

ENGRAMI

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU
PSIHOLOGIJU
I GRANIČNE DISCIPLINE

1



Volume 33 Beograd, januar-mart 2011.

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU,
PSIHOLOGIJU I GRANIČNE DISCIPLINE

JOURNAL FOR CLINICAL PSYCHIATRY,
PSYCHOLOGY AND RELATED DISCIPLINES

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

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

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

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

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

Izdavački savet / Consulting board

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

Internacionalni redakcioni odbor
International editorial board

U. HALLBREICH (New York)
D. KOSOVIC (New York)
D. BLOCH (New York)
P. GASNER (Budapest)
N. ŠARTORIUS (Geneve)
D. SVRAKIĆ (St. Louis)
B. SAMUEL -LAJEUNESSE (Paris)
G. MILAYIĆ (London)
V. STARČEVIĆ (Sydney)
V. FOLNEGOVIĆ-ŠMALC (Zagreb)
M. JAKOVLJEVIĆ (Zagreb)
S. LOGA (Sarajevo)
J. SIMIĆ-BLAGOVCANIN (Banja Luka)
Z. STOJOVIĆ (Herceg Novi)
B. MITRIĆ (Podgorica)
M. PEKOVIĆ (Podgorica)
S. TOMČUK (Kotor)
A. MIHAJLOVIĆ (Chicago)

Sekretar / Secretary

GORDANA MARINKOVIĆ

Lektor za engleski jezik

NELA BRITVIĆ

Lektor za srpski jezik

KATARINA VUKOVIĆ

Časopis ENGRAMI izlazi četiri puta godišnje.

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

IZDAVAČ / EDITED BY:

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

ADRESA UREDNIŠTVA / ADDRESS OF EDITORIAL BOARD

ENGRAMI, Klinika za psihijatriju KCS, Pasterova 2, 11 000 Beograd

E-mail: institutzapsihijatrijukcs@yahoo.com

Časopis ENGRAMI je referisan u SCIndeks bazi (Srpski nacionalni citatni indeks)

Journal ENGRAMI is listed in SCIndeks (Serbian national citation index)

SADRŽAJ

CONTENTS

ORIGINALNI RADOVI / ORIGINAL ARTICLES

<i>Danijela Budiša, Vesna Gavrilov-Jerković, Aleksandra Dickov, Slađana Martinović-Mitrović</i>	
REKET OSEĆANJA KOD NEKLINIČKE I KLINIČKE POPULACIJE PREMA TRANSAKCIONOM TEORIJSKOM MODELU.....	5
RACKET FEELINGS IN NON-CLINICAL AND CLINICAL POPULATION BY TRANSACTIONAL THEORETICAL MODEL.....	18
<i>Milan Mitić, Slavica Đukić-Dejanović, Dragana Krasić, Milica Ranković</i>	
PSIHOLOŠKO – BIHEVIORALNE KARAKTERISTIKE SAMOPOVREĐIVANJA ADOLESCENATA	21
PSYCHOLOGICAL – BEHAVIORAL CHARACTERISTICS OF SELF-INJURIES IN ADOLESCENTS	27
<i>Ljubica Malić, Maja Pantović, Mirjana Zebić, Miroslava Jašović-Gašić, Nada P. Marić</i>	
POVEZANOST SAMOPOŠTOVANJA I FRUSTRACIONE INTOLERANCIJE SA PREDISBITNOM ANKSIOZNOŠĆU.....	29
CORRELATION OF SELF-ESTEEM AND FRUSTRATION INTOLERANCE WITH ANXIETY DUE TO EXAM.....	37
<i>Bojana Dunjić-Kostić, Maja Pantović, Maja Ivković, Aleksandar Damjanović, Miroslava Jašović-Gašić</i>	
KVALITET ŽIVOTA OSOBA KOJE BRINU O MENTALNO OBOLELIMA	39
QUALITY OF LIFE OF CAREGIVERS OF PEOPLE SUFFERING FROM MENTAL DISSORDERS.....	43
 <u>PREGLEDI LITERATURE / REVIEW ARTICLES</u>	
<i>Jasmina Barišić, Snežana Svetozarević, Dragana Duišin</i>	
MODELI PORODIČNOG FUNKCIONISANJA – NOVINE, PREPORUKE, MOGUĆNOSTI I OGRANIČENJA	47
MODELS OF FAMILY FUNCTIONING – NEWS, RECOMMENDATIONS, POSSIBILITIES AND LIMITATIONS	59

Aleksa Milošević, Emilija Stanković, Bogdan Janković

PRAVNO MEDICINSKI ASPEKTI PROBLEMATIKE ZAVEŠTANJA	61
LEGAL AND MEDICAL ASPECTS OF TESTAMENTARY DISPOSITION AND WILL...	70

Bogdan Janković

PERSONALNE KARAKTERISTIKE JUVENILNIH DELINKVENATA U OKVIRU PRAVNE REGULATIVE	73
PERSONAL CHARACTERISTICS OF JUVENILE DELINQUENTS IN FRAME OF CRIMINAL LAW	77

SAOPŠTENJE / COMMUNICATIONS

Maša Božović, Aleksandar Dimitrijević

AKTUELNO STANJE UDRUŽENJA KORISNIKA PSIHIJATRIJSKIH SLUŽBI U SRBIJI .	79
ACTUAL STATUS OF PSYCHIATRY CONSUMER ASSOCIATIONS IN SERBIA.....	90

ISTORIJA MEDICINE / HISTORY OF MEDICINE

Boris Kordić

ISTORIJA PSIHOANALIZE U SRBIJI U XX VEKU	93
HISTORY OF PSYCHOANALYSIS IN SERBIA IN THE TWENTIETH CENTURY	104

PRIKAZI BOLESNIKA / CASE REPORTS

Nada Janković, Emilija Stanković, Dušanka Čorak, Bogdan Janković

PSIHOLOŠKA AUTOPSIJA – PRIKAZ SLUČAJA.....	107
PSYCHOLOGICAL AUTOPSY – CASE REPORT	112

PRIKAZ KNJIGE / BOOK REVIEW

Aleksandar Damjanović, Srđan Milovanović

Dušan Kecmanović: OČIMA PSIHIJATRA.....	113
UPUTSTVO AUTORIMA	117

REKET OSEĆANJA KOD NEKLINIČKE I KLINIČKE POPULACIJE PREMA TRANSAKCIONOM TEORIJSKOM MODELU

Danijela Budiša¹

Vesna Gavrilov-Jerković²

Aleksandra Dickov³

Slađana Martinović-Mitrović³

UDK: 615.851.1:612.821.3

- 1 Centar za dnevni tretman zavisnika, Klinika za bolesti zavisnosti, Klinički centar Vojvodine, Novi Sad, Srbija
- 2 Odsek za psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu, Novi Sad, Srbija
- 3 Institut za psihijatriju, Klinički centar Vojvodine, Novi Sad, Srbija

Kratak sadržaj

Uvod: Jedan od glavnih kriterijuma za razlikovanje autentičnih od neautentičnih osećanja u Transakcionoj analizi jeste da li ta emocija pokreće osobu na rešavanje problema ili ne. Smatra se da je emocija koja ne pokreće na rešavanje problema zapravo reket-osećanje, čija je osnovna svrha da osoba održi svoju predstavu o sebi, drugima i svetu, a ne da reši aktuelni problem. Dalje se pretpostavlja da su reket-osećanja u većem stepenu izražena kod kliničkih grupa, kao i da različite kliničke grupe ispoljavaju različita reket-osećanja.

Cilj: Opšti cilj ovog istraživanja se sastoji u proveru potencijala teorijskog koncepta reket-osećanja da diskriminiše nekliničke od kliničkih, kao i u okviru kliničke grupe, paranoidne od depresivnih ispitanika.

Metod: Rađeno je neeksperimentalno, korelaciono istraživanje. Uzorak spada u tip prigodnog uzorka, sačinjenog od 200 ispitanika, 100 iz nekliničke, a 100 iz kliničke populacije odraslih. U kliničkom delu uzorka, kliničke grupe depresivnih i paranoidnih poremećaja su ravnomerno zastupljene. Statistička obrada podataka sprovedena je uz pomoć računarskog softvera SPSS 15.0.

Rezultati: Diskriminativnom analizom utvrđena je statistički značajna razlika između kliničke i nekliničke populacije na planu reket-osećanja (karakteristični koren= .427, Wilks'Lambda= .701, p= .000). Po statističkom kriterijumu korelacija većih od 0,30, izolovanu diskriminativnu funkciju definiše pet osećanja: stid, strah, tuga, zavist i osramoćenost. Dobijeni rezultati ukazuju da ne postoje statistički značajne razlike između grupa depresivnih i paranoidnih ispitanika kada se reket-osećanja posmatraju kao sistem. Postoje univarijatne razlike između dve grupe ispitanika, i to na osećanjima zavisti, nade, iznenađenja i prkosa, gde paranoidni ispitanici imaju veći skor na svim navedenim osećanjima.

Zaključak: Generalno možemo da zaključimo da su pretpostavke, u svrhu čije provere je i sprovedeno istraživanje, dobile delimično očekivanu potvrdu. Klinička grupa statistički značajno više „reketira“ neprijatnim osećanjima vezanim za „domen Ja“ u odnosu na nekliničku grupu. Nije izdvojen set reket-osećanja specifičan za ispitanike sa depresivnim i paranoidnim poremećajima.

Gljučne reči: transakciona analiza, reket-osećanja, depresivnost, paranoidnost.

UVOD

Po Transakcionoj analizi (TA) emocija je zdrav, prirodan i očekivan odgovor na neku promenu u sredini, te se funkcija emocija ogleda u pokretanju organizma na aktivnost da bi se ponovo uspostavila ravnoteža. U skladu sa navedenom definicijom, jedan od kriterijuma za razlikovanje autentičnih od neautentičnih, odnosno funkcionalnih od nefunkcionalnih osećanja jeste da li ta emocija utiče na rešavanje problema ili ne. Ako ne utiče smatra se reket osećanjem, koje je neadekvatno jer ne doprinosi rešavanju problema [1,2]. Reket osećanje se definiše i kao zamena za autentična osećanja osećanjem koje je osobi tokom razvoja bilo dozvoljeno, a koje je neadekvatno, repetitivno i stereotipno te neprimereno aktuelnom kontekstu u kojem se pojavljuje [3, 4]. Smatra se da ljudi koriste ova osećanja da bi pokušali da promene druge i da modifikuju nečije tuđe ponašanje [2].

Prema Bernu, postoje četiri bazična emocionalna odgovora: tuga, strah, ljutnja, radost. Sve druge emocije su izvedene iz ovih. Postoji konsenzus oko toga šta je stimulus za koju emociju. Određeni stimuli sa većom verovatnoćom provociraju određene emocije, zbog čega je važno da terapeuti, u cilju prepoznavanja reket emocije, imaju predstavu o realnoj provokativnosti određenog stimulusa za određenu emociju ili za intenzitet određene emocije [5].

Smatra se da emocije mogu biti izmenjene kvalitativno i kvantitativno. Kvalitativno, kada osoba jednu emociju zamenjuje drugom, npr. tužna je, a ponaša se kao da je besna. Osećanje nije primereno situaciji, očigledna funkcija je manipulisanje. Kvantitativno, u vidu eska-

lacije (preterivanje u intenzitetu) ili umanjanja. Umanjivanje može biti na nivou ispoljavanja (npr. oseća bes, ali ništa ne preduzima, ne ispoljava ga) i to namerno (iza toga može biti predrasuda) ili nenamerno (ne zna kako da je ispolji, nema repertoar za ispoljavanje). Pretpostavlja se da umanjivanje može biti i na nivou doživljaja, kada isključuje svesnost o emocijama, npr. bol u grudima, kao suprimacija straha [6].

Autori Erskin i Zalkman [7] uvode pojam reket sistema smatrajući da je predstavljanje reketa kao neautentičnog emocionalnog sklopa previše pojednostavljeno. Po ovim autorima reket sistem je samopotvrđujući iskrivljeni sistem osećanja misli i akcija, koji osobu održava u skriptu¹. Oni smatraju da je reket sistem kompleksan postupak sa osnovnom funkcijom da opravda životni skript osobe i njene odluke². Kao i da je reket sistem zapravo sistem manipulacije u cilju iznuđivanja onoga što osobi treba, a ne sme ili ne ume direktno da traži. [7]. Ovi stavovi su u skladu sa savremenim teorijskim modelima koji emocije posmatraju kao kompleksne

¹ Skript je centralni koncept u transakcionom teorijskom modelu. Osnivač TA, Erik Bern, definisao je skript kao sadašnje odvijanje programa razvijenog u ranom detinjstvu, a koji je rastao pod uticajem roditelja i taj sadašnji plan ili program pruža okvir ponašanja osobe u najznačajnijim oblastima njenog života [1].

² Prema Stajneru rana (skriptna) odluka je kompromisno rešenje u životnom skriptu deteta koji se nalazi u egzistencijalnom ili psihološkom škripcu. Kompromis između potrebe deteta i zahteva okoline. Najčešće je rana odluka zbilja imala adaptivnu funkciju, što je veliko potkrepljenje u pravcu da se dete drži te odluke [8].

pojave povezane sa kognitivnim šema-
ma i opštim stavom prema sebi i okoli-
ni kao i sa rezultatima brojnih istraživa-
nja koji naglašavaju značaj i kognitiv-
nog i emotivnog aspekta na strukturu
raspoloženja. [9, 10, 11, 12]

Vidimo da je po osnovnim stavovi-
ma o funkciji i prirodi emocija TA teo-
rijski model blizak pristupima koji na-
glašavaju da se psihički poremećaji i sta-
nja mogu razlikovati ne samo po vode-
ćoj simptomatologiji nego i po formi i
sadržaju disfunkcionalnih intrapsihičkih
procesata, kao što su kognitivne i afektiv-
ne šeme te da te relativno stabilne šeme
i predstavljaju jedan od značajnih fakto-
ra vulnerabilnosti osobe da razvije baš
određenu formu disfunkcionalnog po-
našanja i doživljavanja [11]. Tako na
osnovu TA teorijskog modela možemo
prepostaviti da većina ljudi ispoljava re-
ket-osećanja, svako u kontekstu potvrde
svog životnog skripta s tim da će ljudi sa
mentalnim poremećajima češće ispolja-
vati reket osećanja. Dalja pretpostavka
je da ljudi sa mentalnim poremećajima
češće ispoljavaju reket-osećanja u odno-
su na ljude sa očuvanim mentalnim
zdravljem, samim tim što imaju „de-
struktivniji“ životni skript. Takođe, tvr-
di se da ljudi sa depresivnom i paranoid-
nom patologijom imaju različita reket-
osećanja, gde se kod depresivnih očeku-
je kombinacija tuge, straha, krivice, a
kod paranoidnih besa, ljubomore, zavi-
sti, a što, po ovom modelu, proizilazi iz
različitih skriptnih struktura koje se na-
laze u osnovi ovih poremećaja [1, 2, 7,
8, 13, 14].

Očigledno je da navedene tvrdnje
imaju svoje i teorijske i praktične impli-
kacije za razumevanje i za dijagnostički
i terapijski rad sa ljudima sa depresiv-
nim i paranoidnim manifestacijama.

Istovremeno je važno primetiti da ove
pretpostavke još uvek nemaju dovoljnu
empirijsku podršku, kako u okviru TA
teorijskog okvira, tako se i generalno u
istraživačkoj literaturi sreće daleko ma-
nji broj istraživanja koja se bave kompa-
racijom depresivnih i paranoidnih pore-
mećaja i pored čestog kliničkog zapaža-
nja o verovatnoj srodnosti ovih poreme-
ćaja nasuprot njihove manifestne različi-
tosti [11].

Ispitivanjem reket-osećanja u TA se
najviše bavila autorka Nabradi [15].
Ona je reket-osećanje definisala kao
naučeno osećanje, koje se pokreće u
stresnim situacijama, koje je podržano
od strane roditelja i predstavlja zamenu
za drugo autentično osećanje. Značajan
deo svog angažmana je posvetila kon-
struisanju skale za merenje reket-oseća-
nja, za koju se pokazalo da meri nešto
što u najmanju ruku slično konceptu re-
ket-osećanja. Rezultati njenih istraživa-
nja su pokazali da reket-osećanja, kao
što su stid, zavist, žaljenje i osramoće-
nost, u značajnoj meri iskrivljuju prepo-
znavanje emocija kod drugih ljudi, i to
svako osećanje u svom pravcu [15].

U drugom njenom istraživanju, čiji
cilj je bio poređenje koncepta reket-ose-
ćanja, strategija prevladavanja i emocio-
nalne inteligencije, utvrđena je veza iz-
među reket-osećanja i strategija prevla-
davanja usmerenih na emocije, dok su
hostilna reket-osećanja (zavist i gađenje)
u negativnoj korelaciji sa emocionalnom
inteligencijom, kao i generalno sva ne-
gativna reket-osećanja [16].

CILJ RADA

Iz navedenih teorijskih implikacija i
prethodno pominjanog značaja ispitiva-
nja teorijskih koncepata u transakcionoj

analizi, posebno u kontekstu odnosa nekliničke i kliničke populacije, proizilazi i opšti cilj ovog istraživanja, koji se sastoji u proveru potencijala teorijskog koncepta reket-osećanja da diskriminiše nekliničke od kliničkih, kao i u okviru kliničke grupe, paranoidne od depresivnih ispitanika.

METOD

Radeno je neeksperimentalno, korelaciono istraživanje. Zavisnu varijablu predstavljaju reket-osećanja, operacionalizovana odgovaranjem ispitanika na upitniku za merenje reket-osećanja. Kriterijum za uključivanje ispitanika u nekliničku grupu je bio nepostojanje prethodnog ili aktuelnog psihijatrijskog lečenja, ambulantnog ili bolničkog. Pripadnost dijagnostičkoj grupi iz spektra depresivnih i paranoidnih poremećaja određivali su rukujući psihijatri, koji su vršili klasifikaciju na osnovu dijagnostičkog intervjua i dijagnostičkih pravila iz MKB -10 [17]. Skor na Pa skali sa MMPI-202 [18] i skor na LD skali [19] predstavljaju kontrolne varijable. Iste smo uključili u istraživanje kao kontrolu prisustva depresivnih i paranoidnih karakteristika kod nekliničke grupe, kao i validnosti psihijatrijske dijagnoze kod kliničke grupe ispitanika.

Instrumenti

1. **Upitnik za merenje reket-osećanja** [15], četvorostepena skala procene Likertovog tipa, konstruisana je za potrebe ranije pomenutih istraživanja o reket ose-

ćanjima, gde je reket-osećanje definisano kao naučeno osećanje, koje se pokreće u stresnim situacijama, koje je podržano od strane roditelja i predstavlja zamenu za drugo autentično osećanje. Dobijena pouzdanost izražena Cronbach alfa koeficijentom kreće se u rasponu od 0.61 do 0.82 za pojedinačne subskale osećanja (ukupno 15).

2. **LD-Skala**, skala depresivne ličnosti [19], sadrži 26 ajtema i koncipirana je na osnovu Šnajderovog (Schneider) opisa depresivne ličnosti, kog je formalizovao Akiskal u vidu sedam crta: 1) mirna, introvertna, pasivna i neasertivna, 2) turobna, pesimistična, ozbiljna i nesposobna za šalu, 3) samokritična, samooptužujuća i samoomalovažavajuća, 4) skeptična, hiperkritična i teško udovoljiva, 5) savezna, odgovorna i samodisciplinovana, 6) zamišljena i zabrinuta, 7) preokupirana negativnim događajima, osećanjem neadekvantnosti i sopstvenim nedostacima [19]. Skala je petostepena, Likertovog tipa. Dobijena pouzdanost ove skale izražena Cronbach alfa koeficijentom je 0,87.

3. **Pa skala iz MMPI-202** [18], skala paranoidnog sindroma iz multidimenzionalnog inventara ličnosti. Pa skala se tiče senzitivnosti, hostilnosti i sklonosti paranoidnim interpretacijama [18]. Dobijena pouzdanost ove skale izražena Cronbach alfa koeficijentom je 0,88.

Biografske podatke su davali sami ispitanici, tako što su zaokruživali ponuđene odgovore na prvoj strani baterije upitnika primenjenih u našem istraživanju.

Uzorak spada u tip prigodnog uzorka, sačinjen od 200 ispitanika, 100 iz nekliničke, a 100 iz kliničke populacije odraslih. U kliničkom delu uzorka, kliničke grupe depresivnih i paranoidnih poremećaja su ravnomerno zastupljene. Dijagnostička klasifikacija na osnovu koje su ispitanici raspoređeni u kliničke grupe je psihijatrijska dijagnoza, na osnovu kriterijuma ICD-10. U grupu depresivnih poremećaja uključuju se subjekti sa dominantnim depresivnim simptomima (F32.0, F32.1, F32.2, F32.8, F32.9, F33.0, F33.1, F33.2, F33.4, F33.8, F33.9) osim bipolarnog afektivnog poremećaja, shizoafektivnog poremećaja, postshizofrene depresije, ciklotimije, distimije, drugih i nespecifikovanih poremećaja raspoloženja. U grupu paranoidnih poremećaja uključuju se subjekti sa dominantnim paranoidnim simptomima, bilo iz reda paranoidnog poremećaja ličnosti ili iz reda kompenzovanih psihotičnih neshizofrenih poremećaja (F22.0 u remisiji, F23.0 u remisiji, F 23.3 u remisiji i F60.0). Pacijenti sa navedenim

dijagnozama se leče u ambulantnim ili bolničkim uslovima.

Statistička obrada podataka sprovedena je uz pomoć računarskog softvera SPSS 15.0.

REZULTATI

Razlika nekliničkog i kliničkog dela uzorka na konceptu reket-osećanja

Poređenjem nekliničke i kliničke populacije na konceptu reket-osećanja dobijena je jedna statistički značajna diskriminativna funkcija (tabela br. 1).

Po statističkom kriterijumu korelacija većih od 0,30, izolovanu diskriminativnu funkciju definiše pet osećanja: strah, tuga, zavist i osramoćenost (tabela br. 2). Ovaj set neprijatnih osećanja je u većoj meri vezan za domen Ja, osim zavisti, koja se na indirektan način može povezati sa istim, u smislu da je hronično osećanje inferiornosti snažno povezano sa zavišću, kod ljudi koji o svojoj vrednosti sude na osnovu spoljašnjih kriterijuma, poredeći svoju socijalnu ili ličnu vrednost sa drugima [6]. Klinička grupa statistički značajno više reketira neprijatnim osećanjima vezanim za domen Ja u odnosu na nekliničku grupu (tabela br.3). Ovaj na-

Tabela br. 1 Parametri izolovane diskriminativne funkcije
Table 1 Parameters of isolated discriminative function

Funk./ Func.	Karakter. koren/ eigenvalue	%varijanse/ variance %	kumulativni %/ cumulative %	kanonička korelacija/ canonical correlation	Wilk's Lambda	hi-kvadrat/ χ-square	df	p
1	,427(a)	100,0	100,0	,547	,701	67,778	15	,000

laz je u skladu sa teorijskim implikacijama u TA [1,7].

Na univarijantnim testovima jednakosti aritmetičkih sredina, neklinička i klinička grupa se razlikuju na sledećim osećanjima (tabela br. 4).

Na svim označenim osećanjima, osim radosti, klinička grupa ima veću aritmetičku sredinu, a to su stid, krivica, strah, tuga, zavist, gađenje i osramoćenost. I ovi pokazatelji su u skladu sa postavkama TA. Zanimljivo je da se neklinička i klinička populacija ne razlikuju po reketiranju osećanjima besa i prkosa na univarijantnim testovima razlika aritmetičkih sredina.

Razlika depresivnih i paranoidnih ispitanika na konceptu reket-osećanja

Postupkom diskriminativne analize izdvojena je diskriminativna funkcija koja nije statistički značajna. Ne postoje statistički značajne razlike između grupa depresivnih i paranoidnih ispitanika kada se reket osećanja posmatraju kao sistem. Navedeni rezultat nije u skladu sa teorijskim implikacijama u TA [20, 21, 4, 7, 14].

Postoje univarijantne razlike između dve grupe ispitanika, i to na osećanjima zavisti [$F(1, 98) = 4,257, p < .05$], nade [$F(1, 98) = 3,976, p < .05$], iznena-

Tabela br. 2 Izvod iz matrice strukture diskriminativne funkcije
Table 2 Matrix of discriminative function structure

	Funkcija/Function
	1
Stid/ Shame	,542
Strah/ Fear	,518
Tuga/ Sadness	,413
Zavist/ Envy	,384
Osramoćenost/ Embarrassment	,352
Zabst/ Grief	,281
Radost/ Joy	-.274
Gađenje/ Disgust	,236
Krivica/ Guilt	,217
Nada/ Hope	-.063
Iznenađenje/ Surprise	,058
Bes/ Rage	,048
Prkos/ Spite	-.046
Ljubav/ Love	,019
Zainteresovanost/ Interest	-.018

Tabela br. 3 Centroidi grupa na diskriminativnoj funkciji
Table 3 Group centroids on discriminative function

	Funkcija/Function
	1
Neklinička/ Non-clinic	-.650
Klinička/ Clinic	,650

đenja [$F(1, 98) = 8,810, p < .005$] i prikosa [$F(1, 98) = 8,207, p < .01$], gde paranoidni ispitanici imaju veći skor na svim navedenim osećanjima. Ovaj nalaz je u skladu sa teorijskim postavkama u TA o razlikama depresivnih i paranoidnih ispitanika, ali ne omogućava iznošenje validnih zaključaka o razlikama dve ispitivane grupe na konceptu reket-osećanja, obzirom da izolovana diskriminativna funkcija nije statistički značajna.

U našem istraživanju potvrđeno je da se neklinička i klinička grupa ispitanika statistički značajno razlikuju na konceptu reket-osećanja, što bi moglo ići u prilog pretpostavci o nedovoljnoj senzitivnosti skale samo za uočavanje razlika u kvalitetu emocija u okviru dve različite kliničke grupe. Razlog dobijene emocionalne nespecifičnosti ispitanika sa depresivnim i paranoidnim poremećajima može biti i u neadekvat-

nosti načina merenja ispitivanog fenomena, obzirom na već pominjane nedostatke samoopisnih tehnika, posebno kod „toliko subjektivnog“ fenomena kao što su osećanja. Da bi se „objektiviziralo“ ispitivanje osećanja, bilo bi veoma korisno uključiti i procenu osećajnosti ispitanika od strane drugih ljudi, slično kao u istraživanjima u dečijoj psihologiji.

Razlika depresivnih i paranoidnih ispitanika na LD i Pa skalama

Izvršena je diskriminativna analiza da bi se utvrdila razlika dve kliničke grupe na skalama LD i Pa. Ekstrahovana je jedna statistički značajna diskriminativna funkcija, koju definišu visok skor na LD skali i nešto manje visok skor na Pa skali (tabele br. 5, 6).

Grupa depresivnih ispitanika ima viši skor na izdvojenoj funkciji, što znači

Tabela br. 4 Testovi jednakosti AS grupa
Table 4 Tests of groups' mean equality

	Wilks' Lambda	F	df1	Df2	p
Stid/ Shame	.888	24.862	1	198	.000*
Krivica/ Guilt	.980	4.000	1	198	.047*
Strah/ Fear	.897	22.738	1	198	.000*
Tuga/ Sadness	.932	14.454	1	198	.000*
Bes/ Rage	.999	.196	1	198	.659
Zainteresovanost/ Interest	1.000	.029	1	198	.866
Radost/ Joy	.969	6.341	1	198	.013*
Zavist/ Envy	.941	12.486	1	198	.001*
Nada/ Hope	.998	.339	1	198	.561
Ljubav/ Love	1.000	.030	1	198	.862
Žalost/ Regret	.967	6.688	1	198	.010*
Iznenadenje/ Surprise	.999	.281	1	198	.597
Gadnje/ Disgust	.977	4.709	1	198	.031*
Prikos/ Spite	.999	.179	1	198	.672
Osramoćenost/ Dishonor	.950	10.507	1	198	.001*

da depresivni ispitanici imaju viši skor i na LD i na Pa skali (tabela br. 7).

I na univarijantnim testovima jednakosti aritmetičkih sredina dve grupe, vidi se da na Pa skali nema značajne razlike između depresivnih i paranoidnih ispitanika (tabela br. 8).

Ovakav nalaz bi se mogao objasniti, s jedne strane, visokom senzitivnošću depresivnih ispitanika, ali i njihovom sklonošću ka agravaciji, a sa druge strane, mogućnošću minimiziranja vlastite psihopatologije kod paranoidnih ispitanika, obzirom da je Pa skala standardizovan instrument čija je diskriminativnost više puta dokazana. Ovaj nalaz otvara pitanje pouzdanosti dijagnoze iz spektra depresivnih poremećaja, koja je mnogo heterogenija u odnosu na dijagnozu iz spektra para-

noidnih poremećaja. Depresija se veoma često javlja kao sekundarni fenomen kod ostalih psihopatoloških stanja, što vrlo često u kliničkoj praksi ostane neprimećeno.

Ispitivanje povezanosti reket-osećanja sa visinom skora na LD i Pa skali

Zbog navedenih rezultata, nakon poređenja kliničkih grupa na konceptu reket-osećanja uradili smo kanoničku analizu povezanosti reket-osećanja sa visinom skora na LD i Pa skali, da bismo videli kakva je priroda razlika između ove dve grupe ispitanika kada kriterijum razlikovanja nije psihijatrijska dijagnoza, već „objektiviziran” pristup u razvrstavanju ispitanika u ove dve grupe psihopatoloških poremećaja.

Tabela br. 5 Parametri izolovane diskriminativne funkcije Table 5 Parameters of isolated discriminative function								
Funk / Func.	Karakter. koren / eigenvalue	% varijanse / variance %	kumulativni % / cumulative %	kanonička korelacija / canonical correlation	Wilks' Lambda / Wilks' Lambda	kvadrat / chi-square	df / df	P / P
1	212(a)	100,0	100,0	,418	,825	18,481	2	,000

Tabela br. 6 Izvod iz matrice strukture diskriminativne funkcije Table 6 Matrix of discriminative function structure	
	Funkcija / Function
	1
Depresivnost – ukupno / Depressed	,978
Pa – ukupno / Paranoid	,384

Tabela br. 7 Centroidi grupa na diskriminativnoj funkciji Table 7 Group centroids on discriminative function	
	Funkcija / Function
	1
Neklinička / Non-clinic	,451
Klinička / Clinic	-,461

Ono što je na prvi mah bilo veoma zanimljivo, jeste visina korelacije između LD i Pa skale od 0,64. Time se može objasniti visina skora na Pa skali kod depresivnih ispitanika, kao i visina skora na D skali kod paranoidnih pacijenata. Ovaj nalaz otvara pitanje valjanosti LD i Pa skala, koju može da ugrožava davanje socijalno poželjnih odgovora ili agravacija. Sada se nameće i pitanje namene primenjenih skala, gde je LD skala namenjena za procenu depresivne strukture ličnosti, a Pa skala za razlikovanje „normalnosti“ od paranoidne patologije. Pored toga, prema nalazima istraživanja Bentalove atribucione teorije³ [22] ispitanici sa paranoidnim poremećajima imaju mnoge depresivne karakteristike, uključujući nisko samopoštovanje,

³ Atribuiranje je kognitivni proces kojim osoba pripisuje uzrok opaženim događajima.

osim što paranoidni ispitanici negativne događaje pripisuju spoljašnjem uzroku, radi odbrane od samooptuživanja i niskog samopoštovanja. Nalazi Bentalovog istraživanja podržavaju hipotezu o defanzivnoj funkciji paranoidne ideacije, od dubljeg osećanja niskog samopoštovanja. Ovi nalazi opravdavaju „sličnost“ sadržaja instrumenata koji su namenjeni za procenu postojanja depresivnih i paranoidnih poremećaja.

Dobijena je jedna statistički značajna kanonička korelacija (tabela br. 9). Iz tabele br. 10 vidi se da kanoničku dimeziju iz prvog seta varijabli određuje radost u pozitivnom smeru, a u negativnom smeru većina neprijatnih osećanja. Ovu kanoničku dimeziju nazvali smo **prijatna osećanja**. Ova kanonička dimezija objašnjava 82% varijanse prvog seta varijabli.

Tabela br. 11 nam govori da je kanonička dimezija iz drugog seta vari-

Tabela br. 8 Testovi jednakosti AS grupa
Table 8 Tests of groups' mean equality

	Wilks' Lambda	F	df1	df2	p
Pa – ukupno/ Paranoid	,970	3,031	1	97	,085
Depresivnost – ukupno/ Depressed	,831	19,688	1	97	,000*

Tabela br. 9 Kanonička korelacija LD i Pa skala i reket-osećanja i testovi značajnosti kanoničkih korelacija
Table 9 Canonical correlation of LD and Pa Scales and Racket-feelings and test of canonical correlations significance

Kanoničke korelacije / Canonical correlations	Wilks'	hi-kvadrat / χ^2 -square	DF	p
1 ,584	,601	96,193	30,000	,000
2 ,296	,912	17,376	14,000	,237

jabli određena niskim skorovima na skalama depresivne ličnosti i parano- idnosti, te smo ovu dimenziju nazvati **odsustvo depresivnih i paranoidnih karakteristika**. Procenat objašnjene varijanse drugog seta ovom kanonič- kom dimenzijom izosi samo 14%.

Može se govoriti o povezanosti pri- jatnih osećanja i odsustva depresivnih i paranoidnih smetnji, što je u skladu sa teorijskim pretpostavkama (1, 8, 3, 23, 7, 14), kao i nalazima prethodnih istra- živanja emocionalnosti u kognitivno-bi- hejvioralnim modelima [12].

Prva kanonička dimenzija objašnja- va samo 4,8% varijanse drugog seta, dok druga kanonička dimenzija bolje objašnjava prvi set, kroz 28% varijanse.

