
Većini žena koje su nekad bile liječene od duševne bolesti mogu se povjeriti djeca na čuvanje. Most women who were once patients in a mental hospital can be trusted as babysitters.	-.464
Duševnim bolesnicima je potrebna ista ona kontrola i disciplina koja je potrebna i maloj djeci. Mental patients need the same kind of control and discipline as a young child.	.436

Državne poslove nikako ne bi trebalo povjeravati onima koji su nekada liječeni od neke duševne bolesti. Anyone with a history of mental problems should be excluded from taking public office.	.417
Duševni bolesnici su mnogo manje opasni nego što se to vjeruje. The mentally ill are far less of a danger than most people suppose.	-.408
Treća komponenta: Prihvatanje ideja psihiatrije u zajednici Third Componet: Community Mental Health Ideology	
Stanovnici treba da se suprotstave izgradnji objekata namijenjenih duševno bolesnim u njihovoj stambenoj četvrti. Local residents have good reason to resist the location of mental health services in their neighborhood.	-.737
Gradani treba da prihvate gradnju bolnice za duševne bolesnike u svom susjedstvu. Residents should accept the location of mental health facilities in their neighborhood.	.701
Bolnica za duševne bolesnike u stambenoj zoni ugrožava stanovnike. Locating mental health hospital in residential neighborhood endangers local residents.	-.699
Ustanove za pomoć duševno oboljelim treba da se grade izvan stambenih četvrti. Mental health facilities should be kept out of residential neighborhoods.	-.650
Smještanje neke ustanove za duševno oboljele u neki kraj grada, čini taj kraj neprivlačnim za stanovanje. Placing an institution for the mentally ill in some part of town, makes it unattractive to housing.	-.582
Stanovništvo ne treba da se plasi ako u blizini njihovog mjeseta stanovanja postoji neka ustanova koja pruža pomoć duševnim bolesnicima. Residents should not be afraid if near their places of residence there is a mental health facility.	.557
Zastrašujuća je pomisao da ljudi sa duševnom bolešću žive u tvom susjedstvu. It is frightening to think of people with mental problems living in residential neighborhoods.	-.435
Četvrta komponenta : potrebe za blagonaklonim odnosom i tolerancijom Fourth component: Tolerance and sympathetic attitude towards mentally ill	
Suviše novca se troši na liječenje duševno oboljelih. Less money should be spent on the care and treatment of the mentally ill.	-.584
Duševne bolesnike ne treba odbacivati. The mentally ill should not be rejected.	.578
Kod nas se duševno bolesnim osobama pruža dovoljno pomoći i pažnje. Our society provides enough support and attention to mentally ill.	-.575
Više novca treba uložiti u brigu i liječenje duševno oboljelih More money should be spent on the care and treatment of the mentally ill. .	.562
Duševne bolesnike previše potcenjuju i izlažu podsmijehu. The mentally ill have for too long been the subject of underestimation and ridicule.	.531
Duševnim bolesnicima NE treba uskraćivati njihova ljudska prava. The mentally ill should not be denied their individual rights.	.484
Naše bolnice za duševno bolesne više liče na zatvore nego na bolnice koje se staraju o svojim bolesnicima. Our mental hospitals seem more like prisons than like places where the mentally ill can be cared for.	.482
Peta komponenta: Autoritarni odnos Fifth Component: Authoritarian relation	
Duševno bolesnim osobama nedostaje disciplina i snaga volje. Mentally ill lack self-discipline and will power.	.524
Duševno bolesne osobe zasluzuju naša saosjećanje. The mentally ill deserve our sympathy.	-.477
Duševno bolesne je lako razlikovati od normalnih osoba. There is something about the mentally ill that makes it easy to tell them from normal people.	.461
Duševni bolesnici su teret za ovo društvo. The mentally ill are a burden on society.	.419

talno obolelim obavljen je analizom glavnih komponenti sa Varimaks rotacijom. Stepenasta multipla regresiona analiza korišćena je da bi se utvrdili značajni korelati stava prema mentalno obolelim iz skupa demografskih varijabli.

REZULTATI

Za celu skalu je bilo moguće izračunati ukupan skor za procenu stava prema mentalno obolelima na način koji je uobičajen za skale Likertovog tipa i vodeći računa o tome da li stavka iznosi uverenje protiv ili u prilog mentalno obolele osobe.

U ovom istraživanju Kronbahov alfa koeficijent za punu skalu iznosio je 0,87, što odgovara vrednostima koje su dobijene u studijama izvedenim u drugim sredinama.

Analiza skale ekstrakcijom glavnih komponenata s ortogonalnom Varimaks rotacijom i primenom Kajzerovog kriterijuma pružila je osnov za zaključak o sledećih pet dimenzija korišćenog instrumenta: 1) uvažavanje ljudskih prava obolelih i odbacivanje njihove stigmatizacije, 2) distanciranje od mentalno obolelih, 3) pozitivan odnos prema ideji komunalne psihijatrije, 4) isticanje potrebe za blagonačlonom odnosom i tolerancijom i 5) autoritarni odnos. Stavke koje imaju najviša zasićenja na ovim dimenzijama prikazane su u tabeli 1.

Nakon utvrđivanju faktorske strukture skale pristupilo se stepenastoj multiploj regresionoj analizi sa ukupnim skorom na CAMI skali i faktorskim skorovima koji odgovaraju prethodno opisanim komponentama kao zavisnim varijablama, i demografskim atributima i dužim kontaktom s licem obolelim od neke mentalne bolesti kao prediktorima. Rezultati su pri-

kazani u tabeli br. 2 i vode sledećim osnovnim zaključcima.

1. Pol i kontakt sa mentalno obolelima javljaju se kao statistički značajni prediktori ukupnog skora na CAMI skali. Žene su iskazivale ukupno pozitivniji stav prema mentalno obolelim osobama. I muškarci i žene koji su imali duže kontakte sa mentalno obolelima imali su pozitivniji stav prema mentalnoj bolesti. Zanimljivo je da nivo obrazovanja nije imao znatnijeg uticaja na iskazivanje pozitivnijeg stava prema mentalno bolesnim osobama.
2. Starost i pol su se javili kao statistički značajni prediktori faktorskog skorova koji odgovaraju prvoj komponenti CAMI skale. Žene i mlađi ispitanici iskazivali su više uvažavanja prema ljudskim pravima obolelih i manju sklonost ka stigmatizaciji.
3. Distanciranje od mentalno obolelih (druga komponenta CAMI skale) bilo je izrazitije kod starijih i kod muškaraca.
4. Raniji bliži kontakt sa mentalno obolelim osobama bio je jedini prediktor pozitivnog odnosa prema ideji komunalne psihijatrije (treća komponenta CAMI skale).
5. Mlađi i obrazovaniji ispitanici češće su isticali potrebu za blagonačlonom odnosom i tolerancijom prema mentalnim bolesnicima (četvrta komponenta CAMI skale).
6. Nijedan od korišćenih prediktora nije bio u korelaciji sa faktorskim skorom autoritarnog stava prema mentalno obolelima.

DISKUSIJA

Ovim istraživanjem su ispitana svojstva CAMI skale na crnogorskom uzorku. Faktorskom analizom (metoda glavnih komponenti sa Varimaks rotacijom) izdvojeno je pet faktora. Pored četiri faktora koja su utvrđena u istraživanju konstruktora skale, u našem istraživanju je izdvojen i faktor uvažavanja ljudskih prava obolelih i odbacivanje njihove stigmatizacije.

Od obuhvaćenih demografskih varijabli, pol se pokazao kao značajan prediktor ukupnog skora na CAMI skali. Žene

su imale pozitivniji opšti stav prema mentalno obolelim osobama: iskazivale su više uvažavanja prema ljudskim pravima mentalno obolelih i manju sklonost ka stigmatizaciji, dok su muškarci imali veći skor na faktoru distanciranja od mentalno obolelih. Ovi nalazi su u skladu sa većinom ostalih istraživanja [2, 11 – 13, 17]. Vrlo retko se dešava da se ne dobije ovakav odnos između rodne pripadnosti i faktora CAMI skale [6]. Treba, međutim, ukazati i na jednu specifičnost rezultata koji su dobijeni ovim istraživanjem. Muškarci su pokazali veću distanciranost prema mentalno obolelim (druga kompo-

Tabela 2: Rezultati stepenaste multiple regresione analize: prediktori su pol, starost, obrazovanje i kontakti sa mentalno obolelim

Table 2: Results of stepwise regression analysis: gender, age, education and contact with the mentally ill were predictors

Zavisna varijabla Dependent variable	R	F	Prediktori Predictors	B	t
Ukupan skor Overall CAMi score	0,27	11,10**	Pol (0=muški, 1=ženski) Gender (0=male, 1=female) Kontakt Contact	0,22 0,12	4,34** 2,20*
Prva komponenta First component (factor score)	0,22	6,87**	Starost Age Pol Gender	-0,01 0,31	-3,04** 2,62**
Druga komponenta Second component (factor score)	0,26	5,95*	Starost Age Pol Gender	0,01 -0,29	3,49** -2,62*
Treća komponenta Third component (factor score)	0,13	4,84*	Kontakt Contact	0,28	2,20*
Četvrta komponenta Fourth component (factor score)	0,25	6,23*	Starost Age Obrazovanje Education (years)	-0,01 0,16	-3,05** 2,50*
Peta komponenta Fifth component (factor score)	0,11	<1	–	–	–

** p<0,01 * p<0,05

nenta), ali u strukturi ove komponente značajnu ulogu ima strah, za koji se na osnovu niza postojećih istraživanja može prepostaviti da je izraženiji kod žena [18]. Zato smatramo da je neophodno u narednim istraživanjima proveriti stabilnost faktorske strukture skale.

Direktni kontakt sa mentalno obolelim osobama takođe se pokazao kao značajan i nezavisan prediktor ukupnog pozitivnog stava prema mentalno obolelima. Prethodni kontakt sa mentalno obolelima bio je značajno povezan sa pozitivnim stavom prema ideji komunalne psihijatrije. Ovi nalazi su u poptunom skladu sa zaključcima drugih istraživača [2, 6].

Naše istraživanje je pokazalo da mlađi ispitanici iskazuju više uvažavanja prema ljudskim pravima obolelih i manju sklonost ka stigmatizaciji, kao i da češće iskazuju potrebu za blagonaklonim odnosom prema mentalno obolelima. Nasuprot njima, stariji ispitanici su više težili distanciranju od mentalno obolelih. I ovi rezultati su u najvećem delu saglasni s onima dobijenim u inostranim istraživanjima [2, 5 – 7, 17].

Sasvim neočekivano, obrazovanje se nije pokazalo kao značajan prediktor opštег stava prema mentalno obolelima. Korišćeni uzorak je imao sniženu varijabilnost u pogledu obrazovnog nivoa ispitanika i ta restrikcija opsega mogla je dovesti do ovakvog ishoda. Ipak, obrazovniji crnogorski ispitanici pokazivali su su nešto veću sklonost ka blagonaklonom odnosu i toleranciji mentalno obolelih (četvrta komponenta), što je dobijeno i u nekim inostranim istraživanjima [6].

Mada su, u studijama ovog tipa, uzrast i obrazovanje najčešći korelati autoritarnog stava prema mentalno obolelim, u našem istraživanju nisu se pokazali kao uspešni prediktori.

U celini gledano, modifikacija CAMI skale pokazala se kao upotrebljiv instrument za ispitivanje stavova prema mentalno obolelim u crnogorskoj sredini. Koeficijent unutrašnje homogenosti, dimenzionalnost skale i podaci o demografskim korelatima stava procjenjenog pomoću ove skale, to potkrepljuju. Činjenica je, međutim, da su korelati relativno slabi prediktori opštег stava prema mentalno obolelim i to u svim njenim dimenzijama (mada su dostigli konvencionalne nivo statističke značajnosti). Ovo upućuje na potrebu da se u narednim analizama obrati pažnja ne samo na stabilnost faktorskog strukture, već i na činioce koji nisu bili obuhvaćeni ovim istraživanjem. U prvom redu to su: 1) indirektni kontakt i načini obaveštavanja o mentalnim bolestima i obolelima, i 2) priruženost kolektivističkim vrednostima.

Poznato je da je za pozitivniji stav prema mentalno obolelima značajan i indirektni kontakt, a ne samo neposredan. Rezultati jednog američkog istraživanja pokazuju da su izvori informacija o mentalno obolelima najčešće televizija (87%), zatim novine (76%), časopisi (74%), radio (73%), porodica ili prijatelji (51%) i knjige (50%) [3]. U meri u kojoj se u navedenim medijima manje potkrepljuje strah od mentalno obolelih i smanjuje otpor prema učešću u brizi o mentalno obolelima, smanjuje se stigmatizacija obolelih [19].

U narednom istraživanju bi svakako bilo potrebno da se ispita uticaj prihvatanja kolektivističkih vrednosti na stav prema mentalno obolelim. Poznato je da su u kolektivističkim kulturama ljudi zavisniji od grupe kojima pripadaju (porodice, plemena, nacije itd.) i svoja ponašanja zasnuvaju prvenstveno na grupnim normama. U literaturi postoje procene položaja jed-

nog broja savremenih kulturnih zajednica na dimenziji kolektivizam-individualizam [20]. Očekivano, na toj listi ne postoji Crna Gora, ali se ipak može zaključiti da savremeno crnogorsko društvo pripada krugu kolektivističkih kultura. Unutar ove osnovne dimenzije moguće je napraviti dodatne podele (na primer, na osnovu toga u kojoj meri poštuju postojeću hijerarhiju u društvenim odnosima i dr.), ali je ipak najznačajnija ova podela na individualističke (u kojima su pojedinci samostalniji i daju prednost ispunjavanju sopstvenih ciljeva i idealja) i kolektivističke kulture. Prema nekim podacima, u individualističkim kulturama, kao što su nemачka, australijska, britanska ili anglosaksonska severnoamerička, manja je stigmatizacija osoba sa telesnim i psihičkim poremećajima [21 –23]. Jedno skorašnje istraživanje [24] pokazuje da je stigmatizacija mentalno obolelih izraženija kod državljana Velike Britanije koji svojim poreklom pripadaju kolektivističkim kulturama (Grci i Kinezi). Mada naše istraživanje nije sprovedeno sa namenom da se izvrše specifična poređenja sa podacima dobijenim u individualističkim kulturama, moglo bi se ukazati da je 25% engleskih ispitanika (pripadnici individualističke kulture) saglasno sa tim da se ženama koje su lečene od mentalnih bolesti mogu poveriti deca na čuvanje, dok je u našem uzorku samo 8,9% ispitanika saglasno sa tom tvrdnjom. Možda se obra-

zovanje javla kao slab prediktor stava prema mentalno obolelim kod naših ispitanika zbog premoći kolektivističkih vrednosti.

ZAKLJUČAK

Stigmatizacija mentalno obolelih u Crnoj Gori ima dugu istoriju i obuhvata shvatanja o uzrocima bolesti, prirodi bolesti, načinima lečenja i ophodjenju prema mentalno obolelima [25]. Problem prevazilaženja stigmatizacije mora biti važan deo društvene i zdravstvene politike, a ujedno i kliničke prakse. Kao načine za prevazilaženje stigmatizacije mentalno obolelih, Pejović-Milovančević i sar. [26] navode reformisanje ustanova, predstavljanje anti-diskriminatornih zakona i politika, edukaciju osoba koje pružaju negu, upotrebu medijskih kampanji uz praćenje i obuku novinara i programe za unapređenje znanja i veština u oblasti mentalnog zdravlja, ali ističu da je opšti stav da se samo kombinovanim pristupom, kojim bi se uticalo i na društvene ustanove i organe, može postići značajan rezultat.

Da bi se ispitalo u kojoj meri su postignuti željeni rezultati, neophodno je raspolagati valjanim instrumentom za procenjivanje stava prema mentalno obolelim. Verujemo da naše istraživanje pokazuje da se u te svrhe može koristiti adaptacija CAMI skale koju smo opisali u ovom članku.

ATTITUDES TOWARDS MENTALLY ILL IN MONTENEGRO: THE MONTENEGRIN VERSION OF CAMI

Ljubomir Žiropadž¹
Andrija Dulović²

Summary

Introduction: Data about the general public's attitude towards people with serious mental illness in Montenegro are scarce. A possible reason for this situation may lie in the fact that local researchers, in contrast to researchers elsewhere, have not at their disposal reliable instruments that could measure attitudes toward mentally ill people. Building on Taylor & Dear's development of the Community Attitudes towards Mental Illness scale (CAMI) we present a modified version of CAMI.

Objective: The aim of this study was to examine the properties of the scale, to describe the dimensions of attitudes toward the mentally ill, and to identify demographic correlates of these dimensions.

Method: Two hundred and eighty seven adults aged 17 years and above (range 17 to 84) completed the Montenegrin version of Community Attitudes toward the Mentally Ill. Their answers were analyzed by principal component analysis. Impact of contact with mentally disturbed person, age, education, and gender on attitudes towards mentally ill was assessed by stepwise regression analysis.

Results: Principal component analysis with Varimax rotation revealed five components which account for 43 % of the total variance: 1) Respect for the human rights of patients and rejection of their stigmatization, 2) Distance towards the mentally ill, 3) Positive attitude towards the idea of psychiatry in the community, 4) Tolerance and sympathetic attitude towards mentally ill, and 5) Authoritarian attitude. The coefficient of internal consistency (Cronbach's alpha) of CAMI was 0.87. Gender (female) and prolonged contact with the mentally ill were associated with a more favourable attitude towards the mentally ill, but, unexpectedly, education level was weak predictor of positive attitude.

Conclusion: There is a correspondence between the Montenegrin version and the original version of the CAMI. Further research should test replicability of the CAMI factor-structure, and focus on the impact of collectivist values on attitudes towards the mentally ill.

Key words: deinstitutionalization, CAMI, prejudice, stigmatization

1 Faculty of Philology,
Belgrade University

2 Trenkwalder outsourcing,
Podgorica, Montenegro

Literatura:

1. Hannigan, B. Mental health care in the community: an analysis of contemporary public attitudes towards, and public representations of, mental illness. *J Ment Health* 1999; 5:431-40.
2. Song L-Y, Chang L-Y, Shih C-Y, Lin C-Y, Yang M-J. Community attitudes towards the mentally ill: the results of a national survey of the Taiwanese population. *Int J Soc Psychiatry* 2005; 2:162-76.
3. Borinstein AB. Public attitudes toward persons with mental illness. *Health Aff* 1992; 3:186-96.
4. Brockington IF, Hall P, Leving J, Murphy C. The community's tolerance of the mentally ill. *Br J Psychiatry* 1993; 162:93-9.
5. Clark AW, Binks NM. Relation of age and education to attitudes toward mental illness. *Psychol Rep* 1966; 19:649-50.
6. Wolff G., Pathare S, Craig T, Leff J. Community attitudes to mental illness. *Br J Psychiatry* 1996; 168:183-90.
7. Wolff G., Pathare S, Craig T, Leff J. Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *Br J Psychiatry* 1996; 168:191-8.
8. Murphy BM, Black P, Duffy M, Kieran J, Mallon J. Attitudes towards the mentally ill in Ireland. *Ir J Psychol Med* 1993; 10:75-9.
9. Heller PL, Chalfant H, Rivera-Worley M, Quesada G., Bradfield, C. Socio-economic class, classification of "abnormal" behaviour and perceptions of mental health care: A cross-cultural comparison. *Br J Med Psychol* 1980; 4:343-8.
10. Whatley CD. Social attitudes toward discharged mental patients. *Soc Probl* 1959; 6:313-20.
11. Farina A. Are women nicer people than men? Sex and the stigma of mental disorders. *Clin Psychol Rev* 1981; 1:223-43.
12. Morrison M., de Man AF, Drumheller A. Correlates of socially restrictive and authoritarian attitudes toward mental patients in university students. *Social Behav Pers* 1993; 21:333-8.
13. Morrison M, de Man AF, Drumheller A. Multidimensional locus of control and attitudes toward mental illness. *Percept Mot Skills* 1994; 3:1281-2.
14. Wahl OF, Aroesty-Cohen E. Attitudes of mental health professionals about mental illness: A review of the recent literature. *J Community Psychol* 2010; 38:49-62.
15. Taylor MS, Dear MJ, Hall G.B. Attitudes toward the mentally ill and reactions to mental health facilities. *Soc Sci Med* 1979; 130:281-90.
16. Zavod za statistiku Crne Gore. Obrazovna struktura stanovništva Crne Gore 2012. [internet]. [cited 2013 Mar 22]. Available from: http://www.monstat.org/userfiles/file/popis2011/Saop_obraz%202014_06_2012_%20konacno%20PDF.pdf
17. NHS Information Centre, Mental Health and Community. Attitudes to Mental Illness – 2011 survey report. [internet]. [cited 2013 Mar 22]. Available from: <https://catalogue.ic.nhs.uk/publications/mental-health/legislation/atti-ment-illn-2011/attiment-illn-2011-sur-rep.pdf>
18. Ewalds-Kvist B, Höglberg T, Lützén K. Impact of gender and age on attitudes towards mental illness in Sweden. *Nord J Psychiatry* 2013; 67:360–368.
19. Wahl OF. News media portrayal of mental illness: Implications for public policy. *Am Behav Sci* 2003; 46:1594-600.
20. Hofstede, G.. Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications; 2001.

21. Jacques ME, Linkowski DC, Sieka FL. Cultural attitudes toward disability: Denmark, Greece and the United States. *Int J Soc Psychiatry* 1970; 16:54-62.
22. Papadopoulos C, Leavey G., Vincent C. Factors influencing stigma: A comparison of Greek-Cypriot and English attitudes towards mental illness in north London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 9:430-4.
23. Westbrook ML, Legge V, Pennay M. Attitudes towards disabilities in a multi-cultural society. *Soc Sci Med* 1993; 5:615-23.
24. Papadopoulos C, Foster J, Caldwell K. 'Individualism-Collectivism' as an explanatory device for mental illness stigma. *Community Ment Health J* 2013; 3:270-80.
25. Dulović A. Tradicionalne predstave o mentalno oboljelim osobama u Crnoj Gori. *Sociološka luča* 2011; 2:112-20.
26. Pejović-Milovančević M, Pavlović M, Toševski-Lečić D, Tenjović LR. Promena diskriminativnog i negativnog stava prema mentalnim bolestima kod školske dece. *Nastava i vaspitanje* 2005; 1:89-98.

Ljubomir Žiropadža
Filološki fakultet, Studentski trg 3
11000 Beograd
011 2630-873
ziropadja@fil.bg.ac.rs

BIOETIČKI IZAZOVI I KONTRAVERZE INTERDISCIPLINARNOG TRETMANA RODNO DISFORIČNIH OSOBA

Dragana Duišin¹

Jasmina Barišić¹

Borjanka Batinić^{1,2}

Srđan Milovanović^{1,3}

Marina Mihaljević¹

Kratak sadržaj

Rodna disforija predstavlja složen fenomenološki entitet u brojnim aspektima. Kompleksnosti doprinosi interdisciplinarnost tretmana i bioetička pitanja koja iz toga proističu. Jedno od njih je uvremenjenost i obim ponuđenih terapijskih opcija, kao i prava eksperata u ovoj oblasti da ponude i sprovode parcijalni tretman (hormonski/hirurški). Termin "parcijalan" u medicini je u direktnoj koliziji sa elementarnim načelima bioetike o postovanju fundamentalnog prava pacijenta da uvek dobije kompletan tretman.

Bioetički izazovi odnose se na operativne rekonverzije i pitanje njihove medicinske i bioetičke opravdanosti obzirom da u nekim slučajevima posledica neprepoznatih motiva i poremećaja u osnovi. Klinički prikazi de-tranzicija i njihovo praćenje doprineli bi klarifikaciji kliničkih pokazatelja i ukazali na ne/opravdanost reverzne tranzicije.

Savremeni standardi zajednice i prihvaćena profesionalna etika stručnjaka za mentalno zdravlje propisuju obaveznost tretmana rodno neskladne/disforične dece. Bioetička ispravnost tretmana prepubertetske rodno disforične dece uključuje neophodnost jasne definisanosti, kompletnе sigurnosti i pouzdanosti dijagnostičkog postupka. Značajno je pitanje zrelosti i sposobnosti deteta za prilagodavanje telesnim hormonskim promenama. Ovaj uzrast nameće pitanje mogućnosti dobijanja adekvatnog informisanog pristanka koji bi potpuno zadovoljio zakonske kriterijume obaveštenosti i kompetentnosti. Stavovi stručnjaka su podeљeni, od kritičkog koji smatra neprikladnim da roditelji ili lekari nameću deci sopstvene standarde do afirmišućeg koji smatra da su roditelji najprikladnija referentna grupa da daju svoj socijalni vrednosni sud nakon detaljne konsultacije sa lekarima. Zdravstvene profesije uključene u tretman rodno disforičnih osoba imaju jednaku etičku obavezu da garantuju deci srećan i produktivan život putem odgovarajućih medicinskih intervencija ili bilo kojim drugim.

U pojedinim oblastima kliničke medicine diskusija o prezervaciji fertilitosti je rutinska, dok je u domenu rodne disforije često kontraverzna za stručnu i širu javnost. Ovakva diskriminacija duboko narušava njihova osnovna bioetička prava, jer je savetovanje i informisanje transrodnih osoba o savremenim mogućnostima reproduktivne tehnologije neophodno. Roditeljstvo nakon tranzicije ima svoju specifičnost u reverznim roditeljskim identitetima i ulogama, što dodatno čini ovo pitanje kontraverznim.

Ključne reči: rodna disforija, bioetika, transrodnica deca i adolescenti, promena pola, informisani pristanak, očuvanje fertiliteta.

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

Napomena: Rad je saopšten na simpozijum Klinike za psihijatriju Kliničkog Centra Srbije „Bioetika i psihijatrija“ održanom u Beogradu od 9-10 oktobra, 2014.

UVOD

Rodna disforija predstavlja složen klinički fenomen, kako sa aspekta prezentacije stanja, izbora lečenja, zdravstvenih, personalnih, socijalnih implikacija, tako i sa aspekta ljudskih prava i zakonodavnih odrednica. Aktuelni termin je mnogo deskriptivniji od do skora korišćenog termina poremećaj rodnog identiteta. Primarno je fokusiran na klinički fenomen, ali nije moguće sagledavati ga potpuno odvojeno od identiteta per se.

Broj rodno disforičnih pacijenata koji se obraćaju za pomoć psihijatrijskim klinikama značajno je porastao počev od pionirskog rada Hari Bendžamina 1966.g. i njegove publikacije *The Transsexual Phenomenon* [1], čemu je doprineo i širok stepen medijske pokrivenosti individualnih istorija slučajeva sa ovakvim problemom (pr: Kristina Jorgensen, Jan Morris, Rene Riċards).

INTERDISCIPLINARNOST PRISTUPA

Kompleksnosti problema rodne disforije doprinosi i činjenica da se radi o retkom entitetu koji zahteva interdisciplinarni pristup kako u dijagnostičkoj, tako i u terapijskoj fazi tretmana. Uključenost specijalista različitih medicinskih grana podrazumeva višestranu odgovornost u sprovođenju bezbednog i korisnog tretmana sa ciljem postizanja dobrobiti pacijenta u pogledu postizanja psihofizičkog sklada, boljeg kvaliteta života i sveukupne funkcionalnosti.

Profesionalci u oblasti mentalnog zdravlja se u radu sa rodno disforičnim pacijentima susreću sa jedinstvenim zahtevom koji se odnosi na preskrbovanje somatskog tretmana (endokrinološkog i

hirurškog) u svrhu lečenja pihijatrijskog poremećaja u osnovi. Ovo je jedan od razloga zbog čega sama oblast nosi za sobom brojna bioetička, često veoma delikatna pitanja. Ona se uglavnom tiču izbora između moralnih imperativa kojima ćemo se prikloniti i posledica koje ćemo nakon toga imati. Jedno se tiče uvremenjenosti i obima ponuđenih terapijskih opcija pacijentu. Ovakvo pitanje nameće se upravo iz razloga što pacijenti često na prvom pregledu saopštavaju svoj zahtev za polno usklađivanje, koji je iz njihove perspektive istovremeno i rešenje problema, bilo da se radi o hormonskoj ili hirurškoj transformaciji. Psihijatri svakako mogu zauzeti ekstremno defanzivan stav koji glasi "ne naškoditi pacijentu" i "nikada namerno ne uklanjati zdrave organe". Pojedini autori su u prošlom veku ovakav stav opisivali pežorativno imenovanjem operacije polnog usklađivanja „novim tipom psihohirurgije“ [2].

Složena dilema specijalista u oblasti mentalnog zdravlja formira se oko dva centralna pitanja: Šta stvara patnju rodno disforičnog pacijenta, a šta su etički i moralno održive dostupne intervencije u cilju uklanjanja patnje ovih pacijenata? Hipokratova zakletva nas podseća da je oslobođanje patnje pacijenta esencijalni zadatak medicine. Ukoliko posmatramo patnju rodno disforičnih pacijenata ona je svakako enormna i svakodnevna, pa iz toga nužno sledi i pitanje imamo li pravo da ne primenimo aktuelno dostupan i iskustveno opravdan tretman?

Proces donošenja odluke o vidu tretmana ovih pacijenata moglo bi da olakša podsećanje na deo Hipokratove zakletve koja glasi: „slediču sistem pravila koja u skladu sa mojom sposobnošću i rasuđivanjem smatram korisnim za moje pacijente, uzdržaću se od bilo čega što je štetno i

zlonamerno“. Ovaj deo Hipokratove zakletve etički opravdava i podržava savremeni pristup rodnoj disforiji primenom operacije polnog usklađivanja koja će imati potencijalnu korist za pacijenta. Korist se pre svega odnosi na umanjenje, odnosno kompletno uklanjanje simptoma (rodna disforija) pacijenta, i poboljšanje kvaliteta života pacijenta. Dostupna literatura vezana za ishod lečenja rodno disforičnih pacijenata počev od 1980.g. nudi kvantitativno više stručnih radova koji podržava operaciju polnog usklađivanja za pažljivo odabранe pacijente [3,4,5,6,7,8,9]. Osporavanje validnosti zaključaka studija praćenja postoperativnih ishoda može se odnositi na nedostatak kontrolnih grupa. Ipak, kliničke odluke vezane za indikovanost operacija polnog usklađivanja moraju se donositi u odustvu definitivnih duževremenskih prospективnih studija efikasnosti ovakvih operacija u poređenju sa nehirurškim modalitetima (vidovima) tretmana. Donošenje stručnih odluka je neophodno, uz punu svest o tome da psihijatri dele “moralnu odgovornost vezanu za tu odluku sa hirurgom koji prihvata ovaku preporuku”[10].