DISKUSIJA

Dobijeni rezultati ukazuju na stati- stički značajnu razliku između neklinič- ke i kliničke populacije na konceptu re- ket-osećanja. Klinička grupa statistički značajno više reketira neprijatnim oseća- njima vezanim za domen Ja u odnosu na nekliničku grupu. Ovaj nalaz je u skladu sa teorijskim impikacijama u TA [1, 7]. Nalaz našeg istraživanja bi se indirektno mogao povezati sa nalazima istraživanja autorke Nabradi [16], u kojem je utvrđe- no da su neprijatna reket-osećanja pove- zana sa nižom emocionalnom intelligen- cijom. U istom istraživanju je nađena po- vezanost između reket-osećanja i strate- gija prevladavanja usmerenih na emoci-

Tabela br. 10 Kanonička opterećenja za set reket osećanja
Table 10 Canonical loads for the set of Racket-feelings

	1	2
Stid/ Shame	-.603	.283
Krivica/ Guilt	-.377	.474
Strah/ Fear	-.588	.133
Tuga/ Sadness	-.453	.168
Bes/ Rage	-.313	.053
Zainteresovanost/ Interest	.126	.360
Radost/ Joy	.507	.171
Zavist/ Envy	-.299	-.347
Nada/ Hope	.260	.316
Ljubav/ Love	.170	.177
Talost/ Regret	-.305	.096
Imenađenje/ Surprise	-.033	-.021
Gadnje/ Disgust	-.471	-.205
Prkos/ Spite	-.018	-.098
Osranoćenost/ Dishonor	-.408	-.009

Tabela br. 11 Kanonička opterećenja za set LD i Pa skale
Table 11 Canonical loads for the set of LD and Pa Scales

	1	2
Pa-ukupno/ Pa total	-.899	-.438
D-ukupno/ D total	-.913	.408

je. Niska emocionalna inteligencija i strategije prevladavanja usmerene na emocije se češće sreću kod osoba sa mentalnim poremećajima u odnosu na osobe bez poremećaja [24]. Zanimljivo je da se neklinička i klinička grupa ne razlikuju po reketiranju osećanjima besa i prkosa na univarijantnim testovima razlika aritmetičkih sredina. Ovaj nalaz bi se mogao dovesti u vezu sa našim ranijim istraživanjem povezanosti reket-osećanja, zabrana i životnih pozicija kod nekliničke i kliničke populacije, gde je utvrđeno da se neklinička i klinička populacija ne razlikuju u stavu prema sebi i drugim ljudima, u smislu da su i jedni i drugi skloni da umanjuju vrednost drugih ljudi [25]. Dobijeni pokazatelj smo povezali sa rezultatima sociološkog istraživanja tranzicije u Srbiji, u priodu od 1991. do 2001. godine. Isti ukazuju da se oko polovina istraživanih porodica zatvorilo i izgubilo kontakt sa sredinom, prekinulo prijateljske i druge komunikacije. Najviše pogođenih klimom loših međuljudskih odnosa se sreće u grupi srednjih godina i još više kod starijih od 60 godina, bez obzira na obrazovni nivo ispitivanih [25]. U ovom momentu, pomenuti rezultati mogu biti samo inspiracija za buduća istraživanja dominantnih emocionalnih obrazaca i načina gledanja na sebe i druge ljude na domaćem terenu.

Što se tiče razlika ispitanika sa depresivnim i paranoidnim poremećajima, situacija je nešto komplikovanija. Ono što je u skoro samom početku „pomrsilo račune“ jeste pokazatelj da ispitanici iz grupe sa depresivnim poremećajima imaju viši skor na Pa skali od ispitanika iz grupe paranoidnih poremećaja. Izgleda da su na ovom mestu nedostaci samoopisnih tehnika u kliničkim istraživanjima u punoj meri došli do izražaja, ako

izuzmemo mogućnost da su ispitanici iz grupe depresivnih poremećaja senzitivniji od ispitanika iz grupe paranoidnih poremećaja, u šta već ne verujemo. Čini se da je najverovatnije da se istovremeno radi o agravaciji ispitanika sa depresivnim poremećajima i minimiziranju ispitanika sa paranoidnim poremećajima. Takođe, nameće se i pitanje pouzdanosti psihijatrijske dijagnoze. Već je rečeno da su dijagnoze iz grupe depresivnih poremećaja mnogo heterogenije u odnosu na dijagnoze iz paranoidnih poremećaja, s obzirom da se depresija kao sekundarni fenomen može sresti kod većine psihopatoloških kategorija. Svakako, za sada možemo samo da pretpostavljamo koji faktor ili koja kombinacija faktora je doprinela dobijenom rezultatu. Ono što sa većom sigurnošću možemo da tvrdimo jeste da su ti faktori iz grupe metodoloških nedostataka našeg istraživanja ili kliničkih istraživanja generalno. U svrhu poboljšanja pouzdanosti psihijatrijske dijagnoze smatramo da bi bilo korisno uvođenje dijagnoza i sa prve i sa druge ose, po kriterijumima DSM-IV, kako bi se izbeglo preklapanje „stanja“ i „crta“, odnosno kako bi se odvojila ova dva aspekta psihičkog funkcionisanja, da znamo koja pojava kojem aspektu pripada.

Ono što je za nas od primarnog značaja u ovom istraživanju je da naši rezultati govore u prilog nerazlikovanja ispitanika sa depresivnim i paranoidnim poremećajima na konceptu reket-osećanja. S obzirom da je potvrđena statistički značajna razlika nekliničke i kliničke grupe na ovom konceptu, moguće je formulisati nekoliko potencijalnih objašnjenja ovog izostanka razlike između paranoidnih i depresivnih ispitanika.

Prvo, može se pretpostaviti da navedena skala možda nije dovoljno senzitivna za uočavanje razlika u kvalitetu emocija u okviru dve različite kliničke grupe. Važno je ne zaboraviti da se ovakvim skalama ipak ne ispituje stvarna emocija nego je u pitanju iskaz ispitanika o tome šta je osećao u određenoj situaciji. Već smo govorili o problemu adekvatnosti ispitivanja osećajnosti samo putem samoopisnih tehnika i diskutovali da dobijena emocionalna nespecificnost može biti posledica i nepouzdanosti psihijatrijske dijagnoze, ali i nedostataka samoopisnih tehnika generalno, zbog mogućnosti svesne i nesvesne cenzure odgovora. Ovu pretpostavku indirektno podržava i nalaz iz ovog istraživanja o dobijenoj visokoj korelaciji između LD i Pa skala, što je nalaz koji je sam po sebi zanimljiv i koji otvara brojna pitanja, kako o diskriminativnosti datih instrumenata, tako i o mogućnosti da su fenomeni komorbiditeta ispitivanih pojava viši nego što se to pretpostavlja. Zbog toga, navedene skale se ne mogu uzeti kao definitivna potvrda nepouzdanosti psihijatrijske dijagnoze. Ne treba zaboraviti ni činjenicu da je LD skala namenjena za procenu strukture ličnosti, a Pa skala za razlikovanje „normalnosti“ od patologije, u ovom slučaju paranoidne, koja može biti i karakterna crta, a i pokazatelj aktuelnog stanja na terenu različitih struktura ličnosti. Takođe, sugestija za buduća istraživanja sličnog tipa jeste primena instrumenata koji su jednaki po tome da li mere crte ličnosti i trenutno psihičko stanje ispitanika, koji će poslužiti kao provera pouzdanosti psihijatrijske dijagnoze. Još bolje bi bilo primeniti i tzv. „trait“ i „state“ skale, kako bi se u većoj meri unapredila „objektivizirana“ procena vrste psihopatološkog poremećaja kod

ispitanika. Kada je u pitanju istraživanje reket-osećanja i ljudske osećajnosti generalno, možda bi bilo dobro sagledati ovaj fenomen iz što više uglova, da bi se dobila što realnija predstava o tome šta se dešava na polju „najsabjektivnijeg“ fenomena među svim ostalim subjektivnim fenomenima u kliničkim istraživanjima. Sigurno da bi istraživanje reket-osećanja bilo znatno pogodnije, kako u metodološkom, tako i u praktičnom smislu, kada bi se uključila i procena osećanja od strane posmatrača, ako ne i neki oblik projektivnog testa, obzirom na već pominjane nedostatke samoopisnih tehnika, koje su posebno naglašene kada se radi o ispitivanju osećajnosti. U prilog navedenog predloga idu rezultati istraživanja facijalne ekspresije, koji potvrđuju da je ona univerzalna. Ljudi čak iz različitih kultura tačno prepoznaju emocije koje se iskazuju na licima drugih ljudi [26]. Takođe, uvođenje kontrolnih skala bi u značajnoj meri otklonilo problem svesne i nesvesne cenzure odgovora u primenjenim upitnicima. To jeste duži i skuplji put usavršavanja instrumenta, ali bi se na ovaj način sigurno poboljšala valjanost dobijenih podataka.

Dalje, kao moguće objašnjenje nerazlikovanja ispitanika iz dve kliničke grupe na konceptu reket-osećanja i dobijenog visokog skora ispitanika sa depresivnim poremećajima na Pa skali, ne treba zaboraviti i Bentalovu atribucionu teoriju i nalaze istraživanja iste u okviru kognitivno-bihejvioralnih modela osećajnosti. Po ovoj teoriji, i depresivni i paranoidni ispitanici imaju lošu predstavu o sebi, samo što ispitanici sa paranoidnim poremećajima negativne događaje pripisuju spoljašnjem uzroku radi odbrane od samooptuživanja i niskog samopoštovanja. Nalazi njegovog istraživanja potvr-

đuju da je paranoidna ideacija odbrana od niskog samopoštovanja [22]. Iz toga se može očekivati sličnost sadržaja koji karakterišu obe kliničke grupe, i samim tim sličnost sadržaja određenog broja ajtema skala kojima se meri prisustvo depresivnih i paranoidnih karakteristika.

Ne treba zaboraviti ni problem snage statističkog zaključka i sa tim povezanu veličinu ispitanog uzorka ispitanika što je veoma rasprostranjen problem u kliničkim istraživanjima. Moguće je da razlika između samoevaluiranog emocionalnog reagovanja ispitanika koji imaju različite psihopatološke fenomene postoji, ali da nije dovoljno izražena da bi statistički bila registrovana na uzorku ove veličine (po 50 ispitanika u svakoj grupi). Ovaj pristup objašnjenja indirektno podržava nalaz koji smo dobili na nivou univarijantnih testova gde su se razlike mogle registrovati.

Međutim, ono što možda najviše problematizuje prethodnu diskusiju na temu reket-osećanja jesu nalazi istraživanja osećajnosti iz oblasti psihologije ličnosti. Ista su pokazala da subjektivnoj proceni različitih emocionalnih iskustava često nedostaje diskriminativna validnost. Na primer, mere individualnih razlika anksioznosti, depresije i agresivnosti koreliraju u opsegu od 0.7 do 0.9 [26]. Lako je naći razlike između subjekata koji doživljavaju i ne doživljavaju navedene tri emocije, ali se ne dobijaju informacije koje su dovoljno specifične u opisanju istih. Naime, na kraju ostaje i mogućnost da razlika između depresivnih i paranoidnih ispitanika nije registrovana ne zato što uzorak nije dovoljno velik ili adekvatno organizovan ili zato što instrument nije dovoljno validan da kontroliše probleme agravacije depresivnih ispitanika, nego da je u pitanju proble-

matična konceptualizacija emocionalne specifičnosti, te da se zapravo radi o manifestaciji opšte tendencije doživljavanja negativnog afektiviteta [26, 27].

U svakom slučaju, dobijeni rezultati ukazuju na važnost kako daljeg ispitivanja fenomena disfunkcionalne emocionalnosti, tako i na važnost usavršavanja metodologije istraživanja kako bi se smanjili rizici koji kompromituju validnost dobijenih rezultata.

ZAKLJUČAK

Generalno, možemo da zaključimo da su pretpostavke, u svrhu čije provere je i sprovedeno istraživanje, dobile delimično očekivanu potvrdu.

Klinička grupa statistički značajno više reketira neprijatnim osećanjima vezanim za domen Ja u odnosu na nekliničku grupu, što je u skladu sa pretpostavkama TA teorijskog modela.

Sa druge strane, i pored nekih univarijantnih razlika, nije izdvojen set reket-osećanja specifičan za ispitanike sa depresivnim i paranoidnim poremećajima. Ovakvi rezultati nisu u skladu sa teorijskim pretpostavkama TA modela o specifičnosti reket-osećanja i mogu se objasniti iz nekoliko uglova. Ova objašnjenja u prvi plan stavljaju probleme koji se tiču ograničenja ispitivanja emocija putem samoopisnih tehnika, ograničenja koja proističu iz veličine uzorka, zatim ograničenja koja proističu iz strukture uzorka i sa tim povezane pouzdanosti psihijatrijske dijagnoze kao kriterijuma za formiranje uzorka, ali na kraju i ograničenja koji proizilaze iz teorijskog pristupa koji naglašava i pretpostavlja emocionalnu specifičnost različitih psihopatoloških fenomena.

RACKET FEELINGS IN NON-CLINICAL AND CLINICAL POPULATION BY TRANSACTIONAL THEORETICAL MODEL

Danijela Budiša¹

Vesna Gavrilov-Jerković²

Aleksandra Dickov³

Slađana Martinović-Mitrović³

Summary

Introduction: One of the main criteria for distinguishing an authentic feelings from non-authentic feelings in Transactional analysis is does the emotion force a person to solve the problem or not. It is believed that the emotion which does not force a person to solve a problem is actually is Racket-feeling. The main purpose of this feeling is to keep person's idea of himself/herself, others and the world, but not to solve the current problem. Further, it is assumed that the racket-feelings are expressed with a higher degree in clinical groups, and that different clinical groups have different Racket-feelings.

Objective: The general goal of this research is to test the potential of theoretical concept of Racket-feelings to discriminate non-clinical from clinical groups, as well as paranoid from depressive examinees in the clinical group.

Method: The research conducted was non-experimental, co-relational. Sample belongs to convenience sample type, comprised of 200 examinees, 100 from non-clinical and 100 from clinical population of adults. In the clinical part of the sample, depressive and paranoid disorders are evenly represented. Statistical analysis was conducted using computer software SPSS 15.0.

Results: With discriminant analysis was found the statistically significant difference between non-clinical and clinical part of sample in the concept of racket-feeling (eigenvalue = .427, Wilks' Lambda = .701, $p = .000$). According to the statistical criteria of correlation greater than 0.30, isolated discriminant function is defined by five emotions: shame, fear, sadness, envy and dishonor. The results indicate that there are no statistically significant differences between groups of depressive and paranoid examinees when racket-feelings are viewed as a system. There are univariate differences between two groups in terms of feelings such as envy, hope, surprise and defiance, and paranoid subjects have a higher score on all these feelings.

Conclusion: In general, we can infer that the assumptions, whose testing was the aim of conducting this research, got partially expected validation. Examinees from the clinical part of the sample have statistically significantly more expressed Racket feelings. The set of racket-feelings specific for subjects with paranoid and depressive disorders was not aside.

Key words: *Transactional Analysis, Racket feelings, depressiveness, paranoiaity.*

- 1 Centre for prolonged treatment of addictive diseases, Clinic for addictive diseases, Clinical Centre of Vojvodina, Novi Sad, Serbia
- 2 Department of Psychology, Faculty of Philosophy, University of Novi Sad, Novi Sad, Serbia
- 3 Clinic of Psychiatry, Clinical Centre of Vojvodina, Novi Sad, Serbia

Literatura:

1. Berne, E. What do you say after you say hello? Psychology of human destiny. New York. Simon and Schuster; 1972.
2. Goulding M, Goulding R. Changing lives through redecision therapy. New York. Grove press; 1979.
3. English F. I am ok, You are ok (adult). Transactional Analysis Journal 1979; 5:416-20.
4. Kahler T. Transactional analysis revisited. Little Rock Arkansas. Human development publications; 1978.
5. Berne E. Sex in human loving. New York. Simon and Schuster; 1970.
6. Milivojević Z. Emocije. Novi Sad. Prometej; 2004.
7. Erskine R, Zalcmann M. The racket system. Transactional Analysis Journal. 1979; 9:51-59.
8. Steiner C. Scripts people live. Transactional analysis of life scripts. New York. Grove press; 1974.
9. Beck, R., & Perkins, T. S. Cognitive content-specificity for anxiety and depression: A meta-analysis. Cognitive Therapy and Research 2001; 25, 651-663.
10. Smederevac S, Mitrović D. Ličnost: Metodi i modeli. Beograd. Centar za primenjenu psihologiju, 2006.
11. Clark, DA., Beck, AT., Alford, BA. Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression. New York: John Wiley & Sons Inc; 1999
12. Watson D, Gameza W, Simms, LJ. Basic dimensions of temperament and their relation to anxiety and depression: A symptom-based perspective. Journal of Research in Personality 2005;39:46-66.
13. Ernst J, Franklin H. The OK corral: the grid for get on with. Transactional Analysis Journal 1971; 1:33-42.
14. Stewart I, Joines W. TA Today: A new introduction to Transactional analysis. Nottingham. Russell Press Ltd; 1996.
15. Nábrády M. The impact of racket feelings on the recognition of emotions: Research report I. Transactional Analysis Journal 2002; 32: 76-86.
16. Nábrády M. The relationship between racket feelings, coping strategies and emotional intelligence: Research report II. Transactional Analysis Journal 2002; 32:86-92.
17. Svetska zdravstvena organizacija. ICD-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja: Klinički opisi i dijagnostička uputstva. Beograd. Zavod za izdavanje udžbenika; 1992.
18. Biro M. Dijagnostička procena ličnosti MMPI-202. Novi Sad. Futura publikacije, Filozofski fakultet; 1995.
19. Novović Z, Nedimović T, Biro M. Stanje depresivnosti: sindrom ili raspoloženje? Psihologija 2007; 40:447-61.
20. Berne E. Transactional analysis in psychotherapy. New York. Grove Press; 1961.
21. Karpman S. Fairy tales and script drama analysis. Transactional Analysis Bulletin 1968; 7:5-11.
22. Bentall RP, Corcoran R, Howard R, Blackwood N, Kinderman P. Persecutory delusions: a review and theoretical integration. Clin Psychol Rev 2001; 21:1143-92.
23. Goulding R, Goulding M. The power is in the patient. A TA/Gestalt approach to psychotherapy. San Francisco. TA Press; 1978.
24. Goleman D. Emocionalna inteligencija. Beograd. Geopoetika; 1995.
25. Budiša D, Gavrilov-Jerković V. Relacije transakciono-analitičkih koncepata zabrana, reket-osećanja i životnih pozicija kod nekliničke i kliničke populacije. Empirijska istraživanja u psihologiji, Beograd, knjiga rezimea 2010; 134-35.
26. Caprara G, Cervone D. Personality: Determinants, dynamics and potentials. Cambridge. Syndicate of the press of the university of Cambridge; 2000.
27. Tellegen A. Structure of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In: Tuma AH, Maser JD. Anxiety and the Anxiety Disorders. New York: Erlbaum, Hillsdale; 1985, 681-706.

Danijela Budiša,
Marka Oreškovića bb, Bački Jarak,
Tel: 063/882-86-46, fax 021/524-344,
danijela1@neobee.net

PSIHOLOŠKO – BIHEVIORALNE KARAKTERISTIKE SAMOPOVREĐIVANJA ADOLESCENATA

Milan Mitić¹

Slavica Đukić-Dejanović^{2,3}

Dragana Krasić¹

Milica Ranković¹

UDK: 616.89-008.45-036-053.2

1 Klinika za mentalno zdravlje, Klinički centar Niš, Niš, Srbija

2 Medicinski fakultet, Univerzitet u Kragujevcu, Kragujevac, Srbija

3 Klinika za psihijatriju, Klinički centar Kragujevac, Kragujevac, Srbija

Kratak sadržaj

Uvod: Samopovređivanje predstavlja čin namernog oštećenja sopstvenih telesnih tkiva, koji ima za cilj da promeni ili kontroliše trenutna osećanja. Istraživanja pokazuju da je samopovređivanje najzastupljenije kod adolescenata pa do uzrasta ranih tridesetih godina. Mada se samopovređivanje često smatra parasuicidalnim ponašanjem ono nema suicidalni karakter.

Cilj rada: Utvrđivanje odnosa i povezanosti patoloških oblika ponašanja sa samopovređivanjem, i utvrđivanje karakteristika vezanih za sam akt samopovređivanja.

Naše istraživanje se odnosilo na patološke oblike ponašanja za koje se pretpostavlja da su udruženi sa samopovređivanjem (zlorotreba psihoaktivnih supstanci i pokušaj suicida) i na karakteristike koje su vezane za sam akt samopovređivanja (godine starosti, lokalizacija, način samopovređivanja, osećaj bola i razlog samopovređivanja.)

Metod rada: Istraživanje je rađeno na uzorku od 30 adolescenata uzrasta od 15 do 19 godina koji su se samopovređivali. Kontrolnu grupu su činili adolescenti istog pola (muški) i uzrasta koji se nisu samopovređivali. Pored kliničkog pregleda i procene u radu je korišten SIMM opšti upitnik koji se odnosi na predmet istraživanja.

Rezultati: Zlorotreba psihoaktivnih supstanci je zastupljena je kod 80% ispitanika kliničke grupe u odnosu na 16,7% kontrolne grupe; 16,7% ispitanika kliničke grupe ima pokušaj suicida u životnoj istoriji dok u kontrolnoj grupi nije bilo suicidalnih pokušaja (0%). Najčešći uzrast adolescenata pri prvom samopovređivanju je od 14-16 god. (56,7%); najčešće povređuju ruke (83,3%); najčešći vid samopovređivanja su posekotine (76,7%); većina ne oseća bol prilikom samopovređivanja (66,6%); nakon samopovređivanja osećaju emocionalno rasterećenje (93,3%); razlog samopovređivanja je najčešće oslobađanje od napetosti (93,3%).

Zaključak: Visoka statistička značajnost ukazuje na povezanost zlorotrebe psihoaktivnih supstanci i samopovređivanja. Ne postoji statistička značajnost koja bi ukazala na povezanost suicida i samopovređivanja. Istraživanje je pokazalo da adolescenti suočeni sa prejakim emocijama odlučuju da povrede sebe jer im to donosi naglo olakšanje, tj., dovodi do sniženja nivoa anksioznosti na podnošljivu normalnu vrednost i to gotovo momentalno. Za ove adolescente ovo je jedini način da prevaziđu intenzivno osećanje emocionalnog bola.

Glavne reči: samopovređivanje, agresija, adolescencija, adolescent, parasuicid

UVOD

Samopovređivanje predstavlja čin namernog oštećenja telesnih tkiva, koje ima za cilj da promeni/kontroliše trenutna osećanja. Ova pojava je najzastupljenija u populaciji adolescenata. Predstavlja pokušaj da se prevladaju preplavljujuća osećanja bola, napuštenosti, manje vrednosti i sačuva psihološki integritet jedinim sredstvom kojim tada osoba raspolaže. To je najčešće kompulsivno, ritualno ponašanje koje ima za cilj nanošenje telesne povrede. Prevalenca u opštoj populaciji je 1%, dok se 10 – 15% adolescenata samopovređuje [1]. Razlozi i intenzitet samopovređivanja mogu se razlikovati, a najčešći vidovi su: posekotine, grebanje, urezivanje, kidanje kože, čupanje kose, opekotine, ujedanje, lupanje glavom, udaranje, ekscisivno probadanje tela, lomljenje kostiju, kastracija, denukleacija oka [2, 3, 4, 5, 7].

Samopovređivanje kod nekih adolescenata može predstavljati rizik, bunt, odbacivanje vrednosnog sistema roditelja, težnju ka samostalnosti ili samoprihvatanje. Drugi, međutim, mogu se povređivati iz očajanja, osećanja besa, u cilju skretanja pažnje, da pokažu svoju beznadežnost, bezvrednost, ili je to posledica suicidalnih misli [1, 2]. Ovi adolescenti mogu imati ozbiljne psihijatrijske poremećaje kao što je depresija, shizofrenija, post-traumatski stresni poremećaj i bipolarni poremećaj [2]. Uz to adolescenti koji se samopovređuju često razvijaju Borderline poremećaj ličnosti kao odrasli [2, 3]. Adolescenti koji teško iskazuju svoja osećanja mogu svoju povišenu emocionalnu tenziju, uznemirenost, bol i nedostatak samopoštovanja

izraziti samopovređivanjem. Prvi korak u klasifikaciji samopovređivanja [2], je izdvajanje onoga što čini tip samopovređivanja patološkim i u suprotnosti je sa kulturno prihvatljivim. Socijalno prihvatljivo samopovređivanje nalazimo u okviru dve grupe: rituala i običaja. Tetovaža, pirsing i sl. mogu se klasifikovati u obe grupe. Kahan i Pattison [11] su identifikovali tri komponente u aktu samopovređivanja:

Direktnost podrazumeva svesnu nameru ovakvog ponašanja, tj., da je akt samopovređivanja do kraja izveden u kratkom vremenskom periodu i sa punim saznanjem o štetnosti. Letalnost razmatra kolika je verovatnoća smrtnog ishoda samopovređivanja u trenutku, ili neposredno nakon nanošenja povrede. Letalni akt podrazumeva letalnu nameru – suicidalnost, pokušaj suicida. Repetitivnost definiše da li se samopovređivanje ponavljalo

Favazza [3] je podelio samopovređivanje na tri tipa:

Major tip samopovređivanja (odnosi se na povrede kao što su kastracija, amputacija ekstremiteta, denukleacija oka itd.) Prilično je redak javlja se kod teško i duboko mentalno retardiranih osoba i obično je udružen sa psihotičnim stanjima.

Stereotipno samopovređivanje (ritmičko udaranje glavom i sl.) viđa se kod mentalno retardiranih i autističnih osoba. Superficialno samopovređivanje - najzastupljenije, samim tim i najznačajnije kod adolescenata. Ono uključuje posekotine, opekotine, ogrebotine, čupanje kože i kose, lomljenje kostiju, udaranje, namerno sprečavanje zarastanja rana i dr.

Favazza superficijalno samopovređivanje deli na: kompulsivno (bliže povezano sa opsesivno kompulsivnim poremećajem; obuhvata trihotilomaniju, kidanje kože i ekskorijaciju), impulsivno (epizodično i repetitivno) [2].

Iako se ovo ponašanje nekad naziva "para-suicidalnim" većina istraživača iz ove oblasti slaže se da osobe koje se samopovređuju generalno ne žele smrt kao posledicu svog čina. "Rezultati istraživanja pokazuju da pokušaji samoubistva ne donose olakšanje, ređe se ponavljaju i imaju manju komunikativnu vrednost" [4]. "Pacijenti sa (predloženim) sindromom namernog samopovređivanja često su socijalno izolovani i u očajanju mogu pokušati samoubistvo. Zbog toga iako samopovređivanje nije suicidalno u nameri, ono može lako dovesti do suicidalne ideje, ili, ako samopovređivanje ode predaleko, i do samog suicida. Herprez [12] beleži da osobe koje se samopovređuju prave razliku između čina samopovređivanja i čina pokušaja suicida dok Solomon i Farrand [13] tvrde da "iako aktovi samopovređivanja i pokušaja samoubistva mogu izgledati pomešano (bez oštre granice), njihov smisao nimalo nije isti. Ipak zapažena je veza između ova dva čina koja ukazuje na samopovređivanje kao alternativu samoubistvu i to poželjniju." U pregledu literature koja se bavi ovom tematikom Favazza [1] zapaža da je tek odnedavno samopovređivanje opšte priznato kao morbidni vid prevazilaženja, vid kome se pribegava kada je samoubistvo neprihvatljivo. On beleži da je ovo ponašanje tradicionalno trivijalizovano (blago) sečenje ručnih zglobova), pogrešno identifikovano (pokušaj samoubistva) i posmatrano isključivo kao simptom graničnog poremećaja ličnosti.

Gunnel i Frankel [10], smatraju da je namerno samopovređivanje sa ili bez samoubilačke namere najbolji pretskazatelj suicida. Za adolescente koji se namerno samopovređuju tipična su osećanja beznada, anksioznosti i odbačenosti, kao i nizak nivo samopouzdanja i teškoće u prevazilaženju svakodnevnih problema. Obično im je teško da drugima objasne svoja osećanja. Navode da se povređuju da bi se oslobodili napetosti i pritiska, umanjili emocionalnu patnju, kaznili sebe usled osećanja krivice i srama, izbegli da pred drugima pokažu kako se osećaju, ili kako bi stvorili osećaj kontrole nad svojim životom. Namerno samopovređivanje takođe može biti simptom prikriivenog mentalnog oboljenja koje zahteva profesionalni tretman.

CILJ RADA

Naše istraživanje je imalo dva osnovna cilja. Prvi, odnosio se na utvrđivanje zastupljenosti pokušaja suicida i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci kod adolescenata koji se samopovređuju i kod adolescenata u kontrolnoj grupi, i njihovo upoređivanje sa ciljem da se pokaže da li, i u kojoj meri samopovređivanje ima suicidalni karakter i može se smatrati parasuicidom, ili je u većoj meri povezano sa zloupotrebom psihoaktivnih supstanci (svrstava se u samopovređivanje u širem smislu) i predstavlja način da se adolescent oslobodi prejakih osećanja i tenzije. Drugi cilj se odnosio na utvrđivanje najčešćih bihevioralnih aspekata samog akta samopovređivanja (godine starosti, lokalizacija, način samopovređivanja, osećaj bola i razlog samopovređivanja).

METOD RADA

Istraživanje je vršeno na kliničkom uzorku od 30 adolescenata muškog pola starosti od 15-19 god. koji su načinili najmanje jednu namernu samopovredu što je potvrđeno objektivnim kliničkim pregledom i anamnestičkim intervjuom ispitanika. Kontrolnu grupu čine adolescenti koji prema svojoj ličnoj proceni i proceni psihijatra nisu nikada namerno povredili svoje telo. Ovaj uzorak čine 30 ispitanika, muškog pola, srednjoškola-ca, uzrasta od 15 do 19 godina.

Pored kliničkog pregleda i procene u radu je korišten opšti upitnik SI – MM, autorskog porekla, koji se sastoji iz tri dela. U prvom delu se nalaze pitanja o opštim, socijalno-demografskim karakteristikama adolescenata; drugi deo čini petostepena skala koja meri stepen izraženosti emocionalnih doživljaja na osnovu individualne samoprocene porodičnih odnosa; u trećem delu se nalaze pitanja koja se odnose na kvalitativne podatke o samopovređujućem ponašanju i o oblicima ponašanja za koja se predpostavlja da su udružena sa samopovređivanjem.

Korištene statističke metode su mere prebrojavanja i grupisanja, kao i Pirsonov hi-kvadrat test za određivanje statističke značajnosti razlike učestalosti.

REZULTATI

Zloupotreba psihoaktivnih supstanci je zastupljena je kod 80% ispitanika kliničke grupe u odnosu na 16,7% kontrolne grupe (tabela-1); 16,7% ispitanika kliničke grupe ima pokušaj suicida u životnoj istoriji dok u kontrolnoj grupi nije bilo suicidalnih pokušaja (tabela-1).

Statističkom obradom dobijenih rezultata utvrđeno je da postoji visoka statistička značajnost razlike u učestalosti ispoljavanja kod zloupotrebe psihoaktivnih supstanci između eksperimentalne i kontrolne grupe $p = 0,000$, dok za pokušaj suicida ne postoji statistička značajnost između dve grupe ispitanika $p = 0,064$.

Najčešći uzrast adolescenata pri prvom samopovređivanju je od 14-16 god. (56,7%); najčešće povređuju ruke (83,3%); najčešći vid samopovređivanja su posekotine (76,7%); većina ne oseća bol prilikom samopovređivanja

Tabela 1 / Table 1

	Eksperimentalna grupa - adolescenti koji se samopovređuju/ Experimental group - adolescents with self-injuries		Kontrolna grupa - adolescenti bez samopovreda / Control group - adolescents without self-injuries	
	da/yes	ne/no	da/yes	ne/no
Pokušaj suicida/ Suicide attempt	5	25	0	30
Zloupotreba psihoaktivnih supstanci/ Substance abuse	24	6	5	25

(66,6%); nakon samopovređivanja osećaju emocionalno rasterećenje (93,3%); razlog samopovređivanja je najčešće oslobađanje od napetosti (93,3%). Svi rezultati dobijeni su merom prebrojavanja i prikazani su u tabeli-2.

DISKUSIJA

Rezultati našeg istraživanja u skladu su sa podacima koji su bili dostupni u literaturi. Visok procenat adolescenata koji se samopovređuju zloupotrebljava psihoaktivne supstance u odnosu na kontrolnu grupu. Ova visoka statistička značajnost ukazuje na povezanost zloupotrebe supstanci sa samopovređivanjem [1], jer se zloupotreba psihoaktivnih supstanci predstavlja takođe vid samopovređivanja, ili samopovređivanje u širem smislu. S druge strane iako su po-

kušaji suicida zastupljeni samo u kliničkoj grupi, a nema ih u kontrolnoj, nema statističke značajnosti te se samopovređivanje ne može smatrati parasuicidalnim ponašanjem, što je potpuno u skladu sa istraživanjem Favazze [2, 3].

“Samopovređivanje je veoma različito od suicida... Osnovna razlika leži u činjenici da osoba koja zaista pokuša suicid želi da se oslobodi svih osećanja, dok osoba koja se samopovređuje želi da se oseća bolje (Favazza, 1998)”[1].

Iako nema statističke značajnosti, teško je prenebregnuti činjenicu da su pokušaji suicida prisutni samo u kliničkoj grupi i oti se kliničkom utisku, da su adolescenti koji se samopovređuju u većem riziku od suicida [14, 15]

Ubedljivo najzastupljeniji način samopovređivanja u našem istraživanju su posekotine, a najčešća mesta su glob

	11-13	14-16	17-19
Uзраст prvog samopovređivanja/ Age of first self-injury	2	17	11
Najčešći način samopovređivanja/ The most common way of self-harm	posekotine/cutting	udaranje/punching	opекotine/burning
	23	3	4
Deo tela koji se najčešće samopovređuje/ The body part most commonly self-injured	ruke/arms	noге/legs	glava i trup/head and torso
	25	3	2
Osećaj bola/ Feeling of pain	da/yes		ne/no
	10		20
Osećaj nakon samopovređivanja/ Sensation after self-injuring	oslobađanje napetosti/tension release		porast tenzije/tension increase
	28		2
Razlog samopovređivanja/ Reason of self-injury	smanjenje napetosti/tension release		pokušaj suicida/suicide attempt
	28		2

ručja i viši delovi ruku što je u skladu sa istraživanjima Favazza-e [4, 5].

Naše istraživanje je pokazalo da adolescenti suočeni sa prejakim emocijama odlučuju da povrede sebe jer im to donosi naglo olakšanje, tj., dovodi do sniženja nivoa anksioznosti na podnošljivu normalnu vrednost i to gotovo momentalno [7]. Za ove adolescente ovo je jedini način da prevaziđu intenzivno osećanje emocionalnog bola [8, 9]. Iako je ovo ponašanje praćeno osećanjem krivice i besom ipak je to bolje od osećanja napuštenosti, ugnjetenosti, bezvrednosti, pritiska i prevelikih zahteva sredine, koja preovlađuju pre toga. Gotovo sve studije koje su rađene na adolescentima koji se samopovređuju govore u prilog činjenici da je najčešći uzrok ovakvom ponašanju zanemarivanje i zlostavljanje, fizičko ili seksualno [5, 6, 8, 9]. Takođe, bitan zajednički faktor za ove adolescente je omalovažavanje tokom života [6, 7].

Adolescenti koji se samopovređuju ne kontrolišu dobro svoje emocije, pokazuju karakteristike agresivnosti koja u trenutku samopovređivanja ima osobine intenzivnog, dugotrajnog, stalno prisutnog osnovnog raspoloženja [9].

ZAKLJUČAK

Postoji visoka statistička značajnost povezanosti zloupotrebe psihoaktivnih supstanci i samopovređivanja. Pokušaj suicida je zastupljeniji kod adolescenata sa samopovređivanjem, ali ne postoji statistička značajnost, te samopovređivanje ne treba shvatati kao suicidalnu pojavu. Najveći broj adolescenata se prvi put povređuje u uzrastu od 14-16 godina. Najčešće povređuju ruke. Najčešći oblik samopovređivanja su posekotine. Većina adolescenata prilikom samopovređivanja ne oseća bol. Nakon samopovređivanja osećaju rasterećenje. Razlog samopovređivanja je gotovo uvek oslobađanje od napetosti.

PSYCHOLOGICAL – BEHAVIORAL CHARACTERISTICS OF SELF-INJURIES IN ADOLESCENTS

Milan Mitić¹
Slavica Đukić Dejanović^{2,3}
Dragana Krasić¹
Milica Ranković¹

- 1 Clinic for mental health, Clinical Centre „Niš“, Niš, Serbia
- 2 School of Medicine, University of Kragujevac, Kragujevac, Serbia
- 3 Clinic for Psychiatry, Clinical Centre „Kragujevac“, Kragujevac, Serbia

SUMMARY

Self-injury (SI) is an act of one's own intentional body tissue harming in order in order to alter/control immediate feelings. This behavior is most often observed in adolescents and then up to the early thirties. Even though SI is often considered as parasuicide behavior it does not contain suicide intent.

Objective: To determine relations and connections between pathological behavior and SI. Our research refers to pathological behavior which is assumed to be accompanied with SI (abuse of psychoactive substances and suicide attempt) and to the characteristics which are related to the very act of SI (age, localization, the form of SI, feeling of pain, and reason for SI).

Methods: Study is performed on a sample which consists of 30 male adolescents in age range 15 – 19 years with previous history of SI, while the control group is chosen to be similar in sex and average age but with no history of SI.

Beside clinical examination and evaluation, general SI-MM test which relates to object of research is used.

Results: psychoactive drug abuse 80% clinical group 16.7% control group; suicide attempt 16.7% cl. gr. 0% contr. gr. Most engaged SI for the first time from 14-16 years of age (56.7%); in high percent they injure arms (83.3%); most often sharp objects are used for cutting and scratching (76.7%); absence of physical pain (66.6%); after the act of SI they feel relief (93.3%); the reason for SI in most participants is relief of tension (93.3%).

Conclusion: High statistical significance confirms close relation between psychoactive drug abuse and SI. Even though suicidal attempts are observed only in the clinical group, there is no statistical significance to identify SI as a parasuicide behavior. Study results referring to parameters tied with the act of SI itself, identify SI as a means of obtaining control over excessive and endangering feelings that adolescent cannot articulate.

Keywords: *self-injury, aggression, adolescence, adolescent, parasuicide*

Literatura:

1. Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1998; 186(5): 259-68.
2. Favazza AR, editor. *Bodies Under Siege: Self-Mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*, 2nd ed. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1996.
3. Favazza AR. Why patients mutilate themselves. *Hosp Community Psychiatry* 1989; 40: 137-45.
4. Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44(2): 134-40.
5. Favazza AR, Conterio K. Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989; 79: 283-89.
6. Ferreira de Castro E, Cunha MA, Pimenta F, Costa I. Parasuicide and mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998; 97(1): 25-31.
7. Haines J, Williams CL. Coping and problem solving of self-mutilators. *Journal of Clinical Psychology* 1997; 53(2): 177-86.
8. Haines J, Williams CL, Brain KL, Wilson GV. The psychophysiology of self-mutilation. *J Abnorm Psychol* 1995; 104(3): 471-89.
9. Hogg C, Burke M. Many people think self-injury is just a form of attention seeking. *Nursing Times* 1998; 94(5): 53.
10. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. *BMJ* 1994; 308: 1227-33
11. Pattison EM, Kahan J. The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 867-72
12. Herpertz S, Sass H, Favazza AR. Impulsivity in self-mutilative behavior: psychometric and biological findings. *Journal of psychiatric Research* 1997; 31(4): 451-65
13. Solomon Y, Farrand J. "Why don't you do it properly?" Yang women who self-injure. *Journal of Adolescence* 1996; 19(2): 111-9.
14. Latas M. Look at suicide through the cognitive-behavioral therapeutic perspective. *Engrami* 2006; 28(1-2): 23-6.
15. Gurreiro DG, Neves EL, Navarro R, et al. Clinical Features of adolescents with deliberate self-harm: A case control study in Lisbon, Portugal. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2009; 5: 611-7.

Milan Mitić
Bulevar Zorana Đinđića 48,
18000 Niš, Srbija
Tel: 063/455474
milanmmitic@yahoo.com

POVEZANOST SAMOPOŠTOVANJA I FRUSTRACIONE INTOLERANCIJE SA PREDISPIITNOM ANKSIOZNOŠĆU

Ljubica Malić¹
Maja Pantović²
Mirjana Zebić²
Miroslava Jašović-Gašić^{1,2}
Nađa P. Marić^{1,2}

UDK: 616.89-008.441-053.2-036

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

Kratak sadržaj

Uvod. Anksioznost predstavlja neodređeni strah ili strepnju bez očiglednog uzroka. Na pojavu anksioznosti utiču kako struktura ličnosti, tako i okolnosti.

Cilj rada. Ispitati povezanost predispitne anksioznosti kod studenta IV godine Medicinskog fakulteta u Beogradu sa sociodemografskim faktorima, frustracionom tolerancijom i samopoštovanjem.

Materijal i metod. Istraživanje je dizajnirano kao studija praćenja i testiranje je izvršeno u dva perioda, tokom vežbi i neposredno pred ispit. Ispitane su grupe studenata koji su 2008.godine upisale četvrtu godinu na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu. Na prvom testiranju (u periodu vežbi) testirano je 77 studenata. Drugom testiranju (neposredno pred ispit) se odazvalo 64 studenta. Pored sociodemografskog upitnika, studenti su u periodu vežbi popunili i Bekov upitnik za ocenu anksioznosti (BAI), Rozenbergovu skalu samopoštovanja i Skalu frustracije i diskomfora. Neposredno pred ispit studenti su popunjavali upitnik BAI.

Rezultati. Oba testiranja obavljena su kod 81% uključenih studenata (60.9% studentkinje, prosečno 24.3 ± 1.5 godina starosti). Uočeno je statistički značajno povišenje anksioznosti pred ispit u odnosu na intenzitet anksioznosti u miru ($p < 0.01$). Visoka napetost pred ispit bila je u negativnoj korelaciji sa prosekom ocena na studijama ($\rho = -0.264$, $p = 0.035$). Skok anksioznosti bio je povezan sa frustracionom tolerancijom studenata ($p < 0.01$), dok sa samopoštovanjem nije utvrđena povezanost ($p = 0.51$). Skok anksioznosti pred ispit bio je uočljiviji kod studentkinja ($p = 0.03$). Sve ostale varijable nisu bile povezane sa predispitnom anksioznošću.

Zaključak. Predispitna anksioznost svakako predstavlja sastavni deo studiranja i ne može se u potpunosti otkloniti. Ukazivanje na faktore koji deluju na skok anksioznosti omogućuje studentima da koriste efikasnije strategije preovladavanja predispitne anksioznosti u smislu rada na poboljšanju kapaciteta tolerancije na frustracije.

Glavne reči: *predispitna anksioznost, frustraciona tolerancija, samopoštovanje*

UVOD

Anksioznost je neodređeni, patološki strah. Ona je često rezultat intuitivne, nesvesne procene sopstvenih snaga i okolnosti. Subjektivna procena sopstvenih snaga i okolnosti zavisi od kriterijuma kojima individua ocenjuje sebe. Visoka anksioznost tipična je za osobe koje se smatraju nesposobnima i nedovoljno vrednima da ostvare sopstvena, često preterano visoka očekivanja [1]. Trema je termin koji se koristi za doživljaj straha u vezi sa situacijama kao što su: studentski ispit, javni nastup, premijera, takmičenje, itd. Na osnovu ponašanja subjekta koje je povezano sa osećanjem treme, razlikuju se stimulaturna i inhibitorna trema [1]. Stimulativna trema motiviše osobu da se, ukoliko je to moguće, još bolje pripremi za datu situaciju. Inhibitorna trema se ispoljava izbegavajućim ponašanjem, a povezana je sa procenom da data situacija prevazilazi sposobnosti subjekta. Po pravilu, tremu prate kognitivni i somatski simptomi (sušenje usta, tremor, promene peristaltike, nesvestica, mučnina, konfuzija, mentalni blok) [1].

Prve definicije treme / predispitne anksioznosti opisivale su je kao stanje fiziološke uzbuđenosti povezane s aktivacijom autonomnog nervnog sistema, dok je prema transakcionom modelu (Lazarus) posebno istaknuta dimenzija kognitivne procene [2]. Brojni faktori doprinose proceni ispitne situacije kao preteće (priroda ispitnih pitanja, snalažljivost studenta, poznavanje gradiva, spremnost za ispitnu situaciju i dr.). Intenzitet treme i s njim povezana aktiva-

cija autonomnog nervnog sistema variraju u zavisnosti od percepcije pretnje.

Samopoštovanje i tolerancija na frustraciju su prema Ellis [3, 4] dve psihološke dimenzije koje proističu iz različitih kognitivnih procesa, ali su upravo ove dve dimenzije osnova za uverenja iz kojih će osoba određenu situaciju vrednovati ili kao prihvatljivu, ili pak kao ugrožavajuću. Prema Chang i D’Zurilla [5] samopoštovanje i tolerancija na frustraciju su direktni prediktori anksioznosti i depresivnosti. Samopoštovanje se definiše kao skup misli, osećanja, ocena i predviđanja o sebi i o sopstvenom ponašanju [2]. Ono ne proizilazi samo iz sopstvenih procena, nego i iz reakcija drugih ljudi, a na prvom mestu osoba koje su bliske i koje se doživljavaju važnim (porodica, školska sredina, vršnjaci, prijatelji). Ideja da se u aktuelnom radu analizira samopoštovanje podstaknuta je shvatanjima da samopoštovanje ima ključnu ulogu u razvojnom procesu adolescenta [6], odnosno, da se opšta procena vlastite vrednosti dostiže u ranoj adolescenciji i ostaje relativno stabilna i trajna u periodu od nekoliko godina [7-9]. Pad samopoštovanja povezan je sa različitim socijalnim i emocionalnim problemima. Postoji, na primer, korelacija između globalne mere samopoštovanja i školskih ocena [7].

Frustracija je neprijatno osećanje koje subjekt doživljava u situaciji u kojoj ne može da zadovolji aktuelnu želju [1]. Kada je zadovoljenje želje iz nekog razloga apsolutno nemoguće, subjekt mora prihvatiti realnost i trajno odustati od želje, kako bi sprečio da stalno oseća frustriranost. Niska tolerancija frustracije se sreće kod osoba koje su kao deca

bile nedovoljno socijalizovane. Date individue sklone su da ispoljavaju preterano snažno i neadekvatno osećanje frustracije i da odustaju od udaljenih želja [1].

Aktuelno istraživanje imalo je za cilj da ispita predisipitnu anksioznost / tremu kod studenata IV godine Medicinskog fakulteta u Beogradu i da utvrdi da li postoji povezanost predisipitne anksioznosti sa samopoštovanjem, frustracionom tolerancijom i sociodemografskim karakteristikama ispitanika.

MATERIJAL I METODE

Dizajn studije

Aktuelno istraživanje je dizajnirano kao studija praćenja.

Ispitanici

U studiju je uključena populacija studenata koja je 2008.godine upisala četvrtu godinu na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu. Na prvom testiranju (u periodu školske godine kada se odvijala praktična nastava – neutralna situacija) testirano je 77 studenata. Drugom testiranju (u situaciji neposredno pred polaganje ispita, tj. pred ulazak u sobu ispitivača) se odazvalo 64 studenata i obavljeno je od aprila do oktobra 2009. godine. Učešće u studiji je bilo dobrovoljno, a neposredno pre uključivanja u studiju zainteresovani studenti su popunili informisani pristanak koji je sadržao opšte informacije o istraživanju, informacije vezane za planiran način čuvanja i poverljivost podataka, kao i plan istraživanja i očekivanja od ispitanika. Nacrt i sprovođenje istraživanja odobreni su od strane Katedre za psihijatriju Medicinskog fakulteta u Beogradu.

Instrumenti procene i procedure

Instrumenti korišćeni u istraživanju bili su:

- Bekov upitnik za ocenu anksioznosti (Beck's Anxiety Inventory - BAI) [10] koji se sastoji od 21 pitanja sa mogućnošću ocenjivanja u formi četvorostepene Likertove skale. Skala je jednodimenzionalna i meri globalnu anksioznost. Viši rezultat znači veći stepen anksioznosti, a raspon rezultata je od 0-63.
- Rozenbergova skala samopoštovanja (Rosenberg Selfesteem Scale) [11]. Skala je jednodimenzionalna i meri globalno samopoštovanje / samovrednovanje. Sastoji se od deset tvrdnji, pet u pozitivnom i pet u negativnom smeru, sa mogućnošću ocenjivanja u formi Likertove četvorostepene skale. Viši rezultat znači veći stepen samopoštovanja, s tim da je raspon rezultata 0-40.
- Skala frustracije i diskomforta koja se sastoji od 28 tvrdnji sa mogućnošću ocenjivanja u formi petostepene Likertove skale - FDS [12]. Ova skala je multidimenzionalna mera frustracione (ne)tolerancije. Nastala je iz inicijalnog seta stavki koji je obuhvatao širok opseg primera uverenja frustracione netolerancije opisanih u REBT (Rational emotive behavior therapy) literaturi. Oblasti uverenja takođe su izvedene iz teorije REBT. Raspon rezultata je od 0-140. Viši rezultat znači veći stepen frustracione netolerancije.

Testiranje ispitanika obavljeno je u dva vremena.

Pri prvom testiranju (n=77) prikupljeni su sociodemografski podaci ispitanika

(pol, godina rođenja, završena srednja škola, mesto stanovanja, veličina mesta stanovanja, podaci o strukturi primarne porodice), kao i podaci koji se tiču akademskog aspekta: godine studiranja i sadašnji uspeh na studijama (izražen prosekom ocena). Ostatak testiranja obavljen je gore navedenim instrumentima (Bekov upitnik za ocenu anksioznosti, Rozenbergova skala samopoštovanja i Upitnik o frustracionoj toleranciji).

Pri drugom testiranju korišćen je Bekov upitnik za ocenu anksioznosti. Testiranju se odazvalo 64 studenata, što je 83.1% uzorka sa prvog testiranja.

Statistička analiza

Baza podataka je formirana u programu SPSS for Windows v 16.0 (SPSS Inc. Chicago, IL), a podaci su analizirani u istom programu. Normalnost distribucije obeležja ispitana je Kolmogorov-Smirnov testom sa Liliefors korekcijom. Za opis podataka korišćene su klasične metode deskriptivne statistike, u zavisnosti od prirode podataka. Za analizu podataka ko-

rišćen je Pearson-ov χ^2 test slaganja, Wilcoxon-ov test ekvivalentnih parova, Mann-Whitneyev test sume rangova i Spearman-ova linearna korelacija ranga.

REZULTATI

Sociodemografske karakteristike uzorka

U ispitanom uzorku bilo je 60.9% studentkinja, prosečna starost ispitanika bila je 24.3 ± 1.5 godina. Dužina studija kod većine je bila veća od četiri godine (68.8%), a postignuti uspeh izražen kroz prosek ocena iznosio je 8.3 ± 0.6 . Ostale osobine uzorka date su u Tabeli 1.

Psihometrijske karakteristike uzorka

Na testiranju studenata tokom vežbi dobijene su sledeće vrednosti na psihometrijskim skalama: Anksioznost 1 (BAI) = 8.3 ± 7.4 , Samopoštvanje (Rozenbergova skala) = 16.3 ± 2.6 i Frustraciona tolerancija (FDS) = 75.6 ± 16.9 . Na drugom testiranju, neposredno pred ispit, Anksioznost 2 (BAI) iznosila je 14.4 ± 9.4 . Ostale osobine uzorka date su u Tabeli 2.

<i>Tabela 1. Sociodemografske i akademske karakteristike uzorka</i>	
<i>Table 1. Sociodemographic and academic characteristics of the sample</i>	
Pol (ženski) Sex (female)	60.9%
Godine starosti Age	24.3 ± 1.48
Godine studiranja Duration of studying 4 vs. >4	31.2% vs. 68.8%
Srednja ocena Average mark	8.30 ± 0.58
Mesto / Place (Beograd/Belgrade / Drugo/Other)	26.6% / 73.4%
Broj braće i sestara /Number of siblings (Jedinci/ostali Only child / Other)	10.9% / 89.1%

Promena anksioznosti pred ispit i pojedine demografske i psihometrijske osobine uzorka

U testiranju obavljenom skalom BAI neposredno pred ispit, kod studenata je utvrđena statistički značajno viša anksioznost ($p < 0.01$). Pokazano je i da je anksioznost pred ispit (Anksioznost 2) bila u negativnoj korelaciji sa prosekom ocena na studijama ($\rho = 0.264$, $p = 0.035$), dok sa ostalim sociodemografskim i akademskim karakteristikama povezanost nije

uočena, osim podatka da su studenti koji su jedinci bili manje anksiozni pred ispit od onih koji imaju braću / sestre ($\rho = 0.270$, $p = 0.03$).

Sam skok anksioznosti (Δ anksioznost = anksioznost 2 - anksioznost 1) bio je povezan sa frustracionom tolerancijom studenata merenom tokom vežbi ($p < 0.01$), dok sa samopoštovanjem merenim Rosenbergovom skalom samopoštovanja nije utvrđena povezanost ($p = 0.51$), videti Tabelu 3.

Tabela 2. Prosečne vrednosti (aritmetičke sredine) korišćenih skala Table 2. Average values (means) of the Scales	
Psihometrijske skale Psychometric instruments	M ± SD
Anksioznost ^{a)} (neutralna situacija) Anxiety (neutral situation)	8.3 ± 7.4
Anksioznost ^{a)} (pred ispit) Anxiety (before exam)	14.4 ± 9.4
Samopoštovanje ^{b)} Self-esteem	16.3 ± 2.6
Frustraciona tolerancija ^{c)} Frustration tolerance	75.6 ± 16.9

^{a)} BAI - Bebova skala anksioznosti / Beck Anxiety Inventory

^{b)} Rosenbergova skala samopoštovanja / Rosenberg's Self-Esteem Scale

^{c)} Skala frustracije i diskomforta / Scale of frustration and discomfort

Tabela 3. Povezanost anksioznosti u neutralnoj situaciji (anksioznost 1) i pred ispit (anksioznost 2) sa frustracionom tolerancijom i samopoštovanjem Table 3. The association of anxiety in neutral situation (anxiety 1) and before exam (anxiety 2) with frustration tolerance and self-esteem						
	Anksioznost 1 Anxiety 1		Anksioznost 2 Anxiety 2		Frustraciona tolerancija Frustration tolerance	
	ρ	p	ρ	p	ρ	p
Anksioznost 2 Anxiety 2	0.46	<0.01 ***				
Frustraciona tolerancija Frustration tolerance	0.28	0.03 **	.39	<0.01 ***		
Samopoštovanje Self-esteem	-0.08	0.54	-0.08	0.51	0.07	0.57

DISKUSIJA

Skok anksioznosti pred ispit bio je uočljiviji kod studentkinja ($p=0.03$), kod kojih se u proseku BAI rezultat povećao za 6 jedinica (medijana 6, opseg 2-14), dok je kod studenata medijana niža (medijana 2, opseg iznosio 0-4), videti Tabelu 4a. Kada je reč o polnim razlikama, napominjemo da je kod studenata uočen značajno viši rezultat na skali samopoštovanja u odnosu na studentkinje ($p<0.01$).

Sve ostale varijable, kao što su starost, prosek ocena na studijama, samopoštovanje mereno skalom Rosenberga, tolerancija na frustracije i porodična struktura (redosled rođenja studenta, veličina porodice, broj braće / sestara) nisu bile povezane sa skokom anksioznosti pred ispit (Δ anksioznost), videti Tabelu 4b.

Aktuelna studija pokazala je da kod studenata IV godine Medicinskog fakulteta u Beogradu dolazi do značajnog povišenja anksioznosti pred ispit, i to posebno kod onih kod kojih je frustraciona tolerancija niža. U našoj studiji nije potvrđeno da je samopoštovanje značajno povezano sa tremom, ali je uočeno da je ženski pol skloniji skoku anksioznosti pred ispit, kao i da je visoka anksioznost pred ispit u negativnoj korelaciji sa uspehom postignutim tokom studija medicine.

U našem uzorku osobe kod kojih je postojala visoka anksioznost neposredno pred ispit imale su značajno slabiji opšti uspeh izražen kroz srednju

Tabela 4a. Promena anksioznosti pred ispit u odnosu na pol studenata
Table 4a. Change of anxiety before exam in relation to sex

		Δ anksioznost Δ anxiety Median	Interval	Zu	p
Pol	ženskifemale	6	(2-14)	-1.83	0.03*
Sex	muškimale	2	(0-4)		

Tabela 4b. Promena anksioznosti pred ispiti ostale karakteristike uzorka
Table 4b. Change of anxiety before exam in relation to other parameters

	Δ anksioznost Δ anxiety	
	rho	p
Starost / Age	-0.08	0.54
Prosek / Average mark	-0.19	0.13
Samopoštovanje / Self esteem	0.04	0.75
Frustraciona tolerancija / Frustration tolerance	0.10	0.44
Redosled rođenja / Order of birth	0.09	0.48
Broj sibliņa / Number of siblings	0.18	0.16

ocenu na studijama. Dizajn studije nije omogućio da se anksioznost pred ispit analizira u vezi sa ocenom na datom ispitu, jer bi za ovakvu analizu bio neophodan daleko veći uzorak, ali je interesantno da opšti uspeh tokom proteklih godina studiranja korelira negativno sa anksioznošću. Ovaj podatak može da se tumači na dva načina: ili „trema“ prati određene osobe kontinuirano, pa u kumulativnom smislu utiče negativno na postignuća tokom studija, ili je možda slabija srednja ocena uzrok pojačanog straha pred svaki sledeći ispit.

Prema literaturi, visoko anksiozni studenti pokazuju slabiju kognitivnu organizaciju osnovnih pojmova i u svakodnevnim uslovima [13]. Treba naglasiti da se kod ispitne anksioznosti uočavaju, kognitivna i emocionalna dimenzija [14-16]. Kognitivnu dimenziju (zabrinutost) čine ruminirajuće misli o ličnoj neadekvatnosti, samokrične misli, akcenat na verovatnoću neuspeha, zabrinutost za posledice neuspeha. Ovakve misli otežavaju postignuća jer skreću pažnju sa ispitnog zadatka i interferiraju sa procesom prisećanja. Emocionalnu komponentu predstavljaju fiziološke i afektivne reakcije, kao što su ubrzani rad srca, nervoza, znojenje ruku, plitak dah, suvoća usta i slične reakcije autonomnog nervnog sistema. Pobuđena motorna i vegetativna reakcija može aktivirati misli irelevantne za zadatak i ponašanja koja interferiraju s pažnjom i koncentracijom tokom ispitivanja, dok zabrinutost negativno utiče na procesiranje informacija i prizivanje naučenog gradiva. Interesantno je da kognitivna

komponenta (zabrinutost) ima glavni negativni efekat na postignuća, dok povezanost između emocionalne komponente i akademskih postignuća nije potvrđena [17, 18].

Pored teškoća u prizivanju informacija u samoj ispitnoj situaciji anksiozni studenti imaju problema i u enkodiranju i organizaciji informacija tokom učenja potrebnog gradiva [19-21]. Benjamin i sar. [20] smatraju da zabrinutost o kojoj izveštavaju visoko anksiozni studenti nije samo personalna karakteristika, već može biti i posledica neadekvatno usvojenog znanja. Rezultati Naveh-Benjamin i sar. [13] sugerišu da visoko anksiozni studenti imaju značajno slabiju kognitivnu organizaciju osnovnih pojmova, čak i u neispitnoj (neevaluativnoj) situaciji rešavanja zadataka. Prema istim autorima [20] akademski neuspeh visoko anksioznih učenika i studenata sa slabim veštinama učenja mogao bi s jedne strane biti direktna posledica nedostatka znanja, a s druge strane indirektna posledica ponavljanja misli o slabom znanju u situaciji samog ispita.

Netolerancija neizvesnosti i emocionalna netolerancija opisuju se kao ključni kognitivni procesi u generalizovanoj anksioznosti [22]. Studentski ispit je situacija visoke neizvesnosti, stoga osobe čiji pristup situaciji karakteriše stav „Ne mogu da podnesem da ne dobijem ono što želim.“ postaju značajno anksioznije, što smo i pokazali aktuelnim rezultatima. Osobe kod kojih je upadljiv skok anksioznosti pred ispit mogu raditi na korekciji navedenog uverenja uz pomoć stručnjaka, čime bi se otvorila mogućnost da znatno

veštije savladaju ne samo predispitne situacije, već čitav niz okolnosti u kojima uočeni maladaptivni pristup snižava performanse i postignuća.

Polne razlike u procesiranju afektivnih informacija deo su fundamentalnih rodnih karakteristika [23, 24]. U našoj studiji je uočeno da je ženski pol skloniji skoku anksioznosti pred ispit, a upadljiviji skok anksioznosti kod studentkinja potvrdila je i studija koju je sprovedla Reteguiz [25]. Rezultati navedene studije pokazali su da iako studentkinje imaju viši stepen predispitne anksioznosti, ona nije uticala na uspešnost na ispitu.

Neka istraživanja nalaze povezanost opšte anksioznosti i mesta življenja studenta u odnosu na to da li je bilo potrebe za preseljenjem u drugi grad radi studiranja ili ne. Smatra se da proces adaptacije utiče na povišenje opšte anksioznosti kod onih studenta koji su se preselili [26]. Naše istraživanje nije potvrdilo da postoji povezanost opšte ili predispitne anksioznosti kao ni skoka anksioznosti u odnosu na to da li se

student preselio u drugi grad radi studiranja ili ne, moguće i zbog činjenice da se radi o studentima viših godina kod kojih je bilo dovoljno vremena za adaptaciju na aktuelno okruženje.

ZAKLJUČAK

Aktuelnom studijom pokazali smo da predispitna anksioznost kod studenata IV godine Medicinskog fakulteta zavisi od pola studenta i kapaciteta za toleranciju frustracije. Predispitna anksioznost može biti prediktor nižeg akademskog postignuća studenata kao posledica teškoća u prizivanju informacija u samoj ispitnoj situaciji ili problema u organizaciji informacija tokom učenja potrebnog gradiva [19-21]. Iako je trema sastavni deo studiranja i ne može se u potpunosti otkloniti, ukazivanje na faktore koji predisponiraju skok anksioznosti može olakšati studentima da koriste efikasnije strategije kontrole predispitne anksioznosti i poboljšaju akademska postignuća.

CORRELATION OF SELF-ESTEEM AND FRUSTRATION INTOLERANCE WITH ANXIETY DUE TO EXAM

Ljubica Malić¹
Maja Pantović²
Mirjana Zebić²
Miroslava Jašović-Gašić^{1,2}
Nađa P. Marić^{1,2}

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

2 Clinic for Psychiatry, Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia

Summary

Background. Anxiety represents the undefined fear without the obvious cause. Factors that influence anxiety include personality factors and life circumstances.

Objectives. To analyze relation between anxiety due to exam and sociodemography, frustration tolerance and self-esteem in the fourth year students of School of Medicine, University Belgrade.

Method. In the follow-up study, the assessment was performed in two conditions: during the lectures and close to exam. During the lectures 77 students were tested and 64 students responded to second testing. During the lectures, students filled out the sociodemographic questionnaire, Beck's anxiety inventory (BAI), Rosenberg self-esteem scale and Frustration tolerance and discomfort scale. For the second assessment only BAI was used.

Results. Eighty one percent of all students included in the first assessment completed the procedure (60.9% female, average age 24.3 ± 1.5). The level of anxiety before the exam was significantly higher in comparison to the level during the lectures ($p < 0.01$). High anxiety before the exam was negatively correlated to the average mark during the studies ($\rho = 0.264$, $p = 0.035$). The difference between the anxiety before the exam and during the lectures was in correlation with frustration tolerance ($p < 0.01$), but not with self-esteem ($p = 0.51$). The anxiety increase before the exam was significantly higher in female students ($p = 0.03$). No other correlations were found.

Conclusion. Anxiety before the exam represents the common part of studying and it can not be eliminated. Pointing out the factors that influence the increase of anxiety before the exam would provide the students with more efficient strategies to control the situation. Strategies to decrease frustration intolerance should have beneficial effects.

Key words: *anxiety before the exam, frustration tolerance, self-esteem*

Literatura:

1. Milivojević Z. Emocije. Psihoterapija i razumevanje emocija. Novi Sad. Prometej; 1993.
2. Lazarus RS. Psychological Stress and the Coping Process. New York. McGraw-Hill; 1966.
3. Ellis A. Discomfor anxiety: A new cognitivr behavioral construct. Part 1. Rational living 1979; 14:3-8.
4. Ellis A. Discomfor anxiety: A new cognitivr behavioral construct. Part 2. Rational living 1980; 15:25-30.
5. Chang CE, D'Zurilla JT. Irrational beliefs as predictors of anxiety and depression in a college population. Pers Individ Differ 1996; 20:215-9.
6. Harter S. Developmental perspectives on the self-system. In: P.H. Mussen (Ed.), Handbook of Child Psychology. New York: Wiley; 1983; 4:275-385.
7. Coopersmith SA. The antecedents of self-esteem. San Francisco. W. H. Freeman; 1967.
8. O'Malley PM, Bachman JG. Self-esteem: Change and stability between ages 13 and 23. Dev Psychol 1983; 19:257-68.
9. Block J, Robins RW. A longitudinal study of consistency and change in self-esteem from early adolescence to early adulthood. Child Dev 1993; 64:909-23.
10. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. J Consult Clin Psychol 1988; 56(6):893-7.
11. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ. Princeton University Press; 1965.
12. Harrington N. The frustration Discomfort Scale: Development and Psychometric Properties. Clin Psych Psychoter 2005; 12:374-87.
13. Naveh-Benjamin M, McKeachie WJ, Yi-guand L. Two types of test-anxious students: Support for an information processing mode. J Ed Psych 1980; 79(2):131-6.
14. Anderson S, Sauser W. Measurement of test anxiety. An overview. In: Spielberger CD i. Vagg PR, editors. Test Anxiety: Theory, Assessment, and Treatment. Washington: Taylor & Francis; 1995. p.125-34.
15. Covington M. Test anxiety: Causes and effects over time. In: Van der Ploeg H, Schwarzer R, Spielberger C, editors. Advances in Test Anxiety Research; 1985. p. 4:55-68.
16. Endler NS, Parker JDA, Bagby RM, Cox BJ. Multidimensionality of state and trait anxiety: Factor structure of the Endler Multidimensional Anxiety Scales. J Pers Soc Psychol 1991; 60(6):919-26.
17. Deffenbacher J. Worry and emotionality in test anxiety. In: Sarason I, editor. Test Anxiety: Theory, Research, and Applications. Hillsdale. Erlbaum; 1980. p.111-128.
18. Elliot AJ, McGregor HA. Test anxiety and the hierarchical model of approach and avoidance achievement motivation. J Pers Soc Psychol 1999; 76(4):628-44.
19. Culler RE, Holahan CJ. Test anxiety and academic performance: The effects of study related behaviors. J Ed Psych 1980; 72:16-20.
20. Benjamin M, McKeachie WJ, Lin YG, Holinger DP. Test anxiety: Deficits in information processing. J Ed Psych 1981; 73:816-24.
21. Mueller JH. Test anxiety and the encoding and retrieval of information. In: Sarason I, editor. Test Anxiety: Theory, Research and Applications. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1980. p. 63-86.
22. Dugas MJ, Gagnon F, Ladouceur R, Freeston MH. Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. Behav Res Ther 1998; 36:215-26.
23. Hofer A, Siedentopf CM, Ischebeck A et al. Sex differences in brain activation patterns during processing of positively and negatively valenced emotional words. Psychol Med 2007; 37(1):109-19.
24. McRae K, Ochsner KN, Mauss IB, Gabrieli JJD, Gross JJ. Gender Differences in Emotion Regulation: An fMRI Study of Cognitive Reappraisal Group Processes Intergroup Relations 2008; 11:143-62.
25. Retegui JA. Relationship between anxiety and Standardized Patient Test Performance in the Medicine Clerkship. J Gen Intern Med 2006; 21:415-8.
26. Makaremi A. Relation of depression and anxiety to personal and academic problems among Iranian college students. Psychol Rep 2000; 87:693-8.