PREPORUKE U LEČENJU RODNO DISFORIČNIH OSOBA

Udruženje Hari Bendžamin (HBID-GA) koje okuplja profesionalce u oblasti transrodnog zdravlja, kao i same pacijente, prepoznavši brojna bioetička i medikolegalna pitanja vezana za rad sa rodno disforičnim osobama 1979.g. je definisalo Standarde nege ovakvih osoba. Oni predstavljaju preporuke dostupne profesionalnoj zajednici koje su do sada imale šest revizija-poslednja 2011.g. U novije vreme Standarde publikuje WPATH udruženje

(World Professional Association Transgender Healthcare) [11]. Jasno su definišani minimalni zahtevi, uz neophodnu fleksibilnost u kliničkom radu obzirom da je potrebno krenuti od činjenice da pacijenti imaju jedinstvene anatomske, socijalne i psihološke okolnosti. Istovremeno se pedviđa dozvola odstupanja od preporuka koja se uklapaju u jedinstvene okolnosti. Naglašeno je da je potrebno potvrditi ulogu i značaj sačinjavanja informisanih izbora i vrednosti pristupa koji umanjuju štetu za pacijenta.

Objavljeni konsenzus WPATH glasi "hormonski i hirurški tretman polnog usklađivanja pokazao se kao rehabilitaciono i kvalifikujuće iskustvo za dobro odabranu adultne pacijente" [11]. Svakako da će radikalna alteracija pacijentovog prirodnog fizičkog stanja zbog njegovog zahteva nastaviti da bude etičko pitanje u potrazi za načinima da omogućimo rodno disforičnim pacijentima da redukuju nesklad između njihove anatomije i unutrašnjeg doživljaja selfa. Činjenica da ne postoje manje invazivni načini postizanja skладa rodno disforičnih pacijenata ipak nam ne dozvoljava da ne preduzimamo terapijsku intervenciju koja se kod pravilno odabralih pacijenata pokazala izuzetno korisnom.

Ukoliko se složimo da činjenicom da operativna intervencija svakako dovodi do nestanka disforije pacijenata, pojavljuje se nova etička dilema vezana za izbor takozvanih "dobrih kandidata" kojima je indikovana. Pacijenti koji se smatraju "idealnim kandidatima" za operativnu preporuku se po pojedinim autorima nazivaju psihološki zdravi transseksualci" [12]. Ovakvi pacijenti integrišu ranija iskustva u "novi" transformisani self, ne odbacujući prethodni. Klinička iskustva govore da su komplijantnost pacijenata u

okviru koordinisanog tretmana multidipliniranih specijalizovanih timova, kao i uspešnost života u unakrsnoj rođnoj ulozi od 1 do 3g. najvredniji kriterijum u selekciji kandidata i prognozi ishoda operacije [13,14].

Eventualna pogrešna primena ireverzibilne genitalne hirurške intervencije može biti povezana sa negativnim mentalnim posledicama koje mogu uključiti depresiju, suicidalni rizik i gubitak samopouzdanja. [15,16]. Ovakva iskustva ponekad dostupna na internetu u vidu ličnih ispostavki pacijenata mogu predstavljati argumente za okrivljavanje operacije polnog uskladišivanja za kreiranje osoba koje predstavljaju drugačiju anatomsku treću kategoriju "drugi" ili tzv. postoperativni transseksualci koji se mogu osećati još otuđenije i biološki neskladnije nego pre operacije [17].

Pojedine klinike u svetu razvile su modele započinjanja hormonske terapije (cross sex hormonal therapy - csHT) bez prethodne detaljne evaluacije od strane profesionalaca u oblasti mentalnog zdravlja. Ovakav pristup praktično se bazira na modelu informisanog pristanka koji je široko prihvaćen i primenjivan u okviru svih grana medicine. Jedan od retkih stručnih radova u ovoj oblasti bavi se upravo istraživanjem kliničke prakse primene modela informisanog pristanka i procenom potencijalnih legalnih rizika korišćenja ovakvog modela u SAD-u (pre svega na osnovu kajanja pacijenata koji su prihvatili primenu terapije polnim hormonima suprotnog pola). Istraživanje je sprovedeno distribucijom instrumenta na profesionalnom konferencijama i online i proučavanjem online literature. Utvrđeno je da nije bilo loše prakse u primeni hormonske terapije. Zanimljivo je da je samo 1/3 internet sajtova zahtevalo kontakt sa

profesionalcima u oblasti mentalnog zdravlja pre započinjanja hormonske terapije, a nešto manje od polovine klinika je tražilo minimalni broj poseta pacijenta pre započinjanja tretmana. Na ovaj način praktično se relativizira i devalvira značaj profesionalaca u oblasti mentalnog zdravlja u postupku evaluacije pacijenata, a lekari drugih specijalnosti odlučuju o indikovanosti, odnosno spremnosti i podobnosti pacijenta za hormonsku terapiju. Ovakva loša klinička praksa koja je u koliziji sa preporukama nosi sa sobom brojne rizike, uključujući negativne ishode i štetu za samog pacijenta [18].

Poslednjih godina sve je učestalajava pojava da se rodno disforične osobe širom sveta obraćaju direktno hirurzima mimo prihvaćenih multidiplinarnih timova i podvrgavaju se u najmanju ruku nekvalitetnim, ako ne i nestručnim preoperativnim selepcionim procedurama i hirurškim tehnikama. Posledice ovakve pojave su često loši operativni ishodi kako u estetskom, tako i u funkcionalnom smislu [19]. Osnovni razlog ovakvih ishoda je zanemarivanje preoperativne evaluacije pacijenata, kako u pogledu trajanja (longitudinalnog praćenja), tako i u pogledu nekonistentnosti sa preporukama WPATH Standarda nege pre konačnog izdavanja pisma preporuke. Verovatnoča lošeg postoperativnog ishoda, uključujući i suicid, povećava se ukoliko pored adekvatne evaluacije izostaje preoperativna priprema (hormonska terapija minimum godinu dana), kao i dvogodišnji uspešan život u unakrsnoj rođnoj ulozi [13,20,21]. Stepen rizika negativnih operativnih ishoda povećan je kod pacijenata sa komorbidnim poremećajima ličnosti sa visokim stepenom impulsivnosti (borderline, histrionski, antisocijalni), depresivnim sindromom ili primarnom dijagno-

zom na Aksisu I (na pr: transvestitizam sa izraženom regresijom usled stresa) [22] ili drugim poremećajima.

DE-TRANZICIJE I REKONVERZIJE

Izazovi u domenu bioetike mogu se proširiti na postoperativna klinička iskustva koja nameću potrebu za diskusijom na temu operativnih rekonverzija kojom pacijenti zahtevaju vraćanje anatomske atribucije pola sa rođenja. Da li ovakva praksa ima medicinsku i bioetičku opravdanost ukoliko prepostavimo da je u nekim slučajevima posledica dijagnostičkih previda vođenih pre svega neprepoznatim neadekvatnim motivima pacijenata odnosno drugim poremećajima koji se nalaze u osnovi želje za operacijom? Detaljniji klinički prikazi de-tranzicija odnosno rekonverzija i naknadno dužvremensko praćenje svakako bi doprineli klarifikaciji kliničkih pokazatelja i ukazali na ne/opravdanost reverzne tranzicije.

Postoperativni rizik od suicida je jedna od čestih razloga odbijanja operacije polnog usklađivanja [23]. Stopa suicida postoperativnih transseksualaca u pojedinim centrima procenjuje se na 2.1% tokom 0.3 do 19g. praćenja [21]. Svakako nije zanemarljiv i povećani stepen suicida kod pacijenata koji nisu dobili očekivanu i željenju preporuku za operaciju. Ipak, nema validnih studija na značajnom uzorku pacijenata koje se bave suicidom i operativnim ishodima, a koje su separirale grupe sa i bez poremećaja ličnosti. Ovo je od izuzetne važnosti obzirom na visok stepen rizika kod pacijenata sa težim oblikom borderline PL nezavisno od rodne patologije. Postavlja se pitanje koliko dugo nakon operacije možemo smatrati suicid postoperativnom komplikacijom? Ukoliko

pacijent ima skroman kozmetički i funkcionalni ishod, razvije ozbiljnu depresiju tokom par nedelja posle operacije i potom počini suicid mnogi kliničari će ovu vremensku povezanost smatrati nečim više od slučajnosti.

Imajući u vidu da smo kao lekari obavezni da se kao rukovodimo principom da "ne naškodimo" pacijentu, da li znači da škodimo ako operišemo više ili štetimo ako manje operišemo"? Kao i kod svih egzistencijalnih pitanja odgovori na bioetička pitanja vezana za ovakve radikalne operacije možda nikada neće imati konačan odgovor lišen bilo kakvih dilema ili kontraverzija. Svakako da bi nam dobro dizajnirane kontrolisane prospektivne studije na velikom uzorku pacijenata pomogle u odgovoru na brojna pitanja. U tom smislu na tlu Evrope se čine ogromni napori da se sačini jedinstvena baza podataka za pacijente, kao i da se na izvestan način operacionalizuje i u prihvatljivoj meri standardizuje dijagnostička procedure procene indikovanosti operacije.

Kliničari koji se bave evaluacijom tretmana rodno disforičnih osoba suočavaju se sa ozbiljnim bioetičkim pitanjima. Dok u okvirima medicinske zajednice nema sumnji u korisnost primene genitalne hirurgije u domenu urođenih bioloških anomalija tj. grešaka (na pr: stanja dvosmislenih genitalija i pseudohermafroditizma) [24,25], isti etički princip nije primenjen na alterisanu anatomiju transseksualnih osoba. Podsećamo da endokrinolozi nakon upućivanja rodno disforičnog pacijenta na hormonski tretman u cilju započinjanja tranzicije u svojim izveštajima navode dijagnozu Psihogeni pseudohermafroditizam. Ovakva praksa je u izvesnoj meri konzistentna sa postojanjem izvensnih bioloških markera ili defekata (hormonske, genetske, anatomske), te se pre-

ma tome i predpostavlja da je etiologija transsesksualizma/rodne disforije psihogena/razvojna i to po principu greške. I pored toga, oponenti rodnih eksperata dovode u pitanje prikladnost radikalne hirurške intervencije kod funkcionalnog poremećaja [26]. Ovo nas ponovo vraća na princip "pre svega ne naškoditi" koji se svakako mora poštovati od strane profesionalaca u oblasti mentalnog zdravlja, iako se suočavamo sa manjkom znanja i obiljem etičkih dilema. Pomenute činjenice svakako nas vode ka potrebi restrikcije operacija polnog usklađivanja i upućivanja ovakvih pacijenata na centre koji će uključivati multiuniverzitetske istraživačke projekte sa ciljem da se usmerimo na postojeća relevantna klinička pitanja.

Uprkos proklamacija da ništa drugo ne daje obećanja u tretmanu transsesksualizma osim operacije polne konverzije odnosno polnog usklađivanja [1], pojedini pacijenti doživljavaju manje invazivne intervencije kao korisne tražeći parcijalne tretmane odnosno tretmane sa izvesnim ograničenjima u pogledu postizanja kompletne tranzicije. Ovakvi tretmani se u praksi svode na isključivu primenu hormonske terapije, nekada uz sekvencijalni hirurški tretman koji podrazumeva spuštanje samo dela raspoloživih hirurških intervencija [27,28].

Parcijalni tretmani predstavljaju izvor novog bioetičkog pitanja prava stručnjaka u oblasti mentalnog zdravlja da pacijentu ponude i sprovode ovakav tretman (hormonski ili hirurški). Termin "parcijalan tretman" u medicini je svakako kontraverzan, pre svega jer je u direktnoj koliziji sa elementarnim načelima i principima bioetike o poštovanju fundamentalnog prava pacijenta da uvek dobije kompletan tretman. Na ovom mestu se može sukobiti uverenje o dobrobiti koje ima

sam pacijent od parcijalne intervencije i procena koju u tom smislu obavlja ekspert za rodna pitanja.

RODNO NESKLADNA I DISFORIČNA DECA

Jedna od polja kontraverznih stavova je rad sa rodno neskladnom i disforičnom decom. Savremeni standardi zajednice i prihvaćena profesionalna etika stručnjaka za mentalno zdravlje propisuju kao obavezu omogućavanje tretmana ovakvoj deci. Bioetička ispravnost tretmana rodno disforične prepubertetske dece uključuje neophodnost jasne definisanosti, kompletne sigurnosti i pouzdanosti dijagnostičkog postupka i konačne dijagnoze. Lečenje ove kategorije pacijenata podrazumeva i pitanje zrelosti deteta i njegove sposobnosti za prilagođavanje ekstremnim telesnim promenama koje započinju hormonskom tranzicijom.

Period pre punoletstva nameće i pitanje mogućnosti dobijanja adekvatnog informisanog pristanka. Činjenica je da je nemoguće dobiti odgovarajući pristanak deteta koji bi u potpunosti zadovoljio zakonske kriterijume obaveštenosti i kompetentnosti. Neki stručnjaci kritikuju ovakav zahtev, smatrajući da je neprikladno da roditelji ili lekari nameću deci sopstvene standarde. Protivnici ovakvog stava smatraju da su roditelji najprikladnija referentna grupa da daju svoj socijalni vrednosni sud nakon detaljne konsultacije sa lekarima koji prihvataju šire društvene norme i moralne kodekse očekivanja zajednice. Mentalne i druge zdravstvene profesije, koje pružaju tretman rodno disforičnim osobama, imaju jednaku etičku obavezu da garantuju deci srećan i produktivan život bilo putem odgovarajućih

medicinskih intervencija (hormonalne i hirurške) ili bilo kojim drugim [29].

Veliko je pitanje da li roditelji treba da dozvole deci tranziciju pre nego što dostignu pubertet? Kada je dobro vreme za tranziciju i šta ona uključuje? Postoje složena pitanja na koja se često odgovara od slučaja do slučaja [30]. Generalno govoreci moguće je sačekati dok dete ne dostigne pubertet, što je svakako bolje, jer mnoga deca između 4. i 7.g. mogu promeniti svoj rodni identitet i tako neće više biti identifikovana kao drugi rod. U nekim slučajevima deca eksremno pate, tako da bi čekanje procesa tranzicije i prolongiranje patnje za njih imalo veoma loše posledice [31,32].

Konačno holandska grupa na čeli sa jednim od najvećih ekseperata u ovoj oblasti Cohen-Kettenis razvila je protokole koji dozvoljavaju ranu medicinsku tranziciju za trans-decu koja su identifikovana pre puberteta [33]. Ova deca se veoma pažljivo prate i ukoliko ispunе kriterijume da nastave dalje ulaze u postupak supresije puberteta, a naknadno dobijaju hormone suprotnog pola. Na taj način deca ne prolaze prirodni process puberteta, tako da se njihova telesna struktura ne menja na biološki predviđen način. Ova deca su veoma zadovoljna svojim telesnim izgledom, u smislu da MtF transseksualci (transžene) izgledaju veoma feminično i obrnuto. Pored toga, oni ne pristupaju mnogim korektivnim procedurama koje su bolne i skupe. Holandska grupa je svojim ogromnim kliničkom i istraživačkim iskustvom postigla značajan uspeh u postizanju veoma visokog nivoa zadovoljstva među pacijentima [34].

Kliničari se suočavaju sa složenim pitanjima autonomije, poverljivosti i kompetentnosti koja se pojavljuju u tretmanu adolescentnih klijenata i svakako zahteva-

ju pojašnjavanje u okviru zakonskih profesionalnih etičkih kodova [31,35].

Legalno, u većini okolnosti roditelji su ti koji moraju dati pristanak za svoje maloletno dete, čak i ako se radi o adolescentu koji treba da primi medicinsku pomoć. Deca su tradicionalno viđena kao "vlasništvo" njihovih roditelja ili staratelja, koji su odgovorni za njihovu zaštitu i obezbeđivanje njihove nege [36]. Uprkos ovome, legalne odluke u proteklih 20g. dovele su do povećanog prepoznavanja nezavisnosti adolescenta po pitanju njihove saglasnosti sa sopstvenim medicinskim tretmanom [29]. Statutarni zakoni u mnogim zemljama vide adolescente kao emancipovane maloletnike kojima je dozvoljeno da se saglase sa svojim medicinskim tretmanom na primer u domenu zloupotrebe supstanci i graviditeta [31]. Opšte pravo prepoznanje i koristi termin "zreo maloletnik" kao izuzetak zahtevu za saglasnost roditelja za tretman. U okviru ovog principa opšteg prava mladi ljudi mogu biti procenjeni kao dovoljno zreli da donose medicinske odluke za sebe. Ukoliko su dovoljno stari da mogu da razumeju prirodu predloženog tretmana i njegove rizike, mogu pružiti isti stepen informisanog pristanka kao odrasli klijent i ukoliko tretman ne uključuje veoma ozbiljne rizike [32].

Istraživanja adolescenta u pogledu procesa stvaranja informisanog pristanka sugerise da su sposobnosti adolescenta u njihovim srednjim ili kasnim tinejdžerskim godinama mnogo bliže odraslima, iako im nedostaju određena životna iskustva [37]. Sposobnost donošenja razumne odluke je jedna od obeležja zrelog adolescenta.

Tankredi je definisao kompetentnost kao "kapacitet da se rasuđuje i procenjuje racionalno ili inteligentno" [38]. U kompe-

tenciju je ugrađena sposobnost da se istraži širok opseg alternativnih rešenja, evaluiraju prednosti i nedostaci svake moguće posledice koja proističe iz definisanih opcija, uključuju nove informacije iz pouzdanih izvora čak i kada su uvredljivi (napadački) i efikasno implementiraju odborne izbore akcije. Predpostavlja se da, ukoliko se svaki od ovih koraka implementira kompetentnije, onaj ko donosi odluku je mnogo kompetentniji [37].

Etički kod Američke Akademije Dečije je psihijatrije (1980) povodom kompetentnosti navodi sledeće: "normalna odgovornost odlučivanja koja se odnosi na ovakvo učešće (evaluacija, tretman ili preventija koja uključuje maloletnike) obično je na roditeljima ili starateljima" [39]. Američko udruženje psihologa u svom Etičkom kodu navodi da psiholozi "koji rade sa maloletnicima ili drugim osobama koje nisu sposobne da svojevoljno daju informisani pristanak.....obavezuju se da obezbede posebnu negu kako bi ih zaštitali u njihovom najboljem interesu" [40]. Oba Etička koda sugerisu da maloletnici nisu sposobni da daju dobrovoljni informisani pristanak. Etički principi poštovanja autonomije, dobrobiti, "ne naškoditi" i poverljivosti su relevantni za donošenje odluke u ovim situacijama. Poštovanje autonomije je etički princip koji uključuje priznavanje individualnog "prava na sopstveno mišljenje, donošenje izbora i preduzimanje akcija zasnovanih na ličnim vrednostima i uverenjima" [41]. Poštovanje autonomije uključuje ne samo stav poštovanja, već i akciju koja se poštuje. Ono uključuje odnos prema osobi koji će im omogućiti da se ponašaju autonomno odnosno samostalno i neuključivanje u aktivnosti koje će ignorisati, vređati ili ih poniziti. Ovakav princip zasnovan je na prepoznavanju bezuslovne vrednosti svih

individua i njihove sposobnosti da odrede sopstvenu sudbinu [41].

Etički princip dobrobiti "odnosi se na moralnu obavezu da se ponaša za dobrobit drugih" [41]. Dobrobit se definiše kao promocija dobrog i uklanjanja štete, često prevedna u smislu koncepta najboljeg interesa. Pozivanje na ovaj princip moguće je kada se čini da individualna autonomija ne treba biti poštovana zbog nedostatka kapaciteta donošenja odluke. Starost, nezrelost, kognitivni deficit i nesposobnost racionalnog rezonovanja su sve razlozi za nepoštovanje autonomije ličnosti.

Savremena medicinska etika može se videti kao primarno akt balansiranja u kome su moralna razmatranja poštovanja autonomije pacijenta na jednoj strani, nasuprot razmatranjima moralnog značaja izbegavanja nanošenja štete pacijentu. Uobičajeni princip korišćen u medicinskoj etici u cilju balansiranja razmatranja autonomije sa onima koje izbegavaju nanošenje štete sastoji se u sledećem: veći rizik činjenja štete, više težine dati izbegavanju štete nad autonomijom. Kako bi restrikcije preporuka Standarda nege WPATH bile moralno opravdane u skladu sa principom "većeg rizika" sledeća tvrdnja mora biti opravdana: Rizici primene hormona i operacija koje se koriste u lečenju transseksualnih osoba su veće kako u stepenu, tako i u vrsti koje rizik nosi kod bilo koje druge grupe pacijenata koji traže elektivne medicinske intervencije. Ova tvrdnja po nekim nije opravdana, tako da princip autonomije mora biti etički poništen principom "ne naškoditi" u pogledu hormonske i hirurške intervencije koje traže transseksualci. Umanjenje autonomije od strane Standarda nege može imati negativne posledice za pacijente, ali i za one koji pružaju medicinsku negu. Na primer, ovi Standardi stavljuju profesi-

onalce u mentalnom zdravlju u poziciju dualne uloge, jer od njih zahteva da služe kao "čuvari kapije", ali istovremeno i da obezbede terapiju njihovim klijentima. Ova uloga dvojnih agenata pogoršava etički i profesionalni legitimitet profesionalaca u mentalnom zdravlju u cilju obezbeđivanja terapijske nege, ali i otežava transsesualnim osobama da prime ovaku negu u periodu tranzicije, koja je često posebno stresna.

FERTILITET I RODNA DISFORIJA

Napredak medicine značajno je transformisao živote transseksualnih žena još od 1950-ih godina. Hormoni obezbeđuju ogromnu fizičku i mentalnu korist, dok je zahvaljujući operativnim tehnikama promene pola postalo sve teže razlikovati spoljašnje genitalije genetski XY transžene od XX rodno skladnih žena.

Možda najdelikatnije bioetičko pitanje, ali istovremeno i ogroman izazov za medicinske naučnike, je pitanje fertiliteta. U prethodnim vremenima gubitak fertilitnosti je bio prihvaćen od strane transrodnih osoba kao cena koju moraju platiti kako bi došlo do tělesne transformacije odnosno tranzicije. Razvoj modernih reproduktivnih tehnika otvara mogućnost prezervacije fertilitnosti transrodnih osoba [42,43,44]. Pitanje koje nužno sledi je u kojoj meri ovakve tehnike trebaju biti dostupne ovakvim osobama?

U pojedinim oblastima kliničke medicine diskusija o prezervaciji fertilitnosti je rutinska, kao što je primer tretmana dece i adolescenata koji se suočavaju sa lečenjem malignih bolesti koje praktično uništavaju njihovu sposobnost proizvodnje sopstvenih gameta. Nasuprot tome, očuvanje fertilitnosti u populaciji rodno disforičnih osoba u nekim zemljama

predstavlja kontraverznu temu kako za stručnu, tako i za širu javnost. Želja transžena da budu majke nailazi na brojne barijere u odnosu na genetske XX žene u pokušaju da usvajaju decu ili koriste surrogat majke. Negiranje bazičnog prava žena da imaju decu i uživaju u jedinstvenom iskustvu majčinstva podjednako je tragično za ove rodno neskladne transžene, kao i za rodno skladne infertilne žene.

Diskriminacija rodno disforičnih u odnosu na druge pacijente u ovom pogledu svakako duboko narušava njihova osnovna bioetička prava. Pojedine profesionalne organizacije nude smernice osobama koje žele da modifikuju svoje telo i izgled vezano za njihove polne odlike, a ove smernice se proširuju na preporuke vezane za prezervaciju njihove fertilitnosti. Obzirom da će uklanjanje testisa ili ovariju ma uništiti njihovu sposobnost da ostvare genetsko potomstvo savetovanje i informisanje transrodnih osoba o savremenim mogućnostima reproduktivne tehnologije (krioprezervacija, asistirana reprodukcija, „futuristička mogućnost“ transplantacije uterusa itd.) svakako je neophodna.

Prezervacija fertilitosti transrodnih osoba i stvaranje njihovog potomstva svakako bi doveli do nekonvencionalnih ishoda vezanih za činjenicu da jedan od roditelja, a moguće i oba prolaze kroz proces tranzicije. Iz toga proističe specifičnost njihovog posttranzicionog roditeljstva koja se ogleda u reverznim roditeljskim identitetima i ulogama. Ovaj jedinstveni fenomen dodatno čini pitanje prezervacije fertilitnosti još složenijim i po mnogima kontraverznim. Svi drugi elementi kao što je isti pol roditelja, korišćenje donora gameta, socijalna stigma i dr. mogu se javiti i u drugim grupama roditelja. Ukoliko transrođni muškarac ili žena koriste sopstvene jajne ćelije ili sprematozoide u cilju stvara-

nja potomstva, oni će funkcionalisati kao otac i majka u gametskom smislu, ali socijalno će imati reverzne roditeljske identitete. U nekim radovima autori ovakav fenomen nazivaju „majčino očinstvo ili očevo majčinstvo“ [45]. Nove reproduktivne tehnologije moguće bi proširiti ovaj vid reverzne uloge na sve ljude, ukoliko se spermatozoidi i jajne ćelije dobiju od svih ljudskih bića nezavisno od njihovog pola. Potencijalne zloupotrebe su razlog za pravovremeno pravno regulisanje ovakve mogućnosti. Iako ovakva pitanja mogu nekim delovati kao preuranjena i ekstremno futuristička, da ne kažemo u menu naučne fantastike ipak napredak medicine nam govori da postoje mogućnosti gajenja uterusa u laboratoriji od ćelija transžene. Aktuelne procene naučnika su da postoji realna mogućnost da transžena ostvari biološko potomstvo transplantacijom uterusa ili ektopičnom trudnoćom do 2020.g., što je svakako veoma bliska budućnost.

Etička i legalna pitanja povezana sa ovakvim vidom arteficijalne reproducije su brojna. Jedno od njih je da li posedovanje genetskog materijala unutar DNK ima bilo kakav moralni značaj? Potom kakva su naša po prirodi pripadajuća prava uključena u prokreaciju, kao i pitanje reproduktivne slobode ili njenog ograničavanja u svrhu preveniranja negativnih posledica?

Psihijatrija se bavi tretmanom unakrsnih rodnih identiteta kao poremećaja sa ciljem da se ovakvim osobama omogući da nastave svoje živote smisleno, koji kod nekih od njih uključuje i decu. Unakrsna rodna identifikacija ne čini ljude neprikladnim za roditeljstvo, jer transrodni identiteti ne isključuju sposobnost da se razume priroda i posledice trudnoće, niti nužno interferira sa sposobnošću odgaja-

nja dece. Nema dokaza koji sugerisu da činjenica da je neko rođen od strane transrodne osobe ili da ju je takva osoba odgajala predstavlja okidač neke vrste štete koja bi potvrdila isključivanje identifikovane trans osobe (muške i ženske). Normalizovanje transrodnih identiteta od strane zakona i profesionalnih organizacija doprinosi potrebi da se ponovo pristupi patološkim interpretacijama unakrsnih polnih identiteta i trans-roditeljstva [46].

Jezik DSM klasifikacije govori u prilog snažne afirmacije bioloških rodnih kategorija [47]. Nasuprot transrodne zajednice u kojoj se rodni markeri tipično koriste da se označi individualni socijalni rod ili rodna identifikacija, u standardnoj medicinskoj zajednici se odnosi na pacijentov biološki pol (trans muškarac je je ženska transseksualna osoba osoba ili žena sa dijagnozom poremećaj rodnog identiteta - GID i obrnuto). Američka klasifikacija pokušava da definiše GID nudeći neophodna i dovoljna stanja za dijagnozu pri čemu je važan korak u definisanju ovih stanja razjašnjavanje biološke osnove. DSM-IV-TR klasifikacija među dijagnostičkim kriterijumima navodi da se ova dijagnoza ne postavlja ukoliko osoba ima istovremeno fizički interseks stanje- kriterijum C [48]. Kasnije DSM ponovo navodi da "individue sa GID imaju normalne genitalije". Ovo naglašava biološku normalnost i nedvosmislenost transseksualnog tela (pre tretmana) čime se kreira distinkcija između transsekslnosti i interseksualnosti. Prvi je klasifovan kao psihopatološki poremećaj, a drugi kao urođeni biološki poremećaj. Zanimljivo je da rodnna disforija može biti jedan od efekata interseks stanja koje onda vodi sličnim tretmanima interseks i transseksualnih pacijenata. Prema tome interseks stanja su navedena u DSM klasifikaciji u odeljku Pore-

mećaj rodnog identiteta koji nije drugde specifikovan.

Teoretski i politički potencijal za dekonstrukciju ovoga: ovaj mehanizam se pojavljuje na veoma literarnom planu očekuje se da se svaki fetus razvije u jednu od dve odvojene binarne polne kategorije [49]. Interseksualnost se prema tome vidi kao aberacija razvoja fetusa. Sa interseks detetom biološka "namera" se interpretira retroaktivno putem ekstenzivnog testiranja, genitalija umesto definisanja detetovog roda koje takođe retroaktivno dobijaju smisao. Isti mehanizam može se pronaći na većem simboličnom nivou. Koncept interseksualnosti izgleda da postoji samo zahvaljujući binarnom polnom sistemu. Razlog tome je činjenica da ljude klasifikujemo ljude kao muškarce ili žene, kao i osobe koje se ne uklapaju u ove ekskluzivne kategorije kao interseksualne.

Zanimljiva su istraživanja koja se bave odnosom samih transseksualnih osoba prema mogućnosti stvaranja potomstva. Pojedini od njih strahuju od rizika genetske transmisije poremećaja na biološko potomstvo [50], što je svakako delom generisano postojećom hipotezom istraživača o transseksualizmu kao poremećaju genomske imprintinga [51,52].

Neki pacijenti smatraju da ne bi bili dobri roditelji zbog uverenja da bi psihološka trauma kroz koju su prolazili zbog rodne disforije mogla da naruši normalan

odnos roditelj-dete. Studije su pokazale da je većina transseksualnih osoba veoma dobro adaptirana na njihov posttranzicioni život i da su sposobni da uspostave normalan odnos sa detetom, kako od pretranzicionog perioda, tako i nakon toga [53]. Pored toga, dobrobit dece u homoseksualnim vezama su sada dobro potvrđene [54]. Želja za decom je lični poriv i slobodna volja i zavisi od mnogo faktora [55]. Konačno, postavlja se i pitanje legalizacije roditeljstva (materistva i očinstva) nakon krioprezervacije sperme. Nije sigurno da li roditeljstvo može biti legalno potvrđeno bez genetskog testiranja ili legalnih procedura, što ne bi bilo drugačije od homoseksualnih parova koje takođe nije legalno regulisano u mnogima zemljama danas.

ZAKLJUČAK

Složenost fenomena rodne disforije ogleda se i u brojnim bioetičkim pitanjima, izazovima i kontraverzama od kojih će neka verovatno dobiti odgovore, dok će se neki verovatno menjati kroz vremenske epohe, a pojedina pitanja će ostati bez definitivnih odgovora. Autori ovog rada su dotakli i pokušali da promišljanjem osvetle samo neka delikatna i intrigantna bioetička pitanja, ali svakako da ovako bogata oblast nosi i brojna druga.