Nada Marić-Bojović
Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije
Pasterova 2, 11000 Beograd
nadjamaric@yahoo.com

KVALITET ŽIVOTA OSOBA KOJE BRINU O MENTALNO OBOLELIMA

Bojana Dunjić-Kostić¹
Maja Pantović¹
Maja Ivković^{1,2}
Aleksandar Damjanović^{1,2}
Miroslava Jašović-Gašić^{1,2}

UDK: 616.89-008-053.9-058:17.023.32

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

UVOD

Kvalitet života se može definisati kao percepcija života individue u kontekstu kulturnog i vrednosnog miljea u kome individua živi, kao i njenog/njegovog odnosa prema ciljevima, očekivanjima, standardima itd [1]. Radovi na temu kvaliteta života porodica obo-

Kratak sadržaj

Radovi koji se odnose na procenu kvaliteta života porodica obolelih od mentalnih bolesti nisu toliko frekventni. Međutim, istraživači su saglasni da lica koja boluju od mentalnih poremećaja predstavljaju značajno opterećenje za porodicu. U literaturi se pravi distinkcija između subjektivog i objektivnog „opterećenja“ porodice. Objektivno opterećenje se definiše kao postojanje objektivnih troškova za porodicu, a koje potiče od same bolesti i koje kompromituju svakodnevnicu, dok subjektivno opterećenje uključuje percepciju situacije od strane individue koja vodi brigu oko obolelog. U tom kontekstu značajno je i pručavanje programa deinstitucionalizacije - prednosti koje donose u smislu resocijalizacije i reintegracije pacijenata, ali sa druge strane predstavljaju i značajno opterećenje za porodicu. Strategije kojima se teži podrazumevaju organizovanje servisa koji prate perspektivu osoba koje pružaju negu obolelima i imaju tendenciju ka obučavanju profesionalaca koji će raditi na ovim kompleksnim odnosima. Ovaj rad se fokusira na iznošenje najvažnijih aspekata koji se tiču povezanosti kvaliteta života i opterećenja članova familije (i/ili drugih osoba) koji brinu i pružaju negu obolelima od shizofrenije, depresije, bipolarnog poremećaja i posttraumatskog stresnog poremećaja.

Ključne reči: porodica, kvalitet života, psihijatrijske bolesti

lelih od mentalnih bolesti nisu toliko zastupljeni. Međutim, istraživači su saglasni u stavu da lica koja boluju od mentalnih poremećaja predstavljaju značajno opterećenje za porodicu [2]. Ekonomski troškovi su globalno visoki, pa tako, na primer, za afektivne i anksiozne poremećaje kao najfre-

kventnije, iznose čak oko 147 biliona eura u Evropi u 2004. godini [3].

Pružanje nege i pomoći obolelima od mentalnih bolesti je izuzetno stresno. Osobe koje vode brigu o obolelima od neke mentalne bolesti se svakodnevno nose sa simptomima bolesti obolelog uz neophodno pomaganje u dnevnim aktivnostima. Opterećenje se odnosi i na finansije, samo porodično jezgro, ali i na fizičke zahteve [4]. Postoje brojne studije koje ukazuju na to da je subjektivni QoL kod osoba koje vode brigu o mentalno obolelima značajno niži u odnosu na opštu populaciju [5,6].

U literaturi se pravi razlika između subjektivog i objektivnog opterećenja porodice. Tako se objektivno opterećenje definiše kao postojanje objektivnih troškova za porodicu, a koje potiče od same bolesti i kompromituje svakodnevnicu, dok subjektivno opterećenje uključuje percepciju situacije od strane individue koja vodi brigu oko obolelog [7]. Prvi koji su ukazali na značaj razlikovanja subjektivne i objektivne dimenzije opterećenja članova porodice bili su Hoenig i Hamilton [8], a danas mnoge studije potvrđuju visok stepen kompromitovanosti upravo ove dve dimenzije kod familije mentalno obolelih lica [9, 10].

SAVREMENE TENDENCIJE

Savremene tendencije ka deinstitucionalizaciji donele su niz pozitivnih pomaka među kojima je najznačajnija brža resocijalizacija i reintegracija pacijenata koji boluju od mentalnih bolesti u društvo. Sa druge strane ove tendencije donele su i značajno opterećenje za članove porodice koji vode sva-

kodnevnu brigu o obolelima. Zbog toga, jednom od važnih strategija u planiranju nege u Engleskoj se smatra praćenje perspektive samih osoba koje vode brigu o obolelima. Takođe se smatra važnim planiranje posebnih servisa i mogućnosti odabira, pre svega zbog nedostatka adekvatnog treninga (ali i sredstava) među zdravstvenim radnicima koji bi trebali da rešavaju ove kompleksne porodične situacije [11,12].

Kulturni kontekst je veoma značajan za istraživanje kvaliteta života, a posebno važna su transkulturalna istraživanja i eksplorisanje uloge porodice i društva u različitim kulturama istoka i zapada [4, 13]. Pripadnici istočne kulture (Kina, Indija) brigu prema obolelom shvataju kao ličnu obavezu, dok se zapadna civilizacija uglavnom oslanja na podršku institucija [14].

Veoma zanimljiva, ali nažalost i ne tako frekventna istraživanja se odnose na personalne karakteristike osoba koje se brinu o licima sa mentalnim oboljenjem kao prediktora njihovog „opterećenja“. Smatra se da je uticaj personalnih karakteristika važan u kontekstu oblikovanja subjektivnog doživljaja i „*coping*“ strategija [15]. Sa druge strane, ne manje važno je proučavanje percepcije samih pacijenata i stava prema osobama koje se brinu o njima. Pokazano je da je negativan stav osoba koje brinu o duševno obolelim licima povezan sa percepcijom pacijenta o ovoj vrsti pomoći kao i ishodom lečenja [16]. Tompson i saradnici [16] su našli da je kritizersko ponašanje osoba koje vode brigu, a koje je percipirano od strane pacijenata, značajan

prediktor relapsa nakon godinu dana od otpusta.

Kvalitet života osoba koje brinu o mentalno obolelim licima se povezuje sa polom (žene imaju niže skorove), težinom bolesti (pacijenti oboleli od shizofrenije kao najozbiljniji), zatim opštim zdravstvenim stanjem osoba koje neguju, subjektivnim doživljajem opterećenosti, dostupnosti socijalne pomoći itd [17].

Istraživanja na temu kvaliteta života porodica obolelih od mentalnih poremećaja kao i stepena opterećenja uglavnom obuhvataju sledeće psihijatrijske bolesti: shizofreniju, depresiju, posttraumatski stresni premećaj, demenciju, bipolarni afektivni poremećaj. Pregledom literature stiče se utisak da su istraživanja koja obuhvataju pružanje pomoći osobama iz psihotičnog spektara najzastupljenija.

Kvalitet života osoba koje brinu o obolelima od shizofrenije

Shizofrenija je najteže, onesposobljavajuće psihijatrijsko oboljenje koje utiče ne samo na one koji su od njega oboleli već i na njihove porodice i društvo u celini. S obzirom na tendenciju ka hronifikaciji, pad funkcionisanja je vidljiv u svim aspektima socijalne sfere. Članovi porodice obolelih od ove teške duševne bolesti su sa jedne strane u značajnoj meri opterećeni, uplašeni i zabrinuti samim simptomima bolesti, dužinom trajanja bolesti, nedostatkom socijalne podrške, a na žalost sa druge strane i stigmatizovani [18]. Emocionalni, fizički i ekonomski distress negativno utiču na kvalitet života osoba koje vode brigu o pacijentu obolelom od shizofrenije, a što za

posledicu ima niz neostvarenih potreba [19, 20, 21]. Odnos između opterećenja porodice i sociodemografskih varijabli kod obolelih od shizofrenije je dosta istraživano. Tako je Martin-Yellowe [22] našao da ruralne familije pacijenata obolelih od shizofrenije u značajno većoj meri osećaju finansijsko opterećenje nego urbane familije. Mors i saradnici [23] su našli da je nivo stresa viši u onim porodicama gde je oboleli član muškarac. Roditelji, braća i sestre obolelih od shizofrenije doživljavaju veće opterećenje nego supruge. Autori smatraju i da je godište osobe koja brine o obolelom licu od značaja, pa tako mlađi članovi porodice/rođaci osećaju veće opterećenje nego oni u srednjim godinama [24]. Nađena je pozitivna korelacija između opterećenja porodice i trajanja bolesti [25], a Jenkins i Schumacker [26] upućuju na značaj eksplorisivanja ne samo pola pacijenata već i odnosa pola pacijenta i pola pružaoca nege. Iako se malo obraćalo pažnje na ulogu partnera u životu obolelog od shizofrenije, prevashodno zbog ubeđenja da su brakovi i neformalne zajednice sa obolelima od shizofrenije prava retkost, istraživanja pokazuju ipak drugačiju sliku (20-30% pacijenata živi u zajednici sa partnerom dugo godina [27]). Ženski pacijenti oboleli od shizofrenije imaju bolje šanse za sklapanje braka ili stabilne veze od muških pacijenata [28], a takođe se smatra da pacijenti koji žive sa supružnicima imaju u značajnoj meri bolju prognozu same bolesti, ali i bolju socijalnu reintegraciju [27]. Očigledno je da je zajednica (bračna ili neformalna) protektivni faktor za pacijente obolele od shizofrenije.

Kvalitet života osoba koje brinu o obolelima od depresije i bipolarnog afektivnog poremećaja

Što se tiče porodica sa obolelim depresivnim članom, efekat stigme je isti kao i u porodica sa članom koji boluje od shizofrenije. Porodica osoba obolelih od depresije fekventnije razvija depresivnu simptomatologiju, što dodatno kompromituje već narušeni kvalitet života [29]. Bračno nezadovoljstvo predstavlja značajan prediktor neadekvatnog - disfunkcionalnog prilagođavanja i iscrpljivanja zdravog partnera. Takođe bračno nezadovoljstvo je značajan činilac koji doprinosi razvoju depresivnosti kod žena, a u mnogome određuje tok bolesti i kvalitet samog oporavaka [30, 31]. Kada je reč o istraživanjima odnosa bipolarnog poremećaja i kvaliteta života nekoliko (pretežno kvantitativnih) studija se bavilo ovim odnosom i pokazalo da je kvalitet života ovih pacijenata značajno narušen [32]. Takođe se smatra da je subjektivno i objektivno opterećenje članova porodice pacijenata obolelih od bipolarnog poremećaja na veoma visokom nivou, i doprinosi povećanom riziku za dodatne fizičke, ali i mentalne zdravstvene probleme [33].

Kvalitet života osoba koje brinu o obolelima od posttraumatskog stresnog poremećaja

Finalno, iznećemo i nekoliko činjenica vezanih za „opterećenost“ članova porodice ili osoba koje brinu o licima obolelim od posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP). Naime, procenjuje se da 1/3 osoba koje su doživele PTSP se ne oporavi i nakon mnogo

godina [34], a pacijenti koji pate od PTSP pored intrapsihičkih tegoba imaju narušene i međuljudske odnose koji uključuju i članove familije. Postoji veliki broj dokaza koji ukazuju da je PTSP povezan sa bihejvioralnim problemima koji negativno utiču na one koji žive sa njima [35]. Isti autori su našli da je težina PTSP povezana sa značajnim opterećenjem i distresom partnera.

ZAKLJUČAK

Mentalni poremećaji utiču na kvalitet života kako bolesnika tako i članova njihove familije, dovodeći do značajnog opterećenja i kompromitujući njegovu i subjektivnu i objektivnu dimenziju. Savremene tendencije odnose se između ostalog i na to da porodicama sa mentalno obolelim članom trba obezbediti adekvatnu socijalnu podršku, raditi na psihoedukaciji, stukturaciji i organizaciji dnevnih aktivnosti i vremena, a da navedene intervencije treba sprovoditi i kada se hospitalni boravak pacijenta završi.

Iako teme koje se odnose na „opterećenje“ familija koje imaju mentalno obolelog člana nisu novina i u savremenoj literaturi privlače dosta pažnje, smatra se neohodnim dalje sprovođenje epidemioloških i longitudinalnih studija koja obuhvataju najznačajnija i najfrekventnija psihijatrijska oboljenja posebno iz okvira različitih kultura. Takođe veoma zanimljiva bi bila i istraživanja koja se odnose na to kako sami pacijeti percipiraju brigu članova porodice i rođaka o njima, ali i studije na temu stigmatizacije kako pacijenata tako i njihovih porodica.

QUALITY OF LIFE OF CAREGIVERS OF PEOPLE SUFFERING FROM MENTAL DISSORDERS

Bojana Dunjić-Kostić¹
Maja Pantović¹
Maja Ivković^{1,2}
Aleksandar Damjanović^{1,2}
Miroslava Jašović-Gašić^{1,2}

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

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

Summary

Reports on the quality of life (QoL) of psychiatric patients' family caregivers are not frequent. Nevertheless, conclusions are consistent that people who suffer from mental illnesses represent a significant burden to their family members. In current literature, authors endeavour to distinguish between „subjective“ and „objective“ burdens. Objective burden is defined as an observable cost to the family (disruption of everyday life, financial problems, etc.), while subjective burden is defined as individual's perceptions of his/her own situation as „burdensome“. In that context, it is interesting to explore deinstitutionalisation tendencies, as well advantages that come along such as resocialisation and reintegration of patients. On one hand, deinstitutionalisation tendencies bring many advantages such as improved and faster resocialisation and reintegration of people suffering from mental disorders into society, while on the other hand, living with mentally ill family member can place considerable burden on the rest of the family. The focus should be given to the strategies that include establishing services designed to monitor caregivers' perspectives and train professionals allotted to work on these complex relationships. This paper focuses on main aspects of associations between QoL of caregivers and family burden of patients with schizophrenia, bipolar disorder, depression posttraumatic stress disorder.

Key words: caregiver burden, family, quality of life, mental illnesses

Literatura:

1. Lobana A, Mattoo SK, Basu D, Gupta N. Quality of life in schizophrenia in India: comparison of three approaches. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104:51-4.
2. Idstad M, Ask H, Tambs K. Mental disorder and caregiver burden in spouses: the Nord-Trøndelag health study. *BMC Public Health* 2010; 10(516):1-7.
3. Andlin-Sobocki P, Jonsson B, Wittchen HU, Olesen J. Costs of disorders of the brain in Europe-Foreword. *Eur J Neurol* 2005; 12:VIII-VIIX.
4. Talwar P, Matheiken ST. Caregivers in schizophrenia: A cross cultural perspective. *Indian J Psychol Med* 2010; 32(1):29-33.
5. Badia Llach X, Lara Surinach N, Roset Gamisans M. Quality of life, time commitment and burden perceived by the principal informal caregiver of Alzheimer's patients. *Aten Prim* 2004; 34:170-7.
6. Browne G, Bramston P. Quality of life in families of young people with intellectual disabilities. *Aust N Z J Ment Health Nurs* 1996; 5:120-30.
7. Jungbauer J, Wittmund B, Dietrich S, Angemeyer MC. The disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrenia patients. *Schizophr Bull* 2004; 30:665-75.
8. Hoenig J, Hamilton MW. The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry* 1966; 12:165-76.
9. Maurin JT, Boyd CB. Burden of mental illness in family. A critical review. *Archives of Psychiatric Nursing* 1990; 4:99-107.
10. Baronet AM. Factor associated with caregiver burden in mental illness: A critical review of the research literature. *Clinical Psychology Review* 1999; 19:819-41.
11. Nolan M. Supporting family carers in the UK: overview of issues and challenges. *Br J Nurs* 2001; 10:608-13.
12. Rose LE, Mallinson RK, Walton-Moss B. Barriers to family care in psychiatric settings. *J Nurs Scholarsh* 2004; 36:39-47.
13. Zahid MA, Ohaeri JU. Relationship of family caregiver burden with quality of care and psychopathology in sample of Arab subjects with schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2010; 10(71):1-11.
14. Schankar R, Rao K. From burden to empowerment: the journey of family caregivers in India. In Sartorius N, Leff J, Lopez-Ibor JJ, Okasha A (eds). *Families and mental disorders: from burden to empowerment*. West Sussex, England: John Wiley and Sons Ltd; 2005. p 259-89.
15. Möller-Leimkuhler AM, Mädger F. Personality factors and mental health outcome in caregivers of first hospitalized schizophrenic and depressed patients: 2-year follow-up results. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2010. [Epub ahead of print]
16. Tompson MC, Goldstein MJ, Lebell MB et al. Schizophrenic patients perception of their relatives' attitudes. *Psychiatry Res* 1995; 57:155-67.
17. Awadalla AW, Ohaeri JU, Salih AA, Tawfiq AM. Subjective quality of life of family caregivers of community living Sudanese psychiatric patients. *Soc Psy Psychiatric Epidemiol* 2005; 40:755-63.
18. Brady N, McCain GC. Living with schizophrenia: a family perspective. *Online J Issues Nurs* 2004; 10:7.
19. Caqueo-Urizar A, Gutierrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health Qual Life Outcomes* 2009; 7:84.
20. Fisher M, Kemmier G, Meise U. How Nice that Someone is Interested in me for a Change. *Psychiatr Prax* 2004; 31(2):60-7.

21. Trajanović Lj. Influence of the paranoid schizophrenic illness in the family on the quality of life of its members (disertacija). Niš: University Medical School; 2003.
22. Martin-Yellowe IS. The burden of schizophrenia on the family: A study from Nigeria. *Br J Psychiatry* 1992; 161:779-82.
23. Mors O, Sorenson LV, Therkildsen ML. Distress in the relatives of psychiatric patients admitted for the first time. *Acta Psychiatrica Scan* 1992; 85:337-44.
24. Trivedi JK, Dalal PK, Kalra H et al. Family burden and coping strategy in relatives of schizophrenic patients. *Indian J Psychiatry* 2003; Suppl 106.
25. Vohra AK, Garg S, Gaur DR. A study burden on families of schizophrenia and depressive disorders. *Indian J Psychiatry* 2002; Suppl 33.
26. Jenkins JH, Schumacher JG. Family burden of schizophrenia and depressive illness: Specifying the effects of ethnicity, gender and social ecology. *Br J psychiatry* 1999; 174:31-8.
27. Salokangas RKR. Living situation, social network and outcome in schizophrenia: A five-year prospective follow up study. *Acta Psychiatrica Scan* 1997; 96:459-68.
28. Stromwall LK, Robinson EAR. When a family member has a schizophrenic disorder: Practice issues across the family life cycle. *Am J Orthopsychiatry* 1998; 68:580-9.
29. Draganić Gajić S. Quality of life in families with depressive member. *Psihijat Dan* 2005; 37(1):139-47.
30. Leff J. Families and people with major depression. In Sartorius N, Leff J, Lopez-Ibor JJ, Okasha A (eds). *Families and mental disorders: from burden to empowerment*. West Sussex, England: John Wiley and Sons Ltd; 2005.p 55-68.
31. Robinson KM. Predictors of burden among wife caregivers. *Sch Inq Nurs Pract* 1990; 4(3):189-203.
32. Michalak EE, zatham LN, Kolesar S, Lam RW. Bipolar disorders and quality of life: a patient centered perspective. *Qual Life Res* 2006; 15(1):25-37.
33. Perlick DA, Miklowitz DJ, Lopez N et al. Family focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2010; 12(6):627-37.
34. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 1048–60.
35. Beckham JC, Lytle BL, Feldman ME. Caregiver burden in partners of Vietnam War veterans with posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychology* 1996; 64:1068-72.

Bojana Dunjić-Kostić
 Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije
 Pasterova 2, 11000 Beograd
 Tel. +381 (0)11 2657955
 bojanadunjic@yahoo.com

MODELI PORODIČNOG FUNKCIONISANJA – NOVINE, PREPORUKE, MOGUĆNOSTI I OGRANIČENJA

Jasmina Barišić¹
Snežana Svetozarević²
Dragana Duišin¹

UDK: 17.023.32:314.6.929

- 1 Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija
- 2 Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Kratak sadržaj

Savremeni tokovi u društvu delimično relativizuju pojam i značaj porodice za pojedinca i društvo. Iskustva iz kliničke prakse ipak ukazuju na bitnu ulogu porodice u lečenju i rehabilitaciji osoba iz kliničke populacije, nezavisno od tipa tegoba, odnosno poremećaja zbog koga su se javili na tretman. Učešće porodice na nivou empirije, pokazalo se kao značajna determinanta efikasnosti terapijskog procesa i postupaka rehabilitacije.

Procena značaja porodice kao posredujućeg činioca primenjenog postupka lečenja, kada su mentalni poremećaji u pitanju, kompleksan je proces sa nizom prednosti, ali i značajnim uslovima i ograničenjima u kreiranju istraživačkih studija.

U radu su prikazala dva modela koja se odlikuju dugom tradicijom primene u kliničkoj praksi i brojnim studijama sa ciljem testiranja metrijskih karakteristika instrumenata za procenu porodičnog funkcionisanja baziranih na tim modelima. To su Cirkumpleksni model Dejvida Olsona i Biversov Sistemski model. Treći model uključen u prikaz je Model porodičnih procesa Harveja Skinnera, koji aktuelno jedini na sistematizovan način omogućava multidimenzionalnu procenu porodičnog funkcionisanja i uvažava značaj subjektivne porocene porodičnog konteksta.

Analiza logičko-epistemoloških i metrijskih odlika prikazanih modela jasno ukazuje na nužnost definisanja osnovnih pretpostavki prilikom izbora modela a to su: a) kojoj populaciji su namenjeniji (klinička ili neklinička), b) koji su specifični aspekti porodičnog funkcionisanja u centru interesovanja (komunikacije, bliskost, uloge,...), c) koja je svrha primene modela (dijagnostika, istraživanje, edukacija, predikcija).

Na osnovu navedene analize modela Biversov model se čini adekvatnim za postupke kliničke procene porodičnog funkcionisanja i evaluacije efekata porodične terapije, posebno kada je u pitanju distinkcija zdravo/patološko. Skinnerov model je primenljiv za istraživačke svrhe, naglaseno kada je procena efekata psihoterapije sistemskih orijentacija u pitanju, a svakako i za procenu na nekliničkoj populaciji. Olsonov model, odnosno četvrta revizija upitnika, FASES IV, podjednako je podesna tehnika, bez obzira na odlike populacije, relevantne porodične koncepte i svrhu primene modela, odnosno instrumenta baziranog na modelu.

Ključne reči: porodica; model, porodica funkcionisanje, FACES

UVOD

Savremene trendove u domenu zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja odlikuje to da se mentalni poremećaji ne proučavaju isključivo u svetlu individualne etiopatogeneze, simptomatologije i intrapsihološke dinamike, već u sferi nekoliko dimenzija, od kojih je svakako porodica značajan faktor. Šta više, porodica je 50-60-tih godina prošlog veka imala vodeću ulogu u određenju etiologije psihopatoloških doživljavanja i manifestacija, samim tim i kreiranju postupaka psihološke procene i svakako psihoterapijskih procedura.

Dosadašnja iskustva iz kliničke prakse višestruko potvrđuju značaj uloge porodice u lečenju i rehabilitaciji osoba iz kliničke populacije, nezavisno od tipa tegoba, odnosno poremećaja zbog koga su se javili na tretman. Učešće porodice čak i na nivou empatije pokazalo se kao značajna determinanta efikasnosti terapijskog procesa i postupaka rehabilitacije [1].

Procena uticaja i značaja porodice kao posredujućeg činioca primenjenog postupka lečenja, kada su mentalne bolesti i poremećaji u pitanju, kompleksan je proces sa nizom prednosti, ali i značajnim uslovima i ograničenjima u kreiranju istraživačkih studija [2].

Polazeći od porodice kao fokusa interesovanja u ovom radu, smatramo korisnim podsetiti se činjenica da epistemološke i suštinske promene koje je ova mala i društveno bitna grupa doživela, kao i aktuelni tokovi u društvu, čine taj pojam u priličnoj meri difuznim i neodređenim.

Pokušaji pronalazjenja uniformne, savremeno koncipirane definicije porodice, ispostavljaju se kao ni malo jedno-

stavan poduhvat, no smatramo ga nužnim s obzirom na značaj porodice kao neretko ključne posredujuće varijable u terapijskom procesu.

Definicija porodice američkog Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje glasi: „Porodica je mreža međusobnih obaveza (odanosti / privrženosti / posvećenosti).“ (National Institute of Mental Health (NIMH)) [3] i čini se zapravo odgovorom na nove forme porodične strukture. Kada su naši autori u pitanju, Golubovičkinu određenje porodice, usled svoje reprezentativnosti, sveobuhvatnosti i gnoseološke podesnosti smatra se valjanom naučnom osnovom za razmišljanje o pojmu porodice [4]. Dakle, činjenice o sastavu porodice, podeli rada i na njoj baziranoj raspodeli uloga, raspodeli moći i autoriteta, strukturi odnosa i karakteristikama sistema usvojenih vrednosti i normi ponašanja, ostavljaju utisak podesnih kriterijuma za deskripciju, komparaciju i razumevanje porodica.

Kao često navođena definicija porodice, posebno kada je naša populacija u pitanju, izdvaja se ona koju je osmislio Josip Berger [5] i koja porodicu određuje kao formalnu socijalnu grupu, sa ograničenim brojem članova i velikim brojem osnovnih veza. Kvalitet tih veza je specifičan, njihovo trajanje je duže ili doživotno, a kompleksnost velika. Dakle, na osnovu navedene definicije, koja se može klasifikovati i kao socijalno-psihološka, porodica je formalna grupa. Formalna u smislu da ima strukturu, duže trajanje i niz spona i pravaca kretanja. Porodica je grupa sa ograničenim brojem članova i rasporedom uloga za sve članove. Ona ima svoje mesto, svoj prostor i granice koje je odvajaju od ostalih formalnih grupa i pojedinaca.

Bitna odlika porodice je karakter veza između članova i uloga. Prema vrsti, kvalitetu, broju i složenosti veza koje se uspostavljaju između članova i uloga u porodici, ona je jedinstvena. Te veze se delimično prenose i izvan granica porodice, na širu porodicu. Po trajanju, neke od tih veza su relativno kratkotrajne, nekad variraju zavisno od uzrasta učenika, dok su druge doživotne i neizbrisive.

Modeli porodičnog funkcionisanja i tehnike procene zasnovane na njima nastoje da što ekstenzivnije obuhvate relevantne porodične koncepte. Oni koji se posebno vrednuju dostigli su razuman balans broja i složenosti koncepata koji definišu porodičnu strukturu, relacije i funkcionisanje i količine informacija o porodici koju daju na osnovu njihove primene.

Značaj porodične dijagnostike je višestruk. Objektivna porodična dijagnostika postiže se preko strukturisanog intervjua, genograma i upitnika. Tehnike za procenu porodice postavljaju porodični sistem i odnose kao predmet interesovanja. U današnje vreme sve se više sagledava nužnost razvoja specifičnog instrumentarija, kako u cilju dijagnostičke procene i psihoterapije, tako i istraživanja.

Procena porodičnog funkcionisanja, od svih oblasti i predmeta u kliničkom kontekstu, čini se najbližom pojmu kliničkog metoda procene [6]. Pojam kliničkog metoda procene često je izjednačavan sa procesom primene psiholoških mernih instrumenata u cilju procene ponašanja, odnosno crta ličnosti, izolovanja nekog ponašanja, njegovog merenja, a u cilju predviđanja budućih obrazaca. Međutim, klinička procena bazirana je na drugačijem epistemološkom okviru

od prethodno opisane psihometrijske. Njen osnovni cilj jeste integracija (vs predikcija), naglasak je na kontekstualnom razumevanju pojedinačnih podataka u totalitetu ličnosti (jedinice) koju posmatramo i procenjujemo.

Pod idealnim okolnostima, kvalitetan model porodičnog funkcionisanja i postupci procene bazirani na njemu trebalo bi da omogućе da se u najvećoj mogućoj meri približimo realitetu tih porodica, da sagledamo njihov porodični život na način kako ga njeni članovi vide, te da kreiramo porodični mozaik, jednako uvažavajući gledište svakog od članova posmatranog porodičnog sistema.

Kada je domen procene porodičnog funkcionisanja u pitanju stiče se utisak da dominantan pristup čini:

- primena prihvaćenih i utemeljenih modela porodičnog funkcionisanja,
- procena pozicije pojedinih članova porodice na dimenzijama tih modela i
- procena prisustva i tipa povezanosti određenih dimenzija primenjenih modela¹ sa indikatorima lične, porodične i socijalne problematike.

Istraživanja koja uključuju činioce subjektivnog doživljaja porodičnog funkcionisanja, posebno doživljaj zadovoljstva sopstvenim funkcionisanjem u porodici i porodice u totalu, čine se, takođe, nepravedno zapostavljenim. Dimenzija zadovoljstva izdvaja se, inače, kao empirijski potvrđena značajna determinanta porodičnog funkcionisanja

¹ Istraživači pretežno "rukuju" pojedinačnim ili za celokupnu porodicu srednjim vrednostima ispitivanih dimenzija.

[7]. Dakle, to što je porodica konflikto-gena, što se ne zna ko šta i kada treba da radi, zapravo i nije problem, ukoliko to pojedinac ne doživljava kao problem i pri tome je u stanju da raste i razvija se.

Posebno pitanje predstavlja i to da li je porodica zbir impresija, doživljavanja i funkcionisanja njenih članova ili ona predstavlja ipak nešto kvalitativno i kvantitativno drugačije [2]. Značaj istraživanja individualnih razlika u opažanju porodičnog funkcionisanja u više navrata je naglašen [2, 8, 9]. Pri tome, retki su pokušaji integrisanja [10], a ne samo „uprosečavanja“ stanovišta pojedinačnih članova porodice u totalitet porodične procene [11, 12, 13].

CILJ RADA

Cilj rada je teorijski i sastoji se u analizi logičko-epistemoloških i metrijskih odlika prikazanih modela i instrumenata baziranih na njima sa ciljem koncipiranja preporuka o tome koji model, na kojoj populaciji i sa kojim ciljem je najpodesnije primeniti.

PRIKAZ MODELA PORODIČNOG FUNKCIONISANJA I ODGOVARAJUĆIH UPITNIKA SA METRIJSKIM KARAKTERISTIČKAMA

Pri izboru modela porodičnog funkcionisanja opredelili smo se za dva koja, zahvaljujući svojoj dugoj istraživačkoj tradiciji i empirijskoj i teorijskoj razradi, zauzimaju značajnu poziciju u istraživanju porodičnog funkcionisanja u svetu i kod nas – Olsonov Cirkumpleksni model [14] i Biversov Sistemski model porodičnog funkcionisanja [15].

Model porodičnih procesa Harveja Skinera [16] uključen je u analizu usled autorovog naglaska na interaktivnoj prirodi modela i pre svega mogućnosti procene porodičnog funkcionisanja sa pozicije funkcionisanja individue, dijadne relacije i porodičnog sistema u celini. Dakle, zbog saglasnosti ideje na kojoj je baziran model sa postulatima psihologije porodice što omogućava da sagledamo spektar porodičnog funkcionisanja u opsegu od optimalnog do disfunkcionalnog, porodicu da posmatramo kao celinu koja prevazilazi zbir svojih delova i pri tome uvažimo doživljaj individue i njen najznačajniji odnos, tačnije, njen odnos sa, za nju, najznačajnijom osobom u porodici.

SKINEROV MODEL PORODIČNIH PROCESA (Process Model of Family Functioning) I UPITNIK ZA PROCENU PORODIČNOG FUNKCIONISANJA, VERZIJA III (Family Assessment Measure, Version III - FAM-III)

Model je relativno mlađi u odnosu na dva modela koja će takođe biti prikazana, odnosno datira sa prelaza 80-tih i 90-tih godina prošlog veka.

Njegove osnovne odlike su da:

- postavlja naglasak na dinamičke interakcije između glavnih dimenzija porodičnog funkcionisanja;
- postavlja naglasak i na aktuelne i uzajamno povezane razvoje individue i porodice (od opisa porodične strukture ka definisanju porodičnih funkcija);
- nastoji na integraciji sistemskog pristupa i teorija individualne psihopatologije.

Operacionalizovan je putem sedam relevantnih dimenzija, a to su:

1. postizanje ciljeva – tiče se doživljaja uspešnosti u ostvarivanju ciljeva u biološkoj, psihološkoj i socijalnoj ravni;
2. komunikacija - obuhvata doživljaj efikasnosti i kvaliteta uspostavljenih obrazaca emocionalne i instrumentalne komunikacije i komunikacije mešovite forme;
3. emocionalna ekspresija odnosi se na sadržaj, intenzitet i uvremenjenost osećanja;
4. izvođenje porodičnih uloga – sadrži doživljaj uspešnosti u definisanju i integraciji uloga u porodici;
5. emocionalna uključenost – čine je stepen i kvalitet zainteresovanosti i brige koju članovi porodice međusobno ispoljavaju;
6. kontrola – predstavlja uspešnost u primeni strategija i tehnika članova porodice kojima oni međusobno utiču na ponašanja;
7. vrednosti i norme – model uključuje i uvažavanje i pridržavanja važećih vrednosti i normi ponašanja, bez obzira na to da li je u pitanju uticaj pojedinačnih članova porodice, subgrupa kojima osoba može da pripada ili kulture kao celine.

Autor modela navodi kako nadređeni cilj porodice, odnosno uspešno ostvarivanje raznovrsnih osnovnih, razvojnih i kriznih zadataka, zavisi od niza uslova. Pre svega, to je izvođenje uloga, koje pretpostavlja pripisivanje specifičnih zadataka svakom članu ponaosob, zatim saglasnosti i spremost članova da te zadatke prihvate, kao i efikasnost u njihovoj realizaciji. Za pravilnu realizaciju

uloga od suštinske važnosti je komunikacija, a pre svega postizanje uzajamnog razumevanja. Vitalni element komunikacije čini emocionalna ekspresija, koja može podsticati raznovrsne aspekte postizanja ciljeva i uspešnu integraciju uloga. Uključenost, kao takođe bitan preduslov uspešne realizacije ciljeva, može varirati u stepenu i kvalitetu. Na osnovu stepena uključenosti mogu se razlikovati neuključene porodice, porodice čiji članovi ispoljavaju interes jedni za druge nezvezano za osećanja, narcistične, empatske i umrežene porodice. Kvalitet uključenosti određuje razuman balans kapaciteta porodice da zaštiti svoje članove, ali i da podstiče njihovu autonomiju. Kontrola je konstrukt koji se odnosi na međusoban uticaj članova porodice. Kritični aspekti kontrole tiču se toga da li se ona sprovodi na način koji je predvidljiv ili nije predvidljiv, konstruktivan ili destruktivan i odgovoran ili neodgovoran. Određene kombinacije navedenih karakteristika mogu produkovati četiri stila porodične kontrole – rigidni, fleksibilni, *laissez-faire* i haotični. Na posletku, norme i vrednosti kulture i specifično zaleđe svake porodice činioци su koji u značajnoj meri utiču na to kako se ciljevi definišu i kako porodica pristupa njihovoj realizaciji.

FAM – III upitnik za procenu porodičnog funkcionisanja, baziran na navedenom modelu, razvijen je i validiran u pogledu sposobnosti da diskriminiše oblasti porodičnih rizika i reziljenci. Putem njega se dobijaju kvantitativni pokazatelji snaga i slabosti porodice.

Upitnik čine sledeće skale:

1. OPŠTA SKALA – fokus je postavljen na porodicu kao celinu; nivo zdravlja ili patologije u porodici posmatra se i definiše iz si-

stemske perspektive; ona daje sedam mera koje se odnose na konstrukte modela i sadrži dve kontrolne subskele – socijalne poželjnosti i defanzivnosti;

2. SKALA DIJADNIH RELACIJA – procenjuje odnose ciljnih parova u porodici i za svaku dijadu daje informacije o vrednostima sedam konstrukata Modela porodičnih procesa i
3. SKALA SAMOPROCENE – daje podatke o subjektivnoj percepciji klijentovog funkcionisanja unutar porodice, takođe putem podataka o vrednostima osnovnih konstrukata modela.

Viši skor znači i veći stepen ispoljenih poteškoća. Autor insistira na kontekstualnom pristupu navodeći primer da povišenje skora na skali uključenosti može da znači da se osoba doživljava a) distanciranom, isključenom ili odbačenom, b) da su drugi članovi porodice previše intruzivni tako da su granice te osobe pod stalnim pritiskom i c) da se i jedan i drugi tip problema javljaju u različitim periodima vremena. Dakle, on tvrdi da upitnik služi samo tome da markira poteškoće u nekom od domena porodičnog funkcionisanja, a kliničar je taj koji mora otkriti prirodu i smer dejstva uočenih poteškoća.

Upitnik se sastoji ih 134 ajtema, za njegovo popunjavanje potrebno je od 20 do 45 minuta, mada skale mogu da se zadaju i odvojeno. Postoji i skraćena verzija upitnika koja se sastoji od 14 ajtema i za čije je popunjavanje potrebno oko 5 minuta.

Upitnik mogu popunjavati i članovi porodice životne dobi 10-12 godina.

Tokom dve decenije razvoja modela i upitnika, realizovane su višestruke normativne i validacione studije [17]:

- Normativni podaci bazirani su na uzorku od 247 odraslih osoba i 65 adolescenata iz nekliničke populacije. U pogledu relijabilnosti (Cronbach's α) dobijeni su zadovoljavajući rezultati: za odrasle iznosi .93 za opštu skalu, .95 za skalu dijadnih relacija i .89 za skalu samoprocene; za adolescente - .94 za opštu skalu, .94 za skalu dijadnih relacija i .86 za skalu samoprocene.
- Test-retest pouzdanost ovog instrumenta testirana je na uzorku od 138 porodica iz opšte populacije sa slobodnim intervalom od dvanaest dana između dva testiranja. Ispitanici su imali za cilj da procene prošlo porodično funkcionisanje (proteklih nedelju dana). Medijana test-retest relijabilnosti iznosila je .57 za majke, .56 za očeve i .66 za decu.
- U okviru studija validnosti izdvađa se nekoliko grupa istraživanja usmerenih na ocenu hipotetičke valjanosti instrumenta. U istraživanju u kome su se poredile porodice sa ocem alkoholičarom, depresivnim ocem i porodice iz nekliničke populacije, utvrđene su značajne razlike porodica iz kliničke sa porodicama iz nekliničke populacije, ali ne i između navedene dve kategorije porodica iz kliničke populacije. Porodice iz kliničke populacije prvenstveno saopštavaju o problemima u oblasti izvođenja uloga i emocionalne uključenosti, dok su poro-

dice iz nekliničke populacije sklone da sebe predstavljaju u socijalno poželjnom svjetlu i pri tome su u izvesnoj meri defanzivne. Forman je utvrdio značajne razlike na svima dimenzijama modela među porodicama sa simptomima distresa i porodicama bez kliničkih manifestacija.

- Relevantnim za cilj rada čini se i istraživanje Jacob-a sprovedenog na uzorku majki iz srednje klase. Autor je zadavao upitnik FAM III zajedno sa tri druge mere porodičnog funkcionisanja - koristio je Skalu za procenu porodične adaptibilnosti i kohezivnosti (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales; FACES), Skalu za procenu porodične sredine (Family Environment Scale; FES) i Upitnik za procenu porodice (Family Assessment Device; FAD). Utvrdio je visoke korelacije dimenzije kohezivnosti, ali niske korelacije dimenzije adaptibilnosti sa odgovarajućim merama upitnika FACES. Sa upitnikom FES korelacije su bile visoke kada su u pitanju dimenzije kohezivnosti i konflikti, umerene sa izražajnošću, intelektualno-kulturološkom orijentacijom, aktivno-rekreativnom orijentacijom i organizacijom, a gotovo neznatne sa nezavisnošću, orijentacijom ka postignuću, moralno-religioznom orijentacijom i kontrolom. Sa dimenzijama procenjenim upitnikom FAD, sve korelacije su bile visoke i značajne.
- Shekter-Wolfson i Woodside su pomoću upitnika pratili porodičnu

terapiju porodica sa članovima obolelim od anoreksije i bulimije (test-retest dizajn) i značajne promene utvrdili su u pogledu uverenja porodica u mogućnost promene i poboljšanja i unapređenja porodičnih odnosa u budućnosti. Trute i saradnici takođe su putem upitnika pratili efektivnost primenjenog tretmana i kod 64% porodica utvrdili značajno poboljšanje u funkcionisanju. Woodside i saradnici pomoću upitnika su registrovali poboljšanje porodičnog funkcionisanja porodica sa članom obolelim od bulimije. Pri tome, skala dijadnih relacija pokazala se najsenzitivnijom u registrovanju pozitivnih promena tokom psihoterapijskog procesa.

Kada su u pitanju ograničenja modela i upitnika baziranog na njemu, evidentno je da njihova istaknuta prednost, odnosno, dinamička relacija pojedinac – porodica, za sada je još uvek na nivou preliminarnog pokušaja integracije. Kako model, tako i tehnika procene, čine se nedovoljno validiranim, posebno u pogledu kriterijum validnosti. Osim navedenog, instrument je u odnosu na druge tehnike procene braka i porodice preobiman. Za njega svakako važe i ograničenja koja se uopšteno odnose na samoopisne tehnike procene.

Prednosti se sastoje u tome što naglašava razvojni pristup i nudi sistemsku i ekosistemsku perspektivu u sagledavanju porodice. Zatim, pravi značajan pomak od patocentrične pozicije ka porodičnom zdravlju i rezilijencana. Takođe nudi dinamičnost i integrativnost, mada i eklekticizam. Njegova diskriminativna vrednost zadovoljavajuća je.

OLSONOV CIRKUMPLEKSNI MO- DEL (Circumplex Model) I SKALA PROCENE PORODIČNE KOHEZIV- NOSTI I ADAPTIBILNOSTI (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, VERSION IV - FACES IV)

Cirkumpleksni model bračnog i porodičnog sistema je u širokoj upotrebi u kliničkim okvirima proteklih 25 godina. Od kada je prva verzija modela objavljena [18] u više od 1200 publikacija i disertacija primenjen je cirkumpleksni model bračnog i porodičnog sistema i neka od verzija upitnika FACES [19].

Model je često revidiran i menjan u odnosu na inicijalni oblik koji je razvio Dejvid Olson sa saradnicima i promovisao još 1978. godine.

Cirkumpleksni model se sastoji od tri ključna koncepta, odnosno primarne dimenzije koje se odnose na porodično funkcionisanje:

1. Kohezija - definisana je kao emocionalna veza između članova porodice; pokazuje u kom stepenu su članovi porodice odvojeni jedni od drugih ili povezani u okviru porodične grupe; kao indikatori mera ove dimenzije su uzeti sledeći koncepti: emocionalne veze, granice, koalicije, vreme, prostor, prijateljstvo, donošenje odluka, interesovanja, rekreacija;
2. Adaptibilnost - nekada nazivana i fleksibilnost, odnosno, definisana kao promena u porodičnom vođstvu, kao odnos zasnovan na ulogama i pravilima koja regulišu odnose i bila je povezana sa adaptibilnošću porodičnog sistema i sposobnošću promene u situacionim i razvojnim stresovima; aktuelna definicija adaptibilnosti od-

nosi se na kvalitet i ekspresiju vođstva i organizacije, na odnose zasnovane na ulogama i pravilima koja regulišu odnose i stilove pregovora i ovakva definicija tačnije odražava ono što se meri i što je ranije mereno;

3. Komunikacija je treća dimenzija i facilitirajući momenat druge dve dimenzije i definisana je kao skup pozitivnih komunikacijskih veština koje su korisne porodičnom sistemu; sagledana je kao olakšavajuća dimenzija koja pomaže porodici u menjanju nivoa kohezivnosti i adaptibilnosti; meri se kroz veštinu slušanja i govora, jasnoću, koncentrisanost na temu, otvorenost, uvažavanje i poštovanje.

FACES IV je poslednja verzija porodičnog samoopisnog upitnika, dizajniranog da meri kohezivnost i porodičnu adaptibilnost, koje su centralne dimenzije cirkumpleksnog modela bračnog i porodičnog sistema [20]. Za razliku od prethodnih verzija (FACES I, II i III), on ne uključuje observirajući upitnik nazvan klinička rejting skala (Clinical Rating Scale; CRS) [21], [22].

FACES IV osmišljen je tako da uvažava oba aspekta porodičnog funkcionisanja – balansirani (zdravi) i nebalansirani (problematični). Dve balansirane FACES IV skale su balansirana kohezivnost i balansirana adaptibilnost (one su linearne skale, tako da što je skor veći, to je rezultat pozitivniji). Ove dve balansirane skale su veoma slične kohezivnosti i adaptibilnosti koja je merena pomoću FACES II i FACES III. Nove nebalansirane skale su umreženost, razjedinjenost, haotičnost i rigidnost. Sve četiri nove nebalansirane skale u FACES IV

procenjuju po jednu od četiri krajnosti dimenzije ili nebalansiranih područja kohezivnosti ili dimenzije adaptibilnosti (što je veći skor porodični sistem je problematičniji). Kombinacija 6 skala pruža sveobuhvatnije procene porodičnog funkcionisanja.

U upitniku postoji po 7 ajtema za svaku skalu, što čini ukupno 42 ajtema. U FACES IV integrisane su i dve dodatne skale – skala porodične komunikacije i porodičnog zadovoljstva, svaka sa po 10 ajtema.

Klaster analizom tipova porodica dobijeno je 6 klastera - balansirani, rigidno-povezani, prelazni, fleksibilno-nebalansirani, haotično-razjedinjen i nebalansiran tip porodice.

Diana Baumrind [23] istraživala je roditeljske stilove i identifikovala 4: demokratsko, autoritarno, popustljivo i odbacujuće. Olson je nakon analize opisa ovih roditeljskih stilova, koji uključuju koncepte podrške i kontrole, utvrdio da je moguće skicirati ta 4 roditeljska stila na cirkumpleks modelu. Nakon toga, sa saradnicima je dodao i neuključeni stil, koji je imao ekstremno visoku adaptibilnost i ekstremno nisku kohezivnost (tj. razdvojen stil). Na taj način, FACES IV daje podatke o pet roditeljskih stilova - demokratskom, autoritarnom, popustljivom, odbacujućem i neuključenom roditeljstvu.

FACES IV unosi brojne inovacije u proceni porodičnog funkcionisanja. Daje konceptualnu definiciju adaptibilnosti, uvodi nove skale validnosti i racio skor (koji kombinuje balansirane i nebalansirane aspekte porodičnog funkcionisanja), postavlja novi sistem skorovanja, utvrđuje specifične porodične tipove porodica i pet roditeljskih stilova.

Šest tipova porodica, baziranih na skorovima skala, nude novu tipologiju porodice koja može biti područje dalje analize i istraživanja. Tipologija bi mogla da postavi osnove za eksploraciju i diferencijaciju u odnosu na širok varijetet kriterijuma i varijabli (npr. između različitih psihijatrijskih entiteta, etničku i kulturološku pozadinu, strukturu porodice, edukativni i socijalni status porodice, i sl.).

SISTEMSKI MODEL PORODIČNOG FUNKCIONISANJA (The Beavers Systems Model) I SAMOOPISNI INVENTAR PORODIČNIH ODNOSA (Self-Report Family Inventory, Version II - SFI II)

Biversov Sistemski Model porodičnog funkcionisanja je rezultat dugogodišnjeg istraživanja i kliničkog rada. Pri tome se Bivers i saradnici još od 1970. pojavljuju kao eminentni istraživači na planu procene porodica.

Model se primenjuje u edukativnom, istraživačkom, kliničkom i terapeutskom radu. Objedinjuje kliničku, psihijatrijsku orijentaciju i opštu teoriju sistema. Primenjuje se svakodnevno u terapijskom radu sa porodicama koje ispoljavaju raznovrsne forme teškoća, uključujući probleme ponašanja, psihosomatske bolesti, psihoze i zavisnost od alkohola i droga, ali i u radu sa porodicama u kojima postoje članovi oboleli od teških somatskih bolesti.

Na osnovu postulata modela koncipirana su tri instrumenta za procenu porodice, tj. dve skale procene, koje popunjava procenjivač ili terapeut, i posebno upitnik za procenu porodice od strane samih članova.

Model procenjuje dve osnovne dimenzije – dimenziju kompetentnosti porodice i porodičnog stila.

Osnovni konstrukt, kompetentnost, definisan je kao kvalitet zdravlja/kompetentnosti porodice – tj. koliko dobro ona obavlja svoje zadatke. Zadaci porodice su obezbeđivanje podrške i brige, omogućavanje stvaranja granica i vođstva, unapređivanje razvojnog odvajanja i autonomije, razmatranje konflikata i efikasno komuniciranje.

Skala procene kompetentnosti porodice sadrži 12 ajtema, odnosno subskala za procenu strukture porodice - ispoljavanja moći, roditeljske koalicije, bliskosti, mitologije, cilju usmernog dogovaranja, autonomije - jasnoće izražavanja, odgovornosti, propustljivosti, procene porodičnih osećanja - opsega osećanja, raspoloženja, nerešenih konflikata, empatije, kao i globalnu skalu zdravlja i patologije.

U odnosu na dimenziju podičnog stila, Biversov model ističe dva sistema u okviru porodičnog funkcionisanja – tzv. centripetalne i centrifugalne sile. Koncept „centripetalni sistem“ se odnosi na one porodice čiji članovi vide porodicu kao izvor uživanja, radosti i zadovoljstva, bez obzira da li to zaista dobijaju u njoj ili ne. Koncept „centrifugalni sistem“ označava one porodice čiji članovi izvan porodice vide uživanje, zadovoljstvo i radost, bez obzira da li ga tamo stvarno nalaze ili ne.

Kompetentne porodice su u stanju da obave fine promene stila tokom normalnog razvoja porodice. Na primer, u periodu nakon venčanja i podizanja dece veću adaptivnu vrednost

ima centripetalni stil, jer on obezbeđuje neophodnu brigu o zavisnim individuama. Kada deca dospeju u adolescenciju, pomeranje prema mešanom ili više centrifugalnom stilu je adaptivno vrednije, jer se podmladak progresivno prepušta spoljašnjem svetu. Sistem koji rigidno zadržava stil postaje nefleksibilan i zakočen, signalizirajući tako smanjenje kompetentnosti porodice.

Skala za ispitivanje porodičnog stila predviđena je za opserverske i primenjuje se nakon porodične seanse u kojoj se članovima porodice postavlja pitanje u okviru 10-to minutne diskusije: “Šta biste voleli da promenite u vašoj porodici?” Sačinjava je 7 ajtema, koji se ranguju na 5-to stepenoj skali, kao i osmi ajtem koji čini globalna skala centripetalno-centrifugalnog porodičnog stila.

Dimenzije kompetentnost i stila mogu se posmatrati odvojeno, ali one po svojoj prirodi nisu nezavisne, već u mnogo čemu povezane. Kada se posmatraju simultano i interaktivno stvaraju mapu za lociranje suštinskih karakteristika porodičnog sistema i individualnih psiholoških karakteristika i ponašanja. Ta shema predstavlja mapu porodičnog funkcionisanja koja je zasnovana na teoriji, iskustvu i terapijskom radu sa porodicama.

Ukrštanje dve dimenzije omogućava detekciju i distinkciju devet kliničkih grupa porodica a to su:

Grupa 1: Optimalne porodice;

Grupa 2: Adekvatne porodice;

Grupe 3. 4 i 5: Porodice srednjeg ranga (centripetalne porodice srednjeg ranga, centrifugalne porodice srednjeg

ranga, mešovite porodice srednjeg ranga);

Grupe 6 i 7: Granične porodice (granične centripetalne porodice, granične centrifugalne porodice);

Grupe 8 i 9: Teško disfunkcionalne porodice (teško disfunkcionalne centripetalne porodice, teško disfunkcionalne centrifugalne porodice).

Porodice čije funkcionisanje je trenutno optimalno ili adekvatno (grupe 1 i 2) generalno i ne traže psihološku pomoć. Centrifugalne porodice srednjeg ranga (grupa 4) često nemaju dovoljno poverenja u autoritete i u verbalnu komunikaciju da bi odlučile da dođu na terapiju. Njihov podmladak može imati probleme u ponašanju, mada su oni retko takvog intenziteta da bi postali predmet interesovanja institucija za mentalno zdravlje ili onih za zaštitu zakona. Zbog toga se klinička interesovanja fokusiraju na centripetalne i mešovite porodice srednjeg ranga (grupe 3 i 5), granične centripetalne i centrifugalne (grupe 6 i 7) i na teško disfunkcionalne centrifugalne i centripetalne porodice (grupe 8 i 9).

Osim navedenih skala Bivers i saradnici su konstruisali i SFI-II inventar (Self report Family Inventory, version II) koji se zadaje članovima porodice već od 11-te godine starosti. Inventar sadrži 36 ajtema i ispituje pet oblasti porodičnog funkcionisanja - zdravlje/kompetentnost, konflikte, koheziju, vođstvo i emocionalno ispoljavanje.

Normativni podaci jedne studije na kliničkoj i nekliničkoj populaciji (preko 1800 porodica) ukazuju da oko 5% porodica funkcionišu na optimal-

nom nivou, 38% adekvatno, 38% u srednjem opsegu, 16% na graničnom nivou a 3% čine izrazito disfunkcionalne [24].

Klinička vrednost ovog upitnika je izražena. Brojne studije ukazuju da dobro diskriminiše grupe porodica sa različitim psihičkim poremećajima.

Ukoliko bi rezimirali prednosti Biversovog modela možemo zaključiti da predstavlja solidnu podlogu za efikasnu porodičnu terapiju. Indikovano je i u detekciji visoko rizičnih porodica, kako u cilju skrininga i prevencije, tako i planiranja strategija terapije i evaluaciju rezultata terapijskih intervencija.

Što se tiče njegovih ograničenja, primenljiv je prevashodno u okvirima kliničke populacije i u sklopu terapijskih intervencija sistemske orijentacije. Njegova primena na nekliničkoj populaciji bi trebalo da bude jedno sledećih područja interesovanja i daljih istraživanja.

ZAKLJUČCI SA PREPORUKAMA

Na osnovu analize i pregleda logičko-epistemoloških i metrijskih odlika prikazanih modela i instrumenata baziranih na njima, sa ciljem koncipiranja preporuka o tome koji model, na kome i sa kojim ciljem je najpodesnije primeniti, možemo zaključiti sledeće:

Skinerov model porodičnih procesa deluje metodom izbora za naučno-istraživačku delatnost, posebno kada je procena efekata psihoterapije sistemskih orijentacija u pitanju, kao i za postupke procene na nekliničkoj popula-

ciji. Prednosti ovog teoretskog i upitničkog modela su da naglašava razvojni pristup i nudi mogućnost sagledavanja porodice iz sistemske i ekosistemske perspektive. Omogućava značajan pomak od patocentrične pozicije ka porodičnom zdravlju i rezilijencna. Nudi dinamičnost i integrativnost. Posедуje zadovoljavajuću diskriminativnost. U pogledu ograničenja može se uočiti da i model i tehnika procene nisu dovoljno validirani. Instrument je u odnosu na druge tehnike procene braka i porodice preobiman. Raznovrsnost koncepata na kojima je zasnovan model postavlja zamku od eklekticiзма, umesto kritički oblikovane integracije.

Druga dva izložena modela se odlikuju dugom tradicijom primene u kliničkoj praksi i primenom u brojnim studijama.

Biversov model čini se adekvatnim za postupke kliničke procene porodičnog funkcionisanja i evaluacije efekata

porodične terapije, posebno kada je u pitanju distinkcija zdravo/patološko. Indikovani su u detekciji visoko rizičnih porodica (u smislu prevencije i terapije). Ograničenje se sastoji u tome da njegova primena na nekliničkoj populaciji do sada nije bila područje značajnijeg interesovanja i istraživanja.

Olsonov Cirkumpleksni model i četvrta revizija upitnika baziranog na njemu ostavlja utisak modela sa za sada najistaknutijim prednostima u pogledu heterogenosti populacije za koju je podesan, multidimenzionalne relevantnosti porodičnih koncepata na kojima je baziran i samim tim širokog dijapazona primene modela u odnosu na postavljene ciljeve procene. Dakle, to što poseduje širok dijapazon i mogućnost primene u dijagnostici porodica, proceni psihoterapijskih efekata i u istraživanjima, čini ga podesnim i dalje mu prioritet u odnosu na druge porodične modele i instrumente procene porodice.

MODELS OF FAMILY FUNCTIONING – NEWS, RECOMMENDATIONS, POSSIBILITIES AND LIMITATIONS

Jasmina Barišić¹
Snežana Svetozarević²
Dragana Duišin¹

- 1 Clinic for Psychiatry, Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia
- 2 Institute of mental health, Belgrade, Serbia

Summary

Contemporary trends in society partially make the term and importance of family relative for individuals and society. Clinical practice experience still indicates a significant role of family in treating and rehabilitating the persons from clinical population, regardless to the type of problem or disorder that brought them to the treatment. Family participation at empiric level showed as an important efficiency determinant of therapy process and rehabilitation procedures.

Assessment of the importance of family as an intermediary factor in the applied course of treatment, when mental disorders are in question, is a complex process with a string of advantages but also with significant preconditions and limitations in creation of research studies.

The work shows three models with a long tradition of use in clinical practice and the numerous studies with a goal of testing the metric characteristics of instruments for evaluation of family functioning based on those models. They are The Circumplex Model by David Olson and Beaver's Systems Model of Family Functioning. The third model included in display is Harvey Skinner's Process Model of Family Functioning, the only one that actually provides a multi-dimensional assessment of family functioning in a systematic way and acknowledges the significance of subjective evaluation of family context.

Analysis of the logical-epistemological and the metric characteristics of the presented models clearly suggest that it is necessary to define basic assumptions at choosing of a model, which are: a) for which population are they intended (clinical or non-clinical), b) which specific aspects of family functioning are in the focus of interest (communications, closeness, roles,...) and c) what is the purpose in applying of a model (diagnostics, research, education, predicting).

Upon the mentioned model analysis, the Beaver's model seems adequate for clinical assessment procedures of family functioning and evaluation of the effects of family treatment, especially in distinction between healthy and pathological. The Skinner's model is applicable for researching purposes, mainly regarding evaluation of the effects of system orientation psychotherapy, and certainly for assessment of non-clinical population. Olson's model it seems to be equally appropriate technique, regardless to the characteristics of population, relevant family concepts and purpose of applying of a model or the instrument based on it.

Key words: family; models, family, functioning, FACES

Literatura:

1. Marley J.A. Family involvement in treating Sch, model, essential skills, and process, The Haworth Klinical Practice Press; 2004.
2. Mitić M, Tenjović L, Barišić J, Svetozarević S. Možemo li izmeriti porodicu? U: Psihologija u Srbiji – vizija i realnosti. Knjiga rezimea [apstrakt]. 57, naučno-stručni skup psihologa Srbije; 27.-30. maj 2009; Palić, Srbija. Beograd: Centar za primenenu psihologiju; 2009.
3. National Institute of Mental Health (NIMH). National Institute of Mental Health international scientific conference on the role of families in preventing and adapting to HIV/AIDS. 19 – 22 July 2005 [cited 2005 July 7]. Available from: <http://www.nimh.nih.gov/scientificmeetings/hivaids2005.cfm>
4. Mitić M. Terapija alkoholizma, proces i efekti – Evaluacija porodične terapije alkoholizma [magistarska teza]. Univerzitet u Beogradu: Filozofski fakultet; 1988. str.16.
5. Berger J. Socijalnopsiholoski model porodice, Savetovaliste za brak i porodicu, Beograd; 1987.
6. Popović V. Klinička procena. U: Berger J, Mitić M, redaktori. Uvod u kliničku psihologiju. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju; 2007. str.123-146.
7. Olson DH. Family Satisfaction Scale. Minneapolis (MN): Life Innovations; 1995.
8. L'Abate L. Family psychology: Theory, Therapy and Training. Washington (DC): University Press of America; 2003.
9. Epstein NB, DS Bishop, Baldwin LM. 1984. McMaster Model of Family Functioning. In: Olson DH, Miller PM, editors. Family Studies Review Yearbook, Volume 2. New Delhi: Sage Publications; 1984.
10. CoŦar B, Arikan Z, KoÇal HŦÇyikmaz N, ÇepŦk Kuruodlu A, Selçuk Candansayar S, IŦik E, et al. Different family functioning perceptions of parents and children in alcoholic families. Turkey Gazi Med J 1996; 7:119-122.
11. Barry K, Fleming M. Family cohesion, expressiveness, and conflict in alcoholic families. Br J Addict 1990; 85:81-87.
12. Fuller BE, Chermack ST, Cruise KA, Zucker RA, Fitzgerald HE. Predictors of childhood aggression across three generations: An examination of family history of aggression, alcoholism, and parenting practices. J Stud Alcohol 2003; 64(4):472-483.
13. Kendler KS, Prescott CA. Genes, Environment and Psychopathology: Understanding the Causes of Psychiatric and Substance Use Disorders. Boston (MA): Guilford Press; 2006.
14. Olson DH. FACES IV Manual. Minneapolis (MN): Life Innovations; 2008.
15. Beavers WR, Hampson RB, Hulgus YF. Beavers Systems Model Manual. Dallas (TX): Southwest Family Institute; 1990.
16. Skinner HA, Steinhauer PD, Santa-Barbara. FAM III Manual. Toronto (ON): Multi-Health Systems; 1983.
17. Skinner HA, Steinhauer PD, Sitarenios G. Family Assessment Measure (FAM) and Process Model of Family Functioning. J Fam Ther 2000; 22: 190-210.
18. Olson DH, Sprenkle DH, Russell C. Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. Fam Process 1979; 18: 3-28.
19. Kouneski E . Circumplex model and FACES: Review of literature; 2001. Available at: www.faces-IV.com.
20. Olson DH. Circumplex Model of Family Systems. J Fam Ther 2000; 22(2): 144-167.
21. Thomas V, Olson DH. Problem families and the Circumplex Model: Observational assessment using the Clinical Rating Scale (CRS). Journal of Marital & Family Therapy 1993; 19: 159-175.
22. Thomas V, Lewis RA. Observational couple assessment: A cross-model comparison. J Fam Ther 1999; 21: 78-95.
23. Baumrind D. Parenting styles and adolescent development. In: Brooks-Gunn J, Lerner R, Petersen AC, editors. *The encyclopedia on adolescence*. New York: Garland; 1991. pp. 746-758.
24. Beavers WR, Hampson RB. Measuring Family Competence: The Beavers Systems Model. In: Walsh F, editor. *Normal Family Processes*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 1993.

Jasmina Barišić
Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije
Pasterova 2, 11000 Beograd
Tel. + 381 11 366-21-10
Fax. + 381 11 264-55-43
jasminabarisic@yahoo.com

PRAVNO MEDICINSKI ASPEKTI PROBLEMATIKE ZAVEŠTANJA

Aleksa Milošević¹
Emilija Stanković²
Bogdan Janković²

UDK: 347.67:340.66

- 1 Fond za penzijsko i invalidsko osiguranje Srbije, Beograd, Srbija
- 2 Pravni fakultet, Univerzitet u Kragujevcu, Kragujevac, Srbija

UVOD

Zakon o nasleđivanju reguliše nasleđivanje kao pravni institut, kojim se određuje šta biva sa imovinom jednog lica nakon njegove smrti. Još je rimski pravnik Julijan rekao: «Ništa drugo nije nasleđivanje do preuzimanje svih prava koja su pripadala pokojniku». Nasleđivanje je pravo poprište i naučno područje na kome se susreću i opšta i posebna načela prava [1]. Zbilja, u antičkim pravima, kao i u modernim, za razumevanje i rešavanje pitanja nasleđivanja, pored poznavanja pravila zakonskog i testamentarnog, neophodno je i znanje porodičnog, obligacionog, stvarnog, procesualnog i statusnog prava. Moderna prava nasleđivanju daju imovinski karakter, a najčešće ga određuju kao sle-

Kratak sadržaj

Procena nečije sposobnosti za vršenje pravnih poslova zavisi od konkretnog pravnog posla, njegove složenosti i težine. O takozvanim objektivnim okolnostima u vezi sa ovim poslom valja imati sve nužne podatke. Iz ovog rada se vidi da nijednom parametru ne možemo dati apsolutan prioritet. Važna je medicinska dokumentacija, važna je dijagnoza, važni su i aspekti karaktera ličnosti, ali je i jako važna i motivacija, zbog čega testator ostavlja određenom zaveštaniku svoju imovinu. Dakle, važni su svi navedeni kriterijumi prema kojima se opredeljujemo za naše završno mišljenje. Međutim, ono što nikada ne smemo zaboraviti je to da se svaki slučaj mora individualno ceniti i analizirati, uz neophodnu fleksibilnost i svestranost procene veštaka - psihijatra, a sve zasnovano na valjanoj argumentaciji.

Ključne reči: testatorska sposobnost, zaveštanje

dovanje u pravne odnose umrlog, [2] ili kao prelaženje imovine umrlog na druga lica [3]. Postoje dva osnova za nasleđivanje: zakon i testament. Testament je jači osnov za nasleđivanje, što na prvi pogled može izazivati čuđenje. Ipak, testamentarno nasleđivanje ima veliki značaj u svim savremenim pravima jer predstavlja izraz poštovanja autonomije volje kojom se titularu određenih prava, a pre svega prava svojine, daje mogućnost da svojom voljom odredi sudbinu građanskih prava nakon svoje smrti (*post mortem*).

Shodno rečenom nameće se važnost pitanja određivanja sposobnosti testatora za sačinjavanje testamenta.

Psihijatrijski problemi veštačenja sposobnosti testatora mogu se podeliti na one koje proizilaze iz prava odnosno

zakonskih propisa i na one koje proizilaze iz prirode psihijatrijske struke. Prvo pitanje se odnosi na životno doba. Drugo pitanje koje takođe proizilazi iz zakona, jest da je za pravljenje testamenta potrebna "specifična poslovna sposobnost" koja se razlikuje od opšte poslovne sposobnosti. To znači, da osoba kojoj je delimično oduzeta poslovna sposobnost ne može učiniti svaki pravni akt, ali postoji mogućnost da uprkos tome može učiniti testament.