BIOETHICAL CHALLENGES AND CONTRAVERSIS OF THE INTERDISCIPLINARY TREATMENT OF GENDER DYSPHORIC PERSONS

Dragana Duišin¹

Jasmina Barišić¹

Borjanka Batinić^{1,2}

Srđan Milovanović^{1,3}

Marina Mihaljević¹

Summary

Gender dysphoria is a complex phenomenological entity in various aspects. One of them is interdisciplinary treatment approach which carries numerous bioethical questions: timing and the extend of offered therapeutic options, right of mental health professionals to offer and conduct partial treatment etc. Term "partial" is however controversial and in collision with elementary bioethical principles regarding patient's fundamental right to obtain complete treatment always.

Bioethical challenges proceed in postoperative clinical experiences related to reconversions and bioethical reasonableness as sometimes it's caused by poor differential diagnosis and unrecognised motives? De-transition case reports and long term follow-up's could contribute to clarification of clinical indicators pointing out the non/validity of reversal transition.

Accepted professional ethics of mental health professionals prescribe obligation to treat gender incongruent/dysphoric children and adolescents. Bioethical accuracy of gender dysphoric prepubertal children treatment includes necessity of clear definitions and complete diagnostic procedure reliability. Important questions are child maturity, capacity and capability to adapt to extreme transitional hormonal body changes. Prepubertal period impose question of adequate patient's informing consent fully satisfying legal criteria of informing and competency. Expert's opinion differs from criticized considering inappropriateness of parents imposing personal standards to their children to affirmative considering parents as most appropriate reference group to give social value judgement after consultation with doctors. Health professions included in the treatment of gender dysphoric patients have equal ethical obligation to guarantee happy and productive life to children by medical or any other interventions.

Discussion on fertility preservation in some fields of clinical medicine is routine, but controversy in gender dysphoria on expert and general public level. Such discrimination deeply undermines patient's basic bioethical rights as informing and counseling of transgender persons on contemporary opportunities of reproductive technologies is an imperative. Posttransitional parenthood has specificity in reversal parents identities and roles which makes this question much more controversial.

Key words: gender dysphoria, bioethics, transgender children and adolescence, sex-reassignment surgery, informing consent, fertility preservation.

1 Clinic for Psychiatry Clinical Center of Serbia, Belgrade, Serbia

2 Faculty of Philosophy, Department of Psychology, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

3 School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

Literatura:

1. Benjamin H. The Transsexual Phenomenon. New York, Julian Press, 1966.
2. Kavaugh JG Jr, Volkan VD. Transsexualism and a new type of psychosurgery. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy 1978; 7:366-372
3. Bradley S, Zucker K. Gender Identity Disorder: A Review of the Past 10 Years, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36 (7):872-880.
4. Olsson SE, Möller A. Regret after Sex Reassignment Surgery in a Male-to-Female Transsexual: A Long-Term Follow-Up. Arch Sex Behav, 2006.
5. Rakic Z, Starcevic V, Maric J, Kelin K. The outcome of sex reassignment surgery in Belgrade: 32 patients of both sexes. Arch Sex Behav 1996; (5):515-25.
6. Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M, Johansson LV A, Långstrom N, Landén M. Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. PlosONE 2011; 6(2): e16885
7. Johansson A, Sundbom E, Hojerback T, Bodlund O. A Five-Year Follow-Up Study of Swedish Adults with Gender Identity Disorder. Arch Sex Behav, Published online October 2009.
8. Cohen-Kettenis P, Van Gozen HM S. Sex Reassignment of Adolescent Transsexuals: A Follow-up Study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1997; 36(2): 263-271.
9. De Cuypere G, Elaut E, Heylens G, Van Maele G, Selvaggi G, T'Sjoen G, Rubens R, Hoebeke P, Monstrey S. Long-term follow-up: psychosocial outcome of Belgian transsexuals after sex reassignment surgery. Sexologies 2006; 15(2):126-133.
10. Brown, MD, George R. Bioethical Issues in the Management of Gender Dysphoria, Jefferson Journal of Psychiatry 1988; 6(1):33-44.
11. Standards of care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Nonconforming People, Version 7. World Professional Association Transgender Health, 2011.
12. Fleming M, Feinblom O. Similarities in becoming: transsexuals and adolescents. Adolescence 1984; 19:729-748.
13. Edgerton M, Langman M, Schmidt J, et al. Psychological considerations of gender reassignment surgery. Clin Plast Surg. 1982; 9:355-366
14. Fisk N. Five spectacular results. Arch Sex Behav 1978; 7:351- 369.
15. Meyer J, Reter O. Sex reassignment. Arch Gen Psychiatry 1979; 36: 1010- 1015.
16. Money J, Wolff G. Sex reassignment: male-to-female-to-male. Arch Sex Behav 1973; 2:245-250.
17. Blank R. The partial transsexual. Amer J Psychother 1981; 35: 107 -112.
18. Deutsch M. Use of the Informed Consent Model in the Provision of Cross-Sex Hormone Therapy: A Survey of the Practices of Selected Clinics. International Journal of Transgenderism 2012; 13(3):140-146.
19. Belli M. Transsexual surgery: a new tort? JAMA 1978; 239:2143-2148.
20. Levine SB, Lothstein LM: Transsexualism or the gender dysphoria syndromes.J Sex arch Ther 1981; 7:85-11.
21. Lundstrom B, Pauly I, Walinder J. Outcome of sex reassignment surgery. Acta Psych iatr Scand 1984; 70:289- 294.
20. Wise TN, Meyer JK: Transvestites who become gender dysphoric. Arch Sex Behav 1980; 9:323-337.
23. Sorensen T: A follow-up study of operated transsexual males. Acta Psychiatr Scand 1981; 63:486- 503.
24. Lee PA. Perspective on the Approach to the Intersex Child Born with Genital Ambiguity, Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism, 2004; 17.
25. Rink R, Mark C. Misseri A, Misseri R. A new classification for genital ambiguity and urogenital sinus anomalies BJU International 2005, 95(4):638-642.
26. Lothstein LM. Theories of transsexualism, in Sexuality in Medicine. 1987; Vol I. Edited by Shelp E. Dordrecht, Holland, D. Ridel.
27. Leavitt F, Berger J , Hoeppner J et al. Presurgical adjustment in male transsexuals with and without hormonal treatment. J Nerv Ment Dis 1980; 168:693- 697
28. Shtasel TF. Behavioral treatment of transsexualism: a case report. J Sex Marit Ther 1979; 5:362-367
29. Grisso T, Vierling L. Minor's consent to treatment: A developmental perspective. Professional Psychology, 1978; 9:412-427.
30. Weithorn LA. Children's capacities for participation in treatment decisionmaking.In D.H. Schetky & E.P. Benedek (Eds.), *Emerging Issues in Child Psychiatry and the Law*, 1985; (pp. 22-35. New York: Brunner/Mazel.

31. Gustafson KE, McNamara JR. Confidentiality with minor clients: Issues and guidelines for therapists. *Professional Psychology: Research and Practice* 1987; 18:503-508.
32. Holder AR. Legal issues in professional liability. In M. Lewis (Ed.), *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (2nd ed.). Baltimore, MD: Williams and Williams, 1996.
33. Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJG. The treatment of adolescent transsexuals: Changing insights. *Journal of SexulMedicine* 2008; 5(8):1892-1897.
34. Wallien MS, Cohen-Kettenis PT. Psychosocial outcome of gender dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry* 2008; 47(12):1413-1423.
35. Stephanie Swann, Sarah E. Herbert Ethical Issues in the Mental Health Treatment of Gender Dysphoric Adolescents. *Journal of Gay & Lesbian Social Services* 2000; 10:3-4:19-34
36. Enzer NB. Ethics in child psychiatry-an overview. In D.H. Schetky & E.P.Benedek (Eds.), *Emerging issues in child psychiatry and the law*. New York: Brunner/Mazel Inc. 1985; pp. 3-21.
37. Mann L, Harmoni R, Power C. Adolescent decision-making: The development of competence. *Journal of Adolescence* 1989; 12: 265-278.
38. Tancredi L. Competency for informed consent. Conceptual limits of empirical data. *International Journal of Law & psychiatry* 1982; 5(1): 51-63.
39. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Code of ethics. 1980. Washington, DC: Author.
40. Sobocinski MR. Ethical principles in the counseling of gay and lesbian adolescents: Issues of autonomy, competence, and confidentiality. *Professional Psychology: Research and Practice* 1990; 21: 240-247.
41. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics* (4th Ed.). New York: Oxford University Press; 1994; 25-260.
42. Murphy T. The Ethics of Helping Transgender Men and Women Have Children. *Perspectives in Biology and Medicine* 2010; 53(1):46-60.
43. Murphy T. The Ethics of Fertility preservation in Transgender Body Modifications. *Journal of Bioethical Inquiry* 2012; 9 (3): 311-316.
44. Alvarez-Díaz JA. A father's motherhood... or a mother's fatherhood? Transgender, assisted reproduction and bioethics. *Gaceta Medica de Mexico* 2009; 145(2):151-157.
45. Sjoen, Van Caenegem et al. Transgenderism and reproduction, ed. By Wendy Kuohung, *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes&Obesity*. 2013; 20(6):575-579.
46. Murphy T. The Ethics of Helping Transgender Men and Women Have Children in Perspectives in Biology and Medicine, Wolters Kluwer HealthLippincott Williams&Wilkins, 2013; 53(1): 46-60.
47. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: *DSM-III*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
48. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: *DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
49. Greenberg, Julie. "Legal Aspects of Gender Assignment." *The Endocrinologist* 2003; 13:3: 277-86.
50. De Sutter P, Kira K et al. The Desire to have Children and the Preservation of Fertility in Transsexual Women: A Survey. *Journal of Transgenderism*. 2002; 6:3.
51. Green R, Keverne EB. The disparate maternal aunt-uncle ratio in male transsexuals: An explanation invoking genomic imprinting. *Journal of Theoretical Biology* 2000; 202: 55-63.
52. Lande M, Westberg L, Eriksson E, et al. Association between sex steroid-related genes and male-to-female transsexualism. *Nordic Journal of Psychiatry* 2000; 54: 90.
53. Cohen-Kettenis PT, Gooren LJ. Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research* 1999; 46: 315-333.
54. Breweays A et al. Donor insemination: child development and family functioning in lesbian mother families. *Human Reproduction*, 1997; 12: 1349-1359.
55. Robertson JA. Procreative liberty, embryos, and collaborative reproduction: a legal perspective. *Women's Health*, 1998; 13: 179-194.

Dragana Duišin
Klinika za psihijatriju KCS
Pasterova 2, 11000 Beograd
E-mail: draganaduisin@gmail.com

ESTETSKA HIRURGIJA U TRETMANU TELESNOG DISMORFIČKOG POREMEĆAJA – PARADOKS BIOETIKE

Borjanka Batinić^{1,2}

Dragana Duišin¹

Jasmina Barišić¹

Kratak sadržaj

Telesni dismorfički poremećaj pripada opsessivno-kompulzivnom spektru poremećaja i karakteriše se opsessivnom preokupacijom minornim ili nepostojecim manama u fizičkom izgledu koje nisu vidljive ili su beznačajne za druge ljude, uz repetitivna ponašanja kao što su konstantno ogledanje, preterano doterivanje, kamuflaža, traženje razuvarevanja, itd. Koža, kosa i nos su najčešće područja opsessivnih preokupacija. Uzrokuje znacajnu patnju i oštećenje funkcionalnosti. Stope suicidalne ideacije iznose i do 80%, a pokušaji sucida u toku života od 24%-48%. Istraživanja ukazuju da 27%-39% ovih pacijenata nema uvid u poremećaj. Pogadja 0.7%-2.4% opšte populacije, a ucestalost u ordinacijama plastične hirurgije iznosi 6.3%-9%. Želja za estetskom hirurgijom u ovom slučaju je deo problema: pogrešnog verovanja da je "greška" u telu.

Estetska hirurgija u nekim slučajevima može da doneše privremeno olakšanje, kao svojevrsan kompulzivni akt, ali dugotrajna praćenja ukazuju da održava ili pogorsava telesni dismorfički poremećaj, jer se u setingu "nelimitiranog narcizma" najčešće egzacerbira preokupacija telesnim nedostacima. Zbog toga što se radi o poremećaju slike tela i opsesiji zamišljenim a ne realnim defektom, povećavaju se zahtevi za ponovljenim intervencijama da bi se postiglo "idealno rešenje", čime mnogi od ovih pacijenata postaju "adikti plastične hirurgije" i u krajinjem ishodu žrtve "viška operativnih intervencija". Tako su hiruške intervencije kod osoba sa telesnim dismorfičkim poremećajem kristalizacija paradoks vezanih za estetsku hirurgiju kao način lečenja "kompleksa inferiornosti" i "uravnoteženja psihe".

Uz prikaz slučaja iz naše kliničke prakse, diskutovani su etički paradoksi hiruških intervencija kod osoba sa telesnim dismorfičkim poremećajem vezani za hirurgiju "po želji", poštovanje prava autonomije, principi dobrobiti pacijenta i nenanošenja štete, informisani pristanak, itd. Ukazano je na načine i neophodnost identifikacije osoba sa telesnim dismorfičkim poremećajem u ordinacijama estetskih hirurga i njihovo upućivanje na psihijatrijski tretman. Sa velikom mogućom izmene telesnog izgleda u modernom društvu, treba da raste i odgovornost plastičnih hirurga i etičko preispitivanje profesionalnog ponašanja.

Ključne reči: telesni dismorfički poremećaj, estetska hirurgija, paradoks, bioetika

1 Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd

2 Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Odeljenje za psihologiju

Napomena: Rad je saopšten na simpozijum Klinike za psihijatriju Kliničkog Centra Srbije „Bioetika i psihijatrija“ održanom u Beogradu od 9-10 oktobra, 2014.

UVOD

Mnogi ljudi nisu zadovoljni svojim telesnim izgledom. Kod žena, prevalenca zabrinutosti oko telesnog izgleda je najviša u dobroj grupi izmedju 18-30 godina (69%) i ostaje visoka sve do 60-e godine (63%). Medju muškarcima, prevalenca zabrinutosti oko telesnog izgleda je najviša u dobroj grupi od 18-21 godine (56%), ali progresivno raste prema dobi od 60 godina. Briga oko izgleda nosa, telesne težine i izgleda kože predominira kod oba pola, kod žena posebno briga oko izgleda grudi i stomaka i briga oko prerane čelavosti kod muškaraca [1].

Brojni faktori utiču na formiranje doživljaja slike tela, od kojih je jedan percepcija tela. Percepcija se može odnositi na aktuelni vizuelni doživljaj ili interpretaciju vizuelizacije, drugim rečima kognitivnu procenu. Koncept poremećaja doživljaja slike tela uključuje različite psihološke faktore kao što su generalno nezadovoljstvo telom, uznenirajuće emocije oko doživljaja telesne slike, prekomerno ulaganje u fizički izgled i slabiji kvalitet života. Tako, doživljaj slike tela leži na kontinuumu od nezadovoljstva telom do telesnog dismorfičkog poremećaja [2], [3].

TELESNI DISMORFIČKI POREMEĆAJ

Telesni dismorfički poremećaj se karakteriše preokupacijom sa jednim ili više zamišljenih ili neznatnih defekata ili mana u telesnom izgledu koje su neprimetne ili beznačajne za druge ljude [4]. Osoba veruje da je neprivlačna, ružna ili deformisana, u spektru od "lošeg izgleda" do "monstruoznosti", što uzrokuje značajnu patnju i ostećenje intimnog, socijalnog i profesionalnog funkcionisanja. Najčešće zo-

ne preokupacije uključuju kožu (akne, ožiljci, crvenilo, bledilo), nos (veličina ili oblik), kosu ("tanka" dlaka ili "gusta" dlaka) i lice (jagodice, simetrija, itd.). Područje preokupacije se može menjati tokom vremena, obuhvatajući različite delove tela (npr. oči, zubi, grudi, noge, stomak, obrve, genitalije). Za razliku od normalnih preokupacija izgledom, preokupacije kod telesnog dismorfičkog poremećaja imaju opsesivan karakter tj. intruzivne su, neželjene, oduzimaju vreme (u prosекu 3-8 sati dnevno) i teške su za odupiranje i kontrolu [5]. U odgovor na opsesivne preokupacije osoba izvodi repetitivna ponašanja ili mentalne akte koji uključuju konstantno ogledanje u ugledalu i drugim reflektujućim površinama, porednjenje delova tela sa telesnim izgledom drugih osoba, preterano doterivanje, naročito kada je koža u pitanju, kamufliranje "defekta" sa odećom ili šminkom, čepkanje kože, traženje razuveravanja od drugih u vezi opažene telesne mane, preterano vežbanje, traženje dermatoloških konsultacija i usluga estetskih hirurga [6], [7]. Skoro svi pacijenti sa telesnim dismorfičkim poremećajem izbegavaju socijalne situacije u kojima mogu biti svesni sopstvenog izgleda, kao i zabavljanje i intimnost. Strategije prevazilaženja ovakvih situacija uključuju upotrebu alkohola i ilegalnih supstanci, što je slično ponašanju obolelih od socijalne fobije. Verovanja u vezi defekta nose jako lično značenje. Verovanje da mu je nos suviše veliki uslovilo je da jedan pacijent misli da će ostati sam do kraja života i da izgleda "kao kriminalac". Neki mogu ispoljiti ideje uticaja, verujući da ljudi oko njih primećuju "defekt", da ih negativno ocenjuju i ponižavaju kao posledicu njihove "ružnoće" [8].

Zbog toga što postoji značajno prepoznavanje između telesnog dismorfičkog i opsesivno-kompulzivnog poremećaja u odnosu na karakteristike simptoma, komorbiditet, porodične karakteristike, genetiku i modalitete tretmana (SSRIs i kognitivno-bihevioralna terapija), u poslednjoj reviziji Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje Američkog udruženja psihijatara (DSM-5) [4], telesni dismorfički poremećaj je klasifikovan unutar odeljka "Opsesivno-kompulzivni i povezani poremećaji". Uključuje sledeće dijagnostičke kriterijume:

- A. Preokupacija se jednim ili više opaženih defekata ili mana u fizičkom izgledu koju drugi ljudi ne opažaju ili im se čine neznatnim.
- B. U nekom periodu trajanja poremećaja osoba izvodi repetitivna ponašanja (npr. ogledanje, preterano doterivanje, čeprkanje kože, traženje razuveravanja) ili mentalne akte (npr. poredjenje sa izgledom drugih osoba), kao odgovor na brigu povodom izgleda.
- C. Preokupacija uzrokuje značajnu patnju ili oštećenje u socijalnom, radnom ili drugim važnim oblastima funkcionisanja.
- D. Preokupacija izgledom se ne može bolje objasniti brigom oko masnih naslaga ili telesne težine kod osoba koje zadovoljavaju kriterijume za poremećaj ishrane.

Specifikovati:

Sa muskularnom dismorfijom: Osoba je preokupirana idejom da je njen telo suviše malo ili nedovoljno maskulizованo. Ova specifikacija se koristi i kada je osoba preokupirana drugim delovima tela, što je čest slučaj.

Specifikovati:

Naznačiti stepen uvida u ideje koje se tiču telesnog dismorfičkog poremećaja (npr. "Izgledam ružno" ili "Izgledam deformisano"):

Sa dobrim ili korektnim uvidom: Osoba prepoznaće da verovanja u vezi telesnog dismorfičkog poremećaja definitivno ili verovatno nisu istinita ili ne mogu biti istinita.

Sa slabim uvidom: Osoba misli da su verovanja u vezi telesnog dismorfičkog poremećaja verovatno istinita.

Sa odsutnim uvidom/sumanuta verovanja: Osoba je potpuno uverena da su verovanja u vezi sa telesnim dismorfičkim poremećajem istinita.

Iako su simptomi telesnog dismorfičkog poremećaja generalno slični simptomima opsesivno-kompulzivnog poremećaja, 27%-39% pacijenata sa telesnim dismorfičkim poremećajem nema uvid u poremećaj, tj. ima sumanuta verovanja, za razliku od 2% kod obolelih od opsesivno-kompulzivnog poremećaja [9], [10], [11]. Što manje veruju da su njihovi simptomi iracionalni, manje su motivisani za tretman. Oni sa očuvanim uvidom kriju svoje tegobe i oklevaju da potraže psihijatrijski treman zbog stida i stigme. Drugi faktor koji doprinosi odlaganju dijagnoze je često traženje pomoći od strane dermatologa i plastičnog hirurga, u pokušaju da se opažene mane estetski koriju.

Prevalenca telesnog dismorfičkog poremećaja u opštoj populaciji iznosi 0.7%-2.4%, i 13% kod hospitalizovanih psihijatrijskih pacijenata [12], [13]. U uzorku Koran i sar. [12], prevalenca kod žena je iznosila 2.5% a kod muškaraca 2.2%. Prevalenca se smanjuje posle 44-e godine života. Srednja godina početka poremeća-

ja je izmedju 16-17 godina, sa najčešćim početkom u dobi od 12-13 godina. Dve trećine obolelih ima početak poremećaja pre 18 godina [4]. Poremećaj je povezan sa visokim stopama hospitalizacije (48%) [14], suicidalne ideacije (78%) i pokušaja suicida u toku života (27.5%-48%) [15]. Ove osobe najčešće žive same, izolovane, vezane za kuću i nisu zaposlene [16].

Vecina pacijenata sa telesnim dismorfičkim poremećajem koja je vidjena u kliničkim uslovima ima komorbidni mentalni poremećaj. Major depresija je najčešći komorbidni poremećaj sa aktuelnom stopom od 75% i stopom od 61% u toku života, a slede socijalna fobia, opsesivno-kompulzivni poremećaj i poremećaj upotrebe supstance [17]. U istraživanju Phillips i McElroy [18] 57% pacijenata sa telesnim dismorfičkim poremećajem je imalo poremećaj ličnosti, sa izbegavajućim poremećajem ličnosti kao najčešćim (43%), a slede zavisni (15%), opsesivno-kompulzivni (14%) i paranoidni poremećaj ličnosti (14%). Takodje su ispoljavali visoke skorove na neuroticizmu i nisku ekstraverziju.

U riziko-faktore za nastanak telesnog dismorfičkog poremećaja ubrajaju se: a) genetska predispozicija, b) stidljivost, perfekcionizam ili anksioznost, što delom može biti genetski determinisano, c) neželjena dogadjanja u detinjstvu kao što su zadirkivanje od strane druge dece ili maltretiranje, nerazvijeni odnosi sa vršnjacima, socijalna izolacija, nedostatak podrške porodice, seksualno zlostavljanje, e) istorija dermatološke ili fizičke stigme koja je skorašnje razrešena (npr. akne kod adolescenata), f) veća estetska osjetljivost nego uobičajeno, što rezultira u većem emocionalnom odgovoru na atraktivnije osobe i pridavanju veće vrednosti značaju izgleda u sopstvenom identitetu; veće

estetske opažajne veštine mogu biti manifestovane u edukaciji ili tretingu iz umetnosti ili dizajna [8], [19,] [20]. Etiologija je multifaktorijska i uključuje deficit u procesiranju slike tela.

NEUROBIOLOŠKE ABNORMALNOSTI KOD OSOBA SA TELESNIM DISMORFIČKIM POREMEĆAJEM

Neurobiološke abnormalnosti igraju ulogu u etiologiji i održavanju simptoma telesnog dismorfičkog poremećaja i uključuju poremećaje u procesiranju informacija (vizuospacialne i opažajne). Klinički, osobe sa telesnim dismorfičkim poremećajem se primarno fokusiraju na detalje svoga telesnog izgleda nauštrb globalnih aspekata figure. Neuropsihološka pilot studija Yaryura-Tobias i sar. [21] ukazala je da ove osobe kao i oboleli od opsesivno-kompulzivnog poremećaja u odnosu na kontrolnu grupu u 50% slučajeva modifikuju sopstvene facialne karakteristike na kompjuterizovanoj slici lica, što ukazuje na abnormanosti u procesiranju sopstvenoga lica. Takodje, istraživanje memorijskih karakteristika osoba sa telesnim dismorfičkim poremećajem ukazuje na značajne razlike u prisećanju uslovljene deficitom organizacionih strategija u odnosu na zdravu kontrolu, slično kao kod osoba sa opsesivno-kompulzivnim poremećajem [22].

Feusner i sar. [23] su funkcionalnom magnetnom rezonancom (fNMR) pratili pacijente sa telesnim dismorfičkim poremećajem i zdravu kontrolu za vreme vizuelnog procesiranja lica i utvrdili da osobe sa telesnim dismorfičkim poremećajem pokazuju fundamentalnu razliku u procesiranju lica drugih ljudi. Oni su pokazali veću aktivnost leve hemisfere u poredje-

nju sa kontrolom, posebno u lateralnom prefrontalnom korteksu i lateralnom levom lobusu za sve zadatke sa licima i dorsalnu prednju cingulatnu aktivnost za vreme primene niskih rezolucija. Ove abnormalnosti mogu biti povezane sa jasnim distorzijama percepcije kod pacijenata sa telesnim dismorfičkim poremećajem. Činjenica da se ove distorzije dešavaju i pri procesiranju lica drugih ljudi, ukazuje na poremećaj vizuelnog procesiranja i van sopstvenog izgleda. Istraživanje Buhlmann i sar. [24] ukazalo je da u poređenju sa kontrolom, osobe sa telesnim dismorfičkim poremećajem manje tačno identifikuju emocionalnu ekspresiju lica drugih ljudi i da ih češće pogresno interpretiraju kao ljutnju. Slab uvid i ideje odnosa često prisutni kod ovih pacijenata mogu se delom objasniti ovim pogresnim prepoznavanjem ljutnje i odbacivanja od strane drugih, što zauzvrat povećava brigu oko sospstvene "ružnoće" i socijalne nepoželjnosti.

U drugom istraživanju Feusner i sar. [25] potvrđene su abnormalnosti u vizuelnom procesiranju i fronto-strijatnom sistemu kod pacijenata sa telesnim dismorfičkim poremećajem. Dobijena je relativna hiperaktivacija levog orbito-frontalnog korteksa i bilateralno glave kaudatusa za sopstveno lice nasuprot poznatih lica, i relativna hipoaktivnost okcipitalnog orteksa na niske rezolucije lica. Razlike u aktivnosti fronto-strijatnog sistema pri gledanju sopstvenog nasuprot lica poznatih osoba, ali ne i vizuelnog korteksa, bile su u kovarijaciji sa rejtiranjem averzivnosti facijalnih stimulusa. Težina simptoma telesnog dismorfičkog poremećaja korelirala je sa aktivnošću fronto-strijatnog sistema i vizuelnog korteksa. Hipoaktivacija u okcipitalnom korteksu za niske rezolucije lica može ukazivati ili na primarne abnor-

malnosti vizuelnog sistema za elemente konfiguracije lica ili "top-down" (engl. odozgo-na dole) modulaciju vizuelnog procesiranja. Fronto-strijatna hiperaktivnost može biti povezana sa averzijom prema sopstvenom izgledu i simptomima opsesivnog mišljenja i kompulzivnog ponašanja.

KOGNITIVNO-BIHEJVIORALNI MODEL TELESNOG DISMORFIČKOG POREMEĆAJA

Veale [26] je predložio kognitivno-bihevioralni model nastanka i održavanja telesnog dismorfičkog poremećaja. Začarani krug počinje opažanjem telesnog izgleda (npr. ogledanjem) koje aktivira poremećenu mentalnu sliku. Proces selektivne pažnje pojačava svesnost o izgledu i specifičnim karakteristikama izgleda. Osobe sa telesnim dismorfičkim poremećajem rejtiraju sopstveni telesni izgled više negativno, ponavljanju i "živo" nego normalna kontrolna grupa. Telesna slika ovih osoba je više poremećena, i zamišljeni defekti dobijaju velike proporcije u celoj slici. Karakteristično je da osobe sa telesnim dismorfičkim poremećajem sebe posmatraju više iz uloge spoljašnjeg opservera, slično kao kod pacijenata sa socijalnom fobijom. Perspektiva opservera se sastoji od posmatranja sebe iz perspektive druge osobe. Pretpostavlja se da je aktivacija mašte povezana sa povišenim fokusiranjem na odredjene karakteristike slike, vodeći uvećanju odredjenih aspekata, što vodi poremećenoj slici tela. Sledeći korak je negativna procena i estetski sud o telesnoj slici, putem aktivacije prepostavki i vrednosti u vezi značaja telesnog izgleda. Kod telesnog dismorfičkog poremećaja spoljašnji izgled se identificuje sa selfom i centrom "personalnog domena" [27]. Ti-

pične pretpostavke glase :”Ja sam neatraktivran, tako da život nije vredan življenja”, ”Ja sam defektan, tako da će biti sam do kraja života” ili ”Mogu da budem produktivan samo kada dobro izgledam” [16]. Preokupacija se održava putem različitog sigurnosnog ili submisivnog ponašanja, kao što je proveravanje izgleda u ogledalu, kamufliranje da bi se sprecile procene drugih ljudi ili napor da se unapredi izgled. Međutim, ovi manevri samo povećavaju dileme i potkrepljuju disfunkcionalne emocije i ponašanje, održavajući začarani krug.

ESTETSKE HIRURŠKE INTERVENCIJE KOD PACIJENARA SA TELESNIM DISMORFIČKIM POREMEĆAJEM

Osobe sa telesnim dismorfičkim poremećajem često traže estetske hiruške tretmane pre nego psihološku pomoć, da bi se rešili ”defekta”. Procenjena prevalenca u uzorku pacijenata u ordinacijama plastičnih hirurga je između 6.3%-9% [28], [29]. Istraživanja ukazuju da je 71% do 76% ovih osoba tražilo, a 64%-66% primilo kozmetske tretmane [30], [30]. Najveći zahtevi bili su za rinoplastikom, liposukcijom i uvećanjem grudi. Primanje minimalno invazivnih i dentalnih intervencijskih tretmane je takođe učestalo [31]. Dvadeset šest procenata pacijenata sa telesnim dismorfičkim poremećajem je imalo jednu ili više plastičnih operacija [30]. Studija Sarwer-a [32] je ukazala da je oko 82% plastičnih hirurga koji su tretirali pacijente sa telesnim dismorfičkim poremećajem primetilo razočarenje pacijenata sa postoperativnim ishodom. Istraživanje Metcalfe i sar. [33] o prevalenci telesnog dismorfičkog poremećaja kod žena koje traže rekonstrukciju dojki ukažalo je da je telesni

dismorfički poremećaj značajno učestaliji kod žena koje traže rekonstrukciju dojki u odnosu na opštu populaciju (17% versus 2%, $p < 0.01$). Takođe, mnogo je češći kod pacijentkinja koje planiraju rekonstrukciju (u odnosu na one koje žele odmah da se podrivrgnu intervenciji (34% versus 13%).

Pregled retrospektivnih studija ishoda estetskih operacija ukazuje da pacijenti sa telesnim dismorfičkim poremećajem tipično nemaju koristi od hiruškog tretmana [34]. Ovi nalazi ukazuju da većina pacijenata sa telesnim dismorfičkim poremećajem traži i prima nepsihijatrijski tretman sa tendencijom slabog uspeha. Crerand, Menard i Phillips [35] su potvrdili loš dugotrajni ishod telesnog dismorfičkog poremećaja nakon hiruške intervencije, sa pogoršanjem preokupacija oko operisanih dela tela i povećanjem sveukupne težine poremećaja. Ovi nalazi u skladu su sa činjenicom da je preokupacija kod pacijenata sa telesnim dismorfičkim poremećajem u slaboj vezi sa objektivnim telesnim izgledom. Jedna četvrтina hiruških i minimalno invazivnih procedura su rezultirale u dugotraјnom poboljšanju preokupacija tretiranim delom tela. Dodatnih 43.4% pacijenata je imalo privremeno poboljšanje u izgledu i smanjenje preokupacija koje se nije održalo vremenom. Ovo može voditi opažanju estetskih hirurga da telesni dismorfički poremećaj nije uvek kontraindikacija za hirušku intervenciju. Međutim, vremenom, mnoga poboljšanja se nisu održala i stope dugotraјnog poboljšanja simptoma nakon hiruške i minimalno invazivnih procedura su pale na 2.3%. Jedno od objašnjenja je da pacijenti na kon hiruške intervencije ”prebace” preokupacije na druge delove tela (npr.”Iako moj nos izgleda bolje, sada mi je stomak prioritet”). Ovo premeštanje preokupaci-

je na drugi deo tela nije neočekivano jer se poremećaj karakteriše iskrivljenom slikom tela i tendencijom da se ekcesivno brine o nepostojećim ili minornim telesnim manama. Tako, nije verovatno da će "površna" promena koja se izvodi hiruškim zahvatom izlečiti telesni dismorfički poremećaj. Zbog toga što se radi o opsesiji telesnim izgledom a ne realnim defektom povećavaju se zahtevi za ponovljenim intervencijama da bi se postiglo "idealno rešenje", čime mnogi od ovih pacijenata postaju "adikti plastične hirurgije" i u krajnjem ishodu žrtve "viška operativnih intervencija". Tako su estetske hiruške intervencije kod osoba sa telesnim dismorfičkim poremećajem kristalizacija paradoksa vezanih za estetsku hirurgiju kao način lečenja "kompleksa inferiornosti" i "uravnoteženja psihe".

U istraživanju ishoda kozmetskih operacija kod 25 pacijenata koji su imali ukupno 46 hiruških plastičnih intervencija, Veale [36] je utvrdio da je najgori ishod bio kod pacijenata sa rinoplastikom i onih koji su imali ponovljene operacije. Mamoplastika i korekcija ušiju su bili povezani sa najvišim stepenom zadovoljstva. Devet pacijenata, bilo što su bili nezadovoljni ishodom operacija ili što nisu mogli da ih priuštite su pokušali "uradi sam" hirurgiju kojom bi dramatično promenili sopstveni izgled (navode se zasećanje nožem sa ciljem da se istisne mast iz bokova, korišćenje šmirgle za "dermoabraziju" da bi se uklonili ožiljci sa lica, itd.). Oko 50% pacijenata je nakon operacije fokusiralo preokupacije na drugi deo tela. Prospektivna studija Tignol i sar. [37] pacijenata sa minimalnim telesnim manama koji su se podvrgli hiruškim zahvatima ukazala je da kozmetska hirurgija nije imala efikasnost na telesni dismorfički poremećaj, stepen hendikepa ili komorbidit-

tet. Sa druge strane, jednogodišnje praćenje Felix i sar. [38] 31-e žene sa blagim do umerenim telesnim dismorfičkim poremećajem koje su se podvrgle rinoplastici ukazalo je da je 81% pacijentkinja ušlo u kompletnu remisiju, a 90% je i dalje bilo zadovoljno rezultatima. Međutim, ostaje problem premeštanja opsesije na drugi deo tela i ishod nakon dužeg praćenja.

Kada su pacijenti sa telesnim dismorfičkim poremećajem nezadovoljni hiruškom intervencijom, često osećaju krivicu i ljutnju na sebe ili hirurga koji je njihov izgled učinio gorim, što vodi doživljaju neuspeha da se postigne zamišljeni telesni ideal i depresiji i suicidalnim idejama. Ovo zauzvrat uslovjava pojačano ogledanje i zahteve za ponovljenim hiruškim intervencijama [8].

ETIČKI PARADOKSI PRIMENE ESTETSKE HIRURGIJE KOD OBOLELIJH OD TELESNOG DISMORFIČKOG POREMEĆAJA

Baouchaump i Childres su, prema Nugent [39], predstavili četiri bazična etička principa kojima treba da se rukovodi savremena medicina, a koja bi trebala da budu "most" izmedju "visokog nivoa etičnosti koji nameću teorije o moralnosti i "nizeg nivoa uobičajene moralnosti". Ovi principi uključuju: poštovanje prava na autonomiju, dobrobit pacijenta, nenanošenje štete i pravdu. Kako ovi principi dolaze u paradoks ukoliko osoba sa telesnim dismorfičkim poremećajem zahteva korektivnu estetsku operaciju?

Pravo na autonomiju polazi sa stanovišta da zrela odrasla osoba ima bazično pravo na samoopredeljenje, posebno u privatnom i intimnom kontekstu sopstvenog telesnog integriteta, tj. na oblikovanje

i razoblikovanje sopstvenog tela. Pravo autonomije dopušta da zrela individua može da se podvrgne čak i ekstremnim formama i preteranom broju estetskih intervencija sve dok je u potpunosti unapred procenila moguće fizičke i psihičke posledice takvih intervencija. Sa pravom autonomije povezana je i obaveza davanja informisanog pristanka. Pacijent treba da potpisne informisani pristanak, dokument koji ukazuje na rizike i ograničenja hiruške procedure, a potpisom stavlja na znanje da ih shvata i prihvata. Nije neophodno da se diskutuje svaka komplikacija, i ne zahteva se da pacijent bude kompletно mentalno kompetentan. Kod telesnog dismorfičkog poremećaja distorzija sopstvene telesne slike čini da nisu sposobni za rasudjivanje ove vrste, tako da su lični standari ovde nedovoljni i nemogući za ispunjenje. Sa visokim stopama slabog ili odsutnog uvida, pacijenti sa telesnim dismorfičkim poremećajem imaju narušenu kompetentnost u davanju informisanog pristanka, ostavljajući plastičnog hirurga vulnerablem na etičku i zakonsku odgovornost ukoliko izvrši hirušku intervenciju uprkos što je dobio informisani pristanak. I hirurg ima autonomno pravo da ne izvodi operacije za koje smatra da neće biti od koristi pacijentu i gde rizik prevazilazi dobrobit, čak i kada su rizik i korist lični, odnosno kada ima materijalnu dobit ili strah da će kasnije biti tužen. Rezultati mnogih istraživanja iz ove oblasti nameću obavezu estetskim hirurzima da usvoje znanje i vesteine pažljive evaluacije pacijenata i da odbiju pružanje usluge u dubioznim slučajevima.

Princip dobrobiti podrazumeva da lekar radi u najboljem interesu pacijenta. Medjutim, nije uvek moguće odrediti najbolji interes pacijenta. Nekada je teško identifikovati osobe sa telesnim dismor-

fičkim poremećajem medju osobama koje traže usluge plastičnih hirurga a koje ovaj poremećaj nemaju. Nezadovljstvo u vezi slike tela je multidimenzionalni konstrukt koju uključuje opažanje, misli i osećanja u vezi sopstvenog tela, što je veoma prisutno u opštoj populaciji. Mnogi ljudi pate od realnih mana u svome izgledu i oni su grupa koja može imati dobrobit od estetske hirurgije. Da sve bude dodatno komplikovano, varijacije u fizičkom izgledu koje mogu biti normalne za običnog posmatrača, mogu biti procenjene kao vidljiv defekt podložan korekciji od strane plastičnog hirurga više familijarnog sa estetkim idealima, što ga čini manje osetljivim da prepozna obim u kome je pacijentova želja za promenom patološka. Sugeriše se da je dobar vodič za razrešenje ove dileme nivo emocionane patnje i poremećenost ponašanja unutar populacije koja traži hiruške intervencije [40].

Princip nenanošenja štete znači da estetski hirurg nikad neće uraditi nešto van najboljeg interesa pacijenta i da mu neće naneti stetu. On može odbiti da operiše pacijenta ako smatra da to nije u njegovom najboljem interesu, ili može oklepati da operiše pacijenta sa nerealističnim očekivanjima, ako rizik hiruškog zahvata može prevazilaziti dobrobit. U slučaju telesnog dismorfičkog poremećaja, operacijom, fizički, hirurg može da ne nanese štetu pacijentu, i da je tehnički operacija koraktna. Čak i ako se gleda psihička dobrobit, estetska hirurgija u nekim slučajevima može da donese privremeno olakšanje, kao svojevrsan kompulzivni akt kojim se redukuju anksioznost i druga negativna osećanja. Međutim, kako se radi o poremećenoj slici tela, česti su zahtevi za ponovljenim intervencijama da bi se postiglo "idealno rešenje", čime mnogi od ovih pacijenata postaju "adikti plastične hirur-

gije” i u krajnjem ishodu žrtve “viška operativnih intervencija”. Tako su estetske intervencije kod osoba sa telesnim dismorfičkim poremećajem kristalizacija paradoksa vezanih za estetsku hirurgiju kao način lečenja “kompleksa inferiornosti” i ”uravnoteženja psihe”. Dugotrajna praćenja ukazuju da estetske hiruške intervencije održavaju ili pogoršavaju telesni dismorfički poremećaj, jer se u setingu ”nelimitiranog narcizma” najčešće egzacerbira preokupacija telesnim nedostacima.

Princip pravde znači da je medicinska pomoć dostupna svima. Međutim, resursi su ograničeni i usluge estetske hirurgije ne mogu da budu pružene svima. U privatnom sektoru, međutim, onaj ko može da plati može da bude operisan. Ova činjenica može u nekim slučajevima uslovitи poziciju balansiranja izmedju profita i etike [41]. Estetska hirurgija pravi profit na ideologiji društva koje kao najviše vrednosti promovise sujetu, mladost i lepotu. Prava vrednost osobe ne može biti redukovana na telesni izgled i medicina mora da pruži otpor modernoj ideologiji i pokuša da pomogne ljudima da nadju autentičan kontakt sa samim sobom [42].

Balansirajući izmedju sigurnosti i psihološkog zadovoljstva pacijenta sa telesnim dismorfičkim poremećajem i prava pacijenata sa mentalnim poremećajem da se podržavaju estetskoj intervenciji bez neopravdanog nadzora, i prava estetskog hirurga da pruži uslugu bez preteranog mešanja sa strane, kompromis bi možda bio obavezan preoperativni skrining i odgovornost za previdjanje teških slučajeva telesnog dismorfičkog poremećaja. Nerealistično je očekivati da plastični hirurzi rade kompleksne psihološke testove kod svakog pacijenata, ili da se dodatno obučavaju iz psihijatrije i psihologije

je, ili da plaćaju stalnog psihijatra konsultanta, ali treba da su familijarni sa mnogim kognitivnim i ponašajnim indikatorima koji ukazuju na telesni dismorfički poremećaj [39].

Podaci ukazuju da plastični hirurzi odbijaju da operisu pacijeta kada smatraju da je operativni zahvat nepotreban. U istraživanju Sarwer i sar. [43] 84% estetskih hirurga je nekad odbilo da operiše pacijente za koje su smatrali da imaju telesni dismorfički poremećaj, što ukaže na etičnost profesije ali i omogućava da se uspostave minimalni standari oko situacije da se odbiju kandidati koji imaju telesni dismorfički poremećaj. Ako pacijent ulazi u ”radnje doktora” sve dok ne pronadje nekoga ko će obaviti posao, svaki hirurg koji bi eventualno pristao izlaže se riziku medicinskog nemara izvodeći proceduru koja je kontraindikovana, iako etička obaveza nije nužno i zakonska.

Ustanovljenje protokola za dijagnozu telesnog dismorfičkog poremećaja ne bi bio samo etička odgovornost prema pacijentima nego i u interesu samih hirurga. Istraživanja ukažuju da pacijenti sa telesnim dismorfičkim poremećajem mogu ispoljavati agresiju prema hirurgu koji je izvršio estetski zahvat, kako pretnjama i izvršenjem nasilja, tako i krivično-pravnom odgovornošću [43].

Očigledno, lekari koji pružaju estetske intervencije suočavaju se sa mnogobrojnim etičkim dilemama. Nažalost, nema jasnih vodiča kako izbeći nepotrebne intervencije kod klijenata kod kojih bi ko-rektivne estetske intervencije bile kontraindikacija. Ono što je preporuka, je da se ne operisu pacijenti sa jasnom dijagnozom telesnog dismorfičkog poremećaja kako zarad dobrobiti pacijenta tako i rizika etičke i krivično pravne odgovornosti lekara, čime bi preoperativni psihološki

skrining trebao da postane obaveza. Dok ovaj skrining ne postane obavezni, estetska hirurgija kod pacijenata sa telesnim dismorfičkim poremećajem ostaje siva zona bioetike [44].

PREDLOG PROTOKOLA ZA SKRINING NA TELESNI DISMORFIČKI POREMEĆAJ U ORDINACIJAMA ESTETSKE HIRURGIJE

Opšti psihološki skrining

Zbog velikog broja pacijenata koji traže kozmetske tretmane, smatra se da je opšta psihološka trijaža pacijenata neophodna [39]. Ovo može biti učinjeno kroz intervju ili samorejtirajuće upitnike, ili oboje. Na raspolaganju su nekoliko upitnika efikasnih za dijagnozu telesnog dismorfičkog poremećaja kao što su "The Cosmetic Procedure Screening Scale" (COSS) [45], skrining skala za dijagnozu telesnog dismorfičkog poremećaja u ordinacijama estetske hirurgije; "Body Dysmorphic Disorder Questionnaire" (BDDQ) [46] kratak, semistrukturisan upitnik baziran na DSM-IV kriterijumima, APA, 2000). ;"Body Dysmorphic Disorder Modification of the Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (BDD-YBOCS) [47], i drugi.

Kada postoje podaci da pacijent ima telesni dismorfički poremećaj, treba ga uputiti psihijatru koji će bolje proceniti da li je pacijent pogodan za operativni kozmetski zahvat, i ko će dalje da prati i leći pacijenta.

Simtomi upozorenja na telesni dismorfički poremećaj

Odredjena ponašanja za vreme konsultacije u ordinaciji estetskog hirurga tre-

ba da budu signal upozorenja da hirurg treba dodatnim skriningom da se uveri da li je pacijent podoban za kozmetski hiruški zahvat. Za vreme preoperativnih konsultacija hirurg bi trebalo da primeti da se pacijent opsensivno ogleda u ogledalu ili drugim reflektujućim površinama, da maskira prepostavljeni deformitet određenom frizurom, šminkom ili odećom. Takođe, može čeprkati kožu ili podešavati poziciju tela da bi "poboljšao" ili sakrio "defektni" deo i biti depresivan ili anksiozan.

Ispitanje motivacije za hiruški zahvat

Deo odgovornosti hirurga je da podrobno ispita motive za estetsku korekciju i očekivanja od procedure. Hirurg bi trebalo da ispita mogućnost postojanja telesnog dismorfičkog poremećaja kod osoba koje zahtevaju izmene multiplih regija svoga tela za vreme jedne konsultacije i koji imaju nerealna očekivanja o uticaju fizičkog izgleda na različite aspekte njihovog života.

Procena stepena disfunkcionalnosti pacijenta

Hirurg može postaviti pitanja kako preokupacija "manom" utiče na život pacijenta, tj. treba utvrditi funkcionalisanje u različitim aspektima života (lični, socijalni, profesionalni), da bi se ustanovalo da li ima dovoljno disfunkcionalnosti da bi se dijagnostikovalo telesni dismorfički poremećaj. Stepen preokupacije, patnja i oštećenje funkcionalisanja u različitim oblastima života korisni su vodiči ka ispravnoj dijagnozi. Phillips [39] smatra kao indikativnim preokupacije koje traju najmanje jedan sat dnevno. U proseku, osobe sa telesnim

dismorfičkim poremećajem su preokupirane sopstvenim izgledom od 3-8 sati dnevno, a nekada i po čitav dan.

Istorija hiruških intervencija

Mnogi pacijenti sa telesnim dismorfičkim poremećajem imaju prethodnu istoriju estetskih hiruških intervencija ili drugih manje invazivnih kozmetskih intervencija. Kako se "adikti" kozmetske hirurgije kreću izmedju nekoliko lekara, nekada ovaj podatak nije dostupan jer mogu kriti prethodne intervencije.

Demografske karakteristike

U poredjenju sa drugim osobama koje traže estetske hiruske intervencije, pacijenti sa telesnim dismorfičkim poremećajem su značajno mlađi.

PRIKAZ SLUČAJA IZ NAŠE KLINIČKE PRAKSE

U Journal of Clinical Research & Bioethics [44] diskutovali smo etičnost estetskih hiruških zahvata kod pacijenata sa telesnim dismorfičkim poremećajem na primeru pacijenta iz naše kliničke prakse, sa dijagnozom telesnog dismorfičkog poremećaja sa slabim uvidom i pokušajem korekcije sopstvene "nesavršenosti" u or-

dinaciji estetskog hirurga. Radi se o muškarcu starom 23 g., preokupiranom crvenilom i sitnim bubuljcama na licu neprijetnim za druge osobe. Povodio je više sati dnevno proveravajući ten u ogledalu, pokrivači "defekte" puderom i korektorma, kompulzivno kupovao kozmetiku i tražio razuveravanja od članova porodice da promene na licu nisu tako vidljive. Zbog značajne preokupiranosti, patnje i nezadovoljstva izgledom tena prestao je da studira, da se bavi sportskim aktivnostima, zabavlja sa devojkama i vidja prijatelje, povukavši se u izolaciju roditeljske kuće. Postao je depresivan, preterano senzitivan, sa dubokim osećanjem neadekvatnosti i bezvrednosti. Vezujuci ličnu vrednost za izgled tena izjavio je "Ne mogu da živim ukoliko moj ten nije perfekтан!" U toku dve godine podvrgao se dve ma laserskim epilacijama lica u opštoj anesteziji (ovakva vrsta intervencije praćena je postoperativnim bolom, crvenilom lica, višenedeljnijim nošenjem zavoja i izbegavanjem sunčanja), nakon kojih je osetio samo privremeno olakšanje. Na psihijatrijski tetman javio se u fazi teške major depresije sa suicidalnim idejama. Ušao je u remisiju nakon godinu dana psihijatrijskog tretmana koji je uključio farmakoterapiju (SSRI) i kognitivno-bihevioralnu psihoterapiju.

AESTETIC SURGERY IN THE TREATMENT OF BODY DYSMORPHIC DISORDER-PARADOX OF BIOETICS

Borjanka Batinić^{1,2}

Dragana Duišin¹

Jasmina Barišić¹

Summary

Body dysmorphic disorder belongs to the obsessive-compulsive spectrum of disorders and is characterized by an obsessive preoccupation with minor or nonexistent flaws in physical appearance that are either not visible, or are meaningless, to other people, accompanied by repetitive behaviors, such as constant mirroring, excessive grooming, camouflage, seeking reassurance, etc. Skin, hair and the nose are the most common areas of obsessive preoccupations. The disorder causes significant distress and impairment of functioning. Rates of suicidal ideation are up to 80% and attempts of suicide during a lifetime range from 24%-48%. Research indicates that 27%-39% of these patients have no insight into the disorder. The disorder affects 0.7% -2.4% of the general population, and prevalence in plastic surgery settings is 6.3 %-9%. The desire for aesthetic surgery in this case is part of the problem: the mistaken belief that the "error" lies in the body.

Aesthetic surgery in some cases may bring temporary relief as a type of compulsive act, but long-term follow-up indicates that it maintains or even worsens body dysmorphic disorder, as, in the setting of "unlimited narcissism", it usually exacerbates preoccupation with body imperfections. Since the disorder relates to distorted body image and obsession with physical appearance and not with actual defects, it increases demands for repeated interventions to achieve the "ideal solution" thus many of these patients become "addicts of plastic surgery" and ultimately victims of "excess of surgical interventions". Thus, aesthetic interventions for people with body dysmorphic disorders are a crystallization of the paradox of aesthetic surgery as a way of healing an "inferiority complex" and "balancing the psyche".

With the presentation of the case report from our clinical practice, ethical paradoxes of surgical intervention for persons with body dysmorphic disorder are discussed related to surgery "upon request", respecting the rights of autonomy, the principles of patient beneficence and nonmaleficence, informed consent, etc. The means for identifying persons with body dysmorphic disorder in aesthetic surgery clinics and their referral to psychiatric treatment are discussed. With a great power of changing the body image in modern society, raise the responsibility of plastic surgeons and the ethical scrutiny of their professional behavior.

Key words: body dysmorphic disorder, aesthetic surgery, paradox of bioethics

1 Clinic of Psychiatry, Clinical Centre of Serbia, Belgrade

2 Faculty of Philosophy, University of Belgrade, Department of Psychology

Literatura:

1. Harris DL, Carr AT. Prevalence of concern about physical appearance in the general population. *Br J Plast Surg* 2001; 54(3):223–226.
2. Cash TF, Grasso, K. The norms and stability of new measures of the multidimensional body image construct. *Body Image: An International Journal of Research* 2005; 2:199-203.
3. Cash TF, Melnyk S, Hrabosky JI. The assessment of body-image investment: An extensive revision of the Appearance Schemas Inventory. *International Journal of Eating Disorders* 2004; 35:305-316.
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
5. Phillips KA, Hollander E. Treating body dysmorphic disorder with medication: evidence, misconceptions, and a suggested approach. *Body Image* 2008; 5: 13-27.
6. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness. *World Psychiatry* 2004; 3(1): 12–17.
7. Fontanelle LF, Telles LL, Nazar BP, et al. A sociodemographic, phenomenological, and long-term follow-up study of patients with body dysmorphic disorder in Brazil. *Int J Psychiatry Med* 2006; 36(2):243–259.
8. Veale D. Advances in a cognitive behavioral model of body dysmorphic disorder. *Body Image* 2004; 1:113–125
9. Mancuso SG, Knuesen NP, Castle DJ. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2010; 51(2):177-82.
10. Phillips KA, Pinto A, Menard W, Eisen JL, Mancebo M, Rasmussen SA. Obsessive-compulsive disorder versus body dysmorphic disorder: a comparison study of two possibly related disorders. *Depression and Anxiety* 2007; 24:399-409.
11. Eisen JL, Phillips KA, Coles ME, Rasmussen SA. Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2004; 45:10–15.
12. Koran LM, Abujaoude E, Large MD, et al. The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectr* 2008; 13(4):316–322.
13. Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhausen A, Brähler E. The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychol Med* 2006; 36(6):877–885.
14. Phillips KA, Diaz S. Gender differences in body dysmorphic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1997; 185:570-577.
15. Phillips KA, Coles ME, Menard W, Yen S, Fay C, Weisberg RB. Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:717–725.
16. Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R. Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *British Journal of Psychiatry* 1996; 169:196–201.
17. Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2003; 44, 270-276.
18. Phillips KA, McElroy SL. Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2000; 41:229–236.
19. Veale DM, Lambrou C. The importance of aesthetics in body dysmorphic disorder. *CNS Spectrums* 2002; 7:429–431.
20. Veale D, Ennis M, Lambrou C. Possible association of body dysmorphic disorder with an occupation or education in art and design. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159: 1788–1790.
21. Yaryura-Tobias JA, Neziroglu F, Chang R, Lee S, Pinto A, Donohue L. Computerized perceptual analysis of patients with body dysmorphic disorder: A pilot study. *CNS Spectrums* 2002; 7(6): 444-446.
22. Deckersbach T, Savage CR, Phillips KA, Wilhelm S, Buhlmann U, Rauch SL, Baer L, Jenike MA. Characteristics of memory dysfunction in body dysmorphic disorder. *J Int Neuropsychol Soc* 2000; 6(6):673-81.
23. Feusner JD, Townsend J, Bystritsky A, Boenkeimer S. Visual information processing of faces in body dysmorphic disorder. *Archives of General Psychiatry* 2007; 64(12):1417–1425.
24. Buhlmann U, McNally RJ, Etcoff NL, Tuschen-Caffier B, Wilhelm S. *J Psychiatr Res.* Emotion recognition deficits in body dysmorphic disorder. *J Psychiatr Res* 2004; 38 (2): 201-6.
25. Feusner JD, Townsend J, Bystritsky A, Boenkeimer S. Visual information processing of faces in body dysmorphic disorder. *Arch* 2010; 67(2):197-205.

26. Veale D. Cognitive-behavioral therapy for body dimorphic disorder. *Advances in Psychiatric Treatment* 2001; 7: 125-132.
27. Veale D. Overvalued ideas: A conceptual analysis. *Behaviour Research and Therapy* 2002; 40:383-400.
28. Altamura C, Paluello MM, Mundo E, et al. Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251: 105.
29. Aouizerate B, Pujol H, Grabot D, et al. Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. *Eur Psychiatry* 2003; 18: 365.
30. Phillips KA, Grant JE, Siniscalchi J, et al. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2001; 42: 504.
31. Crerand CE, Phillips KA, Menard W, et al. Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2005; 46: 549.
32. Sarwer DB. Awareness and identification of body dysmorphic disorder by aesthetic surgeons: Results of a survey of American Society for Aesthetic Plastic Surgery members. *Aesthetic Surg J* 2002; 22: 531.
33. Metcalfe D, Duggal C, Allen Gabriel A, Nahabedian M, Carlson G, Losken A. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder Among Patients Seeking Breast Reconstruction. *Aesthetic Surgery Journal* 2014; 34(5): 733-737.
34. Pavan C, Simonato P, Marini M, Mazzoleni F, Pavan L, Vindigni V. Psychopathologic aspects of body dysmorphic disorder: a literature review. *Aesthetic* 2008; 32 (3):473-84.
35. Crerand CE, Menard W, Phillips KA. Surgical and minimally invasive cosmetic procedures among persons with body dysmorphic disorder. *Annals of Plastic Surgery* 2010; 65:11-16.
36. Veale D. Outcome of cosmetic surgery and "DY" surgery in patients body dysmorphic disorder. *Psychiatric Bulletin* 2000; 24:218-220.
37. Tignol J, Biraben-Gotzamanis L, Martin-Guehl C, Grabot D, Aouizerate B. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery: evolution of 24 subjects with a minimal defect in appearance 5 years after their request for cosmetic surgery. *Eur Psychiatry* 2007; 22(8):520-4.
38. Felix GA, de Brito MJ, Nahas FX, Tavares H, Cordás TA, Dini GM, Ferreira LM. Patients with mild to moderate body dysmorphic disorder may benefit from rhinoplasty. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2014; 67(5):646-54.
39. Nugent K. Cosmetic Surgery on Patients with Body Dysmorphic Disorder: The Medical, Legal and Ethical Implications. January 2009; Available at:http://works.be-press.com/kristen_nugent/5.
40. Phillips KA. Understanding Body Dysmorphic Disorder: an Essential Guide. New York, NY: Oxford University Press 2009.
41. Mousavi SR. The Ethics of Aesthetic Surgery. *J Cutan Aesthet Surg* 2010; 3(1): 38-40.
42. Maio G. Is aesthetic surgery still really medicine? An ethical critique. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 2007; 39:189-94.
43. Sarwer DB. Awareness and identification of body dysmorphic disorder by aesthetic surgeons: results of a survey of American Society for Aesthetic Plastic Surgery members. *Aesthetic Surg J* 2002; 22:531-535.
44. Batinic B. Aesthetic Surgery in Patients with Body Dysmorphic Disorder: A Grey Zone for Bioethics. *J Clinic Res & Bioeth* 2014; 5:184.
45. Veale D, Ellison N, Werner T, Dodhia R, Serfaty M, Clarke A. Development of a cosmetic procedure screening questionnaire (COPS) for Body Dysmorphic Disorder. *Journal of Plastic and Aesthetic Surgery* 2012; 65(4):530-532.
46. Phillips KA. The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder. Revisited and Expedited Edition. New York: Oxford University Press 2005.
47. Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA, Abramowitz BR, DeCaria C, Goodman WK. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacol Bull* 1997; 33:17-22.

Batinic Borjanka
Klinika za psihiatriju KCS
Pasterova 2,11000 Beograd
E-mail: doubleb@eunet.rs
Tel: +381 11 366 21 13

STADIJUMI RAZVOJA BIPOLARNOG POREMEĆAJA: KLINIČKI KORELATI, BIOLOŠKE OSNOVE I INTERVENCIJE

Maja Pantović¹

Bojana Dunjić Kostić¹

Maja Lačković^{1,2}

Aleksandar Damjanović^{1,2}

Maja Ivković^{1,2}

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

2 Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

Kratak sadržaj

Klasifikacija bolesti prema stadijumu ravoja i stepenu progresije nalazi se u širokoj praktičnoj primeni u mnogim granama somatske medicine. Inicijalno je ovaj konstrukt primenjivan u grupi psihičkih poremećaja, posebno prodromima shizofrenije i prvim psihozama uopšte. Ipak, sagledavanje bipolarnog poremećaja kroz prizmu ovakvog longitudinalnog dinamičkog matrikса bolesti javilo se tek pre nekoliko godina. Savremeni koncepti podelje bipolarnog poremećaja na stadijume razvoja prati su tri pravca: podelu stadijuma u odnosu na težinu simptoma - od faze povećanog rizika do refrakternih stanja; podelu stadijuma na osnovu promene bioloških korelata kao osnove; podelu stadijum prema međuodnosu kliničkih i neuropsiholoških parametara i opšte funkcionalnosti. Rad daje revijalni prikaz kliničkih korelata i bioloških osnova na kojima se zasniva pristup stadijuma razvoja bipolarnog poremećaja, kao i ciljanih intervencija.

Ključne reči: stadijumi razvoja, bipolarni poremećaj, intervencije, lečenje, etiopatogeneza

LONGITUDINALNI PRISTUP PSIHOTIČNIM I AFJEKTIVnim POREMEĆAJIMA - KONCEPT STADIJUMA RAZVOJA BOLESTI

Klasifikacija bolesti prema stadijumu ravoja i stepenu progresije nalazi se u širokoj praktičnoj primeni u mnogim granama somatske medicine. Ovaj pristup prvenstveno je našao svoju primenu u klasifikaciji populacije obolelih od malignih i kardiovaskularnih bolesti. Upravo u ovim grupama pacijenata, gde rane intervencije daju prostor za značajno poboljšanje kvaliteta života i obezbeđuju duže vreme preživljavanja, ova klasifikacija postala je i jedan od terapijskih orientira.