Svaka država svojim pravnim sistemom određuje izvesne uslove pravnim subjektima vezano za pravnu relevantnost njihovih izjava volja prilikom pravljenja testamenta. Ti uslovi se dele na objektivne i subjektivne [2]. Kada je o subjektivnim uslovima reč, savremena prava imaju jedinstven stav, po njima, to je sposobnost za rasuđivanje, koja podrazumeva sposobnost pravnog subjekta da shvati stvarni i pravni značaj svoje izjave volje [4]. Što se pak objektivnih uslova tiče, oni podrazumevaju starosnu granicu, pravi se jasna razlika između poslovne i testamentarne sposobnosti. Za poslovnu sposobnost ta granica je po pravilu od 18 do 21 godine, dok se za sposobnost za pravljenje testamenta po pravilu postavlja nešto niža starosna granica [2]. Ova razlika ima svoje opravdanje. Naime, postoji veća potreba zaštite pravnih subjekata u njihovim poslovima za života (*inter vivos*), neko u onima nakon smrti (*mortis causa*). Ovo stoga što je za aktivnu testamentarnu sposobnost dovoljna, a time i potrebna samo emocionalna zrelost. Pored toga testament je opoziv pravni posao za razliku od poslova *inter vivos* koji to nisu. Uvažavajući ove razloge i našim Zakonom o nasleđivanju predviđeno je da se testamentarna sposobnost stiče sa navr-

šenih 15 godina, dok se poslovna sposobnost stiče sa 18 godina. Ipak, kao posebno pitanje se postavlja pitanje kako lišenje poslovne sposobnosti jednog lica utiče na aktivnu zaveštajnu sposobnost. U ovakvim slučajevima se smatra da lice lišeno poslovne sposobnosti ne može praviti testament, jer za to nije sposobno. Testament lica koje je izgubilo sposobnost za rasuđivanje nakon što ga je sačinilo zadržava punovažnost. Samo izuzetno zbog bitno izmenjenih prilika sud može na zahtev zainteresovanih lica, staviti van snage pojedine odredbe testamenta ili ceo testament ukoliko testator to nije mogao da učini zbog gubitka sposobnosti za rasuđivanje, a u roku od tri godine od dana proglašenja testamenta [5]. Obaranje testamenta se može zahtevati i u slučajevima kada ga je sačinilo lice starije od 15 godina, ali je nesposobno za rasuđivanje, a pri tom nije lišeno poslovne sposobnosti [5]. Ukoliko je pak testament sačinilo lice mlađe od 15 godina ili lice koje je navršilo 15 godina, nesposobno za rasuđivanje i lišeno poslovne sposobnosti, tada je testament apsolutno ništav [5].

O pravnim aspektima oporuke (testamenta, zaveštanja)

Testament je lična, formalna, poslednja izjava volje, kojom neko lice određuje šta će biti sa njegovom imovinom nakon njegove smrti [6]. Reč je o jednostranom pravnom poslu koji deluje *mortis causa*.

Testament predstavlja zakonom uređeni oblik jednostrane, strogo lične i opozive izjave volje za to sposobnog lica, kojom ono određuje raspodelu svoje imovine posle svoje smrti, i eventualno,

daje druge izjave volje i naredbe u vezi sa svojom smrću [2].

Lični karakter testamenta znači da u ovom pravnom poslu nije moguće zastupanje. U današnjem pravu moguće je čak i sklapanje braka uz učešće zastupnika jednog od supružnika.

Testament proizvodi vrlo važne i dalekosežne posledice za određeni broj imovinskih prava, kao i za određeni krug lica. Zbog toga je to formalna izjava volje usmerena na postizanje nasledno-pravnog efekta, koja je data u određenoj formi predviđenoj za testament.

U formalnom smislu testament je svaka izjava volje uperena na postizanje nekog nasledno-pravnog efekta (bilo cega što može činiti sadržinu testamenta), u zakonom utvrđenom obliku (formi) testamenta [2].

U materijalnom smislu, dequjus (*de cuius*) može imati samo jedan testament, to je poslednja volja ostavioca. Da je reč o "poslednjoj izjavi volje", treba razumeti tako, da ako ima više takvih izjava, punovažna će biti jedino poslednja. Svaki sledeći testament ništi prethodni. Sud mora odlučiti, odnosno ustanoviti šta je poslednja volja ostavioca, a to čini razmatrajući sve postojeće sačinjene testamente. To, da se testamentom određuje šta će se dogoditi sa imovinom nakon smrti, tekovina je klasičnog rimskog prava, a tako je i u savremenim pravima.

Rimsko pravo je poznavalo testament, pri čemu je poštovano načelo da je imenovanje naslednika glava i temelj testamenta (*Institutio eredis est caput et fundamentum testamenti*), što znači da je bilo obavezno imenovanje univerzalnog sukcesora. Bez imenovanja univerzalnog sukcesora nije bilo testamenta. Pored te odredbe testament je mogao sa-

držati i neke druge odredbe, kao što su određivanje singularnih sukcesora, klauzule o oslobađanju robova, načinu sahrane, izjave o priznanju ili oprostaju duga, priznanje vanbračnog očinstva i dr. Te odredbe činile su sdržaj tzv. kodicila, koji je imao pravnu snagu samo uz testament [7]. Ovo razlikovanje na testament i kodicil, kako u pogledu njihovog pravnog dejstva, tako i njihovog pravnog odnosa, nestalo je u savremenim pravima. To se dogodilo i u našem pravnom sistemu. Da bi testament bio punovažan nije više neophodno i obavezno imenovanje univerzalnog sukcesora.

Pravna priroda testamenta

Pravnu prirodu zaveštanja čine njegove osobine kao pravnog posla.

To je pravni posao *mortis causa*, što znači da sva njegova pravna dejstva nastupaju posle smrti zaveštaoca. Reč je o *dobročinom (lukrativnom)* pravnom poslu gde jedna strana dobija korist, a za to ne daje nikakvu protivvrednost. Čak i kada se nalažu neki tereti naslednicima isključivo se radi o preraspodeli koristi.

Jednostrani je pravni posao. Svi jednostrani pravni poslovi nastaju i proizvode pravna dejstva izjavom samo jedne volje. U ovom slučaju to je izjava volje zaveštaoca. Svaki uticaj koji predstavlja manu u zaveštaočevoj volji vodi ništavosti, odnosno rušljivosti testamenta.

Strogo lični pravni posao. U savremenim pravima pravni poslovi mogu biti zaključeni i preko punomoćnika. Čak je i sklapanje braka moguće uz učešće zastupnika jednog od supružnika. Ovo je pravni posao kod koga je isključeno svako zastupanje.

Formalni pravni posao. Formalni pravni poslovi su punovažni samo ukoliko su zaključeni u zakonom propisanim obliku (formi). Ispunjenje testamentarne forme, koja je izričito propisana zakonom, bitan je sastojak tog pravnog posla, reč je o *forma ad solemnitatem*.

Jednostrano-opoziv pravni posao. Zaveštilac može uvek izmeniti i opozvati testament, sve dok je sposoban da sačini zaveštanje.

Namera za sačinjavanje testamenta (animus testandi)

Da bi se zaključio punovažni pravni posao potrebno je postojanje pravno relevantne volje određenog subjekta prava da preduzme određene pravne radnje, kao i svest tog subjekta o posledicama tih radnji, ali i uslova za njihovo preduzimanje. Sve ono što se kao uslov za volju subjekata koja zaključuju određeni pravni posao zaključuju traži se i prilikom pravljenja testamenta, koji je takođe pravni posao. Prilikom zaključenja ugovora stranke moraju imati nameru da ugovor zaključe, tj (*animus contrahendi*). Kada je reč o sačinjavanju testamenta govorimo o volji, odnosno nameri da se testament sačini (*animus testandi*).

Zaveštaočeva namera za sačinjavanje zaveštanja mora biti određena i bezuslovna [5]. Zaveštaočeva namera da na određeni način izvrši raspored svoje zaostavštine mora biti iskazana tako da se iz date izjave jasno vidi šta će kome pripasti iz zaostavštine. Da bi zaveštanje bilo pravno valjano, zaveštaočeva namera treba da bude iskazana ili kao potpuno određena ili kao određiva.

Rušljivo je zaveštanje lica koje je u trenutku njegovog sačinjavanja bilo nesposobno za rasuđivanje [5].

Ova zakonska odredba se može primeniti samo na lica koja su u vreme kada su sačinjavala testament bila navršila 15 godina života, nisu bila potpuno lišena poslovne sposobnosti, a u momentu sačinjavanja zaveštanja su bila nesposobna za rasuđivanje. Nesposobnost za rasuđivanje može biti trajna (posledice zaostalog duševnog razvoja, duševne bolesti ili staračke izlapelosti). Trajno nesposobna lica za rasuđivanje obično su potpuno lišena poslovne sposobnosti. Ipak, ima dosta slučajeva kada ova lica nisu potpuno lišena poslovne sposobnosti. Kada ovakvo lice sačini testament pre donošenja rešenja o potpunom lišenju poslovne sposobnosti, na takvo zaveštanje se primenjuju odredbe Čl. 166 Zakona. Ukoliko ovakvo lice sačini zaveštanje nakon donošenja rešenja o potpunom lišenju poslovne sposobnosti primeniće se Čl. 156 Zakona. Naročitu treba obratiti pažnju na nesposobnost za rasuđivanje zbog staračke izlapelosti.

Nesposobnost za rasuđivanje može biti privremena, kao posledica upotrebe alkohola ili droge. Zaveštanje sačinjeno u ovakvom stanju smatar se rušljivim, pa će se primeniti Čl. 166 Zakona. Pri tom je potpuno nebitno zbog čega je zaveštalac postao privremeno nesposoban za rasuđivanje. Sud ima dužnost jedino da utvrdi činjenice vezane za postojanje, odnosno nepostojanje sposobnosti za rasuđivanje u momentu sačinjavanja zaveštanja.

Odredba Čl. 166 Zakona primenjuje se i na lica koja su delimično lišena poslovne sposobnosti. Pri utvrđivanju i oceni sposobnosti za rasuđivanje ovih lica mora se postupati veoma oprezno.

Delimično lišenje poslovne sposobnosti ne znači da je bilo nesposobno za rasuđivanje u momentu kada je sačinjavalo testament. U ovakvim situacijama neophodna je detaljna analiza rešenja kojim je lice delimično lišeno poslovne sposobnosti, da bi se utvrdilo u čemu je ograničena njegova poslovna sposobnost i zbog čega.

Sposobnost zaveštanja u svetl u sledećih pojmovu

Neumestan uticaj

Ako je nedostatak sposobnosti za sačinjavanje oporuke dokazan, cela oporuka ili kodicil su nevalidni; a ako je podložnosti neumesnom uticaju dokazana, oni delovi oporuke ili kodicila koji su rezultat, ili se ne mogu razdvojiti od rezultata toga uticaja, postaju nevalidni.

Sušтина neprimernog (neumesnog uticaja) koje bi poništavalo testament je u tome da želje osobe (ili osoba u čiju se korist pravi testament) zamenjuju ili preovlađuju nad željama osobe koja pravi testament. Drugim rečima neprimeran (neumestan) uticaj razara slobodnu volju davaoca testamenta i zamenjuje je željom i voljom osobe u čiju se korist testament piše.

Lucidni intervali (svetli periodi)

Pojam lucidnih intervala (svetli periodi) koristi se kao odbrana testamenta koji se osporava, jer se zna da je oporučitelj tokom izvesnog vremena bio ozbiljno pogoden demencijom, mentalnom bolešću ili nekim teškim somatskim oboljenjem.

Lucidni intervali (svetli periodi), predstavljaju intervale koji se pojavljuju u mentalnom životu bolesne osobe, tokom kojih je ona potpuno sposobna za

korišćenje razuma, toliko sposobna da poseduje dovoljno inteligencije, volje i rasuđivanja da stupi u ugovorne odnose ili da izvrši druge zakonske akte, a da ne bude proglašena nesposobnom zbog svoje bolesti.

U vezi sa testamentima, vremenski period tokom kojih bolesnik doživi obnavljanje svojih sposobnosti je dovoljno dug da mu omogući da sudi o svom postupku.

Psihijatri koji se bave starim licima (gerijatrijom) uopšteno su saglasni sa tvrdnjom da pacijenti u poodmaklim stadijumima Alchajmerovom bolesti nemaju sposobnost za lucidne intervale, dok se kod pacijenta sa vaskularnom demencijom i kod onih koji su u ranim fazama Alchajmerove bolesti *pojavljuju* kolebanja u mentalnim sposobnostima.

Sumanutost

Sud je naročito zainteresovan za slučajeve sumanutosti gde zaveštalac može da izgleda sasvim zdravo osobama koje nisu psihijatri. Definicija sumanutosti glasi: "Pogrešno ubeđenje koje nema razumnu osnovu, ne može se ukloniti razumnim razlozima i koje rezultat mentalnog poremećaja" [8]. Vrhovni sud Njujorka definiše sumanutost ovako: "Ako osoba uporno veruje u neke navodne činjenice, koje ne postoje nigde osim u njenoj izopačenoj mašti, koje su protiv svake realnosti i verovatnoće, a koja ma kako se logično ponašala u drugim okolnostima, veruje u njihovo postojanje mora smatrati da je u stanju sumanutosti, odnosno umobolna" [9].

Takva osoba je uglavnom umobolna u vezi predmeta svoje deluzije mada u svemu ostalom može da izgleda da deluje i govori kao razumna osoba. Da bi se

osporio testament na osnovu sumanutosti potrebno je da se dokaže ne samo da je zaveštalac patio od sumanutosti, već i da je testament rezultat iste.

Osporavanje testamenta

Razvoj zakona o testamentima svedoči da je preovlađivao pogled da pojedinac ima pravo da sam odluči šta će uraditi sa svojom imovinom. Osoba koja ostavlja testament mora biti "zdravog razuma", što znači da mora biti svesna zakonske i obavezujuće prirode testamenta, te razumeti lične, zakonske, društvene i finansijske posledice.

Uslovi za punovažnost testamenta su:

1. da je zaveštalac bio sposoban za testiranje,
2. da je izražena ozbiljna i slobodna volja,
3. da je testament sačinjen u određenoj formi,
4. da je predmet testamenta moguć, dozvoljen i odrediv;
5. da je dopušten osnov (razlog) testiranja.

Postoji izvestan broj uslova koji mogu da obespravosnaže testament, a jedan od njih je mentalno stanje zaveštaoca.

Veštačenje sposobnosti sačinjavanja testamenta

Veštak se suočava sa tri mogućnosti:

- 1) Nema nikakve sumnje u duševno zdravlje i sposobnost za sačinjavanje testamenta.
- 2) Druga je mogućnost da testator ispoljava znake duševne poremećenosti, duševnog oboljenja ili tezeg ostecenja inteligencije. Često je u pitanju demencija (izlupelost).

Pored mentalne bolesti per se, jako su važni aspekti karaktera i ličnosti koji ne ukazuju na postojanje patologije: npr. generalno je teže ukazati na postojanje neumesnog uticaja ako je zaveštalac inteligentan i ima snažan nezavisan karakter nego ako je zaveštalac glup i ima pasivniji, popustljiv/labilan karakter.

3) Najveće teškoće i najčešći razlog za neslaganje među veštacima predstavlja ocena testatorske sposobnosti kod prividno duševno zdravih osoba koje su iznurene nekim teškim telesnim oboljenjem.

Veštačenje testamenta se mogu obavljati na dva načina:

1. U vreme sačinjavanja testamenta
2. Posle smrti testatora

Razumljivo je samo po sebi da se psihijatrijska veštačenja testatorske sposobnosti u vreme sačinjavanja testamenta zasnivaju na neposrednom psihijatrijskom pregledu testatora. Dužnost veštaka lekara (uglavnom psihijatra) da savešno pregleda testatora, a zatim pismeno ili zapisnički da nalaz o njegovom duševnom stanju, kao i zaključak od kakovog je uticaja to duševno stanje na testatorsku sposobnost. Ovaj pregled ne treba vršiti pred strankama, ali sudija može biti prisutan [10].

Kvalitet psihijatrijskog mišljenja, u bilo kojoj ekspertizi, zavisi od kvaliteta podataka upotrebljenih pri formiranju istog.

Klinički razgovor je kamen temeljac istovremene procene zaveštaoca (njegove kompetencije za zaveštanje). Pošto je dato relevantno pitanje mentalna sposobnost (kapacitet) zaveštaoca i odsustvo neumesnog uticaja u samom momentu izvršenja dokumenta, ovaj razgovor treba da bude vođen što je moguće

bliže ovom trenutku. Što više vremena protekne između razgovora i momenta izvršenja, veći je rizik od međuvremene promene u mentalnom statusu i veštakova procena gubi na težini kod onoga ko proverava činjenice (npr. sudije ili porote). Preporučuje se pomoć standardizovanih instrumenata. Takođe je potreban i neophodan detaljni somatski pregled.

Ukoliko se traži veštačenje testatorske sposobnosti posle smrti testatora, tada se ono obavlja na osnovu podataka iz sudskog spisa. Od svih podataka, najvažnija je medicinska dokumentacija, ali ona često nedostaje, pa se zaključak mora donositi na osnovu saslušanja svedoka, uključujući tu i sudiju koji je sačinio testament i u tom svojstvu bio obavezan da se, koliko je to laiku dostupno i moguće, uveri u psihičku sposobnost zaveštaoca da slobodno izrazi svoju volju [10].

Jedna oblast koja naročito mora biti istražena od sudskog psihijatra je istorija bolesti. Ako je zaveštalac imao ozbiljne bolesti i/ili hospitalizacije (prvenstveno se misli na maligne, kardiovaskularne, degenerativne i sl.), psihijatar mora obaviti razgovor sa lekarom i koristiti medicinske zapise. Dakle, savremena medicina i psihijatrija usvajaju holistički princip, zbog opšte usvojenog stava da su telo i duša međusobno povezani, pa svako iole teže oštećenje utiče na psihi, a i obrnuto, psihičko stanje ima nesumnjiv odraz na opšte funkcionisanje organizma.

Kod hroničnih bolesti, psihičke izmene su mnogo složenije, često izrazitije, ali ponekad manje primetne. Pri tome kod njih, razum i inteligencija mogu biti sasvim dobro očuvani, ali teška bolest oštećuje manje ili više, sposobnost volj-

nog odlučivanja, te oni postaju povišeno sugestibilni, pogotovo prema osobama koje ih neposredno neguju i uslužuju i od kojih su potpuno zavisne.

Elementi i kriterijumi pri proceni sposobnosti zaveštavanja

U psihijatriji je rasuđivanje dosta širok i pomalo neprecizan pojam koji se primenjuje na kvalitet svake intelektualne aktivnosti sagledane sa stanovišta razuma. Tako shvaćeno, rasuđivanje je najviša i najsloženija intelektualna aktivnost, koja predstavlja kompozit percepcije, mišljenja i pamćenja. Međutim, o očuvanosti rasuđivanja se može govoriti tek ukoliko su očuvane i egzekutivne funkcije.

Egzekutivne funkcije su kognitivne i bihevioralne sposobnosti višeg reda [11]. Sam termin "egzekutivne", znači izvršne, a u ovom kontekstu se odnosi na one funkcije koje se nalaze na najvišem nivou u kognitivnoj hijerarhiji. U nastojanju da preciznije odrede psihološki sadržaj egzekutivnih funkcija autori im dodeljuju nadređenu poziciju u hijerarhijskoj organizaciji kognicije uopšte, podrazumevajući pod njima sposobnost rasuđivanja, donošenja odluke, planiranja i socijalne adaptacije. Egzekutivne funkcije su *sposobnosti koje omogućavaju uspešno angažovanje u nezavisnom, svrhovitom, samostalnom ponašanju*. Najviši su oblik ljudske aktivnosti koji omogućava osobi da uspešno organizuje samostalno i svrsishodno ponašanje. Četiri komponente egzekutivnih funkcija su: volja, planiranje, svrsishodna akcija i efikasno sprovođenje aktivnosti. Volja je, dakle, proces određivanja ciljeva, želja i potreba i njihovog konceptualnog ostvarivanja. Drugim re-

čima, to je proces formulacija namera u skladu sa subjektivim potrebama i željama i osmišljavanje njihove realizacije u budućnosti. Obuhvata motivaciju, sposobnost pokretanja određene aktivnosti uz uvid u sopstvene psihološko-fizičke kapacitete, kao i odnose sa okolinom. Klinički korelat kompromitovane volje čine apatija, nepotpun doživljaj o sopstvenoj jedinstvenosti, otežano pokretanje neke aktivnosti bez spoljne stimulacije, otežano izvršavanje aktivnosti bez instrukcija, pasivnost i povlačenje. Iz prethodno navedenog proizilazi problem motiva, koji je od kapitalne važnosti, za tumačenje "prave namere oporučitelja". Često se zamenjuje motiv neke radnje sa svrhom, ali psihološki to treba razlikovati. Radnja je sredstvo za postizanje svrhe, koja je koncentrisana u cilju. Motiv je pobuda koja pokreće radnju i motiviše svrhu. O svrsi se odgovara na pitanje: Što?, a o motivima na pitanje: Zašto? Motiv je ono što nekoga po njegovoj naravi podstiče na određeni voljni akt. Odluka je konačni rezultat izbora motiva.

Procena motivacije nije ista kod živog testatora, i kod procene post mortem, samo na osnovu medicinske dokumentacije i izjava svedoka. Naravno; mnogo teže je ovo utvrditi u drugom slučaju.

Nadalje, postojanje duševne bolesti (psihoze) ili telesne bolesti samo po sebi ne isključuje i diskvalifikuje čoveka u pogledu testatorske sposobnosti. Ali, smetnja nastaje ako testator ima pogrešnu procenu o svojoj imovini i licima kojima je ostavlja.

Svoje mišljenje o sposobnosti testatora za oporuku, prema Sušiću [12], treba usmeriti prema odgovorima na sledeća pitanja:

1. Kakvo je duševno stanje oporučitelja u vreme sastava oporuke i koja je vrsta i narav eventualnog duševnog poremećaja?

2. Koji i kakvi su motivi uticali na testatora, na njegovu odluku i njegovo opredeljenje kod pravljenja testamenta?

3. Kako je testator poznavao i prosuđivao stvarno i pravno značenje svoje oporuke, a u specijalnom slučaju, kako je postupao prema svojim nužnim naslednicima?

Spar i Garb [13] navode da se elementi sposobnosti zaveštanja mogu proceniti direktno tražeći od zaveštaoca da:

1. Opiše svoju imovinu, sa što je moguće više detalja.

2. Artikuliše svoje razumevanje oporuke ili kodicila.

3. Opiše i objasni ko su ljudi koji su imenovani, navedeni i u kakvoj se vezi nalaze sa testatorom.

4. Procena prisećanja, memorije, prepoznavanja (bez asistencije).

Zaveštajna sposobnost zahteva sposobnost zaveštaoca da razume i ima na umu (u uopštenom smislu) prirodu i situaciju svoje imovine i svojih veza sa onim osobama koje bi prirodno imale pravo da zahtevaju da ih se ta osoba seća (uključiti u krug potencijalnih naslednika).

Izjašnjavanje sudskopsihijatrijskog eksperta po pitanju testatorske sposobnosti

Da bi zadovoljio sud, za svedočenje eksperta mora se ustanoviti da prava ekspertiza postoji u oblasti predloženog svedočenja, da svedok ima legitiman zahtev za takvu ekspertizu i da je takva ekspertiza potrebna u cilju dolaska do svedokovih zaključaka. Veštak treba da-

ti svoj nalaz i mišljenje u skladu sa psihijatrijskom naukom, stručno i savesno, imajući u vidu značajne i dalekosežne pravne i društvene posledice koje proističu iz veštačenja za osobu koja se veštači, a i za druge zainteresovane osobe. On treba poznavati svoju ulogu i granice, treba biti objektivan i nepristrasan. Posve je razumljivo nastojanje i težnja suda da vestak bude sto više decidan u zaključcima svoga veštačenja. Ali za razliku od sudije, veštak je u tom pogledu u povoljnijem položaju, jer ima više alternativa.

U principu se veštak može izjasniti na tri načina:

1. Da je njegov nalaz manje ili više verovatan.

2. U izuzetnim slučajevima pri nesigurnom, ili dvojbenom nalazu, može dati non-liquet mišljenje/što znači da slučaj nije jasan.

3. Alternativno mišljenje koje dopušta ovakav ili onakav zaključak. Ovakvo mišljenje veštaka, ne može pobiti testatorski akt, kako navodi Turčin [14].

Ako zaveštalac ispuni kriterijume za psihijatrijsku dijagnozu, ali sačuva/zadrži sposobnost zaveštanja, ekspertu se savetuje da pojasni razliku između te dijagnoze per se i zaveštaoćevog nivoa funkcionisanja. Ovakvo svedočenje se preporučuje da bi se nadomestila pogrešna opšte prihvaćena pretpostavka da izvesni uslovi (npr neka teška psihija-

trijska ili telesna bolest) automatski čine svoje žrtve nekompetentnim za donošenje bilo kakvih odluka.

Medicinski aspekti problematike

Prema Turčinu [14] stanja koja nesumnjivo isključuju sposobnost rasuđivanja su: uznapredovali organski psihosindromi (demencije), teže duševne bolesti (psihoze), teže duševne zaostalosti, aktuelne smetnje svesti i alkoholisana stanja. I dalje; svakom psihijatru koji veštači, poznato je da "jasnih" slučajeva i nema tako mnogo, da ima više onih sa graničnog područja, pa su onda i moguća pomicanja ili prema sposobnosti ili prema nesposobnosti za rasuđivanje. Isti autor dalje navodi da pitanje svesti, a samim tim i sposobnosti za zaveštanje se sve češće susreće i u vezi sa malignim tumorima.

U svakom slučaju osobe koje sačinjavaju testamente su ličnosti starijeg životnog doba, a to predstavlja vrlo osetljiv i kritičan period; period kad normalne telesne funkcije postepeno slabe, što u svakom slučaju može imati reperkusije na mentalnu sposobnost, a samim tim i sposobnost donošenja pravovaljanih odluka.

Vrlo je važno ponovo napomenuti: čovek je testatorski sposoban, dok se suprotno ne dokaže. Svaki slučaj se, dakle, mora individualno ceniti i analizirati.

LEGAL AND MEDICAL ASPECTS OF TESTAMENTARY DISPOSITION AND WILL

Aleksa Milošević¹
Emilija Stanković²
Bogdan Janković²

Summary

Testamentary disposition is of a great importance in modern legal systems. Because it is an expression of respect for will's autonomy by which the bearer of certain rights, especially property rights, voluntarily determinates the fate of those rights after his death (*mortis causa*). That is why the determination of ones ability to make a Will is the question of exceptional importance. This issue has its own legal and medical aspects. Legal, because it is necessary to respect the legal rules, that determinates the legal nature and whether the conditions to make a Will are fulfilled. At the same time here raises the problem of psychiatric evaluation of testator's ability to create a Will. Psychiatric problems can be viewed as those arising from the legislation and those that derive from the nature of the psychiatric profession. Therefore, we are talking about certain period in a lifetime in which Will could be made, and about "specific legal capability" different than „general legal capability”. Assessment of one's ability to carry out legal activities depends on the particular legal act and its complexity. It is also necessary to collect all the information about objective circumstances relating to this particular act. This paper shows that absolute priority could not be given to any of those parameters. Medical records, diagnosis, aspects of personality and character are important, and also motives for which testator leaves his properties to specific person are of the great importance. It should be stressed that each case must be individually analyzed and valued, with an adequate evaluation of a psychiatric expert, and everything must be based on a valid argumentation.

Key words: testamentary disposition, will

- 1 Republic retirement and disability insurance fund, Belgrade, Serbia
- 2 Law faculty, University of Kragujevac, Kragujevac, Serbia

Literatura:

1. Bonfante, Corso di diritto romano, 1930, 78
2. Antić O: Nasledno pravo, Pravni fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, 2004
3. Marković S, Nasledno pravo, Beograd, 1981
4. Blagojević B, Antić O, nav. Delo, 270, Marković L, Nasledno pravo, Beograd, 1930, 187-190
5. Zakon o nasleđivanju Republike Srbije, Beograd, 1995.
6. Stanojević O, Stanković, E., Osnovni pravni institute, Pravni fakultet Univerziteta u Kragujevcu, 2008
7. Stanojević O, Rimsko pravo, Beograd, 2002
8. Marić J. i Lukić M: Pravna medicina, J. Marić, Beograd, 1998.
9. Ciccone JR.: Testamentary capacity and guardianship. Principles and practice of Forensic Psychiatry. Rosner, R.(ed). New York, Chapman and Hall, 1994
10. Šternić M: Sposobnost testatora u teškom somatskom stanju, rad saopšten na IV kongresu neuropsihijatarata Jugoslavije, Beograd, 1974.
11. Janković N, Jovanović A, Ličnost od normalnosti do abnormalnosti, Planeta print, Beograd, 2009
12. Sušić, Z: O sposobnosti za testiranje. Neuropsihijatrija, 1957; 5(1): 1-15
13. Spar I. E, and A. S. Garb, Assesing competency to make a will. American Journal of psychiatry, 1992;149:169-174.
14. Turčin R: Forenzička psihijatrija, u Kermanović, D. i sar.: Psihijatrija tom II, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb Svjetlost, Sarajevo, 1989

Aleksa Milošević
Republički fond za penzijsko
i invalidsko osiguranje
Dr Aleksandra Kostića 9, 11000 Beograd,

PERSONALNE KARAKTERISTIKE JUVENILNIH DELINKVENATA U OKVIRU PRAVNE REGULATIVE

Bogdan Janković

UDK: 616.89-008.444.64:613.86]:347.9

Pravni fakultet, Univerzitet u Kragujevcu,
Kragujevac, Srbija

UVOD

Za adekvatnu procenu stepena duševne razvijenosti, veoma su važne kognitivne i bihejviralne sposobnosti višeg reda, označene terminom egzekutivne funkcije [1]. One obuhvataju održavanje kognitivnog seta i ponašanja usmereno ka cilju, izbor strategije, inhibiciju netačnih odgovora, snalaženje u novim, nerutinski situacijama i prilagođavanje na promene okolini, primenu povratne sprege radi prilagođavanja budućih odgovora sposobnosti planiranja i predviđanja ishoda (kognitivna fleksibilnost). Izdvajaju se četiri komponente egzekutivnih funkcija: Volja, Planiranje, Svrshodna akcija i Efikasno sprovođenje aktivnosti. Egzekutivne funkcije su, dakle, sposobnosti koje omogućavaju uspešno angažovanje u nezavisnom, svrhovitom, samostalnom ponašanju. Nije retko da osobe sa razvijenim opštim intelektualnim sposobnostima budu neuspešne u

Kratak sadržaj

Procena maloletnih osoba koje su počinile krivično delo zahteva biopsihosocijalni pristup, to jest, utvrđivanje interakcije između socijalnih, psiholoških i bioloških vulnerabilnosti, uključujući precepirajuće događaje, interpersonalne interakcije, motivaciju, ciljeve i provokacije u konkretnom delu. Takođe, predmet procene je porodica maloletnika, sociokulturno okruženje, istorija eventualnih psihijatrijskih i medicinskih lečenja, kao i postojeće prethodnih sukoba sa zakonom. Ono što je od presudnog značaja za određivanje penalnih mera, osim težine krivičnog dela, i načina na koji je izvedeno, je i stepen sveukupne duševne razvijenosti juvenilnog delinkventa.

Cljučne reči: delikventno ponašanje, egzekutivne funkcije, ličnost

organizaciji i svrshodnosti ispoljenog ponašanja. To je naročito upadljivo kod osoba sa poremećajem ponašanja [2].

Agresivno/neprilagođeno ponašanje je između brojnih činilaca povezivano i sa prefrontalnim disfunkcijama to jest egzekutivnim sposobnostima. Istraživanjem, na uzorku muškog pola od 18 do 20 godina, sa poremećajima ponašanja, koji su imali istoriju agresivnih ili krivičnih dela, potvrđena je hipoteza da te osobe u manjoj meri imaju razvijene egzekutivne funkcije [3, 4]. Značaj ovog istraživanja je u pružanju argumenata za prihvatanje koncepta egzekutivnih funkcija, kao bitnog faktora delinkventnog ponašanja, ali i određivanja/obejktivizovanja stepena duševne razvijenosti, na čemu sud insistira [2]. Iz navedenog istraživanja se može zaključiti da maloletnike, sa delinkventnim ponašanjem, karakteriše lošija sposobnost određivanja cilja, želja i potreba njihovog kon-

ceptualnog ostvarivanja, slabija motivacija, sposobnost pokretanja. Oni teže definišu i organizuju elemente i redoslede radnji za sprovođenje neke aktivnosti koja vodi postizanju cilja, jer im nedostaju neophodni uslovi uspešnog planiranja kao što su dobra kontrola impulsa, dobar kapacitet održavanja pažnje i pamćenja. Osim toga, imaju problema u izvođenju planirane aktivnosti, u pokretanju, zaustavljanju ili izmeni pojedinih sekvenci ponašanja. Takođe, manifestuju teškoće u sposobnosti osmatranja, samokorekcije i regulacije kvalitativnih aspekata ponašanja. Maloletni delinkventni teže generalizuju iz vlastitog iskustva, pa im promiče suptilnost situacije, ne snalaze se u susretu sa problemima, i obično biraju jednostavna i /ili neprimerena rešenja, što ima konsekvencu na kvalitet njihovog opšteg funkcionisanja [2].

Veštaci, psihološko-psihijatrijske struke, na maloletnički sud se pozivaju radi procene verodostojnosti njihovih iskaza, procene duševnog zdravlja, profila ličnosti, uračunljivosti i utvrđivanja stepena duševnog razvoja u vreme činjenja dela. Sud je često zainteresovan i za mogući oblik intervencije koja bi smanjila mogućnost pojavljivanja sličnog ponašanja (repetitivnosti) u budućnosti.

Psihološko-psihijatrijsko procenjivanje maloletnika sa poremećenim ponašanjem počinje analizom samog ponašanja pre, u toku, i posle dela. Analiza očiglednih ciljeva i motivacija, svesnih i nesvesnih, ukazuje na određenu dozu predumišljaja i planiranja. Tako, maloletnici, koji pažljivo planiraju pljačku ili usmrte žrtvu zbog materijalne koristi, ispoljavaju izrazito različitu sliku od maloletnika, koji to isto učine po impulsiv-

nom tipu, kao odgovor na realno ili doživljeno ponižavanje/omalovažavanje i ugrožavanje.