Slično je i sa njenom primenom u bolestima kao što su osteomijelitis, sarkoidoza, autoimune bolesti, idiopatska mijelofbroza, Hodžkinova i Parkinsonova bolest [1-5]. Primena ovog sistema se pokazala posebno korisnom kod bolesti sporog početka, dugog i progresivnog toka, koje odlikuje prisustvo više epizoda, ali i potencijal za spontanu involuciju. Ovakva klinička prezentacija karakteristična je i za psihijatrijske poremećaje pa je delimično začudjujuće zbog čega se sa uvođenjem stadijuma u psihijatrijsku praksu počelo tek skoro sto godina nakon što se ovaj pristup javio u savremenoj somatskoj medicini, iako je još Krepelin razmatrao longitudinalne promene kod demen-

cije prekoks [6]. Sam koncept i strukturu stadijuma razvoja u psihijatriju su uveli Fava i Kelner (1993) [7], a prevashodno kao potrebu za dopunom klasifikacija koje su se pre bavile trenutnim, transferalnim sagledavanjem oboljenja nego njegovim longitudinalnim tokom, time slabije uzimajući u obzir pojedinačne faze njegovog razvoja. Inicijalno je ovaj konstrukt primenjivan u grupi psihotičnih poremećaja, posebno baveći se prodromima shizofrenije i prvim psihozama uopšte [8-10]. Ipak, sagledavanje bipolarnog poremećaja (BAP) kroz prizmu ovakvog longitudinalnog dinamičkog matriksa bolesti javilo se tek pre nekoliko godina [6]. Razlozi za ovako kasnu primenu potencijalno leže u težini prepoznavanja ovog oboljenja, u smislu nedovoljno jasnog, kontinualnog, sagledavanja njegovih endofenotipskih prezentacija (predominantni polarite, prisustvo psihotičnih epizoda), a time i dužini nelečene bolesti.

BIPOLARNI SPEKTAR - KONTINUALNI PRISTUP SAGLEDAVANJU BIPOLARNOG POREMEĆAJA

Termin "spektar" prvi je upotrebi Isak Njutn 1671. godine, da bi označio postojanje kvalitativnih razlika u okviru zajedničkog, kvantitativnog kontinuuma. Delimično analognu primenu termin (shizofreni) "spektar" je našao u psihijatriji 1968. godine. U okviru psihijatrijskih oboljenja ovakvo sagledavanje odnosilo se na mentalne poremećaje za koje se smatra da dele zajedničke simptome ili etiopatogenetsku osnovu, odnosno da predstavljaju sindrom u širem smislu u okviru kojeg se može identifikovati više relativno sličnih podgrupa poremećaja

[11]. Drugi autori koriste se terminom "kontinuum" [12], iako postoje i razmatranja da ovaj termin implicira direktnu vezu poremećaja na različitim krajevima ispitivanog kontinuuma, bez pojave diskontinuiteta. Istovremeno, prema pojedinim modelima kontinuuma [11, 12], ne postoje podgrupe poremećaja već isključivo različite dimenzije/simptomima koji su podložni odredjenim stepenima varijabilnosti. Ipak, iako prema našem shvatanju termin spektar podrazumeva značajno širu grupu oboljenja i uzima u obzir ne samo vrstu već ujedno i težinu poremećaja, mišljenja smo da je ono što se podrazumeva pod terminom kontinuum (korišćenje ne više od jedne vrste gradacije), uz svakako zadržavanje distinkcije izmedju grupa poremećaja, značajno bliže kliničkoj i praktičnoj realnosti.

Uprkos navedenim manjkavostima, spektralni/kontinualni pristup mentalnim poremećajima umnogome omogućava sagledavanje kvalitativnih razlika medju njima, izbegavajući nominalni pristup i favorizujući različite vrste gradacija, prevashodno u smislu težine oboljenja (odsustvo simptoma nasuprot teškim duševnim oboljenjima), polarita (unipolarni poremećaji kao što su depresija ili manija nasuprot „bipolarnim“ poremećajima kao što je ciklotimija, bipolarni poremećaj I) i vrste poremećaja (zajedničko sagledavanje shizofrenog spektra na jednoj i afektivnog spektra na drugoj strani). Zbog toga ne čudi da je dijagnostikovanje bipolarnog poremećaja, kao oboljenja sa više faza (manična, depresivna, mešovita) i aspecifičnim početkom (najčešće depresivna epizoda) otežano te dovodi do odlaganja adekvatnog terapijskog tretmana (stabilizator raspoloženja), produženja

perioda nelečenosti i posledično lošijeg ishoda, ali i teže klasifikacije stadijuma razvoja [9,10, 13, 14, 15].

ZNAČAJ DUŽINE NELEČENE BOLESTI U STADIJUMIMA RAZVOJA BAP

Pacijenti sa bipolarnim poremećajem često dugo čekaju do postavljanja tačne dijagnoze i primene adekvatne terapije. Studije pokazuju da je dužina nelečene bolesti kod BAP (DNB) oko pet puta duža u odnosu psihotične poremećaje [16]. U slučaju bipolarnog poremećaja prima-na adekvatne terapije najčešće predstavlja uvođenje stabilizatora raspoloženja što nije uvek slučaj pri prvoj epizodi bolesti, te je tako period nelečenosti kod obolelih od ovog poremećaja najčešće dug, što može značajno uticati na dalji tok, razvoj i prognozu bolesti. Studije pokazuju i povezanost produžene DNB sa različitim parametrima progresije bolesti: ranijim početkom bolesti, povećanom učestalošću suicidalnosti [17], lošijom socijalnom adaptacijom [16], češćim smanjivanjem maničnih i depresivnih epizoda [18] i većim brojem hospitalizacija [16], lošijim terapijskim odgovorom na stabilizatore raspoloženja i rezidualnom simptomatologijom [15,19]. Prolongirana dužina nelečenosti koja se sreće kod BAP otvara prostor za veću ekspoziciju proinflamatornim faktorima u ranoj fazi bolesti i ukazuje na značaj epigenetike za fenotipsku ekspresiju bolesti [13] tj. različitu osjetljivost na egzogene činioce koji dovode do pokretanja neurotoksičnih/neuroimunskih i inflamatornih procesa nalaženih tokom DNB, a značajnih za dalji tok i progresiju bolesti. Sa druge strane, upravo ovaj period može biti od posebne važnosti za primenu ranih inter-

vencija u BAP i polazna tačka u daljem diferenciranju različitih stadijuma razvoja BAP.

STADIJUMI RAZVOJA BAP

Savremeni koncepti podele BAP na stadijume razvoja pratili su tri pravca:

- 1) Podela stadijuma u odnosu na težinu simptoma - od faze povećanog rizika do refrakternih stanja [6,20, 21]
- 2) Podela stadijuma na osnovu promene bioloških korelata kao njihove osnove [22-25]
- 3) Podela stadijum prema medjuodnosu kliničkih i neuropsiholoških parametara i opšte funkcionalnosti [10].

Uzimajući u obzir sve dosadašnje koncepte u stadijumima razvoja neophodno je da se procena stadijuma razvoja BAP vrši na osnovu: definicije stadijuma razvoja, specifične populacije pacijentata koja odgovara određenoj fazi, identifikacije bioloških markera stadijuma razvoja (genetski, neurološki, imunološki, opšti/nespecifični metabolički, markeri vezani za somatske bolesti), psihometrijskih procena, ciljanih intervencija.

KLINIČKI KORELATI I SPECIFIČNE POPULACIJE

Stadijum 0

Stadijum 0 BAP karakteriše asimptomatski period kod osoba (najčešće adolescenata) koje poseduju određeni stepen genetske vulnerabilnosti tj. hereditarne predispozicije za nastanak bipolarnog ili major depresivnog poremećaja (nosioči genskih polimorfizama povezanih sa nastankom BAP, pozitivna porodična

anamneza za BAP, prisustvo hipertimnog/ciklotimnog temperamento). Takođe, rana trauma može biti jedan od faktora rizika za nastanak BAP, pa osobe sa porodajnom traumom, problematičnom trudnoćom majke ili drugom traumom u ranom detinjstvu takođe predstavljaju populaciju pod rizikom za nastanak BAP. Studije ukazuju i da je abnormalna regulacija cirkadijarnog ritma ili odgovor na deprivaciju spavanja jedan od najraniјih znakova BAP u detinjstvu/adolescenciji. Vrlo često kod pacijenata u ovom stadijumu, na prelazu u naredni stadijum može doći do pojave anksioznih poremećaja kao „uvod“ u razvoj BAP [22]. Takođe, u ovoj populaciji, posabno važan faktor rizika može predstavljati i zloupotreba supstanci, a jedan od prvih „znakova upozorenja“ je i pojava potencijalnih afektivnih izmene koje su povezane sa njom [10, 21, 24]. Upravo zbog navedenih faktora u ovom stadijumu kao i stadijumu jedan neophodna je pažljiva detekija faktora rizika i identifikacija povoljnih/nepovoljnih interakcija gene i sredine. Formiranje specijalizovanih centara za identifikaciju faktora rizika za nastanak BAP i identifikaciju populacija pod rizikom je neophodno radi pravovremenih intervencija u ovoj fazi.

Stadijum 1 a

Ovaj stadijum karakterišu blagi ili nespecifični simptomi, uključujući neurokognitivni deficit, blage funkcionalne izmene ili pad, kao i bihevioralne izmene. Osobe sa ovim simptomima mogu se smatrati nosiocima visokog rizika za nastanak BAP. Usled specifične kliničke prezentacije (ADHD, frekventnija inicijalna prezentacija bolesti kroz depresivnu

simptomatologiju, oscilacije afektiviteta ili hroničnu iritabilnost), u ovome stadijumu često je pogrešno dijagnostikovanje BAP kao major depresivnog poremećaja ili poremećaja ličnosti, što dovodi do primene neadekvatne terapije, produženja perioda nelečene bolesti i nepovoljnijeg toka [10, 15, 21-24].

Stadijum 1b

Ovaj stadijum karakterišu umereni simptomi koji još uvek ne ispunjavaju kriterijume za poremećaj (tzv. „subthreshold“-„podprazni“ simptomi), kao što su blage neurokognitivne izmene i pad opšte funkcionalnosti, bihevioralne izmene i socijalna disfunkcija. Osobe sa ovim simptomima mogu se smatrati nosiocima ultra visokog rizika za nastanak BAP. Takođe, ovaj stadijum predstavlja praktično prodrom bolesti. Smatra se da je za adekvatnu identifikaciju populacije pod visokim/ultra visokim rizikom od BAP neophodna procena i praćenje stanja pacijenata koji se obraćaju lekarima primarne zdravstvene zaštite, psihoedukativnim službama, odeljenjima urgentne medicine, socijalnim službama, odeljenjima za zlouotrebu psiho-aktivnih supstanci, kao i sinergističko delovanje svih navedenih službi [10, 21-24].

Stadijum 2

Ovaj stadijum karakterišu puna ekspresija bolesti i pojava srednje-teških simptoma koji ispunjavaju važeće dijagnostičke kriterijume za epizodu bolesti. U većini slučajeva prva epizoda BAP je depresivna, što nosi dodatan problem pogrešnog dijagnostikovanja poremećaja i dužeg perioda nelečene bolesti, o čemu smo prethodno već govorili [21-24].

Smatra se da su za identifikaciju populacije u stadijumu 2 zadužene službe koje brinu i o populaciji iz stadijuma 1.

Stadijum 3

Stadijum 3 može biti podeljen na svoja tri podstadijuma sa pripadajućim specifičnim populacijama:

- 1) Stadijum 3a predstavlja nekompletну remisiju prve epizode bolesti
- 2) Stadijum 3b karakteriše pojava rekurentnosti ili relapsa uz pojavu dobrih remisija.
- 3) Stadijum 3c karakteriše pojava višestrukih relapsa.

Sva tri podstadijuma predstavljaju pojavu hroniciteta bolesti. Smatra se da je za identifikaciju populacije neophodna procena i praćenje stanja pacijenata koji se obraćaju lekarima primarne i specijalizovane zdravstvene zaštite, a posebno je važna međusobna komunikacija službi ovih nivoa [20-25].

Stadijum 4

Ovaj stadijum karakteriše teška, persistenata, neremituća bolest (hronična bolest) što se procenjuje na osnovu afektivnih simptoma, toka bolesti, neurokognitivnih postignuća i invaliditeta. Smatra se da je za identifikaciju populacije neophodna procena i praćenje stanja pacijenata koji se obraćaju lekarima predominantno specijalizovane zdravstvene zaštite (psihiatrijske bolnice, centri za brigu o starima itd.) [6, 10, 20-25].

BIOLOŠKE OSNOVE STADIJUMA RAZVOJA BAP

Idealan biološki marker stadijuma razvoja BAP trebalo bi da bude senziti-

van, specifičan, brz i lak za detekciju, da ima dobar odnos cene i efikasnosti, kao i da ima malu varijabilnost u odnosu na procenitelja i ustanovu. Ono što je još važnije, od adekvatnog biomarkera se očekuje da pruži klinički značajnije informacije u odnosu na one već dostupne u vreme dijagnostikovanja poremećaja, ali i da bude uočljiv u periodu stabilizacije raspoloženja (eutimije) tj. nevezano od alteracija prisutnih u akutnoj epizodi [26]. Naočar, nijedan od do sada ispitivanih bioloških markera u BAP ne ispunjava sve navedene karakteristike. Važno je imati u vidu i da prirodna progresija bolesti, na biološkom nivou, podrazumeva inicijalno promene biohemijskih markera (neurotrofičnih faktora, povećanja proapoptotičnog puta, sniženja nivoa antiinflamatornih citokina), a zatim i funkcionalnih, a kasnije i neuroanatomskih promena kod obolelih [15].

Imajući u vidu nedostatak istraživanja koja bi se precizno bavila aleracijama biomarkera u jasno definisanim i adekvatno podeljenim stadijumima razvoja bolesti, razmatranje biomarkera najadekvatnije je aktuelno posmatrati u odnosu na premorbidne promene, promene u ranim fazama bolesti (stadijum 0 i stadijum 1/2) i promene u kasnim fazama bolesti (stadijum 3/4) (Tabela 1).

Genetski biomarkeri

Istraživanja koja se bave genetskom osnovom BAP nisu malobrojna, ali je oskudan broj onih koja se fokusiraju ne na etiopatogenezu BAP već na spore i hronične procese koji mogu biti povezani izmenama genetskog materijala u svetu longitudinalnog sagledavanja poremećaja. Oboleli od BAP češće imaju oštećenja DNK, u donosu na zdravu kontrolu, a

ova oštećenja značajno su povezana sa težinom afektivnih simptoma (kako depresivnih tako i maničnih) [15]. Studija Simona i saradnika (2006) [27] nalazi da je dužini telomera izmenjena kod obolelih od afektivnih poremećaja, u odnosu na zdravu populaciju. Skraćenje telomera kod obolelih od afektivnih poremećaja koje je ova grupa evidentirala moglo bi odgovorati ubrzanom starenju od oko 10 godina u odnosu na zdrave osobe. Štaviše, skraćenje telomera nadjeno kod obolelih od BAP tip II odgovora još intenzivnijem procesu ubrzanog starenja. Posebno je zanimljivo da ovo skraćenje nije linearno vezano za dužinu bolesti, već značajno korelira sa brojem depresivnih epizoda zbog čega se smatra da su depresija i stres koji su blisko povezani sa izmenama funkcionalnosti hipotalamus-hipofiza-nadbubreg (HPA) osovine direktno odgovorni za ubrano starenje i skraćenje telomera [28].

Medijatori inflamatornih procesa

Medijatori inflamatornih procesa smatraju se važnim u etiopatogenezi BAP, a njihove alteracije nadjene su u serumu, plazmi, pljuvački i likvoru obolelih od BAP. Ipak, analiza njihovih nivoa nedostaje u ranim fazama BAP, kao i u kasnijim fazama bolesti u korelaciji sa pojedinim kliničkim korelatima važnim za procenu toka oboljenja (predominantni polaritet, broj, vrsta i dužina prethodnih afektivnih epizoda). Studije koje su se bavile ovim pitanjem nalaze povećanje nivoa medijatora inflamacije kod obolelih i to faktora nekroze tumora alfa (TNF-alfa) [29, 30], kao i interleukina-6 (IL-6) i interleukina -10 (IL -10) [28]. Takođe, nadjeno je i povećanje serumskih nivoa solubilnih ad-

hezionih molekula (sVCAM-1, sICAM-1, E-selektin) u prvoj epizodi manije [31]. Usled malog broja ispitanika, nedostatka drugih studija i poredjenja obolelih sa inicijalnom prezentacijom bolesti kroz depresivnu epizodu, neophodan je oprez u interpretaciju ovih podataka. Izmene u nivoima proinflamatornih parametara u kasnijim fazama bolesti šire su ispitivane i nalaze povećanje nivoa proinflamatornih parametara kao što su IL-6 [29], TNF -alfa [29, 32, 33], C-reaktivni protein (hs-CRP) [32, 33], IL-10 [34], i IL1b [35], CCL11, CCL24, i CKSCL10 [36]. Iako većina pomenutih studija nalazi povišenje medijatora inflamacije za koje se veruje da poseduju proinflamatornu ulogu, sve je više eksperimentalnih istraživanja koja nalaze dualnu ulogu ovih parametara u razvoju duševnih oboljenja. Naime, evidentirano je da različita koncentracija ovih molekula moduliše i njihovu ulogu, te da niske koncentracije TNF-alfa mogu delovati neuroprotektivno, dok visoke koncentracije ovog molekula mogu izazvati apoptozu [37]. Isto potvrđuju i eksperimentalne farmakološke studije u kojima je primećeno da primena stabilizatora raspoloženja (jednog ili u kombinaciji) dovodi do aktivacije glikogen-sintetaze-kinaze 3 (GSK-3) puta i imunomodulacije [38].

Dosadašnje studije identifikovale su preko 50 biomarkera uključenih u apoptozu/ćelijsko preživljavanje [39]. Na osnovu navedenih nalaza, može se reći da su inflamatorni procesi naglašeni u kasnijim fazama BAP, ali i da je i dalje nejasna odnos ranih epizoda i inflamacije. Primećena antiinflamatorne terapije kod obolelih od duševnih bolesti nije mnogo ispitivana, a može se reći i da su studije koje su

do sada evaluirale uticaj anit-inflamatornih lekova kao dodatne terapije dale ograničene, ali ipak prisutne rezultate. Primena celekoksiba [40] koja je pokazala povoljno terapijsko delovanje kod obolelih može biti samo naznaka potencijalnih tretmana usmerenih na neuroprotekciju i antiinflamatorne procese, u budućnosti.

Neurotrofini

Alteracije neurotrofnih faktora u BAP dokumentovane su u velikom broju studija, posebno u okviru akutne epizode. U periodu eutimije, u kasnijim fazama BAP evidentirano je smanjenje nivoa moždanog neurotrofnog faktora rasta („brain derived neurotrophic factor“ – BDNF), dok u ranim fazama poremećaja nisu primećene njegove izmene u odnosu na zdravu populaciju. Iako dve studije Barbosa i sar. (2010, 2012) [36,41] govore o povećanim nivoima BDNF u kasnijim fazama bolesti, meta-analize nalaze sniženje BDNF u okviru akutne epizode, ali ne i eutimije, koje korelira sa starošću i dužinom bolesti. Istovremeno, sniženje nivoa neurotrofnih faktora, često je praćeno i povećanjem parametara oksidativnog stresa što govori u prilog značajnog medjuodnosa neuroprotektivnih, inflamatornih i oksidativnih mehanizama u etiopatogenezi BAP [24]. Takodje, primećene su i izmene neurotrofina 3, neurotrofina 4/5 kao i glijalnog neurotrofnog faktora rasta („glial derived nerotrophic factor“ – GDNF) [42-44] kod BAP pacijenata u kasnijim fazama bolesti. Kako su neurotrofini povezani sa longitudinalnim izmenama u neuroplasticitetu koje su vezane za progresiju bolesti, njihovo merenje moglo bi biti od koristi u određivanju stadijuma BAP.

Parametri oksidativnog stresa

Alteracije parametara oksidativnog stresa evidentirane su kako u ranim tako i u kasnim fazama BAP. U ranim fazama evidentirani su povećani nivoi laktata u cerebrospinalnoj tečnosti pacijenata što potencijalno ukazuje na povani van-mitohondrijalni, anaerobni metabolizam glukoze što se slaže sa ranijim studijama koje nalaze oštećenje mitohondrijskog metabolizma kod BAP [45]. Oštećenje mihondrijskog metabolizma može dovesti do viška slobodnih radikala rezultirajući neravnotežom izmedju oksidativnih i antioksidativnih mehanizama [46]. Takođe, kao u ranim tako i u kasnim fazama BAP primećeno je i povećanje 3 - nitrotirozina [47]. Sa druge strane, u kasnijim fazama bolesti nadjeni su povećani nivoi tiobarbiturata (TBARS) [48, 49], glutation transferaze (GST), glutation reduktaze (GR), glutation S-transferaze [47], azot monoksida (NO) [48] koji su bili povezani sa većim brojem epizoda, što ukazuje na porast oksidativnog stresa u progresiji BAP [15]. Skorašnja istraživanja koja su se bavila suplementacijom alfa-lipoinskom kiselinom kod zdravih evidentiraju smanjenje peroksidacije lipida i oksidativnog oštećenja proteina, ali i povećanje ne-enzimskog antioksidativnog kapaciteta korisno bi bilo razmišljati o ovakvoj vrsti dodatne terapije kod oboljelih [50].

Neuro-morfološki korelati

Izmene u strukturi mozga evidentirane su kako u ranim stadijumima razvoja tako i sa progresijom bolesti [15]. Smatra se da anatomske izmene mogu biti odraz molekularnih i funkcionalnih promena neurotrofnih faktora i povećanja proapoptotičnog puta [24, 15]. Ipak, usled

određenih metodoloških manjkavosti (mali broj ispitanika, nedostatak preciznih anamnističkih podataka itd.) i heterogenosti grupa (problem seksualnog dimorfizma mozga, starosna neuskladjenost) u dosadašnjim istraživanjima, nejasno je da li promene prethode bolesti ili su vezane za njen razvoj [51]. Ove izmene često se dovode u vezi sa kliničkim korrelatima (kognitivno i emocionalno funkcionalan). Posebnu pažnju treba posvetiti ne samo atrofičnim promenama sive mase i proširenju komora, već i hiperintenznim promenama bele mase koje su često zanemarene usled svoje niske specifičnosti.

Smanjenja sive i bele mase [52-54] i bele mase [53-55??] u prefrontalnog korteksa (PFC) su opisani u prvoj manično epizodi, sa prisutnom progresijom nakon više epizode?. Dosledni rezultati takođe su primećeni u izmenama prednjeg cingulatnog korteksa (ACC), a koji ukazuju na redukciju njegovog volumena [56], kod BAP pacijenata, nevezano od stadijuma razvoja bolesti. Naročitu pažnju privukao je i subgenualni prefrontalni korteks, prevashodno zbog svoje uloge u regulaciji raspoloženja, integraciji kognitivnih i emocionalnih informacija [57]. Studija koja je uključila pacijente sa pozitivnom porodičnom anamnezom za BAP, našla je smanjenje volumena, krvnog protoka i metabolizma glukoze u ovom regionu [57]. Smanjenje broja glijalnih ćelija u istoj zoni takodje je primećeno kod obolelih od poremećaja raspoloženja [55]. Ako se zna da je glijalna blisko odgovorna za odvijanje i stimulaciju inflamatornih procesa u centralnom nervnom sistemu koji se često povezuju sa inicijalno funkcionalnim, a posledično i inicijalno sitnijim (izmene u ćelijskoj adheziji, a ti-

me i strukturi krvnih sudova, vaskularizaciji CNS, izmene strukture i funkcionalisanja krvno-moždane barijere, prodor polimorfonukleara u CNS), a zatim i izraženim morfološkim izmenama, ovaj nalaz nije iznenadjujući. Istovremeno, ovaj poslednji nalaz posebno je zanimljiv je zato što je subgenualni prefrontalni korteks povezan sa amigdalama, hipotalamusom i periakvaduktalnim strukturama srednjeg mozga, strukturama vezanim za emocionalno ponašanje i odgovor na stres [55]. Kao rezultat toga, promene u prefrontalnom korteksu mogu delimično objasniti oštećenje egzekutivnih funkcija [58] i emocionalnu nestabilnost kod pacijenata sa BD, a ove promene često se povezuju i sa lošijim tokom i prognozom bolesti [15]. Limbički sistem je još jedna neuroanatomska oblast, potencijalno interesantna kod BAP, zbog svog značaja za emocionalni odgovor. Nalazi vezani za strukturalne, detektibilne izmene limbičkog sistema su nekonzistentni i često suprotstavljeni u kontekstu stadijuma razvoja BAP. Pojedine studije navode da amigdale imaju tendenciju rasta volumena sa progresijom bolesti [59], iako dobijeni rezultata vezani za rane faze pokazuju smanjeni obim amigdale [60]. Zanimljivo je da je takođe primećeno povećanje volumena hipokampa u ranim fazama BAP, ali i njegovo progresivno smanjenje sa dužinom bolesti i brojem epizoda, što ga dovodi do značajno nižeg volumena u odnosu na zdrave ispitanike [20,61]. Slični nalazi evidentirani su i kod obolelih od drugih afektivnih poremećaja [21]. Izmene zona mozga odgovornih za regulaciju aktivacije HPA osovine (ACC, hipokampus, amigdale) govore u prilog mišljenju da su ove alteracije

posredovane mehanizmima odgovornim za stres koji incijalno dovode do njihove hipertrofije, a zatim smanjenja volumena u kasnijim fazama BAP [20].

Bazalne ganglike uopšte, a naročito striatum takodje su pokazali izmene u obliku [62] i volumenu [59, 63] kod BAP. Ove strukturalne izmene čini se da nastaju sa početkom bolesti i zaostaju do njenog kraja [59]. Corpus callosum takodje može biti izmenjem u ranim fazama BAP. Studije na različitim populacijama obolelih od BAP (prva epizoda bolesti, adolescentni, odrasli sa hroničnim oblikom bolesti) [64-66] nalaze izmene bele mase corpus-a callosum-a, što može biti potencijalni indikator izmenjene mijelinizacije i posledično нарушене interhemisferične komunikacije kod BAP [66].

Konačno, druge studije su pokazale da je ukupna količina sive mase mozga smanjena u BAP pacijenata [67,68], kao i da dolazi do proširenja moždanih komora sa trajanjem bolesti [69], slično kao kod obolelih od shizofrenije. Interesantno je da je korelacija između smanjenja volumena moga, slično kao u slučaju skraćenja telomera, vezane ne nužno za dužinu bolesti već za broj afektivnih epizoda tj. potencijalno alostatičko opterećenje [70]. Upravo ovakav nalaz govori u prilog značaja neuroprotekcije i pravovremene i kontinuirane primene farmakoterapijskog tretmana kod obolelih u cilju prevencije relapsa. Sve u svemu, čini se da su neuroanatomske izmene prisutne već na početku bolesti, a da do njihovog produbljivanja dolazi sa pojmom novih epizoda. Međutim, neke izmene nastaju isključivo sa progresijom bolesti i karakteristika su samo kasnijih stadijuma razvoja. Sumirajući, može se reći da je

BAP povezan sa strukturnim neuroanatomskim promenama u veličini, broju, gustini neurona i gline u određenim zonama mozga [70], što ukazuje na to da neuroprogresija kod BAP može biti povezana sa oštećenjem čelijske rezilijentnosti i neuroplasticitetom, ali i usporena upotrebo stabilizatora raspoloženja [21].

INTERVENCIJE

Intervencije u okviru stadijuma razvoja bolesti možemo podeliti na:

- 1) Psihološke (psihoedukacija, učenje veština prevladavanja stresa, druge intervencije)
- 2) Socijalne (porodične intervencije, specifična podrška)
- 3) Terapijske (genska, medikamentozna, psihoterapija, suplementacija)

Dosadašnja istraživanja sugerisu potrebu za pažljivim odabirom i primenom navedenih intervencija, u odnosu na stadijum razvoja [6, 10, 20-25]:

- 1) Stadijum 0: Psihoedukacija osoba pod rizikom i porodice, kratki treningi kognitivnih veština. Intervencije su usmrene na smanjenje stope tranzicije u prvu epozodu i neuroprotekciju.
- 2) Stadijum 1 a: prevencija/stimulacija delovanja nepovoljnih/povoljnijih sredinskih faktora kod genetski predisponiranih osoba, formalna lična i porodična psihoedukacija, kognitivo-bihevioralna terapija, prevencija zloupotrebe psiho-aktivnih supstanci, strukturacija. Potencijalna terapija se može bazirati na suplementaciji u cilju neuroprotekcije (omega-3 masne kiseline, korekcija vitaminskog deficitita itd.).

- 3) Stadijum 1b: intervencije iz stadijuma 1a uz potencijlnu i kontroverznu upotrebu (atipičnih) antipsihotika i/ili stabilizatora raspoloženja i naročit oprez u primeni antidepresiva.
- 4) Stadijum 2: intervencije iz stadijuma 1b uz naglasak na intervencije bazirane na rehabilitaciji. Medikamentozna terapija obuhvata upotrebu (atipičnih) antipsihotika/ antidepresiva/ stabilizatora raspoloženja, za tretman epizode, a prema raspoloživim vodičima.
- 5) Stadijum 3a: intervencije iz stadijuma 2 uz dodatni fokus na medicinske i psihosocijalne strategije usmerene na postizanje pune remisije.

Tabela 1. Pregled izmena biomarkera u stadijumima BAP
Table 1. Alterations of biomarkers in staging of bipolar disorder

Biomarker Biomarker type	Stadijum 0 Stage 0	Stadijum 1/2 Stage 1/2	Stadijum 3/4 Stage 3/4
Neurotrofini Neurotrophins	Smanjenje nivoa DHA, EPA, Vit B, Vit D, Vit E, folata Decrease of DHA, EPA Vit B, Vit D, Vit E, folats		Smanjenje serumskih nivoa BDNF The decrease of serum levels of BDNF The rise of serum levels of NT 4/5 The rise of serum levels of NT 4/5
Inflamatori marker Inflammatory markers	Povećanje nivoa kortizola Cortisol rise	Povećanje serimskih nivoa IL-6, IL-10, TNF- α, kortizola The rise of serum levels of IL-6, IL- 10, TNF-α, cortisol	Povećanje serimskih nivoa IL-6, TNF- α, IL-10, CRP, IL-1β The rise of serum levels of IL-6, TNF- α, IL-10, CRP, IL-1β Smanjenje serumskih nivoa CCL11, CCI 24, CXCL10, ICAM-1, CXCL The decrease of serum levels of CCL11, CCI 24, CXCL10, ICAM-1, CXCL
Oksidativni stres Oxidative stress		Povećanje serimskih nivoa 3- nitrotirozin PCC The rise of serum levels of 3-nitrotirozin PCC	Povećanje nivoa glutation reduktaze, glutation S transferazae, 3-nitrotirozina, TBARS, NO, laktata, ukupnog oksidativnog statusa The rise of serum levels of glutation reduktaze, glutation S transferazae, 3- nitrotirozina, TBARS, NO, laktata, ukupnog oksidativnog statusa Smanjenje serumskih nivoa SOD The decrease of serum levels of SOD
Duzina telomera Telomere length			Skraćenje telomera Telomere length shortening
Imidžing (MRI, fMRI, PET, MRS)	ACC Hipokampus amigdala	Nivo glutamatata u ACC Alteration of glutamat levels in ACC Proširenje komora- Ventricular enlargement	ORFC DLPFC Smanjenje kortikalne gustine-Decrease of cortical thickness Proširenje komora- Ventricular enlargement

- 6) Stadijum 3b: intervencije iz stadijuma 3a uz dodatni fokus na rane znake relapsa i prevenciju relapsa.
- 7) Stadijum 3c: intervencije iz stadijuma 3b uz dodatni fokus na dugo-ročnu stabilizaciju bolesti. U svim podstadijumima stadijuma 3 dodatni medikamentozni tretman, uz postojeći prilagodjen terapijskim smernicama može obuhvatai novi je terapijske procedure i suplementaciju (npr. NMDA agonisti, glicin, d-serin, d-cikloserin) [71].
- 8) Stadijum 4: intervencije iz stadijuma 3c uz dodatni fokus na primenu klozapin i druge tercijarne tretmane, kao i rehabilitaciju i socijalnu inkluziju uprkos pojavi invalidnosti.