Široko verovanje da su nasilni i agresivni maloletnici i odrasli zapravo žrtve nasilja u primarnoj porodici, naslanja se na podatke o porodičnom nasilju u kome je dete bilo žrtva fizičkog zlostavljanja ili čest posmatrač nasilja. Dakle, nasilje maloletnika se ne može proučavati van konteksta porodične dinamike i njenog uticaja na psihološko-biološko funkcionisanje, ali ni van šireg sociokulturnog konteksta. Posebno se izdvaja ponašanje maloletnika u grupi.

Potrebno je poznavanje fenomena funkcionisanja u grupi, a koji su često radikalno različiti od principa individualnog funkcionisanja. Osnova udruživanja u grupu je, najčešće, potreba za zao kruživanjem doživljaja identiteta, te osećanja pripadnosti i važnosti.

Iz tog razloga je nastojanje za grupnim pripadanjem izraženije kod onih, kod kojih su date potrebe sa manje uspeha zadovoljene u porodici: tj. kod maloletnika sa karakterističnim doživljajem prepuštenosti samom sebi, te manjkavim psihološkim investicijama roditelja i/ili manjkavim roditeljskim nadzorom.

Članovi grupe, stoga, čak i kada, prema pojedinačnim kvalitetima inteligencije nisu oštećeni, ni u značajnijoj meri sugestibilni, mogu postati lakoverni i povodljivi. Pripadnost grupi, dakle često pruža doživljaj važnosti i bitnosti. Još jedna od suštinskih karakteristika grupe je ujednačavanje članova u pogledu manifestnog ponašanja. Grupu, nadalje, odlikuje regresivnost, tj. usaglašavanje funkcionalnosti na nivou najniže funkcionalnog člana (zato se često kaže

da je grupa jaka onoliko koliko je jak njen najslabiji član.) Fenomen difuzije odgovornosti je, takođe, važan za razumevanje moralnosti grupe. Sa jedne strane, srećemo činove “visoke moralnosti”: predanost, lišavanje sebe u interesu drugog, potreba za “pravičnošću”. Sa druge strane, grupu istovremeno karakteriše vrlo nizak moralni nivo. Naime, nisu skloni da agresiju, kao iminentni oblik ljudskog postojanja, ispoljavaju izdvojeno i pojedinačno, jer se procenjuje da bi to bilo opasno. Fenomen difuzije odgovornosti, međutim, oslobađa lične, pojedinačne odgovornosti, i otuda upravo grupe ove životne dobi često učestvuju u agresivnim i antidruštvenim činovima, kada i izostaje promišljanje o posledicama. Oslanjajući se na Milonovu bio-psiho-socijalnu teoriju, moguće je identifikovati obrasce ličnosti, glavne oblasti manifestnih, ispoljenih problema i najvažnije kliničke sindrome kod maloletnika [5].

Sami maloletnici, navode lepezu problema koji ih uznemiravaju, a koji, pod određenim nepovoljnim razvojnim okolnostima, mogu da prerastu u neke od sledećih kliničkih sindroma:

1. **Teškoće uspostavljanja identiteta** – Konfuzni su oko toga ko su i šta žele. Nesigurni su u svoj identitet i nemaju jasnu predstavu o tome kakva osoba žele da budu. Zbog nedostatka jasnih ciljeva i planova za budućnost, njihove aktivnosti su nefokusirane.
2. **Self-devaluacija** – Nezadovoljni su svojom predstavom o sebi i otvoreno ispoljavaju osećanja niže vrednosti. Oni u sebi nalaze malo toga što zaslužuje divljenje i strahuju da neće uspeti da ostvare sve svoje težnje.

3. **Neprihvatanje tela** – Karakteriše ih izraženo nezadovoljstvo slabostima i odstupanjima koje uočavaju u svom fizičkom sazrevanju i telesnim promenama. Izrazito su nezadovoljni sopstvenom fizičkom privlačnošću i utiskom koji ostavljaju u društvu.
4. **Seksualna nelagodnost** - Seksualne misli i osećanja zbunjuju ove mlade i stoga ih smatraju nepoželjnim. Uznemireni su svojim impulsima i često se plaše da izraze svoju seksualnost. Oni su ili preokupirani ili u konfliktu sa svojom seksualnom ulogom.
5. **Vršnjačka nesigurnost** - Doživljaj da ih vršnjaci odbacuju stvara uznemirenost i tugu. Željni odobravanja svojih vršnjaka, ali neuspešni u dobijanju istog, mnogi će se verovatno povući i postati još izolovaniji ili se nekritično konformirati grupnim zahtevima.
6. **Socijalna neosetljivost** – Karakteriše ih indiferentnost prema dobrobiti drugih. Spremi su da pređu preko tuđih prava da bi ostvarili svoje ciljeve. Nedostaje im empatija i pokazuju malo interesovanja za uspostavljanje toplih, ličnih odnosa.
7. **Porodični nesklad** – Uznemirava ih napetost i konfliktni odnosi u porodici. Kod njih prevladuje uopšteno osećanje udaljenosti od roditelja i oni ne nalaze izvor podrške u porodici. U zavisnosti od ličnih karakteristika, ovi problemi mogu se odraziti kroz odbacivanje roditelja ili adolescentni bunt.

8. **Zlostavljanje u detinjstvu** – Zlostavljanje za posledicu ima osećanje stida ili prezir zbog izloženosti verbalnom, fizičkom ili seksualnom zlostavljanju od strane svojih roditelja, rođaka ili porodičnih prijatelja.

Navedeni problemi maloletnika zahtevaju intervenciju od strane profesionalaca iz oblasti mentalnog zdravlja i najčešće mogu za posledicu da imaju:

1. **Poremećaj ishrane** - Pokazuju upornu tendenciju prema anoreksiji i/ili bulimiji. Iza poremećaja ishrane najčešće se nalaze razvojni problemi neprepoznavanja potreba i zanemarivanja, uz potiskivanje depresivnosti zbog toga.
2. **Sklonost ka zloupotrebi supstanci** - Pokazuju maladaptivni trend upotrebe alkohola i/ili narkotika, koji vode značajnim poremećajima ponašanja.
3. **Predispozicija za delinkvenciju** - Manifestuju ponašanja kojima se narušavaju prava drugih. Takve aktivnosti mogu dovesti do kršenja brojnih socijalnih normi ili pravila.
4. **Sklonost impulsivnosti** - Ponašanje karakteriše spremnost ka ispoljavanju osećanja i na najmanju provokaciju. Oni imaju slabu kontrolu svojih seksualnih i agresivnih impulsa.

5. **Anksiozna osećanja** - Karakterišu ih rđave slutnje i strepnja u vezi svega što ih čini ljutim ili nervoznim. Uznemireni su i često sa zebnjom iščekuju dolazak anticipiranih “muka ili kobnih događaja”.

6. **Depresivni afekat** - Pokazuju sniženi nivo aktivnosti, veoma različit u odnosu na svoj nivo aktivacije u prošlosti.

7. **Suicidalne tendencije** - Izražavaju osećanje bezvrednosti i besmislenosti vlastitog postojanja.

Zaključno, produblјivanje razvojnih nepovoljnosti i posledičnih sindroma vodi u strukturiranje poremećaja ličnosti u odraslom dobu, gde svaki navedeni sindrom prerasta u određeni poremećaj ličnosti, koji se na njega naslanja. Navedene razvojne teškoće/sindromi, ne mora neizostavno da vode u strukturirani poremećaj ličnosti i maladaptaciju u punoletnom dobu, ukoliko stepen sveukupne duševne razvijenosti, objektivizovan procenom kvaliteta mišljenja, percepcije, pamćenja i egzekutivnih funkcija (što opredeljuje kvalitet rasuđivanja) odgovara prosequ, jer maloletnik, u tom slučaju, ima resurse/mogućnosti za revitalizaciju/rehabilitaciju kognitivnih i voljnih komponenti, što bi doprinelo odustajanju od neprilagođenih oblika ponašanja.

PERSONAL CHARACTERISTICS OF JUVENILE DELINQUENT IN FRAME OF CRIMINAL LAW

Bogdan Janković

Law Faculty, University of Kragujevac,
Kragujevac, Serbia

Literatura:

1. Posner M.I., Evolution and development of self-regulation, American Museum of natural history, New York, 2008., 9-11
2. Janković N., Jovanović A., Ličnost od normalnosti do abnormalnosti, Planeta print, Beograd, 2009, 300, 327-330
3. Janković N., Janković B., Kandić-Šipetić J., Mitrović A., Executive functions and personal characteristics of juvenile delinquents, Collaborating for mental Health, The 2nd Eastern European Psychiatric Congress of the Psychiatric Association for Eastern Europe and the Balkans, Moscow, October 27-30 2009

Summary

When disorderly behavior is mentioned, it often refers to a wide scale of antisocial procedures which begin with disobedient actions in early childhood to serious disruption in adulthood. Numerous studies have shown a presence of one major factor called effortful control which is a foundation in development from reactive to self-regulating behavior. Development of executive functions can be an important aspect in predicting delinquent behavior. The delinquent subjects are different from nondelinquent in specific answers: many perseverative answers and errors, later achieve the first category, and have smaller number of fist category.

The connection between immaturity of executive functions and higher level of antisocial behavior was confirmed, mental rigidity was one of characteristics with cognitive style of juvenile delinquents with specific personality, the presents of concept of executive functions as an important factor of delinquent behavior.

Keywords: delinquent behavior, executive functions, personality.

4. Pavlović, D., Dijagnostički testovi u neuropsihologiji, Grafos, Beograd, 1999, 69-71
5. Millon T., Adolescent Clinical Inventory, Dicandrien, 2006, 7-12

Nada Janković
Klinika za psihijatriju
Pasterova 2, 11000 Beograd
Tel; 2641097, fax 2645543
vrhovni@beotel.rs

AKTUELNO STANJE UDRUŽENJA KORISNIKA PSIHIJATRIJSKIH SLUŽBI U SRBIJI

Maša Božović
Aleksandar Dimitrijević

UDK: 613.86:614.2:616.89(497.11)

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

Tokom prethodnih nekoliko decenija došlo je do velikih promena u tome kako opažamo osobe koje nam se obraćaju za pomoć, a i tome kako one sebe opažaju. Sve do šezdesetih godina proš-

Kratak sadržaj

Ovaj tekst predstavlja pregled savremenih stanovišta o ulozi i značaju udruženja korisnika psihijatrijskih službi i istraživanje o stanju udruženja osnovanih na teritoriji Republike Srbije. U prvom delu su prikazani istorijat udruživanja korisnika psihijatrijskih službi i osnovni razlozi zbog kojih je ono korisno i neophodno. Opisani su, takođe, tipovi udruženja razvijenih u SAD, Engleskoj i zapadnoevropskim zemljama.

U drugom su izloženi rezultati ispitivanja osnovnih karakteristika sedam udruženja osnovanih u našoj zemlji, dobijeni izvođenjem polustrukturisanog intervjua s predstavnicima udruženja, uživo ili putem telefona, odnosno prikupljanjem informacija iz njihovih prezentacija. Mada sva udruženja imaju iste ciljeve, pokazalo se da su različita po sledećim parametrima: ko su članovi i koliko ih ima; ko rukovodi; ko radi s korisnicima; kakav je način rada; koji su oblici psihološke pomoći zastupljeni. S druge strane, udruženja su slična po tome što njihovi članovi sve češće istupaju u javnosti, kako ocenjuju saradnju među udruženjima u Srbiji i koliko poznaju praksu u inostranstvu.

Kroz poređenje informacija o udruženjima aktivnim u sredinama s mnogo dužom tradicijom i rezultata ovog ispitivanja formulisane su preporuke za dalji razvoj udruženja u Srbiji. Predloženi su načini za veću uključenost korisnika i unapređenje edukacije profesionalaca o temama u vezi sa zaštitom mentalnog zdravlja u zajednici, ali i specifični načini za poboljšanje funkcionisanja aktuelno postojećih udruženja.

Ključne reči: mentalno zdravlje u zajednici, korisnici psihijatrijskih službi, pokret korisnika, udruženja korisnika, autonomija

log veka, one su mogle da budu isključivo pacijenti – da pasivno, a ako je moguće i strpljivo, čekaju na naše procene, odluke i instrukcije. Bilo je to doba u kome je jezik psihijatrije, kako Fuko [1]

pronijljivo primećuje, bio monolog razuma o ludilu. Tokom šezdesetih i sedamdesetih, pacijenti su počeli da postaju klijenti – predstavnici različitih pokreta za ljudska prava počeli su da zastupaju i njihove interese, a brojni psihijatri u nekoliko različitih zemalja počeli su da utemeljuju potpuno drugačiji način rada. Jezik „antipsihijatrije“, da parafraziram „Istoriju ludila“, bio je uglavnom monolog harizmatičnih psihijatara, poput Lenga i Bazalje, na primer, o prirodi ludila i potrebi za drugačijim pristupima obolelima.

U poslednjih dvadeset godina, međutim, pojavio se sasvim drugačiji trend. Klijenti sad za sebe koriste skraćenicu „c/s/x“, odnosno engleski izraz „consumer/survivor/ex-patient“, koju bismo na srpski mogli da prevedemo kao „korisnik/preživeli/bivši pacijent“. Cilj ove promene nije samo deklarativan, on bi trebalo da označi nameru da se otvori dijalog između osoba kojima je potrebna naša pomoć i naših službi, da otpočne razgovor njih samih, te da se njihov glas čuje u čitavoj zajednici. Nije, nažalost, retkost da se ovo pretvori u monolog protiv psihijatrijskih službi, mada ostaje nada da je to samo prolazna početna faza.

Ovaj trend dvojica uticajnih engleskih autora nazivaju post-institucijskom erom u razvoju brige o mentalnom zdravlju [2]. U prvom koraku došlo je do formiranja mreže centara za mentalno zdravlje u zajednici, kakve danas postoje u mnogim zapadnoevropskim zemljama. U ovim centrima, prvi princip svakog tretmana mora da postane autonomija pacijenata, koja se definiše kao „kapacitet službe da očuva i unapredi nezavisnost putem pozitivnih iskustava, te da potkrepi snage ili zdrave aspekte

svakog pacijenta, posebno onih najteže onesposobljenih, dok istovremeno kontroliše simptome“ [3]. Ipak, korisnici psihijatrijskih službi (da pojednostavimo gorenavedeni naziv) traže dublje promene, jer i dalje 70% njih izjavljuje da nakon psihijatrijske hospitalizacije gotovo nikad ne dolaze u situaciju da je njihovo socijalno okruženje spremno da prihvati njihova osećanja tuge, očajanja, besa ili frustracije [4].

Da bi do tih promena moglo da dođe, izvedena su istraživanja o tome šta korisnici misle ko im i šta im najviše pomaže. Različita ispitivanja obavljena u SAD pokazala su da oni procenjuju da su im od najveće pomoći drugi korisnici. Jedna studija izvedena u Engleskoj utvrdila je takođe da među profesionalcima kao osobe od najveće koristi pacijenti izdvajaju medicinske sestre i bolničare: 21% pacijenata smatra da od pripadnika svih profesija najmanje pomažu psihijatri; skoro 40% njih smatra da im pripadnici svih drugih „visokoobrazovanih profesija“ ne pomažu ili izrazito ne pomažu, a samo 12% smatra da im zaista pomažu [2]. Istraživanja dalje pokazuju da su korisnicima važni lični kontakt, komunikacija i briga, dakle ono što odvajkada nazivamo terapijskim savezom ili empatijom [4]. Pokazuje se, zatim, da su im poštovanje, dostojanstvo i mogućnost izbora važniji od samog tretmana [4]. Kao najvažnije konstantno se pokazuje pripadanje, doživljaj da s nekim dele uverenja i zajednička iskustva, pa oni favorizuju princip pružanja pomoći koji se odnosi na dobrobit i sebe i drugog, prijateljski, a ne profesionalno, u kome svako oporavak definiše za sebe, po sopstvenim kriterijumima [5]. U ovom procesu, neki od korisnika, nakon obuke i uz posebnu mo-

tivaciju, postaju „paraprofesionalci“ i pomažu drugim korisnicima. Prva provera njihove efikasnosti, objavljena pre više od trideset godina u „Psihološkom biltenu“ (*Psychological Bulletin*) uglednom naučnom časopisu, pokazala je da su oni ili jednako efikasni kao profesionalci ili čak efikasniji [6], a nova istraživanja dodaju i da u radu s njima manje pacijenata odustaje od tretmana [7].

Da bi sebi mogli da obezbede ono što doživljavaju kao lekovito, korisnici su počeli da organizuju svoja udruženja. Neka od njih bila su vezana za službe u kojima su se oni lečili, ali je ubrzo došlo do pojave potpuno nezavisnih udruženja. Poslednjih desetak godina, posebno u SAD, osnivaju se udruženja kojima u potpunosti rukovode korisnici. Oni sami obezbeđuju administraciju i upravljanje, a odbore formiraju potpuno nezavisni od donatora [5]. Obuka koju prolaze, kao i kasnija pomoć koju nude, može biti iz oblasti pružanja podrške drugim korisnicima, u vidu rada „jedan na jedan“ ili vođenja grupa samopomoći; zastupanja, koje postoji na tri nivoa: 1. individualnom (korisnik-pomagač se zalaže za prava korisnika kome je potrebna pomoć, tako što utiče na to da mu usluge tradicionalnih sistema zaštite mentalnog zdravlja budu bolje prilagođene - na primer, pregovara s njegovim lekarom o tome koje doze lekova su optimalne u datom trenutku), 2. sistemskom (korisnici-pomagači mogu govoriti u ime grupe kojoj pripadaju na raznim vidovima zasedanja koja imaju za cilj donošenje zakona i politike određene države) i 3. na nivou zajednice (korisnici-pomagači edukuju javnost kako bi podstakli promene u stavu prema osobama koje pate od mentalnih poremećaja) [5]; vođenja svratišta; prenošenja

znanja drugim korisnicima iz pomenutih oblasti, kao i svih veština koje su potrebne za adekvatno upravljanje korisničkim organizacijama. Prema prva tri pravca obučavanja budućih korisnika-pomagača grupisale su se i najpoznatije vrste centara koje vode korisnici: centri za korisničku podršku, obrazovni centri i svratišta, dok je prenošenje znanja na korisnike, koji u nekom trenutku koriste usluge centara, sastavni deo rada svakog od njih:

1. Podrška, koju korisnici mogu da dobijaju jedni od drugih, u centrima, ali i svojim stanovima i kućama, zasniva se na empatiji i prijateljstvu, koji počivaju na zajedničkom iskustvu. Dato iskustvo može biti sažeto u određen broj rečenica, koje predstavljaju načine razmišljanja o različitim problemima, koji su pomogli iskusnijim korisnicima da izađu na kraj sa svojim osećanjima, ali srž rada ove vrste centara najčešće predstavlja razmena ličnih priča korisnika. Ona može biti individualna ili grupna, tj. organizovana u vidu grupa samopomoći [5];
2. Obrazovni centri nude sve tri vrste zastupanja koje su pomenute. Da bi neki korisnik mogao da dobije pomoć jednog ovakvog centra, ne mora da bude njegov član, jer obučeni korisnici-pomagači obilaze druge centre u okruženju. Međutim, da bi neko bio osposobljen za to da zastupa druge, postoje jasna pravila, koja podrazumevaju jaku želju da se pospeše promene u sistemu zaštite mentalnog zdravlja, intervju s glavnim osobama u organizaciji, obuku koja obezbeđuje informacije i veštine neophodne za ovu vrstu angažovanja, članstvo u organizaciji, šestomesečno

volontersko zastupanje, telefonsku superviziju jednom nedeljno i redovno dolaženje na sastanke, nakon obuke, koji se održavaju svaka dva meseca, a na kojima se sabiraju utisci, razmatraju mogućnosti za zastupanje širom zemlje i daju preporuke za unapređivanje projekta. Centar organizuje obuku za zastupnike dva puta godišnje. Za sve troškove koji se javljaju u toku pohađanja programa, korisnici dobijaju određenu novčanu nadoknadu, a oni koji završe edukaciju, mogu da dobiju stipendije za posećivanje konferencija koje imaju veze sa zastupanjem [8].

3. Svrtišta („drop-in“ centri) koncipirana su kao centri u koje korisnici mogu da dođu, bilo kada u toku radnog vremena, ukoliko im je potrebno druženje, u neformalnom ili formalnom obliku (na primer, u vidu učešća u grupama samopomoći), zastupanje, obrok ili obuka u veštinama neophodnim za svakodnevni život ili pronalazjenje posla. [5].

Najčešća pravila ponašanja udruženja korisnika relativno su jednostavna: zabranjeni su alkohol, droge, nasilje i netolerancija; pristojnost i poverljivost su obavezni [9]. Izdvojena su i sledeća osnovna načela za koja se zalažu korisnička udruženja, sva u skladu s njihovim (teško prevodivim) osnovnim geslom „Nothing about us without us“:

1. mišljenja i stavovi korisnika moraju se uzimati u obzir tokom tretmana;
2. korisnici moraju imati pristup informacijama i saznanja u vezi s tretmanom;
3. korisnicima mora biti zaštićeno pravo da ne budu povređeni;

4. korisnici moraju imati pravo da sami odlučuju za sebe;

5. korisnici moraju imati mogućnost izbora u tretmanu i u životu uopšte [10].

Dosad izvedena istraživanja efikasnosti korisničkih udruženja pokazala su da ona podstiču poboljšanja u oblastima socijalne podrške, integracije u zajednicu, ličnog osnaživanja, kvaliteta života, saradnje sa zdravstvenim radnicima, zapošljavanja i obrazovanja, kao i smanjenje intenziteta simptoma distresa [11]. Jedna od prvih longitudinalnih studija koja je pratila rad korisničkih udruženja tokom tri godine, poredeći napredovanje njihovih članova s razvojem korisnika koji se nisu uključivali u rad udruženja, pokazala je da su ovi prvi značajno bolje integrisani u zajednicu, da imaju bolji kvalitet života i niži intenzitet simptoma distresa, ali ne i da ima poboljšanja na drugim parametrima [12].

Aktuelno stanje korisničkih udruženja u Srbiji

Detaljnije upoznavanje s radom udruženja koja su aktivna u Srbiji obavili smo tokom aprila i maja 2010. godine na osnovu razgovora (najčešće telefonskih), njihovih lifleta i internet stranica. Razgovori su bili koncipirani kao polustrukturisani intervju, s nekoliko pitanja o organizaciji rada udruženja, a njihovi predstavnici su imali mogućnost da dodaju informacije koje smatraju važnim.

U Srbiji trenutno postoji sedam korisničkih udruženja:

1. „Duša – Udruženje korisnika psihijatrijskih usluga i članova njihovih porodica“ iz Beograda,

2. „Herc – Udruženje za podršku ljudima s neurozom“ iz Beograda,
3. Udruženje korisnika u okviru „Humanitarnog centra Duga“ iz Zrenjanina (u daljem tekstu: „Duga“),
4. „ULOP - Udruženje lečenih od psihoze“ iz Novog Sada,
5. „Valenca“ – Udruženje građana iz Niša,
6. „Videa“ – Udruženje građana iz Beograda,
7. „Zvono – Udruženje građana, članova porodica i prijatelja mentalno obolelih osoba“ iz Niša.

U ovaj spisak smo uključili sve organizacije koje sebe određuju kao udruženja korisnika. Neka od ovih udruženja odgovaraju većini kriterijuma iznetih u prvom delu teksta: „Duša“, „Herc“, „Videa“. Neka udruženja imaju mešovitu formu: predsednica „Zvona“ je lekar, ali udruženje funkcionise poput maločas navedenih. Neka udruženja bi pre trebalo nazivati „klubovima“ („clubhouses“ - „programi za sticanje socijalnih i životnih veština koje vode profesionalci u kojima korisnici učestvuju, ali ne rukovode“ – [5]): „Duga“, „ULOP“. Konačno, udruženje „Valenca“ trenutno nema ustanke, ali postoji velika želja osnivača da ono „povrati snagu“, pa ćemo, pošto se nadamo da će oni u tome uspeti, izvestiti o tome kako je „Valenca“ ranije funkcionisala.

Ko su članovi i koliko ih ima?

U „Herc“ se mogu učlaniti osobe s neurotskim smetnjama, u ULOP osobe koje pate od psihoze i članovi njihovih porodica, u udruženje u okviru „Duge“ samo ljudi koji boluju od shizofrenije,

dok u „Duši“, „Valenci“ i „Videi“ pravo na članstvo imaju svi koji to žele. Udruženje „Zvono“ izdvaja se po tome što veći akcenat u članstvu stavlja na porodicu korisnika, njihove prijatelje i sve ljude koji žele da pomognu, mada veliku pažnju posvećuje i korisnicima.

Broj članova u udruženjima veoma varira, pa ih tako „Zvono“ i ULOP imaju preko 100, „Duga“, „Valenca“ i „Herc“ oko 40, a „Videa“ i „Duša“ po petnaestak.

Ko rukovodi?

Predsednici udruženja „Duša“, „Herc“ i „Valenca“ su korisnici, a „Videa“ za predsednika ima supruga jedne korisnice. U ostala tri udruženja predsednici su profesionalci koji su ih i osnovali: u „Zvonu“ i ULOP-u su to lekari, a u „Dugi“ socijalna radnica.

Ko radi s korisnicima?

U „Videi“, „Zvonu“ i ULOP-u s korisnicima i članovima njihovih porodica rade profesionalci, koji volontiraju. U „Dugi“ takođe rade uglavnom profesionalci, ali su oni za to plaćeni, jer je tako predviđeno projektom. Za razliku od navedenih, „Duša“, „Valenca“ i „Herc“ pomoć profesionalaca uglavnom imaju pri nekim krupnijim organizacionim pitanjima. „Duša“ ima konstantnu podršku studenata psihologije Filozofskog fakulteta u Beogradu, dok ostala udruženja trenutno nemaju tako razvijenu podršku volontera. ULOP se od svih udruženja razlikuje po zahtevu da volonteri moraju imati iskustvo u radu ili životu (kao što je slučaj sa članovima porodica) s ljudima koji boluju od psihoza i što moraju proći selekciju, obuku i probni

rad. Stoga, njihov stav glasi da saradnja sa studentima psihologije i srodnih nauka nije dobra ideja.

Broj volontera, odnosno zaposlenih i volontera u slučaju „Duge“, najveći je u ULOP-u gde ih je angažovano oko tridesetoro.

Kakav je način rada?

„Duša“, „Valenca“, „Videa“ i „Zvono“ svoje ciljeve ostvaruju zahvaljujući sastancima koji se održavaju jednom nedeljno, uvek u istom terminu. „Duga“ i ULOP obezbeđuju korisnicima aktivnosti tokom svakog radnog dana, dok se članovi udruženja „Herc“ sastaju nekoliko puta nedeljno.

U „Duši“ se od skora održavaju i grupe samopomoći, tako da je prva polovina sastanka posvećena njima. U drugoj polovini, kao i na sastancima udruženja „Valenca“ i „Videa“, nema jasne strukture, već je ona kombinacija rada na organizacionim pitanjima i druženja.

„Zvono“ sastanke posvećuje aktivnostima koje se grupišu u tri kategorije: psihoedukativni razgovori, koje vode stariji članovi s mlađima ili neko od stručnih lica sa članovima i njihovim porodicama; neformalni razgovori o tome kako se ko od članova oseća; razgovori s gostima, koje pozivaju u zavisnosti od interesovanja članova (predstavnici gradske uprave, lekari, predstavnici drugih udruženja itd).

U „Dugi“ korisnici imaju obezbedene radionice svakog radnog dana u popodnevnom časovima. Trenutno postoje: radionica za osnaživanje i psihološku podršku, koju vode psiholog i psihoterapeut; slikarska radionica; „Šivaonica“, na kojoj korisnici uče kako se tka; „Zabavaonica“, na kojoj članovi mogu

da igraju društvene igre. Pored navedenih radionica, članovi imaju mogućnost da jednog dana u nedelji individualno razgovaraju sa socijalnom radnicom o problemima s kojima se susreću, dok njihovi roditelji i drugi članovi porodice, jednom mesečno, na grupnim sastancima, mogu da popričaju s timom stručnjaka ovog humanitarnog centra.

ULOP je otvoren svakog radnog dana, od jutarnjih do večernjih časova, a svojim članovima nudi raznovrsne aktivnosti: diskusione grupe, na kojima se razgovara o temama koje članovi biraju; škole računara; kurseve kaligrafije i origamija; radionice slikanja, vajanja i graviranja stakla. Takođe, članovima su svakodnevno na raspolaganju biblioteka, satelitska televizija, filmovi, muzika, muzički instrumenti, alati za bavljenje različitim hobijima, kao i posluženje. Predsednik ULOP-a posebno ističe to što se svakom članu u okviru edukacije o mentalnom poremećaju poklanja priručnik koji sadrži praktične informacije o prirodi problema od koga on/a pati i preporuke za članove porodica korisnika.

Članovi udruženja „Herc“ sastaju se nekoliko puta nedeljno, ali u različitom sastavu. Naime, neki od njih su završili obuku za voditelje grupa samopomoći, te su iskoristili to znanje da pomognu sebi i drugim članovima. S obzirom na to da postoji veliko interesovanje, oformljeno je nekoliko takvih grupa. Pored ovih sastanaka, jednom nedeljno okuplja se izvestan broj članova koji se bave organizacionim pitanjima od važnosti za rad udruženja.

Nijedno od udruženja nema svoj prostor za rad, već bez novčane nadoknade aktivnosti obavljaju ili u prostorijama koje pripadaju bolnicama („Valen-

ca“, „Zvono“ i ULOP), humanitarnim („Videa“ i „Herc“) i nevladinim organizacijama („Duša“) i opštinama, odnosno mesnim zajednicama, gradova u kojima su stacionirana („Videa“, „Herc“ i „Duga“).

„Herc“, „Duga“ i ULOP imaju finansijska sredstva zahvaljujući dobijenim projektima, a „Duša“ dobija podršku od nevladine organizacije „IAN – Međunarodna mreža pomoći“, kao i od članarina koje zapravo predstavljaju dobrovoljne priloge članova i volontera. „Zvono“ je nekada funkcionisalo zahvaljujući novcu kojim je bio podržan njihov projekat, ali sada budžet zasniva na članarini koja iznosi 50 dinara mesečno i koju daju članovi koji to mogu i žele. Najproblematičnija je situacija u „Videi“ i „Valenci“ koje trenutno nemaju nikakav izvor prihoda.

Koji su oblici psihološke podrške zastupljeni?

Psihološka pomoć u ovim udruženjima uglavnom funkcioniše na osnovu neformalne podrške koju članovi pružaju jedni drugima ili koju dobijaju od volontera, odnosno zaposlenih, s izuzetkom udruženja „Herc“, „Duga“ i „Duša“. U „Hercu“ su korisnici iskoristili veštine koje su stekli na obuci za voditeljice grupa samopomoći i uspešno ih sprovode, što su odnedavno počeli da primenjuju i članovi „Duše“, kao što je već istaknuto, dok je u „Dugi“ psihološka podrška organizovana u vidu radionica. Podrška koja nije psihološke vrste, već je više usmerena na obavljanje svakodnevnih obaveza i poboljšanje socijalnih veština, zastupljena je u svim udruženjima.

Da li članovi istupaju u javnost?

Gotovo sva udruženja s vremena na vreme organizuju aktivnosti poput odlaska u pozorište, bioskop, poseta muzejima i slično. Takođe, neka udruženja predstavila su se javnosti i putem medija, što organizovanjem različitih akcija koje su zanimljive za širu javnost, što gostovanjem u televizijskim i radio emisijama koje se bave mentalnim zdravljem ili položajem korisnika u društvu. Članovi „Duše“ redovno gostuju na predmetu „Psihologija mentalnog zdravlja“, u okviru osnovnih studija psihologije u Beogradu, a od ove godine im se priključila i članica „Herca“. Predstavnici udruženja učestvovali su na okruglom stolu „Udruženja pacijenata – Zajednički do mentalnog zdravlja“ u okviru simpozijuma „Dnevna bolnica kuća otvorenih vrata – alijenacija, socijalizacija, kreacija“ koji je u maju 2010. organizovala Bolnica za psihijatriju KBC „Dr Dragiša Mišović – Dedinje“, kao i na međunarodnoj konferenciji „Global Mental Health“ u organizaciji „International Collaborative Mental Health Network“, „IAN – Međunarodne mreže pomoći“ i Filozofskog fakulteta u Beogradu.

Kakva je saradnja među udruženjima?

Na formalnom nivou, udruženja uspešno saraduju kada podsticaj za saradnju dolazi od nekog drugog. Na primer, kada humanitarna organizacija „Karitas“ organizuje obeležavanje „Svetskog dana mentalnog zdravlja“ ili kada stignu pozivi za neku edukaciju, sva udruženja se uključuju u akciju. Udruženja, međutim, zasad nisu samostalno osmi-

slila nešto slično, što uspešno funkcioniše. Postojala je inicijativa da se oformi nacionalna platforma, koju bi činili predstavnici tri udruženja i čiji zadatak bi bio u najvećoj meri sličan sistemskom zastupanju, čiji opis je naveden u prvom delu teksta. Ipak, tako nešto do današnjeg dana nije zaživelo, jer bi za sastanke članova, za početak, bila neophodna finansijska sredstva koja oni ne mogu da obezbede. Takođe, kako bi ova ideja u celosti bila sprovedena u delo, potrebno je pažljivo planiranje i vrlo verovatno pomoć sa strane, odnosno, neophodno je sastaviti adekvatan projekat i pronaći podršku za njegovo izvođenje, a to trenutno prevazilazi znanje i veštine većine korisnika u Srbiji.

Na neformalnom nivou, članovi udruženja posećuju jedni druge, mada ne često. Problem, koji se tiče udruženja koja bi želela da sarađuju, a iz različitih su gradova, ponovo ima veze s finansijama. Naime, date posete nisu predviđene projektima, u onim slučajevima u kojima udruženja na taj način obezbeđuju sredstva, tako da bi članovi morali dodatno da prikupljaju novac ili da sami plaćaju putovanja i troškove boravka, što je u slučaju udruženja koja nemaju projekte iza sebe jedini izbor.