Važno je napomenuti da savremeni terapijski vodiči umnogome prate stadijume razvoja BAP. Može se reći da ranim fazama BAP odgovaraju terapijske preporuke vezane za monoterapiju stabilizatorima raspoloženja, dok se za kasnije faze bolesti preporučuje kombinovana terapija. Istraživanja ukazuju da je takva kombinovana terapija stabilizatorima raspoloženja odgovorajuća za veći stepen progresije bolesti, jer sinergističko delovanje stabilizatora raspoloženja (npr. natrijum-valproata i litijuma) specifično modifikuje glikogen-sintetaza-kinaza-3 (GSK-3) metabolički put redukujući pojavu proinflamatornih parametara i poboljšavajući time terapijski odgovor [38]. Uprkos tome, evidentirano je da su vodiči za BAP u našoj sredini najmanje korišćeni od svih vodiča namenjenim velikim duševnim bolestima [72]. U kontekstu stadijum razvoja bolesti, treba imati u vidu i da su savremeni vodiči bazirani na kratkim i malobrojnim randomizovanim-kontrolnim kliničkim studijama

akutne faze BAP koje prate procenu terapijskog pomaka pre nego postignute remisije [20-25] što ih sprečava da u punoj meri adekvatno i precizno, terapijski prate pojedne stadijume razvoja BAP. Posebno je važno naglasiti da adekvatna integracija svih predloženih grupa intervencija, pravovremeno i ciljano, u okviru svakog stadijuma, može dovesti do boljeg toka bolesti i usporavanja njene progresije.

IZAZOVI I LIMITACIJE

Imajući u vidu specifičnosti toka BAP koji može biti značajno različit u odnosu na predominantni polaritet, problem nedovoljno jasne klasifikacije poremećaja, kontinualni pristup oboljenju, manjak ciljanih istraživanja koja se bave poredjnjem različitih stadijuma bolesti, ali i nedostatak terapijskog konsenzusa vezanog posebno za rane faze bolesti i terapiju održavanja, postavlja se pitanje opravdanosti podele BAP na stadijume razvoja, na način na koji se to do sada činilo u grupi psihotičnih poremećaja.

Colom i saradnici (2006) [73] nalaze da se pacijenti sa predominantno depresivnim epizodama klinički i terapijski razlikuju u odnosu na pacijente sa predominantno maničnim ili hipomaničnim epizodama pa su time i njihova terapija i longitudinalni tretman različiti. Na sličan način nedovoljno precizno dimenzionalno, ali kontinualno sagledavanja poremećaja otežava ciljanu dijagnostiku, a time i tretman.

Većina studija koja se do sada bavila biološkim aspektima zasnovanosti stadijuma razvoja BAP, uključivale su pacijente iz kasnijih stadijuma razvoja (Stadijum 3 ili Stadijum 4), bavila se poređenjem pacijenta u ranoj i kasnoj fazi bolesti, ne

uzimajući u obzir medju-stadijume, i imala je kratak period praćenja obolelih (3-15 godina) [22-25, 71]. Ovakav manjak ciljanih istraživanja otvara prostor i potrebu za brižljivo dizajniranim, kohortnim studijama koje bi dale precizniji odgovor vezan za identifikaciju bioloških razlika i primenu različitih intervencija medju stadijumima BAP.

Uvodjenje stadijuma razvoja, koji bi uključivali i populacije „pod rizikom“ kod kojih nije došlo pojave simptoma bolesti moglo bi dovesti svojevrsne jatrogenizacije i stigme čiji bi nosioci bili potencijalno zdravi ljudi. Iako se izvestan broj istraživača zalaže za primenu farmakoterapije u stanjima povišenog rizika za psihozu, a usled boljeg daljeg toka bolesti i smanjenja broja relapsa, ovakav terapijski pristup može biti neadekvatan kada se radi o BAP [71, 74]. Naime, agresivan terapijski pristup i lečenje početnih, asimptomatskih stadijuma BAP može dovesti do narušenja adaptivnih osobina i karakteristika temperamenta koje mogu biti i deo bolesti pa je u terapiji BAP posebno važno razmišljati o funkcionalnosti pacijenta, a ne o kompletnoj stabilizaciji raspoloženja [12].

Iako je primećeno da osobe sa BAP značajno češće obolevaju od kardiovaskularnih bolesti, i pokazuju metaboličke izmene već pri prvoj epizodi bolesti može se govoriti o povećanom kardiovaskularnom riziku i metaboličkom disbalansu ne samo kao rezultatu lečenja [75], već o delu bolesti per se. Takođe, metaboličke izmene značajno utiču na tok bolesti, mogu biti povezane sa lošijim terapijskim

odgovorom i intenzivnjom psihopatologijom. Ipak, prisustvo heterotipnog komorbiditeta nije do sada dodatno razmatrano u okviru stadijuma razvoja BAP.

REZIME

Iako se može reći da je prisustvo progresivnih, longitudinalnih promena dokumentovano u BAP, neurobiološki dokazi različitih stadijuma razvoja BAP i dalje su limitirani. Sistematsko praćenje perioda nelečene bolesti kod osoba obolelih od BAP, pre svega sa aspekta u kojem skraćivanje, pravovremeno prepoznavanje i uvremenjeno lečenje uslovjavaju i manji broj relapsa, a samim tim bolji tok i ishod same bolesti, je neophodno. Smatramo takođe značajnim, da se „osobe pod rizikom“ moraju intenzivno pratiti, jer posmatranje samo trenutnog stanja i trenutne kliničke slike bolesti nije dovoljno, već da je nužno „sistemsко“ posmatranje bolesti, u dužem vremenskom periodu, kao i pažljivo praćenje njene epizodičnosti i svih potencijalnih inflamatornih, endokrinoloskih i metaboličkih markera koji nam iz došadasnjeg pregleda literature ukazuju na njenu „sistemsку“ prirodu. Razvoj modela stadijuma razvoja može biti polazna tačka za dalja istraživanja koja bi uključila neurobiološka istraživanja koja bi pomogla validaciji i preispitivanju konstrukta, ali i potencijalnom farmakoterapijskom tretmanu zasnovanom na stadijumima razvoja i usmerenom sa jedne strane na neuroprotekciju, a sa druge strane na prevenciju somatskog komorbiditeta.

STAGING BIPOLAR DISORDER: CLINICAL FRAMEWORK, BIOMARKERS AND INTERVENTIONS

Maja Pantović¹
Bojana Dunjić Kostić¹
Maja Lačković^{1,2}
Aleksandar Damjanović^{1,2}
Maja Ivković^{1,2}

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

2 School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

Summary

Disease classification according to stages of the disorder are frequently found in practical application in various medical disciplines. Initially, in psychiatry, the construct has been applied in psychotic disorders, particularly in prodromes of schizophrenia and first psychoses. However, understanding bipolar disorder through longitudinal, dynamic matrix of the disorders has appeared only recently. Contemporary frameworks of bipolar disorder includes three main directions: assessment of stages according to severity of symptoms – from the phase of increased risk to refractory condition; assessment of stages at the basis of biological underpinnings; assessment of stages according to interplay of clinical and neuropsychological correlates as well a general functioning. The paper offers review of clinical correlates and biological underpinnings of staging of bipolar disorder, comprised with targeted interventions.

Key words: staging, bipolar disorder, interventions, treatment, ethiopathogenesis

Literatura:

1. Reed DM. On the pathologic changes in Hodgkin's disease, with especial reference to its relation to tuberculosis. *Johns Hopkins Hospital Reports* 1902; 10:133–196.
2. Mader JT, Shirtliff M, Calhoun JH. Staging and staging application in osteomyelitis. *Clinical Infectious Diseases* 1997; 25:1303–1309.
3. Müller-Quernheim J. Sarcoidosis: immunopathogenetic concepts and their clinical application. *European Respiratory Journal* 1998; 12:716–738.
4. Hasselbach HC. Idiopathic myelofibrosis – an update with particular reference to clinical aspects and prognosis. *International Journal of Clinical and Laboratory Research* 1993; 23:124–138.
5. Braak H, Ghebremedhin E, Rüb U, Bratzke H, Del Tredici K. Stages in the development of Parkinson's disease-related pathology. *Cell Tissue Res* 2004; 318(1):121-34.
6. Berk M, Conus P, Lucas N, Hallam K, Malhi GS, Dodd S, Yatham LN, Yung A, McGorry P. Setting the stage: from prodrome to treatment resistance in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2007; (7):671-8.
7. Fava GA, Kellner R. Staging: a neglected dimension in psychiatric classification. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1993; 87:225–230.
8. McGorry PD, Jackson HJ. The recognition and management of early psychosis: a preventive approach. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
9. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ. The 'close-in' or ultra highrisk model: a safe and effective strategy for research and clinical intervention in prepsychotic mental disorder. *Schizophrenia Bulletin* 2003; 29:771–790

10. McGorry PD. Early intervention in psychotic disorders: beyond debate to solving problems. *British Journal of Psychiatry* 2005; 48:s108-s110.
11. Maser JD, Akiskal HS. Spectrum concepts in major mental disorders. *The Psychiatric Clinics of North America* 2002; 25(4): 11-13.
12. Akiskal KK, Akiskal HS. The theoretical underpinnings of affective temperaments: implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature. *J Affect Disord* 2005; 85(1-2): 231-9.
13. Demjaha A, MacCabe JH, Murray RM. How genes and environmental factors determine the different neurodevelopmental trajectories of schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Bull* 2012; 38(2):209-14.
14. Altamura AC, Buoli M, Alballo A, Dell'Osso B. Age at onset and latency to treatment (duration of untreated illness) in patients with mood and anxiety disorders: a naturalistic study. *Int Clin Psychopharmacol* 2010; 25(3):172-9.
15. Vieta E, Reinares M, Rosa AR. Staging bipolar disorder. *Neurotox Res*. 2011 Feb;19(2):279-85.
16. Goldberg JF, Ernst CL. Features associated with the delayed initiation of mood stabilizers at illness onset in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(11):985-91.
17. Altamura AC, Dell'Osso B, Berlin HA, Buoli M, Bassetti R, Mundo E. Duration of untreated illness and suicide in bipolar disorder: a naturalistic study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2010; 260(5):385-91
18. Drancourt N, Etain B, Lajnef M, et al. Duration of untreated bipolar disorder: missed opportunities on the long road to optimal treatment. *Acta Psychiatr Scand* 2013; 127(2):136-44.
19. Nehra R, Chakrabarti S, Pradhan BK, Khehra N. Comparison of cognitive functions between first- and multi-episode bipolar affective disorders. *J Affect Disord* 2006; 93(1-3):185-92.
20. Berk M, Hallam K, Malhi GS, Henry L, Hasty M, Macneil C, Yucel M, Pantelis C, Murphy B, Vieta E, Dodd S, McGorry PD. Evidence and implications for early intervention in bipolar disorder. *J Ment Health*. 2010;19(2):113-26.
21. Berk M, Hallam KT, McGorry PD. The potential utility of a staging model as a course specifier: a bipolar disorder perspective. *J Affect Disord*. 2007;100(1-3):279-81.
22. Duffy A, Alda M, Hajek T, Sherry SB, Grof P. Early stages in the development of bipolar disorder. *J Affect Disord* 2010;121(1-2):127-35.
23. Duffy A. The early natural history of bipolar disorder: what we have learned from longitudinal high-risk research. *Can J Psychiatry* 2010;55(8):477-85.
24. Kapczinski F, Dias VV, Kauer-Sant'Anna M, Brietzke E, Vázquez GH, Vieta E, Berk M. The potential use of biomarkers as an adjunctive tool for staging bipolar disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2009;33(8):1366-71.
25. Kapczinski F, Vieta E, Andreazza AC, Frey BN, Gomes FA, Tramontina J, Kauer-Sant'Anna M, Grassi-Oliveira R, Post RM. Allostatic load in bipolar disorder: implications for pathophysiology and treatment. *Neurosci Biobehav Rev* 2008;32(4):675-92.
26. Ludwig JA, Weinstein JN. Biomarkers in cancer staging, prognosis and treatment selection. *Nat Rev Cancer* 2005;5(11):845-56.
27. Simon NM, Smoller JW, McNamara KL, et al. Telomere shortening and mood disorders: preliminary support for a chronic stress model of accelerated aging. *Biol Psychiatry* 2006;60(5):432-5.
28. Elvsíshagen T, Vera E, Břen E, et al. The load of short telomeres is increased and associated with lifetime number of depressive episodes in bipolar II disorder. *J Affect Disord* 2011;135(1-3):43-50.
29. Kauer-Sant'Anna M, Kapczinski F, Andreazza AC, et al. Brainderived neurotrophic factor and inflammatory markers in patients with early- vs. late-stage bipolar disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2009;12(4):447-58.
30. Magalhães PV, Jansen K, Pinheiro RT, et al. A nested populationbased case-control study on peripheral inflammation markers and brainderived neurotrophic factor in early-stage mood disorders. Istanbul: Presented at the 5th Biennial Conference of the International Society for Bipolar Disorders; 2012.

31. Turan C, Kesebir S, Süner O, et al. 2014. Are ICAM, VCAM and E-selectin levels different in first manic episode and subsequent remission? *J Affect Disord* 163:76-80.
32. Hope S, Dieset I, Agartz I, et al. Affective symptoms are associated with markers of inflammation and immune activation in bipolar disorders but not in schizophrenia. *J Psychiatr Res* 2011;45 (12):1608–16.
33. Tsai SY, Chung KH, Wu JY, et al. Inflammatory markers and their relationships with leptin and insulin from acute mania to full remission in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2012;136(1-2):110–6.
34. Kunz M, Ceresér KM, Goi PD, et al. Serum levels of IL-6, IL-10 and TNF- α in patients with bipolar disorder and schizophrenia: differences in pro- and anti-inflammatory balance. *Rev Bras Psiquiatr* 2011;33(3):268–74.
35. Söderlund J, Olsson SK, Samuelsson M, et al. Elevation of cerebrospinal fluid interleukin-1 β in bipolar disorder. *J Psychiatry Neurosci* 2011;36(2):114–8.
36. Barbosa IG, Rocha NP, Bauer ME, et al. Chemokines in bipolar disorder: Trait or state? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2012. doi:10.1007/s00406-012-0327-6.
37. Park SH, Park-Min KH, Chen J, Hu X, Ivashkiv LB. Tumor necrosis factor induces GSK3 kinase-mediated cross-tolerance to endotoxin in macrophages. *Nat Immunol* 2011;12(7), 607-615.
38. Beurel E, Jope RS. The Paradoxical Pro- and Anti-apoptotic Actions of GSK3 in the Intrinsic and Extrinsic Apoptosis Signaling Pathways. *Prog. Neurobiology* 2006; 79(4):173–189.
39. Herberth M, Koethe D, Levin Y, et al. Peripheral profiling analysis for bipolar disorder reveals markers associated with reduced cell survival. *Proteomics* 2011;11(1):94–105.
40. Nery FG, Monkul ES, Hatch JP, Fonseca M, Zunta-Soares GB, Frey BN, Bowden CL, Soares JC. Celecoxib as an adjunct in the treatment of depressive or mixed episodes of bipolar disorder: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Hum Psychopharmacol* 2008;23(2):87-94.
41. Barbosa IG, Huguet RB, Mendonça VA, et al. Increased plasma levels of soluble TNF receptor I in patients with bipolar disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2011;261(2):139–43.
42. Walz JC, Andreazza AC, Frey BN, et al. Serum neurotrophin-3 increased during manic and depressive episodes in bipolar disorder. *Neurosci Lett*. 2007;415(1):87–9.
43. Walz JC, Magalhães PV, Giglio LM, et al. Increased serum neurotrophin-4/5 levels in bipolar disorder. *J Psychiatr Res* 2009;43(7):721–3.
44. Rosa AR, Frey BN, Andreazza AC, et al. Increased serum glial cell line-derived neurotrophic factor immunocontent during manic and depressive episodes in individuals with bipolar disorder. *Neurosci Lett* 2006;407(2):146–50.
45. Regenold WT, Phatak P, Marano CM, et al. Elevated cerebrospinal fluid lactate concentrations in patients with bipolar disorder and schizophrenia: implications for the mitochondrial dysfunction hypothesis. *Biol Psychiatry* 2009;65(6):489–94.
46. Halliwell B. Free radicals and antioxidants: updating a personal view. *Nutr Rev* 2012;70(5):257–65.
47. Andreazza AC, Kapczinski F, Kauer-Sant'Anna M, et al. 3- Nitrotyrosine and glutathione antioxidant system in patients in the early and late stages of bipolar disorder. *J Psychiatry Neurosci* 2009;34(4):263–71.
48. Andreazza AC, Kauer-Sant'anna M, Frey BN, et al. Oxidative stress markers in bipolar disorder: a meta-analysis. *J Affect Disord* 2008;111(2-3):135–44.
49. Kunz M, Gama CS, Andreazza AC, et al. Elevated serum superoxide dismutase and thiobarbituric acid reactive substances in different phases of bipolar disorder and in schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008;32(7):1677–81.
50. Vidović B, Milovanović S, Đorđević B, Kotur-Stevuljević J, Stefanović A, Ivanišević J, Miljković M, Spasić S, Stojanović D, Pantović M. Effect of alpha-lipoic acid supplementation on oxidative stress markers and antioxidative defense in patients with schizophrenia. *Psychiatr Danub* 2014;26(3):205-13.
51. Strakowski SM, Delbello MP, Adler CM. The functional neuroanatomy of bipolar disorder: a review of neuroimaging findings. *Molecular Psychiatry* 2005;10:105–116.
52. Lyoo IK, Sung YH, Dager SR, et al. Regional cerebral cortical thinning in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2006;8(1):65–74.

53. Rajkowska G, Halaris A, Seelenmon LD. Reductions in neuronal and glial density characterize the dorsolateral prefrontal cortex in bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2001;49(9):741–52.
54. López-Larson MP, DelBello MP, Zimmerman ME, Schwiers ML, Strakowski SM. Regional prefrontal gray and white matter abnormalities in bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2002;52(2):93–100.
55. Ongür D, Drevets WC, Price JL. Glial reduction in the subgenual prefrontal cortex in mood disorders. *Proc Natl Acad Sci USA* 1998;95(22):13290–5.
56. Sassi RB, Brambilla P, Hatch JP, et al. Reduced left anterior cingulate volumes in untreated bipolar patients. *Biol Psychiatry* 2004;56(7):467–75.
57. Drevets WC, Price JL, Simpson JR, et al. Subgenual prefrontal cortex abnormalities in mood disorders. *Nature* 1997;386 (6627):824–7.
58. Torres IJ, Boudreau VG, Yatham LN. Neuropsychological functioning in euthymic bipolar disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2007;434:17–26.
59. Bora E, Fornito A, Yücel M, Pantelis C. Voxelwise meta-analysis of gray matter abnormalities in bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2010;67(11):1097–105.
60. Rosso IM, Killgore WD, Cintron CM, et al. Reduced amygdala volumes in first-episode bipolar disorder and correlation with cerebral white matter. *Biol Psychiatry* 2007;61(6):743–9.
61. Javadapour A, Malhi GS, Ivanovski B, et al. Hippocampal volumes in adults with bipolar disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2010;22(1):55–62.
62. Hwang J, Lyoo IK, Dager SR, et al. Basal ganglia shape alterations in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2006;163(2):276–85.
63. Strakowski SM, DelBello MP, Sax KW, et al. Brain magnetic resonance imaging of structural abnormalities in bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(3):254–60.
64. Atmaca M, Ozdemir H, Yildirim H. Corpus callosum areas in firstepisode patients with bipolar disorder. *Psychol Med* 2007;37 (5):699–704.
65. Barnea-Goraly N, Chang KD, Karchemskiy A, Howe ME, Reiss AL. Limbic and corpus callosum aberrations in adolescents with bipolar disorder: a tract-based spatial statistics analysis. *Biol Psychiatry* 2009;66(3):238–44.
66. Brambilla P, Nicoletti M, Sassi RB, et al. Corpus callosum signal intensity in patients with bipolar and unipolar disorder. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004;75(2):221–5.
67. Moorhead TW, McKirdy J, Sussmann JE, et al. Progressive gray matter loss in patients with bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2007;62(8):894–900.
68. Frey BN, Zunta-Soares GB, Caetano SC, et al. Illness duration and total brain gray matter in bipolar disorder: evidence for neurodegeneration? *Eur Neuropsychopharmacol* 2008;18(10):717–22.
69. Strakowski SM, DelBello MP, Zimmerman ME, et al. Ventricular and periventricular structural volumes in first- versus multiple-episode bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2002;159 (11):1841–7.
70. Rajkowska G. Cell pathology in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2002;4(2):105–16.
71. Scott J, Leboyer M, Hickie I, Berk M, Kapczinski F, Frank E, Kupfer D, McGorry P. Clinical staging in psychiatry: a cross-cutting model of diagnosis with heuristic and practical value. *Br J Psychiatry* 2013;202(4):243–5.
72. Divac N, Marić NP, Damjanović A, Jovanović AA, Jasović-Gasić M, Prostran M. Use or underuse of therapeutic guidelines in psychiatry? *Psychiatr Danub* 2009;21(2):224–9.
73. Colom F, Vieta E, Daban C, Pacchiarotti I, Sánchez-Moreno J. Clinical and therapeutic implications of predominant polarity in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2006;93(1–3):13–7.
74. McNamara RK, Nandagopal JJ, Strakowski SM, DelBello MP. Preventative strategies for early-onset bipolar disorder: towards a clinical staging model. *CNS Drugs* 2010;24(12):983–96.
75. Vancampfort D, Vansteelandt K, Correll CU, et al. Metabolic Syndrome and Metabolic Abnormalities in Bipolar Disorder: A Meta-Analysis of Prevalence Rates and Moderators. *Am J Psychiatry* 2013;170(3):265–74.

Maja Pantović

Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije
Pasterova 2, 11000 Beograd, Srbija
E-mail: majapantovic@yahoo.it

NOVI UVID U GENETIKU SHIZOFRENije

Marina Mihaljević¹

Nadja P. Marić^{1,2}

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

2 Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

Tokom proteklih decenija brojna genetska istraživanja shizofrenije su bila usmerena na dva glavna pravca: analiza vezanog nasledjivanja (*linkage studies*) i analiza genetičke povezanosti (*genetic association studies*). Istraživanja su se bazirala na analizu uticaja pojedinačnih polimorfizama gena (SNP – *single nucleotide polymorphisms*), varijacija u broju ponovaka (CNV – *copy number variants*), hromozomskih aberacija (insercije/delecije) i *de novo* mutacija kod osoba sa dijagnozom bolesti. Rezultati datih studija pokazali su se nekonzistentnim i nedovoljnim za objašnjavanje naslednosti u shizofreniji. Danas, u postgenomskoj eri medicine, kada je moguće dešifrovati čitav ljudski genom, takozvana Genomska Studija Asocijacije (*Genome Wide Association Studies - GWAS*) je postala zlatni standard u istraživanju kompleksnih poligesnih naslednih bolesti medju kojima je i shizofre-

nija. Dosadašnje GWAS studije su objasnile samo 25% učinka pojedinačnih genetskih varijanti na naslednost shizofrenije (1). Poslednje i do sada najveće istraživanje GWAS shizofrenije (36.989 pacijenta i 113.075 kontrola) objavljeno u julu 2014. godine u časopisu *Nature*, nije opravdalo očekivanja naučne i stručne javnosti. Pored otkrivenih 108 genskih lokusa specifičnih za shizofreniju, izračunavanjem sume rizika za pojavu bolesti (*Polygenic Risk Score*) uključujući uticaj svih pojedinačnih SNP-ova, bilo je objašnjeno svega 7% rizika (2). Ako se zna da je shizofrenija visoko nasledna bolest i da je oko 80% varijacije fenotipa uslovljeno genetskim faktorima, naučnici su zaključili da se ta visoka naslednost u dosadašnjim genetskim studijama “ne vidi”. Ovaj fenomen, poznat kao “izgubljena naslednost” ili “nevidiljiva naslednost” (*missing or hidden heritability*), naveo je naučnike da tra-

že novi pristup u analizi postojećih genetskih podataka. Jedan od mogućih razloga neuspeha genetskih studija bio je deljenje ispitanika na "bolestan" ili "zdrav" prema kriterijumima/fenotipu uskladjenim sa aktuelnim klasifikacijama ICD i DSM, očigledno propuštajući da se sagleda efekat specifičnijih dimenzija fenotipa (prirodnih tendencija grupisanja fenomenologije bolesti) na vezu sa datim genskim uzrocima.

Pre mesec dana publikovan je rad u najnovijem broju Američkog psihijatrijskog žurnala (Am J Psychiatry. 2014 Sep 15.), pod nazivom "Uncovering the Hidden Risk Architecture of the Schizophrenias: Confirmation in three independent genome-wide association studies", autora Arnedo J, Svrakić D, del Val i saradnika (3). Ovaj rad, svojim inovativnim pristupom genetskim studijama, otvorio je novo poglavlje postgenomske ere medicine naslednih bolesti. Neposredno nakon objavlјivanja rada postalo je jasno da je napravljen ogroman korak u shvatanju poremećaja koje nazivamo "shizofrenija" i da su genetska istraživanja ove bolesti na pragu prevazilaženja višedecenijskih ograničenja.

U ovom radu, istraživači sa Vašingtonskog Univerziteta i Univerziteta u Granadi složenom serijom matematičkih i statističkih analiza ispitali su prvo oko 8.000 ispitanika iz SAD (uzorak iz *Molecular Genetics of Schizophrenia study*). Ideja je bila da se identifikuju "setovi" gena i fenotipa koji imaju prirodnu tendenciju da se grupišu. To je prva velika novina u dosadašnjim genetskim studijama, gde su do sada traženi pojedinačni geni kod obo-

lelih u odnosu na zdrave kontrole. Serijom analiza identifikovane su najporemećajne tendencije grupisanja SNP-ova u celom uzorku, nezavisno da li je u pitanju pacijent ili zdrava osoba. Prema datim setovima utvrđen je rizik za shizofreniju koji je za 42 seta gena bio veći od 70% (rizik od bolesti se kretao u vrednostima od 70% do celih 100% za neke od ovih setova gena). U tabelama u radu je prikazana uloga svakog pojedinačnog gena koji ulazi u specifičan "genski set", i to su načesće geni koji preko određenih neurohemitskih puteva regulišu razvoj mozga, imuni odgovor i neurotransmisiju. Prirodne tendencije grupisanja tražene su i u kliničkoj fenomenologiji i dobijeno je da se određeni simptomi grupišu u osam setova (grupa, mreža) tj. kliničkih sindroma. Ovim metodom autori su našli da pojedine grupe simptoma u uzorku prirodno teže da budu zajedno, odnosno da *koegzistiraju*.

U sledećem koraku autori su povezali date setove (grupe, mreže) gena sa uočenim setovima (grupama, mrežama) simptoma i utvrdili su konzistentno visoku povezanost određenih grupa gena (njih 42 ukupno) sa određenim kliničkim ispoljavinjima (njih 8 ukupno) bolesti. Ovih osam sindroma razlikuju se prema simptomima (halucinacije i sumanute ideje kod jednih, nedostatak volje, motivacije, afekta/emocija kod drugih, disorganizacija mišljenja i ponašnaja kod trećih) i prema težini (od blažih sindroma sa dobrom prognozom i socijalnom funkcijom, do teških progresivnih sindroma sa licnim i socijalnim propadanjem). Na ovaj način je pokazano da je shizo-

frenija *grupa* naslednih bolesti, slično pretpostavci koju je pre oko jednog stoljeća nagovestio Bleuler, nazivajući ih "shizophrenien"(4).

Posle analize prvog uzorka, istraživači su primenili isti metod na još dva nezavisna uzorka : jedan iz SAD (*Clinical Antipsychotic Trial of Intervention Effectiveness - CATIE*) i jedan iz Portugalije (*Portuguese Islands studies from the Psychiatric Genomics Consortium – PGC*) i potvrdili su iste rezultate. Interesantno je pomenuti da su dva uzorka na kojima je vršena provjera originalnih rezultata bila znatno manja, ali i dalje dovoljna da se uočene mreže simptoma i polimorfizama pokažu i potvrde. To je, slobodno možemo reći, momenat od izuzetnog značaja za psihijatriju i neuronauke. Dakle, nije u pitanju veličina uzorka, nego način pristupa uzorku – sto je oharabrujuće za male, siromašne zemlje jer ne zahteva mnogo investicija a omogućuje ravnopravan sa bogatim zemljama u potrazi za objašnjenjem i lečenjem složenih bolesti.

Dakle, Dr Javier Arnedo, Prof Švrakić i saradnici iz SAD i Španije su nam svojim originalnim metodom i rezultatima nedvosmisleno pokazali da je: a) Shizofrenija grupa od osam mentalnih poremećaja; b) Svaka od osam grupa poremećaja povezana je sa specifičnom grupom koegzistirajućih genskih varijanti; c) Dati nalaz je moguće replikovati (potvrditi nalaze u drugim populacijama pacijenata).

Evo nekih perspektiva koje proizilaze iz ovog istraživanja :

1. Kod složenih bolesti, jedna ista grupa gena može dati različite ishode u fenotipu (multifinalnost) ili dve različite grupe gena mogu da daju isti ishod (ekvifinalnost). U rezultatima Arnedo, Švrakica i sar. pokazana su oba fenomena. Na ovaj način aktuelna studija je postavila smernice za istraživanje drugih složenih bolesti, tj. bolesti koje nastaju pod uticajem mnoga gena plus uticajem faktora rizika iz okoline (kancer, hipertenzija, srčana oboljenja, itd.). Takođe, ona daje smernice za istraživanje etiološke arhitekture zdravlja i osobina normalnih osoba (npr. IQ).

2. Identifikacijom genskih uzroka shizofrenije biće olakšana identifikacija neuropatologije mozga kod specifičnih kliničkih entiteta bolesti. Identifikacija neuropatologije ovih entiteta postaće putokaz za otkrivanje specifičnih i efikasnih lekova. Moderni lekovi budućnosti će biti usmereni ka promenama ekspresije (aktivnosti) mutiranih gena u specifičnim tkivima, što je neophodan korak ka približavanju kauzalnom tretmanu bolesti.

3. Na kraju, treba naglasiti da grupe gena koje su u osnovi shizofrenije nemaju direktno linearan uticaj na rizik za pojavu bolesti, već da uzročno-posledična veza zavisi od konkrente funkcije dатих gena u fazama neurorazvoja, kao i od modulirajućih (protektivnih vs. patoloških) uticaja

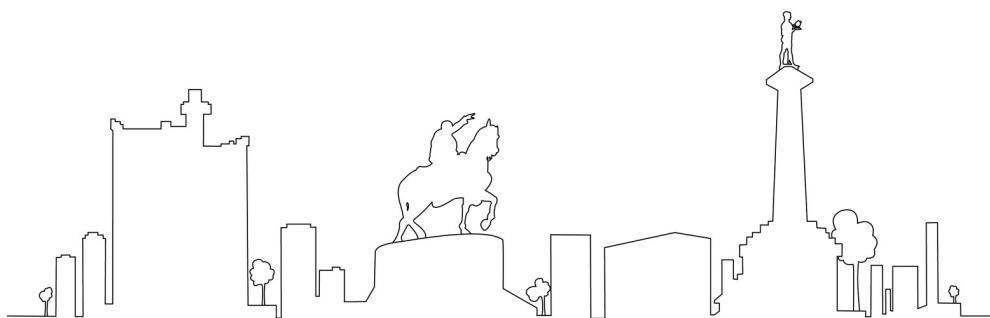
okoline kroz GxE (*Gene x Environment*) interakcije. Tačno je da ima slučajeva gde je "snaga" gena tolika da okolina i homeostaza ne mogu da spreče pojavu bolesti, ali u mnogim (većini) slučajeva, ovakvi uticaji su mogući. To će biti osnov kreiranja terapijskih mogućnosti okoline u prevenciji shizofenija.

Po našem mišljenju, nakon izuzetnih rezultata istraživanja našeg kolege Prof. dr Dragana Švrakića i njegovih saradnika, sa poremećaja koje smo decenijama svrstavali pod dijagnozu "shizofrenija" postepeno će nestajati stigma "neizlečivosti". Ovim istraživanjem svet se približio pronalaženju terapijskih mogućnosti za rane intervencije kod osoba pod visokim rizikom za shizofreniju i personalizovanim terapijskim pristupom kod obolelih.

Literatura:

1. Lee SH, DeCandia TR, Ripke S, Yang J, Sullivan PF, Goddard ME, Keller MC, Visscher PM, Wray NR. Estimating the proportion of variation in susceptibility to schizophrenia captured by common SNPs. *Nat Genet* 2012;44I:247-50.
2. Ripke S, Neale BM, Corvin A, Walters JT; Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. *Nature* 2014;511(7510):421-7.
3. Arnedo J, Svrakic DM, Del Val C, Romeo-Zaliz R, Hernández-Cuervo H; Molecular Genetics of Schizophrenia Consortium, Fanous AH, Pato MT, Pato CN, de Erausquin GA, Cloninger CR, Zwir I. Uncovering the Hidden Risk Architecture of the Schizophrenias: Confirmation in Three Independent Genome-Wide Association Studies. *Am J Psychiatry*. 2014 Sep 15.
4. Bleuler E..*Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig, Germany: Deuticke; 1911.

XLII SIMPOZIJUM KLINIKE ZA PSIHIJATRIJU KCS



BIOETIKA I PSIHIJATRIJA

ZADUŽBINA ILIJE KOLARCA

VREME: 9. i 10. OKTOBAR 2014.



Poštovane kolege,

Četrdeset i drugi Simpozijum Klinike za psihijatriju Kliničkog centra Srbije "Bioetika i psihijatrija" posvećen je razmatranju bioetičkih pitanja u okviru kliničkih, istraživačkih, socioloških, a svakako multidisciplinarnih problema sa kojima se susreće savremena psihijatrija.

Bioetika, a posebno neuroetika kao deo njenog okvira, predstavlja ju područija sa izuzetno širokim poljem interesovanja. Viševekovno interesovanje za etička pitanja koja se tiču ljudskog uma danas je do datno potaknuto i aktuelizovano ubrazanim razvojem neuronauka u poslednjim decenijama, ali i sve kompleksnijim sociološkim prilikama. Istovremeno, razvojem teorije uma koja predstavlja sposobnost prepoznavanja i razumevanja kako sopstvenih tako i tuđih mentalnih stanja (verovanja, namere, želje, skrivanja, znanja itd.) koja mogu biti različita od sopstvenih, otvorilo se polje brojnih bioloških istraživanja emocija, morala, empatije i novih shvatanja neurobiologije ljudskog ponašanja koja uključuju sistematično sagledavanje kognitivno-emocionalno-bihevioralnih komponenata što je otvorilo polje za egzaktnije razmatranje ljudskog ponašanja i zasnovanosti bioetičkih normi u savremenom svetu. Sa druge strane, upravo savremeno društvo otvorilo je nova pitanja u kojima bioetika nalazi svoje mesto (specifična farmakoterapija, medicinska istraživanja, plastična hirurgija, rodna i polna uloga).

U okviru Simpozijuma, programom su predvedena izlaganja u okviru nekoliko celina koje obrađuju različite aspekte primene bioetike u psihijatriji i srodnim granama.

Prof dr Aleksandar Damjanović,
predsednik Naučnog odbora Simpozijuma

BIOETICS IN EPIGENETICS

Dragan Švrakić

Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, St. Louis, MO

Mental health is strongly influenced by a host of environmental factors that can vary according to social, economic, geographic, cultural or physical contexts. The task of bioetics in contemporary society and science is to recognize this and, where appropriate, work to integrate environmental concerns and their ethical deliberations into their field of neuroscience. Relatively new field of (neuro)bioethics provides novel information that should serve as additional justification for expanding the scope of epigenetics in mental health.

PLACEBO U PSIHIJATRIJI-BIOETIČKI ASPEKTI

Miro Jakovljević

Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska
Medicinski fakultet, Univerzitet u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

Sukobljeni podaci i nerazumevanje placebo i nocebo efekta su važne komponente terapije u psihijatriji. Samo posmatranje fenomena ima dva suprotstavljena aspekta: glorifikaciju i vilifikaciju, kontradiktorne procene vezne za propisivanje i upotrebu placebe. Bioetički aspekti primene placebo u psihijatriji zauzimaju važno mesto u tretmanu posebno depresivnih pacijenata ili onih koji imaju neurotske probleme. Predavanje se detaljnije bavi različitim bioetičkim aspektima upotrebe placebo u psihijatriji.

PITANJE EUTANAZIJE DANAS – MEDICINSKI I RELIGIJSKI ASPEKT

Srdjan Milovanović^{1,2}
Milutin Novaković³

¹ Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

² Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

³ Specijalistička ordinacija „Dr. Milutin Novaković“

Eutanazija ima veoma dugu istoriju. Reč eutanazija je grčkog porekla i znači lako i blago umiranje, gašenje života bez smrtnih bolova. Savremena dostignuća medicine, shvatanja pravnika koja prelaze pravne okvire, urbani, socijalni i drugi

činoci uslovili su da je eutanazija u naše vreme postala izuzetno aktuelno pitanje. Zagovornici i protivnici eutanazije, razilaze se u: religioznim, filozofskim, humanističkim, socijalnim, pravnim, medicinskim i drugim gledištima.

Eutanazija, sama po sebi, se ne može posmatrati kao izolovana pojava. Eutanazija se može definisati bar kao aktivna ili pasivna, voljna ili nevoljna, direktna ili indirektna. Osoba može biti protiv jedne vrste eutanazije, a prihvati drugu. "Aktivna eutanazija" je čin koji ubija; "pasivna eutanazija" je nepreduzimanje akcije što ima za posledicu nastanak smrti (npr. neizvodjenje kardiopulmonalne reanimacije kod pacijenta u terminalnom stadijumu kancera ili sa tekom kardiomiopatijom). "Voljna eutanazija" je smrt u kojoj oboleli donosi odluku, nasuprot "nevolljne eutanazije" pri kojoj neko drugi umesto obolelog (npr. pacijent je u komi) donosi odluku (npr. član porodice, lekar ili medicinska sestra). "Direktna eutanazija" (npr. terminalna sedacija) je kada je smrt očekivani primarni ishod, nasuprot "indirektnoj eutanaziji" pri kojoj je smrt posledica uzgrednog dejstva (npr. ordiniranje narkotičnih analgetika za kupiranje bola i sekundarno zatajivanje respiratorne funkcije). Svi pristupi eutanaziji imaju svoje probleme. Aktivna eutanazija se u velikom broju država označava kao ubistvo. Takođe eutanazija se sukobljava se Hipokratovom zakletvom („ne na?kodi“), kao i sa religioznim pravilima („da li sav život pripada Bogu?“), kao i sa praktičnim dvosmislenostima (kada je pacijent u potpunosti bespomoćan). Postoje, razumljivo, i drugi razlozi izvan poznatih, šire uzevši, religioznih razloga, zašto ubistvo iz milosrđa nije svuda prihvaćeno. U izlaganju dat je i pregled zakonodavstva u nekim zemljama na temu eutanazije i asistiranog suicida.

MORAL I SEROTONIN

Aleksandar Damjanović^{1,2}
Maja Ivković^{1,2}
Maja Lačković^{1,2}
Bojana Dunjić-Kostić¹
Maja Pantović¹

¹ Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

² Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

Posmatranje morala zavisi od preferenci posmatrača-istraživača i može se definisati sa raznovrsnih stanovišta. Moralnost obuhvata tri nivoa: moralne radnje (koje podrazumevaju upliv genetike), moralnu motivaciju (fiziologija i neurologija) i moralne sisteme (socijalni aspekt). Razvojem teorije uma koja predstavlja sposobnost prepoznavanja i razumevanja kako sopstvenih tako i tudi mentalnih stanja (verovanja, namere, želje, skrivanja, znanja itd.) koja mogu biti različita od sopstvenih, otvorilo se polje brojnih bioloških istraživanja emocija, morala, empatije i novih

shvatanja neurobiologije ljudskog ponašanja koja uključuju sistematično sagledavanje kognitivno-emocionalno-bihevioralnih komponenata. Dosadašnja, ne toliko brojna istraživanja, na polju socijalnih neuronauka dala su neke zanimljive implikacije vezane za potencijalnu neuroanatomiju, neurohemiju i transmisiju uključenu u moralno prosudjivanje i „prosocijalne“ emocije. Brojne neuroanatomske strukture (prefrontalni korteks, insula, amigdale) i neurotransmiterski sistemi su takođe uključeni u moralno rasudjivanje i sve aspekte koje ono obuhvata, međutim prednost se svakako daje serotoninu što potvrđuju i višedecenijska istraživanja na ovu temu.

U širem kontekstu, otvaraju se mogućnost šireg medicinskog i farmakološkog sagledavanja ovog fenomena neurotransmiterske osnove „moralnosti“. Naime, postoje potencijalno dva farmakološka puta modulacije ljudskog ponašanja: direktni put (“bottom-up”) koji uključuje neuropeptide (oksitocin, vazopresin) koji promovišu prosocijalno ponašanje (privrženost, empatija, velikodušnost) i drugi indirektni put (“top-down”) koji uključuje serotonin koji ograničava antisocijalno ponašanje povećanjem averzije prema povredjivanju drugih. Novija istraživanja pomeraju fokus interesovanja i na hormonski sistem i vezu sa moralnim rasudjivanjem i ponašanjem. Upravo funkcionalno umrežavanje različitih regiona i sistema facilitira vezu između ljudskog ponašanja i bioloških datosti.

ETIKA ISTRAŽIVANJA U NEURONAUKAMA

Vida Jeremić
Smiljana Cvjetković

Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

Neuroetika najmlađa je grana bioetike, sa izuzetno širokim područjem interesovanja. Nastala je na temeljima viševekovnog interesovanja za etička pitanja koja se tiču ljudskog uma, ali je njenо utemeljenje ponajviše podstaknuto ubrzanim razvojem neuronauka u poslednjim decenijama.

Dramatičan napredak neuronauka doneo je ogoromnu nadu i velika očekivanja u smislu poboljšanja zdravlja i kvaliteta života miliona ljudi. Primeri modernih otkrića u neuronaukama koja su imala veliki odjek u javnosti uključuju duboku stimulaciju mozga (deep brain stimulation), nove vrste tretmana za psihijatrijska oboljenja i neurotransplantaciju stem ćelija u svrhu lečenja neurodegenerativnih oboljenja. Međutim, put od istraživačkih rezultata do primene u kliničkoj praksi podrazumeva mnogo više opreza nego što to principi naučnog i tehnološkog procesa opravdavaju. Iako se može reći da neuronaučna istraživanja svoje glavno ishodište imaju u razvijenim, zapadnim zemljama, nije teško predvideti da će globalizacioni procesi dovesti do naučnog transfera ka zemljama u razvoju u skorijoj budućnosti, pa se aktuelnost neuroetičkih pitanja s punim pravom može posmatrati kao globalni fenomen.

Ono što je specifično za istraživanja u neuronaukama je pitanje populacije ispitnika. Kod neuroloških i psihijatrijskih bolesnika kognitivne i/ili emocionalne sposobnosti često su smanjene, što ih svrstava u grupu vulnerabilnih ispitnika, tako da njihova zaštita zahteva posebno razmatranje. U ovom radu bavimo se etičkim pitanjima u istraživanjima na humanim subjektima i testiranju novih dijagnostičkih i terapijskih procedura, pitanjem informisanog pristanka, ali i razmatranjem pitanja transfera znanja i promocije naučnih dostignuća kroz poboljšanje komunikacije između istraživača, etičara i filozofa sa jedne i šire javnosti sa druge strane.

HARMONIZACIJA PROPISA O BIOMEDICINSKIM ISTRAŽIVANJIMA U SRBIJI SA EVROPSKIM STANDARDIMA - SPECIFIČNOSTI ISTRAŽIVANJA AFEKTIVNIH POREMEĆAJA

Slavica Đukić Dejanović

¹ Klinika za psihijatrijske bolesti "Dr Laza Lazarević" Beograd, Srbija

² Fakultet medicinskih nauka, Univerzitet u Kragujevcu, Kragujevac, Srbija

Stalna je težnja istraživača da pomeri granice saznanja, a unapređenje metodologije istraživanja ima za cilj poboljšanje validnosti rezultata. Postavljaju se brojna pitanja o etičnosti medicinskih ispitivanja i svrsi dobijenih, novih znanja. Zbog toga je kliničko istraživanje pažljivo i etično dizajniran eksperiment, sa ciljem da se odgovori na neko precizno postavljeno pitanje. Lekar-istraživač obavezno treba da bude dokazani specijalista i kliničar, koji se odlikuje velikim medicinskim znanjem i kompetentnošću, kao i sposobnošću i odgovornošću za donošenje složenih odluka u procesu kliničkog ispitivanja. Odgovornost je podeljena u između sponzora kliničkih ispitivanja, nezavisnih Etičkih komiteta, kliničkih ispitivača i predstavnika kontrolnih agencija. Međunarodna konferencija za harmonizaciju tehničkih zahteva za registraciju lekova (International Conference for Harmonization- ICH), 1990.godine, omogućila je standardizaciju i usaglašavanje smernica o kliničkim ispitivanjima lekova u različitim zemljama. Osnove međunarodne legislative počivaju na Helsinškoj deklaraciji, međunarodnim etičkim standardima, Vodiču za dobru kliničku praksu, kao zbir preporuka o tehničkim zahtevima u vezi registracije lekova za upotrebu kod ljudi. U našoj zemlji Agencija za lekove i medicinska sredstva kontroliše sprovodenje kliničkih i drugih ispitivanja lekova, a kontrola se ogleda u proveri dokumenata ispitivača, sponzora i nezavisnih Etičkih komiteta, kao i sprovodenju inspekcija klinikama gde se izvode klinička ispitivanja. Klinička ispitivanja lekova i medicinskih sredstava u našoj zemlji regulisana su: Zakonom o lekovima i medicinskim sredstvima, Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, Pravilnikom o uslovima i načinu kliničkog ispitivanja leka, postupcima i sadržaju dokumentacije za odobrenje kliničkog ispitivanja leka, Smernicama Dobre kliničke prakse u kli-

ničkom ispitivanju. Dosledna primena propisa u praksi može se ostvariti razumevanjem i kordinisanim naporima svih učesnika u ovom procesu, od finansijera, istraživača i njihovih institucija, do regulatornih i nadzornih tela i javnosti. Dodatna edukacija će omogućiti podizanje nivoa znanja, kroz raznovrsne oblike osnovne, poslediplomske i kontinuirane medicinske edukacije. Neuključivanje pacijenata sa suicidalnim rizikom ili teraporezistentih, ozbiljna je metodološka primedba savremenim istraživanjima novih lekova. Neophodno je konstruktivno i suštinsko razmatranje svih relevantnih problema u kliničkim istraživanjima, kao i spremnost za dalje usaglašavanje legislative biomedicinskih istraživanja.

FORENZIČKI ASPEKTI INFORMISANOG PRISTANKA

Aleksandar Jovanović

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

Informisani pristanak na medicinsko ispitivanje i lečenje prvi put je uveden u sudsku arenu 1957. godine u Kaliforniji u parnici Salgo v. Stanford (Leland Stanford Jr., University Board of Trustees). Ubrzo, zakanodavstva zapadnih zemalja uvode odgovarajuću pravnu regulativu, a u sudske prakse se primenjuju odredjeni legalni standardi koje informisani pristanak mora da zadovolji da bi se smatrao valjanim. Konceptu informisanog pristanka, u novije vreme je i kod nas posvećena odgovarajuća pažnja u okviru odredbi Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Službeni glasnik RS, 107/05), Pravilnika o uslovima i načinu kliničkog ispitivanja leka, postupku i sadržaju dokumentacije za odobrenje kliničkog ispitivanja leka (Službeni glasnik RS, 102/06) te Zakona o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama (Službeni glasnik RS, 45/13). Osnovni elementi valjanog informisanog pristanka su informacija, dobrovoljnost i kompetentnost, a u ovom izlaganju će biti prikazani osnovni legalni standari koji se u sudske prakse primenjuju na pomenute elemente kao i posebni slučajevi kada kliničar može biti oslobdjen obaveze dobijanja informisanog pristanka.

ETIČKE TRANSGRESIJE PROFESIONALACA U MENTALNOM ZDRAVLJU

Jelena Manojlović

Fakultet za medije i komunikaciju, Univerzitet Singidunum, Beograd, Srbija

Iako sve struke koje su specijalizovane da pruže pomoć osobama sa mentalnim teškoćama (lekari, psiholozi, socijalni radnici, defektolozi, medicinske sestre, radni terapeuti) imaju svoje etičke kodekse, preporuke ovih akata često ostaju sa-

mo apstraktne kategorije, dok se praksa u mnogim slučajevima razlikuje od proklamovanih principa. U svetu vršena mnoga ispitivanja vezana za etičku osetljivost profesionalaca u mentalnom zdravlju, pokazala su da veliki broj profesionalaca ne uočava i ne identificuje potencijalne etičke transgresije, čak iako se oni sami etički ispravno ponašaju u dатој situaciji. U ovom izlaganju pokušaćemo da istaknemo neke od uobičajenih etičkih transgresija koje su prisutne u različitim vidovima i u različitim oblastima, ali su posebno naglašene u radu sa osobama sa teškoćama u mentalnom zdravlju. Preko analize čestih transgresija nastojaćemo da ponudimo neke ideje za povećanje svesnosti o etičkim aspektima rada sa osobama sa mentalnim teškoćama koja bi potencijalno poboljšala etičnost i sa njom kliničku efikasnost naše profesionalne akcije.

ETIČKI PRINCIPI U PSIHOANALIZI - FORMA I SADRŽAJ

Sanja Totić Poznanović^{1,2}

Marija Marjanović¹

¹Klinika za psihiatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

²Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

Američka psihanalitička asocijacija je usvojila Principe etike i pomoćne standarde (Principles and Standards for Psychoanalysts American Psychoanalytic Association, decembar 1975; revidirana verzija 1983.) za svoje članove, o njihovom profesionalnom radu u odnosu na pacijente, maloletna lica i njihove roditelje ili staratelje, kao i supervizanate, studente, kolege i javnost. Standardi se odnose na: kompetentnost (ekspertizu i dalje usavršavanje; bolest ili umanjenje profesionalne sposobnosti analitičara moraju biti na vreme objavljeni i saopšteni na određeni način), poštovanje osobe i nediskriminaciju (neprihvatljiva je etička, rasna, polna, religijska, seksualna, socio-ekonomski diskriminacija, prema invalidima kao i diskriminacija zasnovana na godinama), uzajamnost i potpisani pristanak (psihanalitički tretman je baziran na uzajamnom dogовору i pristanku; na početku tretmana mora biti upoznat sa psihanalizom kao terapijskom tehnikom kao i alternativnim terapijama; psihanalitičar mora sa puno takta da napravi dogovor koji se odnosi na termine, cenu, i druga pravila i obaveze; data obećanja se moraju poštovati), povjerljivost (poverljivost je bazično pravo pacijenta; psihanalitičar mora preduzeti sve neophodne mере да не otkrije podatke o pacijentima koji su u analizi ili su bili u analizi bez prethodnog konsultovanja sa njima, niti prikazivati slučaj na stručnim skupovima bez prethodne saglasnosti pacijenta), istinoljubivost (psihanalitički tretman je baziran na istinoljubivosti), izbegavanje eksploracije (u svetu vulnerabilnosti pacijenta u psihanalizi i nejednakosti u dijadi psihanalitičar-analizand, psihanalitičar ne sme da zloupotrebljava terapijski odnos sa pacijentom i njihovim porodicama-seksualno, finansijski...), naučnu odgovornost, zaštita javnosti i profesije (psihanalitičar treba da zaštitи pacijente ili kolege i osobe koje traže tret-

man od psihoanalitičara za koje je primećeno da su nedovoljno stručni, ili se zna da njihovo ponašanje škodi pacijentu; svako neetičko ili nestručno vođenje tretmana treba da bude prijavljeno), društvenu odgovornost (psihoanalitičar treba da se ponaša u skladu sa zakonom koji je u interesu pacijenta i javnosti; poseban problem je u slučaju maloletnih lica kada roditelji ili staratelji zahtevaju intervenciju koja je u suprotnosti sa naučnim stavom, što analitičar treba da odbije), lični integritet (psihoanalitičar treba da bude obazriv, obziran, i pošten u svim profesionalnim odnosima, da podrži dignitet i čast profesije)... Navedena pravila su pokašaj formalizovanja etičkih principa u psihoanalitičkom radu. Poštujući formalna etička pravila, svaka psihoanalitička škola u okviru svojih teorijskih koncepata razvija i svoje stavove o značenju i mestu etike u psihoanalitičkom radu. Frojd je pravio neznatnu razliku između etike i morala, smatrajući da je etika u manjoj ili većoj meri odraz opšteg ličnog stava u komunikaciji ljudske vrste. U svojim ranim radovim, Frojd postavlja bazični konflikt između zahteva "građanskog morala" i, u osnovi amoralnog seksualnog nagona svake osobe. Kada moralnost dostigne prevlast u tom konfliktu, a nagoni su prejaki da bi bili sublimirani, seksualnost je izražena ili u perverznoj formi ili je potisнутa, i kasnije vodi ka neurozi. Sa Frojdovog aspekta, građanski moral tada postaje koren nervne bolesti. Frojd je dalje razvijao svoju ideju o patološkoj prirodi moralnosti u svojoj teoriji nesvesog osećanja krivice, i u svom kasnijem konceptu superega, unutrašnjoj moralnoj instanci koja postaje sve okrutnija kako se ego povinuje njegovom zahtevu. Lakan je tvrdio da je etička misao "centar našeg posla kao analitičara". Pojednostavljeni, po njegovom mišljenju može se reći da etički problem konvergira u psihoanalitičkom tretmanu i sa strane analizanda i sa strane analitičara. Sa strane analizanda je problem krivice i patološke prirode građanskog morala. Sa aspekta analitičara problem je u tome kako se odnositi prema patološkom moralu i nesvesnoj krivici analizanda, kao i sa čitavim nizom etičkih problema koji se mogu pojaviti u psihoanalitičkom tretmanu. Ta dva izvora etičkog problema stavljuju različita pitanja pred analitičara. Prvo, kako će analitičar odgovoriti na analizandov osećaj krivice? Drugo, kako će analitičar da odgovori na patološku moralnost koja se odigrava kroz superego? Etički problemi su duboko ukorenjeni u psihoanalitičkoj misli, i kroz vreme su trpeli uticaje različitih filozofskih pravaca i društvenih promena.

BIOETIKA IZMEDJU PSIHOTERAPIJE I FARMAKOTERAPIJE

Srdja Zlopaša

Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

Rad se bavi bioetičkim problemima u odnosu psihoterapije i farmakoterapije u lečenju nepsihotičnih poremećaja. Psihoterapije bilo kog modaliteta u svojoj osnovi istražuju mogućnost promene, pomoći i poboljšanja života kroz psihoterapijske tehnike i specifičan odnos između psihoterapeuta i pacijenta. Psihofarmako-

terapija deli deo ciljeva lečenja sa psihoterapijom i u svakodnevnoj praksi se često kombinuje sa psihoterapijom. Odnos između dve vrste terapijskih pristupa se uglavnom uzima zdravo za gotovo, međutim postoji čitav niz kompleksnih pitanja, problema i dilema koje se previđaju. Pitanje indikacija za određeni terapijski modalitet u sebi nosi i etičke dileme, bilo da se radi o individualnom farmakoterapijskom ili psihoterapijsom ili pak kombinovanom pristupu. Pitanje očekivanja pacijenta i lekara niza neprepoznatih faktora koji mogu bitno uticati na tok i ishod lečenja. Svesni ili nesvesni stav lekara prema određenom tipu lečenja i subjektivni faktori takođe imaju znatan uticaj. Etička dilema koja se nameće je i vezana za pitanje, ko treba da prepisuje farmakoterapiju u slučajevima kada je psihoterapeut psihijatar? Ista osoba ili drugi lekar? Kakvi su modusi saradnje ukoliko isti stručnjak ne prepisuje i lekove? Na koji način uvodenje psihofarmaka utiče na psihoterapijski odnos, proces i otpore? Sva ova, a i mnoga druga pitanja u svojoj osnovi imaju etičku dimenziju. Ovo je posebno izraženo poslednjih decenija kada je epidemiološki verifikovan znatan porast depresivnih, anksioznih i graničnih stanja i kada je integrativan pristup neophodan u velikom broju kliničkih slučajeva i kada samo jedan modalitet lečenja ne zadovoljava potrebe dobre kliničke prakse. Etičke dileme se usložnjavaju i kompetitivnim odnosom između terapeuta različitih psihoterapijskih modaliteta kao i pristalica i protivnika farmakoterapije u nespihotičnim poremećajima. Ovaj rad se bavi i problematizovanjem subjektivnih faktora koji utiču na izbore u lečenje. Bitan faktor u kompleksnom matriksu lečenja psihijarijskih poremećaja je i uticaj farmakoterapijskog tržišta kroz farmakoindustriju.

Specifičnost odnosa između ostalog odnosi se na otvaranje najosetljivijih intimnih pitanja koja se tiču pacijenta. U ovu složenu interakciju uključuju se intimni deo pacijentovog života, terapeutov profesionalni identitet, ali i njegov subjektivni, lični deo. Više ili manje implicitno u psihoterapijski odnos uključuju se porodični, socijalni, kulturni uticaji a samim tim moralni i etički faktori. Većina psihoterapijskih pravac deli neka zajednička etička stajališta ali svaka škola u skladu sa svojim posebnim karakteristikama, teorijskim i praktičnim diferencira posebne etičke standarde. Ovi etički standardi kao i dileme koje proizilaze iz njih mogu biti svesni ili nesvesni (implicitni ili eksplicitni). Postoji mnoštvo etičkih pitanja koja se otvaraju od samog početka, od pacijentove prve nejasne ideje o traženju psihoterapijske pomoći do prvog kontakta, susreta, inicijalnog intervjua do zaključivanja psihoterapijskog odnosa. Pitanje koje proizilazi odnosi se na to koliko je pishoterapeut svestan ovih etičkih činjenica, u kojoj meri i kada smatra da je neophodno da ih otvara sa pacijentom u odnosu na mesto u psihoterapijskom procesu, specifičnost pacijentove patologije i druge faktore koje mora uzeti u obzir? Etički problemi pogotovo dolaze do izražaja u stanjima pogoršanja statusa pacijenta. Neprepoznata dilema u incijalnim fazama tretmana može isplivati na površinu i postati razlog nesporazuma zastoja u lečenju i prekidanja samog procesa lečenja.

PSIHIJATRIJSKI ASPEKTI HRONIČNOG HEPATITISA C: ETIČKA RAZMATRANJA

Zorana Pavlović^{1,2}

Olivera Vuković^{2,3}

Slobodanka Pejović Nikolić¹

Milica Jovičić¹

Sanja Andrić¹

¹Klinika za psihiatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

²Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

³Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

U savremenom svetu, porast obolelih od infektivnih bolesti poprima epidemij-ske razmere i ima ozbiljne posledice. Hronični hepatitis C (HHC) predstavlja zna-čajan javno-zdravstveni problem zbog velikog broja obolelih, progresije bolesti i ozbiljnih komplikacija, medju kojima je posebno znacajna pojava psihijatrijske simptomatologije. Rezultati studija pokazuju da je stopa psihiatrijskih poremećaja veća kod osoba obolelih od HHC u odnosu na opštu populaciju. Značajna su i kompleksna etička pitanja kod osoba obolelih od HHC, zbog same bolesti, ali i sprovođenja antivirusne terapije (interferon u kombinaciji sa ribavirinom). Prvo, informisani pristanak za lečenje, koji je osnova etičkog pristupa, ima izvesne specifičnosti kod pacijenata obolelih od HHC, prvenstveno zbog kognitivnih oštećenja uzrokovanih neurotoksičnošću hepatitis C virusa i čestog postojanja psihiatrijskog komorbiditeta. Zatim, etički imperativ je obezbeđivanje dostupnog tretmana, a kada je reč o ovom delu populacije, studije pokazuju dobre rezultate i potvrđuju efikasnost savremene kombinovane antivirusne terapije. Veoma je važan izbor pacijenata za lečenje, s obzirom na veliki broj osoba koje su na listi čekanja za prime-nu interferona. Sa psihiatrijskog aspekta, psihotični poremećaji, poremećaji raspoloženja i bolesti zavisnosti se često razmatraju kao kontraindikacije za tretman interferonom. Ovakav stav je razumljiv, s obzirom na nalaze brojnih ispitivanja koja su pokazala da terapija interferonom može izazvati ili pogoršati psihiatrijske simptome, među kojima je najznačajnija pojava depresivne simptomatologije. Ta-ko, lečenje HHC kod pacijenata sa psihiatrijskim poremećajima ima značajan stepen kompleksnosti i otvara mnoga pitanja. Neke od kliničkih i etičkih dilema su: izbor najadekvatnijeg terapijskog pristupa za pacijente koji imaju povećani rizik od pojave psihiatrijske simptomatologije; procena stepena „korist - šteta“ od prime-njenog tretmana; izbor pacijenata koji mogu biti bezbedno lečeni interferonom; posledice zakasnelog lečenja, prevremenog prekida terapije zbog pojave psihiatrijskih neželjenih efekata ili nelečenja; i razmatranje uvođenja psihofarmakoterapije tokom tretmana interferonom. Brojne studije su pokazale dobru podnošljivost kom-binovane antivirusne terapije kod osoba sa psihiatrijskim poremećajima, bez po-

jave ili pogoršanja psihijatrijskih neželjenih efekata i sa uspešnom eliminacijom virusa. Saradnja hepatologa i psihijatra, poznavanje psihijatrijskih implikacija antivirusnog tretmana i monitoring mentalnog statusa, uz preporuku za stabilizaciju psihijatrijskih simptoma pre započinjanja tretmana interferonom, povećava verovatnoću optimalnog ishoda kod ovog dela populacije. Razmatranje etičkih, kliničkih i socijalnih barijera može pomoći u unapređenju zdravlja rizičnih grupa obolelih od ove raspostranjene i teške bolesti.

BIOETIČKI PRINCIPI KOGNITIVNO-BIHEVIORALNE TERAPIJE

Milan Latas

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

Kognitivno-bihevioralna terapija predstavlja terapijski metod koji kombinuje metode kognitivne i metode bihevioralne terapije. Cilj kognitivno-bihevioralne terapije je: 1) otkrivanje pogrešnog načina razmišljanja (procene, tumačenja, razumevanja) i njegova promena u zdraviji (realniji, korisniji, logičniji) način razmišljanja i 2) promena pogrešnog načina ponašanja i prihvatanje korisnijeg načina ponašanja. Na taj način, po kognitivnoj teoriji i teoriji učenja, dolazi do promene emocionalnog reagovanja i načina ponašanja što uslovjava umanjenje simptoma poremećaja ili njegovo potpuno iščezavanje uz omogućavanje zdravijeg načina života.

Bioetički principi kognitivno-bihevioralne terapije se zasnivaju na univerzalnim osnovama biomedicinskih i psiholoških nauka i veština ali i na nekim specifičnim osnovama, koje su ekskluzivni samo za ovu psihoterapiju. Tako, jedan od osnovnih zahteva kognitivno-bihevioralne terapije je da pacijent može da razume cilj terapije i terapijske postupke, kao i da prihvata aktivno učešće u terapiji. U skladu sa tim, pacijent treba unapred da bude informisan o ovim zahtevima što podrazumeva da su kontraidikacije za primenu kognitivno-bihevioralne terapije pacijentovo nerazumevanje i nemotivisanost. U skladu sa predhodno navedenim, kontraindikacije za primenu kognitivno-bihevioralne terapije su i akutna psihotična stanja, teška depresija, demencija i akutna zavisnost i zloupotreba supstanci, jer ovi pacijenti, zbog svog stanja, ne mogu aktivno da učestvuju u terapiji.

Dalje, u okviru terapije je veoma važno da pacijent u periodima između tretmana primenjuje novi način razmišljanja i ponašanja, do kojeg je došao tokom lečenja. Zbog toga se često koriste domaći zadaci koji imaju za cilj da se pacijenti izlažu problemskoj situaciji čime se testiraju i uvežbavaju principi

usvojeni tokom terapije. Pored toga, važno je da pacijenti vode kontunuiranu evidenciju terapijskog napretka, pri čemu se vođenje dnevnika pokazalo kao najefikasniji metod. Međutim, često se dešava da pacijenti neredovno vode dnevnik i rade domaće zadatke. Tada je važno da terapeut ne odbaci pacijenta već da ga dodatno edukuje i na zdrav način motiviše kako bi nastavli efikasan rad u okviru tretmana.

U novije vreme, kognitivno-bihevioralna terapija stavlja naglasak na terapijski odnos kao važan mehanizam za promenu u okviru postizanja ciljeva efikasnog lečenja. Misli se da u periodima krize, kada sve ostalo zakaže, terapija koristi specifičan odnos terapeuta i pacijenta koji su dostigli tokom terapije kao mehanizam da bi se stabilizovalo pacijentovo stanje. U skladu sa tim, primarni zadatak terapeuta je da uspostavi kvalitetnu saradnju sa pacijentom u radu sa promenom ponašanja ali i sa drugima ciljevima tretmana. Osim toga, visoki prioritet koji terapija postavlja u terapijskom procesu je i diskusija o terapijskom odnosu, odnosno o pojavi ponašanja koja mogu da remete terapijski odnos, bilo da je reč o pacijentu, bilo da je reč o terapeutu. Ovo je posebno važno u lečenju kompleksnih i zahtevnih pacijenata.

DOSADA – IZAZOV I ŠANSA ZA PSIHIJATRIJU

Saša Branković

Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

Dosadašnja psihijatrija zanemarila je proučavanje fenomena dosade i propustila je da integriše iskustvo dosade u etio-patogenetska razmatranje psihopatološkog, kao i da prepozna eventualne terapijske implikacije koje bi obuhvatile ovaj fenomen. Nekoliko razloga je tome doprinelo. Jedan razlog je što je dosada krajnje ubikvitan fenomen, suviše čest da bi bio lako prepoznatljiv kao eksplanatorni konstrukt, prediktor, specifične psihopatologije. Drugi razlog može biti što je u svom ranom formativnom periodu psihijatrija bila pod jakim uticajem Frojdovog učenja po kome je anksioznost ključna, determinišuća emocija za psihološku adaptaciju i razvoj psihopatologije, a dosada, prema Fenihe lu, odbrana od anksioznosti. Ovome je doprinelo Hajdegerovo i shvatanje drugih egzistencijalista o strahu i krivici kao osnovnim određenjima ljudskog postojanja. Međutim, može se postaviti pitanje da li bi psihijatrijska nauka bila drugačije koncipirana i današnja psihijatrija imala drugačiji karakter da su Hajdegerova predavanja o metafizici u kojima izlaže tezu od dosadi kao osnovnom raspoloženju tu-bića bila objavljena u vreme kada su održana (1929/30 god.) a ne tek pola veka kasnije.

Poslednjih godina nekoliko empirijskih i teorijskih istraživanja ukazalo je na distinkciju fenomena dosade u odnosu na psihopatološke konstrukte apati-

je, anhedonije i osećanja praznine. Takođe, ukazano je da je stanje dosade prediktor niza psihopatoloških stanja i poremećaja ponašanja kao što su: zloupotreba supstanci, patološko kockanje, nasilje u školama i riskantno ponašanje. U ovom radu ukazaćemo na dva etička aspekta fenomena dosade u psihijatriji. Jedan aspekt odnosi se na deontologiju istraživača i radnika u oblasti mentalnog zdravlja. Drugi aspekt tiče se odgovornosti samog pacijenta za svoj „sa dosadom povezan poremećaj“.

STARI VS. NOVI ANTIPIHOTICI-BIOETIČKA PERSPEKTIVA

Maja Ivković^{1,2}

Maja Pantović¹

Bojana Dunjić-Kostić¹

Maja Lačković^{1,2}

Aleksandar Damjanović^{1,2}

¹ Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

² Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

Upotreba antipsihotika doživela je svoju ekspanziju početkom XXI veka, pre-vashodno usled proširenja indikacionog područja antipsihotika (bipolarni poremećaj, depresija, moždani organski poremećaji, itd.), ali i značajno pozitivnije percepcije neželjenih efekata ove grupe lekova. Uprkos njihovoj impresivnoj ekspanziji, koja se u najvećoj meri pripisuje povoljnom receptorskom proflu novije sintetisanih antipsihotika, procene rizika vs. terapijskog efekata zaostaju kada se radi o poređenju savremenih i starijih terapijskih tretmana. Smatra se da su receptorski profil, brzina disocijacije, parcijani agonizam i delovanje na serotonergičke receptore prevashodno odgovorni za distinkciju antipsihotika na „stare“ („first generation antipsychotics“-FGA) i „nove“ („second generation antipsychotics“-SGA), ne samo u smislu njihovog terapijskog učinka već i različitih neželjenih efekata. Neželjeni efekti koji se najčešće povezuju sa FGA su ekstrapiramidni simptomi (npr. akatizija, parkinsonizam, distonija) hiperprolaktinemija, neuroleptički maligni sindrom. Iako SGA imaju značajne farmakološke prednosti u tretmanu odredjenih dijagnostičkih kategorija (npr. negativna forma shizofrenije, bipolarni poremećaj), njihovo negativno svojstvo je da indukuju porast telesne težine i izazivaju promene metabolizma glikoze i lipida, dovode do agranulocitoze, skupljaju su u odnosu na FGA, kao i da oskudevaju u kratko i dugo-delujućim parenteralnim oblicima. S obzirom na najnovija istraživanja koja govore o minimalnoj ili skoro nikakvoj razlici u terapijskoj efikasnosti izmedju SGA i FGA, ali i sličnoj frekvenci (različitim) neželjenih efekata postavlja se pitanje o bioetičkoj primeni SGA vs. FGA u svakodenvnoj terapijskoj praksi u svetu ne samo akutnog tretmana već i longitudinalnih, funkcionalnih i morfoloških (metaboličkih, neuromodulatornih i imunoloških) izmena koje su njima posredovane.

ZAVEŠTANJE TELA

Laslo Puškaš

Institut za anatomiju, Beograd, Srbija
Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

Od 1996.godine zaveštavanje tela vrši se u formi testamenta. Potencijalni zaveštalac se obraća pisanim putem Institutu za anatomiju i ukoliko je u mogućnosti dolazi na Institut za anatomiju radi razgovora. Tada se zaveštaocu uručuju tri primerka zaveštanja i detaljno obašnjava sama procedura zaveštanja. Po overavanju izjave u sudu, jedan primerak se dostavlja Institutu za anatomiju, a zaveštalac dobija donorskú karticu i njegovo ime se čuva u zaštićenoj bazi na Institutu. Osnovni problem sa kojim se danas suočavamo u vezi sa zavestavanjem tela je kako napraviti adekvatnu proragandu i ne preći okvire dobrog ukuša. Smatramo da bi centralizacija banki donora, povećavanje beneficija koje donor dobija, kao i bolja informisanost doprineli i povećanju broja zaveštalaca tela. U zemljama EU kadaveri služe za: obuku studenata, obuku specijalizanata iz svih grana hirurgije, obuku budućih endoskopista, za održavanje workshopova, a kod nas samo u svrhe održavanja osnovne nastave iz predmeta anatomija. Uz adekvatnu informisanost i povećavanje broja donora imaćemo bolje obučene studente a samim tim i lekare.

EPIGENETIKA I LEKOVI U PSIHIJATRIJI

Zoran Todorović
Dragana Protić

Institut za farmakologiju, kliničku farmakologiju i toksikologiju, Beograd, Srbija
Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

Epigenetika se bavi trajnim, stabilnim hemijskim promenama gena i proteina vezanih za gene (npr. histoni) koje nemaju nužno nasledni karakter. Prvi je epigenetiku uveo u naučnu literaturu britanski embriolog Conrad Waddington da bi opisao interakcije između gena i njihovih produkata koji mogu uticati na fenotip. Različita oboljenja i bihevioralne promene mogu se dovesti u vezu sa epigenetikom (npr. shizofrenija, bipolarni poremećaj i autizam). Epigenetičke modifikacije zavise od okoline (sredine), čime dobijaju na značaju u savremenom, holističkom konceptu integrativne bioetike. Pri tome, okolina može biti veoma raznoliko shvaćena, u kontinuumu od intrauterinog miljea do fizičke ili socijalne sredine. Epigenetičke promene, za razliku od genetičkih, dinamične su,

reverzibilne i međuzavisne. Epigenetički lekovi mogu izmeniti ekspresiju gena na različite načine. Prvo, oni se mogu koristiti u epigenetičkoj terapiji. Drugo, epigenetičke promene izazvane lekovima mogu delovati na proces sazrevanja tokom detinjstva utičući čak i na buduće etičke stavove dece.

ETIČKE DILEME VEZANE ZA PRIMENU ELEKTROKONVULZIVNE TERAPIJE

**Željko Špirić
Gordana Mandić Gajić**

Vojno-medicinska akademija, Beograd, Srbija

Usprkos dokazane efikasnosti i bezbednosti elektrokonvulzivne terapije, prevladavajuće mišljenje laičke javnosti, pa i dela stručne javnosti je da je to brutalna pa i štetna metoda. Ovo predavanje se bavi etičkim dilemama o primeni EKT, stigmatizaciji i destigmatizaciji ove metode i rasvetljavanju pravog mesta koje ima u psihijatrijskoj praksi.

ESTETSKA HIRURGIJA U TRETMANU TELESNOG DISMORFIČKOG POREMEĆAJA-PARADOKS BIOETIKE

**Borjanka Batinić^{1,2}
Duišin Dragana¹
Jasmina Barišić¹**

¹ Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

² Odeljenje za psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

Telesni dismorfici poremećaj pripada opsativno-kompulzivnom spektru poremećaja i karakteriše se opsativnom preokupacijom minornim ili nepostojecim manama u fizičkom izgledu koje nisu vidljive ili su beznačajne za druge ljude, uz repetitivna ponašanja kao što su konstantno ogledanje, preterano doterivanje, kamuflaža, traženje razuveravanja, itd. Koža, kosa i nos su najčešća područja opsativnih preokupacija. Uzrokuje značajnu patnju i oštećenje funkcionalnosti. Stope suicidalne ideacije iznose i do 80%, a pokušaji sucida u toku života od 24%-48%. Istraživanja ukazuju da 27%-39% ovih pacijenata nema uvid u poremećaj. Pogodja 0.7%-2.4% opšte populacije, a učestalost u ordinacijama plastične hirurgije iznosi 6.3%-9%. Želja za estetskom hirurgijom u ovom slučaju je deo problema: pogrešnog verovanja da je "greška" u telu.

Estetska hirurgija u nekim slučajevima može da donese privremeno olakšanje, kao svojevrsan kompulzivni akt, ali dugotrajna praćenja ukazuju da održava ili pogoršava telesni dismorfički poremećaj, jer se u setingu "nelimitiranog narcizma" najčešće egzacerbira preokupacija telesnim nedostacima. Zbog toga što se radi o poremećaju slike tela i opsesiji zamišljenim a ne realnim defektom, povećavaju se zahtevi za ponovljenim intervencijama da bi se postiglo "idealno rešenje", čime mnogi od ovih pacijenata postaju "adikti plastične hirurgije" i u krajnjem ishodu žrtve "viška operativnih intervencija". Tako su estetske intervencije kod osoba sa telesnim dismorfičkom poremećajem kristalizacija paradoksa vezanih za estetsku hirurgiju kao način lečenja "kompleksa inferiornosti" i "uravnoteženja psihe".

Uz prikaz slučaja iz naše kliničke prakse, diskutovani su etički paradoksi hiruških intervencija kod osoba sa telesnim dismorfičkim poremećajem vezani za hirurgiju "po želji", poštovanje prava autonomije, principi dobrobiti pacijenta i ne-nanošenja štete, informisani pristanak, itd. Ukazano je na načine i neophodnost identifikacije osoba sa telesnim dismorfičkim poremećajem u ordinacijama estetskih hirurga i njihovo upućivanje na psihijatrijski tretman. Sa velikom moći izmenе telesnog izgleda u modernom društvu, treba da raste i odgovornost plastičnih hirurga i etičko preispitivanje profesionalnog ponašanja.

BIOETIČKI IZAZOVI I KONTRAVERZE INTERDISCIPLINARNOG TRETMANA RODNO DISFORIČNIH OSOBA

Dragana Duišin¹

Jasmina Barišić¹

Borjanka Batinic^{1,2}

Srdjan Milovanović^{1,3}

Marina Mihaljević¹

¹ Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

² Odeljenje za psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

³ Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

Rodna disforija predstavlja složen fenomenološki entitet, kako sa aspekta kliničke prezentacije stanja, izbora lečenja, zdravstvenih, personalnih, socijalnih implikacija, tako i sa aspekta ljudskih prava i zakonodavnih odrednica.

Kompleksnosti oblasti doprinosi i interdisplinarnost pristupa u tretmanu rodno disforičnih osoba, koji za sobom povlači brojna bioetička pitanja. Jedno od njih tiče se uvremenjenosti i obima (kada i koliko) ponuđenih terapijskih opcija pacijentu, kao i prava stručnjaka u oblasti mentalnog zdravlja da pacijentu ponude i sprovode parcijalni tretman (hormonski ili hirurški). Termin "parcijalan tretman"

u medicini je svakako kontraverzan, pre svega jer je u direktnoj koliziji sa elementarnim načelima i principima bioetike o poštovanju fundamentalnog prava pacijenta da uvek dobije kompletan tretman.

Izazovi u domenu bioetike mogu se proširiti na postoperativna klinička iskustva koja nameću potrebu za diskusijom na temu operativnih rekonverzija kojom pacijenti zahtevaju vraćanje anatomske atribucije pola sa rođenja. Da li ovakva praksa ima medicinsku i bioetičku opravdanost ukoliko predpostavimo da je u nekim slučajevima posledica dijagnostičkih previda vođenih pre svega neprepoznatim neadekvatnim motivima pacijenata? Detaljniji klinički prikazi de-tranzicija i njihovo praćenje svakako bi doprineli klarifikaciji kliničkih pokazatelja i ukazali na ne/opravdanost reverzne tranzicije.

U zemljama Balkanskog regiona praktično je nemoguće savetovati rodno disforične pacijente da u pre-tranzicionoj fazi izvrše promenu ličnih dokumenata, što je sastavni deo njihovog tretmana u razvijenim zemljama. Razlog leži u činjenici da većina zakonodavnih sistema na Balkanu ne prepoznaje ovakvo pravo i potrebu pacijenata pre izvršene anatomske akomodacije (transformacije) operativnim putem.

Savremeni standardi zajednice i prihvaćena profesionalna etika stručnjaka za mentalno zdravlje propisuju kao obavezu omogućavanje tretmana rodno neskladnoj i rodno disforičnoj deci. Bioetička ispravnost tretmana rodno disforične prepupertetske dece uključuje neophodnost jasne definisanosti, kompletne sigurnosti i pouzdanosti dijagnostičkog postupka i konačne dijagnoze. Lečenje ove kategorije pacijenata podrazumeva i pitanje zrelosti deteta i njegove sposobnosti za prilagođavanje ekstremnim telesnim promenama koje započinju hormonskom tranzicijom. Period pre punoletstva nameće i pitanje mogućnosti dobijanja adekvatnog informisanog pristanka. Činjenica je da je nemoguće dobiti odgovarajući pristanak deteta koji bi u potpunosti zadovoljio zakonske kriterijume obaveštenosti i kompetentnosti. Neki stručnjaci kritikuju ovakav zahtev, smatrajući da je neprikladno da roditelji ili lekari nameću deci sopstvene standarde. Protivnici ovakvog stava smatraju da su roditelji najprikladnija referentna grupa da daju svoj socijalni vrednosni sud nakon detaljne konsultacije sa lekarima, koji prihvataju šire društvene norme i moralne kodekse očekivanja zajednice. Mentalne i druge zdravstvene profesije, koje pružaju tretman rodno disforičnim osobama imaju jednaku etičku obavezu da garantuju deci srećan i produktivan život bilo putem odgovarajućih medicinskih intervencija (hormonalne i hirurške) ili bilo kojim drugim.

U pojedinim oblastima kliničke medicine diskusija o prezervaciji fertilitnosti je rutinska. Nasuprot tome očuvanje fertilitnosti u populaciji rodno disforičnih osoba u nekim zemljama predstavlja kontraverznu temu kako za stručnu, tako i za širu javnost. Diskriminacija u ovom pogledu svakako duboko narušava njihova osnovna bioetička prava. Savetovanje i informisanje transrodnih osoba o savremenim mogućnostima reproduktivne tehnologije (krioprezervacija, asistirana reprodukcija, „futuristička mogućnost“ transplantacije uterusa itd.) svakako je imperativ. Roditeljstvo nakon tranzicije ima svoju specifičnost u reverznim roditeljskim identitetima i ulogama, što dodatno čini ovo pitanje kontraverznim.

BIOETIČKI IZAZOVI U DIJANOSTIKOVANJU I TRETMANU OSOBA SA APOTEMNOFILIJOM

Jasmina Barišić¹

Dragana Duišin¹

Borjanka Batinic^{1,2}

Srdjan Milovanović^{1,3}

¹ Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

² Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

³ Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

Ovaj rad će se fokusirati na etičke dileme koje se javljaju u dijagnostikovanju i lečenju osoba sa poremećajem identiteta telesnog integriteta (BIID).

Postavlja se pitanje da li psihijatrijski i hiruški tretman ima etičku opravdanost ukoliko prepostavimo da je u nekim slučajevima posledica dijagnostičkih previda vođenih neadekvatnim motivima pacijenata.

BIID je redak poremećaj u kojem osoba ima intenzivnu želju da bude paralizovana ili da amputira jedan ili više svojih zdravih udova. Glavni motiv za željenu modifikaciju tela je u osnovi neusklađenost između stvarne i percipirane telesne šeme. BIID nije parafilija, niti je deo psihotične kliničke slike. Neki je često povezuju sa poremećajem rodnog identitet ili dismorfofobijom. Simptomi BIID-a paralelno se javljaju i u somatoparaphreniji. Dodatno, ovaj sindrom se sekundarno pojavljuje pri oštećenju desnog parijetalnog režnja usled cerebralnog tumora ili moždanog udara. Ova sličnost, ukoliko se poklapa sa ranim početkom može sugerisati na pretpostavku da je BIID kongenitalni poremećaj.

Novija istraživanja ukazuju da BIID (ili xenomelia, kako je još nazivaju) ima često početak u ranom detinjstvu i to većinom kod muškaraca. Glavni razlog njihove potrebe za modifikacijom tela je želja da se osećaju zadovoljno i potpuno, dok su seksualni motivi sekundarni. Prevalencija homoseksualnih i biseksualnih orientacija je visoka. Somatski i teški psihijatrijska komorbiditet je redak, mada su simptomi depresije i poremećaja raspoloženja prisutni. Rezulati studija ukazuju da osobe koje su izvršile amputaciju udova imaju znatno niži skor na skali invalidnosti nego osobe sa BIID-om, koje se nisu podvrgle telesnim promenama.

Generalno možemo zaključiti da su etička i pravna pitanjima vezana za apotemnofiliju i hirušku ampulaciju zdravih udova velika. Mišljenja su oprečna, mada visoko specijalizovane službe i komisije određene za dijagnostikovanje i lečenje osoba sa BIID-om, sve više zastupaju stav da operacija predstavlja najefikasniju strategiju lečenja. Naglašavaju da je priznanje i poštovanje želje pojedinaca sa BIID važno, pri čemu hiruška intervencija često jedino može da smanji ogroman teret i patnju osoba sa apotemnofilijom.

BIOETIČKI POGLED NA PROSTITUCIJU

Danijela Tiosavljević
Gordana Nikolić-Balkoski

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

Prostitucija je iznajmljivanje, za novac ili neku drugu korist, svoga tela drugim licima da na njemu zadovoljavaju polni nagon.

Smatrana je, krozkulturalno jednakoj kao i transkulturalno, "najstarijim zanatom na svetu". Svojim je definicijama, koje su se menjale i razvijale paralelno sa razvojima društava u okvirima kojih se prostitucija spoznavala na nivoima njihovih spoznajnih mogućnosti, najviše odslikavala njihove aktuelne društvene potrebe, ideologije, namere. Kao "fenomen" koga čini čovek sa svom svojom prirodom, a koji je, od uvek, duboko zadirao i u gotovo svaku poru društva svojim brojnim pojavnim oblicima, prostitucija je bila i ostala predmet proučavanja mnogih naučnih disciplina. U našem izlaganju ćemo, nakon bioetičkog pregleda, pregleda različitog kvaliteta odnosa prema ovoj "pojavi", ukazati na prostituciju i kao na novu medicinsku, psihijatrijsko-psihološku situaciju, time se pridružujući fundusu postojećih misli istoričara, sociologa, filozofa, antropologa, pravnika, teologa i drugih, a sve u cilju postavljanja pitanja i dilema, kao i pokušaja njihovih razrešenja.

BIOETIČKI PROBLEMI UPOTREBE SUPLEMENATA KOD OBOLELIH OD DUŠEVNIH BOLESTI

Dragana Stojanović

Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

Zakon o lekovima i medicinskim sredstvima Republike Srbije (2010.g., 2012.g.) precizno utvrđuje norme kako kliničkog ispitivanja lekova tako i njihove primene (član 49-61). Pravilnik Ministarstva zdravlja Srbije takođe određuje bliže uslove o načinu obavljanja metoda tradicionalne medicine (2007.g., 2010.g.). Veliko, heterogeno i važno stručno polje primene suplemenata u užem smislu (vitamina, minerala, masnih kiselina i dr.), ostalo je, osim za bolesti deficitarnih, zakonski nedovoljno precizirano, često zavisno od ličnog stručnog interesovanja lekara ili, što je najopasnije, proizvoljnog izbora pacijenata i njihove rodbine. U ovom radu izdvajamo osnovne bioetičke dileme u primeni suplemenata kod obolelih od duševnih bolesti, sa naglaskom na rezultate kliničkih istraživanja u zadnjih 5 godina koji ukazuju na potrebu zvaničnog priključenja, onih suplemenata za koje postoje klinički dokazi o uticaju na tok i prognozu duševnih bolesti.

BIOETIČKI ASPEKTI MEDICINE SPAVANJA

Slobodanka Pejović Nikolić

Dubravka Britvić

Mirjana Zebić

Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

Sa razvojem medicine spavanja, potrebno je podsetiti se osnovnih etičkih principa u okviru ove mlade medicinske grane: (1) ne nauditi pacijentu, (2) učiniti dobrobit pacijentu, (3) poštovati autonomiju pacijenta, i (4) princip pravičnosti. Ne nauditi pacijentu: tokom poslednje decenije zabeležen je veliki porast korišćenja hipnotika u cilju lečenja simptoma nesanice, dok više sveobuhvatnih skorašnjih studija ukazuje na potencijalne negativne posledice hronične upotrebe hipnotika na zdravlje ljudi, kao i na značajan rizik od mortaliteta. Sa druge strane, poznat je visok potencijal psihostumalansa (amfetamin, metilfenidat, modafinil), koji se koriste u lečenju simptoma narkolepsije i idiopatske hiper-somnije, za razvoj zavisnosti, a takodje je veoma važno imati u vidu moguću zloupotrebu navedenih lekova. Učiniti dobrobit pacijentu: poremećaji spavanja su veoma česti, a efikasno lecenje simptoma mnogih poremećaja spavanja je moguće. Blagovremenim lečenjem poremećaja spavanja kao što su insomnija, bolesti prekomerne dnevne pospanosti (apnea u spavanju, narkolepsija, idiopatska hipersomnija, sindrom hronične insuficijencije spavanja), i poremećaj ponašanja u REM spavanju, značajno se smanjuju njihove kratkoročne i dugoročne posledice, kako na zdravlje pojedinca tako i na sigurnost društva u celini. Poštovanje autonomije pacijenta i princip iskrenosti ima svoj značaj u medicini spavanja, posebno u slučaju određenih bolesti spavanja kao što je poremećaj ponašanja u REM spavanju, koji u velikom broju slučajeva prethodi pojavi neurodegenerativnih bolesti. U tom smislu je važno upoznati pacijenta sa mogućim neurološkim posledicama navedenog poremećaja. Princip pravičnosti, u smislu dostupnosti tretmana poremećaja spavanja svima, je delikatno etičko pitanje u medicini spavanja imajući u vidu ne samo individualne posledice poremećaja spavanja na zdravlje pojedinca (povećanje morbiditeta i mortaliteta) vec i na bezbednost društva. Dostupno je sve vise sistematičnih podataka koji ukazuju na simptome poremećaja spavanja (prekomerna dnevna pospanost, deficieti neurobihevioralne performanse) kao uzročne faktore tokom velikih industrijskih katastrofa i transportnih nesreća, zbog cega lečenje ovih poremećaja ima društveni značaj.

AFORIZAM-OD MEDICINE DO SATIRE

Slobodan Simić

Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Aforizam je termin grčkog porekla i najbliži je našem terminu *definicija*. Svetosko ime je stekao zahvaljujući čuvnom grčkom lekaru Hipokratu i njegovim delu *Aforizmi*-zbirci recepata i uputstava o čuvanju zdravlja i lečenju bolesti. Prvi put u istoriji i medicine i književnosti desilo se da iz medicine potekne pisana forma koja je prerasla u književnu formu. Istorija transformacije aforizma iz medicine u društvene nauke a zatim u satiru prati prapočetke nastanka prvih aforizama u 16. i 17. veku. Poseban značaj u razvoju aforizma daju Bekon, Niče, Šopenhauer i Kafka. Pokazalo se da je hipokratovska tradicija, a naročito humanističko prenošenje tradicije medicinskog aforizma na socijalnu sferu bila veoma podsticajna za otvaranje prema satiri, pa je medicinski aforizam evoluirao u savremenih satiričnih aforizam. Najčešća sfera stvarnosti koja je pod uticajem satire jeste društvo i moral. Tematika aforizma najčešće je etička, tako da satirični aforizam predstavlja kreativnu jezgrovitu kritiku našeg savremenog života i mnogih njegovih sfera.

UPUTSTVO AUTORIMA

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

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

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

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

OPŠTA UPUTSTVA

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

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

Rukopis rada dostaviti odštampan jednostrano na beloj hartiji formata A4 u tri primerka. Stranice numerisati redom u okviru donje marge, počev od naslovne strane. Podaci o korišćenoj literaturi u tekstu označavaju se arapskim brojevima u uglastim zgradama – 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.

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

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

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

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

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

Pregled iz literature čine: uvod, odgovarajući podnaslovi, zaključak, literatura. Pregledne 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 pojmove iz strane literature treba da bude u duhu srpskog jezika. Sve strane reči ili sintagme za koje postoji odgovarajuće ime u našem jeziku zameniti tim nazivom.

Za nazive lekova koristiti prevashodno generička imena.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Primeri:

1. Članak u časopisu:

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

2. Poglavlje u knjizi:

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

3. Knjiga:

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

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

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

- izjavu da rad prethodno nije publikovan i da nije istovremeno podnet za 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: reproducovanje 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: Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Uredništvo časopisa ENGRAMI, ul. Pasterova 2, 11000 Beograd..

XLII SIMPOZIJUM KLINIKE ZA PSIHIJATRIJU KCS



BIOETIKA I PSIHIJATRIJA

ZADUŽBINA ILIJE M. KOLARCA

VРЕМЕ: 9. и 10. ОКТОБАР 2014.