Koliko udruženja poznaju praksu u inostranstvu?

Sva udruženja imaju delimičan uvid u to kako funkcionišu slične organizacije korisnika u svetu. Međutim, u ovom trenutku „krupne poslove“ u udruženjima, kao što je, na primer, pisanje projekata, za koje je potrebno poznavanje prakse iz inostranstva, najčešće obavljaju profesionalci. U tom smislu, „Herc“ predstavlja izuzetak, jer je kod njih ova vrsta samostalnosti korisnika najrazvijenija.

PREPORUKE

Preporuke za efikasniji rad udruženja korisnika grupisaćemo u tri kategorije: 1. Veća uloga korisnika, 2. Poboljšanje edukacije, 3. Specifične preporuke u vezi s udruženjima.

Veća uloga korisnika

U skladu s iznetim teorijskim osnovama i ciljevima udruženja koja trenutno postoje u Srbiji, najvažnije je da se uloga korisnika poveća i da oni dobiju veću autonomiju. Ta veća uloga korisnika trebalo bi da se ogleda u sledećim oblastima:

- pri procesu oporavka

Pošto oporavak ne počinje i ne završava se u bolnicama, smatramo da bi bilo od velike važnosti osnivanje drugih udruženja nalik na ona koja trenutno funkcionišu u Srbiji i ona koja postoje u svetu. Ovako nešto može doneti velike promene u našoj stručnoj zajednici, a kako već postoje pregovori da se udruženje slično ULOP-u oformi u Bačkoj Palanci i s obzirom na to da ona koja su trenutno aktivna sasvim dobro funkcionišu, čini se da to nije nemoguće.

Naravno, da bi ovo bilo izvodljivo, članovi svih udruženja treba da dobiju adekvatnu edukaciju za vođenje grupa samopomoći, da steknu iskustvo i po potrebi imaju obezbeđenu superviziju. Takođe bi trebalo izgraditi jednostavne i efikasne mehanizme za saradnju udruženja i odeljenja za psihijatriju (odnosno, centara za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici, kad oni budu bili osnovani u većem broju), da bi članovi koji zapadnu u krizu što pre dobili dodatnu stručnu pomoć.

- pri proceni uspešnosti programa

Kao što je već navedeno u uvodnom delu, usluge koje korisnici dobijaju u in-

stitucijama i one koje se pružaju u udruženjima trebalo bi da procenjuju i oni sami, a ne isključivo profesionalci.

- pri pravljenju programa

Na našu prethodnu preporuku na-dovezuje se ta da, kada korisnici kažu šta im prija, a šta ne, oni i uzmu učešće u procesu planiranja budućih programa. Kada bi bili utvrđeni stavovi korisnika psihijatrijskih službi u Srbiji, te podatke bi trebalo uzeti u razmatranje pri radu na reorganizaciji sistema. To bi moglo da se organizuje kroz formiranje saveta pacijenata u psihijatrijskim bolnicama, odnosno kroz unapređivanje uloge korisnika u udruženjima, a korisnike bi trebalo uključiti i u radne grupe i nacionalne komisije koje se bave ovim pitanjima.

Poboljšanje edukacije

Osnovni uslov za veću uključenost korisnika predstavlja, naravno, značajno unapređenje obrazovanja:

- korisnika

Smatramo da je potrebno omogućiti korisnicima edukaciju iz više domena. Verovatno je najvažnije da korisnici budu informisani o pravima koja imaju u toku procesa lečenja i, uopšte života u vezi s posledicama toga što su u nekom trenutku imali ili još imaju neki mentalni poremećaj. Kada je reč o korisnicima koji nisu u kontaktu s udruženjima, oni najčešće nisu u dovoljnoj meri obavesteni o svojim pravima. Korisnici iz udruženja bi mogli pomoći u edukaciji ostalih korisnika štampanjem materijala o pravima (plakati koji bi se postavljali u bolnicama, lifleti ...).

Korisnici bi trebalo da budu bolje upućeni u to kako mogu da pomognu jedni drugima. Osim toga što mogu da pružaju jedni drugima neformalnu podršku, što oni i sada rade, oni mogu da

se uključe i u organizovane načine pomoći u vidu korisničke podrške, zastupanja čije smo oblike opisali u uvodnom delu teksta, rukovođenja svratištima i sl.

Kako bi se upoznali s praksom u inostranstvu, korisnicima je potrebno poznavanje engleskog jezika i rada na računaru, što bi im omogućilo da čitaju stranu literaturu u kojoj su izneta iskustva starijih i razvijenijih korisničkih udruženja, budu u kontaktu s drugim uduženjima i organizacijama korisnika i unapređuju svoj rad, ali i oporavak.

Sledeća preporuka iz ove oblasti jeste organizacija edukacije korisnika o načinima pisanja projekata za dobijanje finansijskih sredstava za rad na konkursima institucija vlade Republike Srbije ili stranih donatora. Na samom početku će podrška profesionalaca najverovatnije biti neophodna, ali praksa iz inostranstva pokazuje da ta potpora može predstavljati samo dodatnu snagu.

Smatramo da edukacija korisnika o mentalnim poremećajima treba da bude ponuđena svakom korisniku. Zahvaljujući znanju o prirodi poremećaja, korisnici mogu da imaju veću ulogu u svom procesu oporavka i ostvare bolju saradnju s lekarom. Ovu edukaciju mogli bi da izvode ordinirajući lekari, profesionalci koji volontiraju u udruženjima, ali je možda najefikasnije da to rade korisnici koji su upoznati s tim kakva je priroda određenog mentalnog poremećaja i koji su ga sami imali ili ga i dalje imaju.

- članova porodica i osoba iz neposrednog okruženja korisnika

Osobama koje žive s ljudima koji pate od nekog mentalnog poremećaja takođe je važno posvetiti pažnju. U njihovom slučaju, edukacija treba pre svega da bude usmerena na to kako oni mogu što bolje da se postave prema obolelom

detetu, partneru, prijatelju ili rođaku u trenucima kada se ta osoba ne oseća dobro, kako da prepoznaju početak krize, da razviju veštine osnaživanja, podsticajna rezilijentnosti itd.

- profesionalaca i budućih profesionalaca

Za efikasno obavljanje poslova u okviru pomagačkih profesija potrebno je usvojiti različita znanja o modelu oporavka, dobitima od uključivanja korisnika u proces oporavka, načinima na koje funkcioniše data praksa u inostranstvu i mogućnostima za njen razvoj u Srbiji. U skladu s aktuelnim inovacijama na inostranim univerzitetima, ovu edukaciju ne bi trebalo da drže isključivo profesionalci, kao što je dosad najčešće bio slučaj, već, što je češće moguće, sami korisnici.

- šire javnosti

Jedan od ciljeva udruženja korisnika jeste edukacija šire javnosti o tome šta su mentalni poremećaji i šta znači živeti s nekim od njih. Štampani mediji korisnike uglavnom pominju u „crnim hronikama“ ili senzacionalističkim objavama na naslovnim stranama. Tako se, na primer, više od polovine informacija o mentalnoj bolesti koje prenosi ugledni nemački list „Bild“ odnosi na ozbiljna krivična dela [13], što je slučaj i s 39% tekstova o mentalnoj bolesti objavljenih u SAD [14]. Isti je slučaj i s filmovima gde su osobe koje pate od mentalnih poremećaja predstavljene kao agresivne i krvožedne, a koji posebno moćno učvršćuju stigmatu zbog toga što nose jake emocionalne poruke [15]. Neka istraživanja pokazuju da je promocija mentalnog zdravlja moguća kroz saradnju s predstavnicima medija [16], a opšte je iskustvo da je lični kontakt s ljudima koji pate od nekog mentalnog poremećaja

od presudnog značaja za smanjenje predrasuda [15], pa je važno da korisnici i indirektno, putem medija, uspostave kontakt sa širom javnošću i predstave se onakvima kakvi zaista jesu. Nekoliko važnih, ali i teških koraka ka tom cilju načinili su članovi udruženja korisnika koji su već gostovali u televizijskim emisijama o mentalnom zdravlju. Direktni kontakt bi takođe trebalo uspostavljati gostovanjima članova udruženja na različitim predavanjima o mentalnom zdravlju, namenjenim đacima svih uzrasta, ali i studentima pomagačkih profesija.

Specifične preporuke u vezi s udruženjima koja trenutno postoje u Srbiji:

Pored ovih opštih preporuka, formulisali smo i neke specifične koje bi mogle da pomognu u razvoju trenutno aktivnih udruženja:

1. obezbediti pomoć „Valenci“ da ponovo započne s radom uz zalaganje udruženja koja uspešno funkcionišu,
2. povećati informisanost korisnika o postojanju udruženja, putem deljenja lifleta i postavljanjem plakata u institucijama za zaštitu mentalnog zdravlja, kao i putem učestalijeg pojavljivanja u medijima,
3. povezati udruženja, radi međusobne podrške i razmene iskustava i znanja, sprovođenjem u delo ideje o nacionalnoj platformi, učestalijim kontaktima i posetama članova udruženja, koji bi bili finansijski podržani projektima,
4. unaprediti uloge članova, tako da oni dobiju vodeću ulogu u procesu odlučivanja o sledećim koraci-

ma udruženja i preuzmu ulogu predsednika u svakom od udruženja,

5. rasteretiti profesionalce obaveze da konstantno pružaju podršku udruženjima, kroz upoznavanje s tim na koji način „Duša“ saraduje sa studentima psihologije,
6. organizovati, u meri u kojoj je to moguće, osamostaljivanje od dnevnih bolnica, prema modelima saradnje koju „Videa“, „Herc“ i „Duga“ imaju s opštinama i po ugledu na praksu u inostranstvu,
7. napraviti zajedničke novine, kako bi i članovi koji ne posećuju druga udruženja bili upoznati s njihovim načinom rada; za ovo će moći da posluže i internet prezentacije udruženja kad bude porastao broj korisnika koji redovno koriste internet.

ZAKLJUČAK

Na razmatranje ove teme bili smo ponukani činjenicom da udruženja korisnika psihijatrijskih službi počinju da se pojavljuju u Srbiji i da okupljaju sve veći broj članova. S obzirom na to da je više istraživanja potvrdilo značaj udruženja za oporavak korisnika, smatrali smo da je potrebno ispitati osnovna načela i ciljeve udruženja koja imaju već višedecenijsku praksu s osobinama ovdašnjih udruženja i utvrditi sličnosti, razlike i mogućnosti za unapređenje.

Ispostavilo se da u Srbiji postoji sedam udruženja i da je u njima aktivno između 15 i 150 osoba. Osim kad su u pitanju njihovi osnovni ciljevi, udruženja su između sebe značajno različita po najvećem broju kriterijuma koje smo is-

pitivali. Ona kojima u potpunosti rukovode korisnici još tragaju za svojom strukturom i načinima da u većoj meri ispune ciljeve, dok su ona kojima rukovode profesionalci bolje organizovana, ali je u njima autonomija korisnika manja. Bilo kako bilo, pomoć i podrška koju sva ova udruženja pružaju svojim članovima sigurno su od velikog značaja.

Očekivano, utvrdili smo da udruženja moraju još mnogo da ulažu u svoj razvoj, pa smo izneli sve preporuke koje smo uspeli da formulišemo na osnovu upoznavanja s bogatom tradicijom korisničkih udruženja na Zapadu i pokušaja da sagledamo prepreke koje udruženjima stoje na putu u našoj zemlji. Prostor za napredak je ogroman, kao i potreba za pomoći: u zemlji koja je u popisu 2002. godine imala sedam i po miliona stanovnika, preko trista hiljada osoba koje imaju probleme s mentalnim zdravljem uz veoma brz porast učestalosti psihijatrijskih dijagnoza [17], broj udruženja morao bi da bude mnogostruko veći! Nadamo se da će reforma sistema za zaštitu mentalnog zdravlja ojačati i udruženja korisnika, pošto bi to koristilo svim elementima tog sistema, a što je i predviđeno dokumentima Nacionalne komisije za mentalno zdravlje koji su još 2005. godine preporučivali uključivanje korisnika „u proces odlučivanja u toku reforme, kao i u sve što je vezano za njihovo lečenje“ [17].

Konačno, nadamo se da ćemo biti u prilici da nastavimo istraživačko praćenje rada udruženja i poredimo sadašnje stanje i njihov napredak po parametrima koje smo koristili u ovom radu. Takođe, pokušaćemo da u ispitivanje uključimo mnogo veći broj korisnika, a ne samo predstavnike udruženja.

ACTUAL STATUS OF PSYCHIATRY CONSUMER ASSOCIATIONS IN SERBIA

Maša Božović
Aleksandar Dimitrijević

Summary

This paper reviews contemporary findings about the role and importance of psychiatry consumer associations and presents a survey of the associations currently active in Serbia. In the first part we review the history and rationale of the psychiatry consumer associations. We also describe types of these associations developed in the US, the UK, and Western Europe.

In the second part, we present the results of our survey of the basic characteristics of the seven consumer associations operating in Serbia. The results were obtained by conducting semi-structured interviews with the representatives of each association, in person or via telephone, and/or by gathering information from their web-sites. Although all the associations have the same objectives, it turned out that they are different on several parameters applied: type and number of members; type of management; who supports the consumers; schedule of work; forms of psychological help. On the other hand, the associations are similar in how their members appear in public, assess cooperation among associations in Serbia, and value possessing knowledge of the practice abroad.

After comparing the results of this survey with information about foreign associations, we formulated recommendations for further development of consumer associations in Serbia. We propose several ways for further involvement of consumers and for education of professionals about topics important for community mental health care, but also specific ways for the improvement of already existing consumer associations.

Keywords: community mental health care, consumers of psychiatric services, consumer movement, consumer associations, autonomy

Literatura:

1. Fuko, M. Istorija ludila u doba klasicizma. Beograd: Nolit. Prevela Jelena Stakić; 1980.
2. Bracken, P. & P. Thomas. Postpsychiatry. Mental Health in a Postmodern World. Oxford University Press, 2005.
3. Tansella, M. & G. Thornicroft. The Principles Underlying Community Care. In: G.. Thornicroft & G. Szukler (eds.) Textbook of Community Psychiatry. Oxford University Press, 2001; 155-165.
4. Campbell, J. The Historical and Philosophical Development of Peer-Run Support Programs. In: S. Clay (ed.) On Our Own, Together. Peer Programs for People with Mental Illness. Nashville, TN: Vanderbilt University Press, 2005; 17-64.
5. Clay, S. (ed.). On Our Own, Together. Peer Programs for People with Mental Illness. Nashville, TN: Vanderbilt University Press; 2005.
6. Durlak, J. A. Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers. Psychological Bulletin, 1979; 86(1), 80-92.
7. Farrand, P., P. Confue, R. Byng & S. Shaw. Guided self-help supported by paraprofessional mental health workers: an uncontrolled before-after cohort study. Health & Social Care in the Community, 2009; 17(1), 9-17.
8. Sangster, Y. Advocacy Unlimited, Inc., Connecticut. In: S. Clay (ed.) On Our Own, Together. Peer Programs for People with Mental Illness. Nashville, TN: Vanderbilt University Press, 2005; 179 - 197.
9. Pulice, R. T. & S. Miccio. Patient, Client, Consumer, Survivor: The Mental Health Consumer Movement in the United States. In: J. Rosenberg & S. Rosenberg (ed.) Community Mental Health. Challenges for the 21st Century. London – New York: Routledge; 2006.
10. Lewis, B. Moving Beyond Prozac, DSM, and the New Psychiatry. The Birth of Postpsychiatry. Ann Arbor, MI: The University of Michigan Press, 2006.
11. Nelson, G., J. Ochocka, R. Janzen & J. Trainor. A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part 1—Literature review and overview of the study. Journal of Community Psychology, 2006; 34(3), 247-260.
12. Nelson, G., J. Ochocka, R. Janzen & J. Trainor, P. Goering & J. Lomotey. A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part V—Outcomes at 3-year follow-up. Journal of Community Psychology, 2007; 35(3), 655-665.
13. Angermeyer, M. C. & B. Schulze. Reinforcing stereotypes: how the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. International Journal of Law Psychiatry, 2001; 24(4-5): 469-86.
14. Corrigan, P.W. Newspaper stories as measures of structural stigma. Psychiatric Services, 2005; 56(5): 551-6.
15. Wahl, O. F. Media Madness. Public Images of Mental Illness. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press; 1995.
16. Stamatović-Gajić, B., T. Gajić & M. Maksimović. Mentalno zdravlje i mediji – mogućnosti promocije. Engrami, 2008; 30(3-4): 81-85.
17. Lečić Toševski, D., V. Čurčić, G. Grbeša, V. Išpanović Radojković, V. Jović, G. Kokora, G. Mihailović, A. Milićević Kalašić, Z. Stanković, M. Stanoković & N. Vučković. Zaštita mentalnog zdravlja u Srbiji – izazovi i rešenja. Psihijatrija danas, 2005; 37(1), 9-15.

Aleksandar Dimitrijević
Filozofski fakultet
Čika Ljubina 18-20
11 000 Beograd
Tel: 064/154-2662
adimitri@f.bg.ac.rs

ISTORIJA PSIHOANALIZE U SRBIJI U XX VEKU

Boris Kordić

UDK: 615.851.1(091)(497.11)“20”

Fakultet Bezbednosti, Univerzitet
u Beogradu, Beograd, Srbija

UVOD

Freud se ubraja među najveće mislioce XX veka, a psihoanaliza je nastavila da živi na različite načine i nakon smrti njenog tvorca. Ona je, pre svega, prisutna kroz delatnost psihoanalitičara, njihov svakodnevni psihoterapijski rad; kroz razvijanje psihoanalitičke teorije kao načina razumevanja i tumačenja psihičkog života čoveka i njegovog ponašanja; kroz udruženja psihoanalitičara i njihovu istraživačku, didaktičku, izdavačku i ostale delatnosti; kroz primenu psihoanalize u raznim oblastima života; kroz umetničku i društvenu kritiku; kroz razne reakci-

Kratak sadržaj

Razvoj psihoanalize u Srbiji je predstavljen kroz rad ljudi u Srbiji koji su širili psihoanalitičku misao i praksu kroz klinički i edukativni rad. Izdvojena su dva osnovna kriterijuma za odabir: a. didaktička analiza, i b. osnivanje udruženja. Prvi analizirani psihoanalitičari u Srbiji su Nikola Šugar i Hugo Klajn. Nakon II svetskog rata Vojin Matić, koji je prošao trogodišnju didaktičku analizu kod Nikole Šugara, nastavlja sa edukativnim radom i didaktičkom analizom koju je kod njega prošlo oko trideset kandidata. Prvi krug njegovih analizanada je dobio ime „matičevci“ i nastavio sa edukativnim radom i didaktičim analizama kandidata. Krajem XX veka je Tamara Štajner-Popović pokrenula akciju međunarodnog priznavanja psihoanalize u Srbiji koja se završila 2004. kada je Beogradsko psihoanalitičko društvo postalo ravnopravan član Internacionalnog psihoanalitičkog društva.

Ključne reči: istorija psihoanalize, Vojin Matić, Beogradsko psihoanalitičko društvo, Internacionalno psihoanalitičko društvo

je koje su nastale na psihoanalizu; itd. U ovom članku nam je želja da pratimo kako se psihoanaliza razvijala u Srbiji tokom XX veka i to iz dva aspekta koja smatramo da su bitna za život psihoanalize: a. kroz prenošenje veštine psihoanalitičkog rada didaktičkom (trening) analizom, i b. kroz stvaranje i razvijanje psihoanalitičkih udruženja.

Zašto baš ova dva kriterijuma? Na okruglom stolu „100 godina psihoanalize“ održanom na Saboru psihologa 2006. godine iz publike je postavljeno pitanje beogradskim psihoanalitičarima „šta smatraju da je Freud-ovo najveće otkriće“. Odgovorio sam da je to psihoana-

litički metod, jer bez metoda ne bi bilo istraživanja, otkrića i teorija. To smatram kao odgovor na pitanje zašto prvi kriterijum. A drugi kriterijum zato što su psihoanalitička društva mesto gde se postavljaju standardi za edukaciju, razvoj i unapređenje psihoanalize. U tom smislu društva određuju način usvajanja neophodnih znanja i veština za sticanje prava za samostalnim psihoanalitičkim terapijskim radom.

Preteču psihoanalize čini Breuerov rad sa histeričnim pacijentkinjama kada je u njihovim sećanjima tragao za poreklom i objašnjenjem simptoma. To predstavlja prvo jasno psihogeno objašnjenje duševnog oboljenja. Breuer je upoznao Freuda sa svojim otkrićima i to je predstavljalo početak zajedničke saradnje koja je rezultirala objavljivanjem Studija o histeriji 1895. godine [1]. Freud nije bio zadovoljan rezultatima koje su postizali Breuerovim metodom koji se zasnivao na hipnozi i sugestiji, te je razvio psihoanalitički metod radi spoznaje psihičke stvarnosti [2] na osnovu kojeg je došao do tako značajnih otkrića kao što su nesvesno, infantilna seksualnost, Edipov kompleks i mnoga druga [3]. Osnovu metoda čini psihoanalitička situacija u kojoj pacijent leži na kauču i saopštava svoje slobodne asocijacije dok ga psihoanalitičar sluša sa tzv. „slobodno lebdećom pažnjom“ (što znači pažnjom koja se ne usmerava na određene detalje) sedeći u fotelji iznad njegove glave. U određenim momentima analitičar interveniše da bi unapredio razvoj procesa i interpretira da bi pacijent došao do uvida u svoje psihičko funkcionisanje.

Istovremeno sa otkrićem psihoanalitičkog metoda Freud je započeo svoju samoanalizu, otprilike 1897. godine. Zahvaljujući njegovoj samoanalizi nastala je

knjiga Tumačenje snova, objavljena 1900. godine [4]. Kasnije će Freud postaviti uslov da svako ko želi da se aktivno bavi primenom psihoanalitičkog metoda u lečenju mora i sam da prođe svoju analizu. Prvi psihoanalitičari bili su, tako, Freudovi učenici. O samim počecima Freud piše u „O istoriji psihoanalitičkog pokreta“ 1914. sledeće [5]: „Od 1902. godine nadalje, nekolicina mladih doktora se okupila oko mene sa jasnom namerom da uče, praktikuju i šire znanje psihoanalize. Poticaj je došao od kolege koji je sam doživeo blagotvorne efekte analitičke terapije. Redovni sastanci su se održavali uveče određenim danima u mojoj kući, odvijale su se diskusije prema određenim pravilima a prisutni su se trudili da pronađu svoje puteve u ovom novom i nepoznatom polju istraživanja i da zainteresuju ostale za nj.“

Druga značajna grupa zainteresovanih za psihoanalizu se okupila u Zürichu predvođena E. Bleulerom i C.G. Jungom. 1908. godine je u Salzburgu održan prvi Internacionalni psihoanalitički kongres. Iste godine je Abraham osnovao Berlinško psihoanalitičko društvo, a narednih godina su osnovana društva u New York-u, Budimpešti i Londonu. Prva psihoanalitička klinika je osnovana u Berlinu 1921. godine na inicijativu dr M. Eitingtona. Rad klinike se fokusirao na tri cilja: psihoanalitički trening, psihoanalitički tretman za one koji ne mogu da ga priušte privatno, i psihoanalitička istraživanja. U radu klinike su učestvovali pored ostalog Ernst Simmel, Otto Fenichel, Carl Müller-Braunschweig, Hans Lampl, Karen Horney, Hanns Sachs, Franz Alexander, Sandor Rado, Siegfried Bernfeld, Felix Boehm, Eugen J. Hárník, Max Eitingon. Na ovoj klinici započinje istorija srpske psihoanalize. Nikola Šu-

gar, rodom iz Subotice, nakon završenog medicinskog fakulteta u Pragu 1923. godine, prešao je u Berlin i prošao svoju trening analizu kod F. Boehma u trajanju od dve godine [6]. U to vreme je preporuka klinike bila da se trening analiza radi najmanje godinu do godinu i po.

U Internacionalnom psihoanalitičkom žurnalu iz 1939. Šugar se navodi kao član Bečkog psihoanalitičkog društva [7]: „Šugar, Dr. Nikola, Knjeginje Ljubice ul. 32, Belgrade, Jugoslavia.“ (Int. J. Psycho-anal, 1939, 20:498). Zahvaljujući istraživanjima Petra Klajna zapisanim u njegovom magistarskom radu „Razvoj psihoanalize u Srbiji“ [6] sačuvani su neki podaci o Nikoli Šugaru.

NIKOLA ŠUGAR

Nikola Šugar je rođen 25. avgusta 1897. u Subotici, a zvanično je proglašen mrtvim 15. maja 1945. Stradao je kao Jevrej u nacističkim logorima. Njegovo ime je navedeno među „najmanje petnaest ubijenih od strane nacista“ [8] u Biltenu Internacionalnog psihoanalitičkog udruženja, a zaveden je kao član Bečkog psihoanalitičkog udruženja. Naime, nakon svoje trening analize Šugar je 1925. godine prešao u Beč gde je nastavio specijalizaciju iz psihijatrije kod Wagner-Jauregga, slušao Freudova predavanja, povezao se sa tadašnjim psihoanalitičarima i postao vanredni član Bečkog psihoanalitičkog društva. Redovni član istog društva je bio u periodu od 1933. do 1938., a onda se učlanio u Budimpeštansko psihoanalitičko društvo. U kratkom periodu koji je proveo u Beču Šugar je sarađivao sa Paulom Schilderom i bio s njim koautor članka "Zur Lehre von den schizophrenen Sprach-störungen", objavljenog u "Zentralblatt für die gesamte Neurologie

und Psychiatrie" 1926. godine. Krajem 1926. godine Šugar se vraća u Suboticu, i nakon odslužene vojske, započinje svoju privatnu praksu. Bio je poznat kao „lekar za alkoholizam“ po klijenteli koja je kod njega dolazila. 1937. godine seli se za Beograd i započinje saradnju sa Nikolom Popovićem, filozofom, prevodiocem i popularizatorom psihoanalize u tadašnjoj Srbiji. Nikola Popović je, u svojoj karijeri, bio šef Katedre za filozofiju, dekan Filozofskog fakulteta, prorektor Univerziteta, a tokom rata rektor Univerziteta. 1945. godine je osuđen na šest godina robjice kao kolaboracionista, jer je ostao na dužnosti rektora tokom okupacije. Poređenja radi, Felix Boehm, Šugarov analitičar, je nasledio predsedništvo nad Berlinским psihoanalitičkim društvom u vreme kada su Nemci počeli sa progonom Jevreja, ali je ostao u kontaktu sa S. Freudom i savetovao se povodom novonastale situacije, a nakon rata je nastavio saradnju sa Internacionalnim psihoanalitičkim udruženjem o čemu svedoče pisani tragovi Anne Freud.

N. Popović je „tridesetih godina održao seriju veoma posećenih predavanja na Kolarčevom univerzitetu iz oblasti psihoanalize i napisao dve knjige iz te oblasti“ [6]. Prva je proizašla iz njegovih predavanja i zove se „Predavanja iz psihoanalize“ u izdanju Gece Kona, Beograd, 1934. Druga je „Psihoanaliza – osnove učenja Sigmunda Frojda“, Geca Kon, Beograd, 1935. To su prve knjige na srpsko-hrvatskom jeziku u kojima je sistematski izložena psihoanalitička teorija. U Internacionalnom psihoanalitičkom žurnalu iz 1938. godine [9] Nikola Šugar je dao kritički prikaz „Predavanja iz psihoanalize“. Sinovac Nikole Popovića je Boško Popović, poznati profesor Psihologije lič-

nosti na Filozofskom fakultetu u Beogradu u drugoj polovini XX veka.

Nikola Šugar je, sa grupom sledbenika, 1938. osnovao Psihoanalitičko društvo u Beogradu. Članovi su bili Lj. Dumić, V. Dvorniković, M. Đurić, Hugo Klajn, Vladislav Klajn, V. Matić, N. Popović i Lj. Živković. Sastanci su se odvijali jednom mesečno u kancelariji Nikole Popovića u dekanatu Filozofskog fakulteta do zabrane 1940. kada je dekanu Popoviću rečeno da je "politički nezgodno" da deluje psihoanalitičko društvo na fakultetu. Povremeni sastanci su se od tada održavali u Šugarovom stanu. Sastanci su se odvijali tako što bi jedan član grupe održao predavanje, a posle bi usledila diskusija ili razgovor. Nakon bombardovanja Beograda Šugar se peške vratio u Suboticu i tu radio do 1944. kada je deportovan u nacističke logore. Tokom svog boravka u Beogradu Šugar je na trening analizi imao, pored ostalih, dva buduća psihoanalitičara: Vladislava Klajna i Vojina Matića. O Matiću ćemo govoriti detaljno kasnije, s obzirom da je on nastavio rad Nikole Šugara. A što se tiče Vladislava Klajna da pomenemo da je njegov budući rad vezan za bolnicu „Dragiša Mišović“ u kojoj je 1956. osnovao psihoterapijsko odeljenje sa psihodinamskom orijentacijom. Predavanja o psihoanalizi koja je Vladislav Klajn držao u to vreme su smatrana „jeretičnim“. Na napade je Klajn odgovorio rekavši da će i dalje koristiti psihoanalizu u radu jer ta metoda pomaže.

Šugar je, stoga, na dva najznačajnija načina doprineo razvoju psihoanalize u Srbiji. Praktikovanjem trening psihoanalize ostavio je za sobom psihoanalitičare praktičare, a osnivanjem psihoanalitičkog društva je pokrenuo proces rada na

širenju i razvijanju psihoanalitičke misli u Srbiji.

Pre nego nastavimo prikaz istorijskog razvoja psihoanalize moramo da se zaustavimo i nakratko osvrnemo na rad Hugo Klajna koji nije doprineo razvoju na polju trening analize, već je najznačajniji doprinos dao u primenjenoj psihoanalizi (šekspirologija), zatim u tumačenju parti-zanske ratne neuroze, te u izdavaštvu (prevođenje i izdavanje Freudovih dela).

HUGO KLAJN

Rođen je 30. septembra 1894. u Vukovaru, a umro je 1981. u Beogradu. Medicinu je studirao u Beču. Studije je započeo 1912. a prekinuo ih je za vreme prvog svetskog rata kada je kao rezervni oficir – bataljonski lekar služio u Galiciji i Italiji. Diplomirao je 1918. godine. Tokom 1913. Hugo Klajn je odlazio na tromesečni kurs iz psihoanalize kod Viktora Tauska. Zatim je bio lično na razgovoru kod Freuda, u Berggasse 19, da bi dobio dozvolu da sluša njegova predavanja, što je bio Freudov zahtev u to vreme. Dobio je Freudovu vizit-kartu sa potpisom, kao vizu za njegova predavanja. U periodu 1921-23. Klajn se vratio u Beč da bi specijalizirao psihijatriju, a istovremeno je tražio od Freuda preporuku za psihoanalitičara koji bi ga primio na trening analizu. Freud je predložio Edwarda Hitschmanna, ali Hugo se odlučio za Paula Schildera koji je bio slobodnijih nazora.

Po povratku Hugo Klajn je radio na Guberevcu u psihijatrijskoj bolnici, a kasnije je preuzeo ordinaciju dr Subotića, po njegovoj smrti i na predlog njegove žene. Među njegovom klijentelom se našla i mlada pijanistkinja, Stana Đurić-Ribnikar, sa kojom se 1937. oženio i dobio si-

na. Tokom rata je radio u jevrejskoj bolnici (koje su nacisti namerno odvojili od ostalih bolnica) i kad je shvatio koja sudbina ga čeka simulirao je samoubistvo, a zatim izigravao pacijenta-depresivca, da bi se kasnije sklonio, promenio izgled (brada, naočale) i identitet u Uroša Kljajića. Predstavljao se kao profesor engleskog a žena mu je dolazila u posete kao učenica. U tom periodu Hugo Klajn je vodio dnevnik, neku vrstu samoanalize, koji je njegova žena čuvala u radnom stolu, ali je na kraju rata izgoreo zajedno sa njegovom bibliotekom.

Posle drugog svetskog rata Klajn je radio na nervnom odeljenju vojne bolnice, da bi ga nova vlast predložila za režisera u Narodnom pozorištu, zahvaljujući njegovim pozorišnim kritikama u predratnom, levo orijentisanom listu „Stožer“. Kako je počeo da režira, tako je počeo da predaje psihologiju na Dramskom studiju Narodnog pozorišta, a kasnije je predavao režiju na Akademiji za pozorište, film, radio i televiziju. Time je otpočela drugačija karijera za Hugo Klajna u kojoj nije bilo mesta za klinički rad ali je njegov doprinos primenjenoj psihoanalizi i izdavaštvu bio veliki.

Preveo je 1937. „Psihopatologiju svakodnevnog života“ S. Freuda i napisao predgovor „O psihoanalizi“. Objavio je 1939. članak o omaškama izazvanim nesvesnom željom za smrću deteta, „Fehlleistung infolge unbewusster Todeswünsche gegen das einzige Kind“ u „Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und Imago“ [10]. Napisao je 1945. „Ratna neuroza Jugoslovena“ koja je izdata tek 1955 [11], u kojoj daje tumačenje tzv. „jurišanata“, boraca-partizana koji su pokazivali specifičnu vrstu simptomatologije. Članak „Razvoj psihoanalize u poslednjim decenijama“ je

izašao 1958. kao predgovor izdanju Freudovog „Uvoda u psihoanalizu“. Takođe je napisao predgovor za Odabrana dela Sigmunda Freuda 1969. Ostali njegovi radovi vezani su za pozorište, a među značajnijim je zbirka tekstova „Šekspir i čoveštvo“ iz 1964.

VOJIN MATIĆ

Rođen je 25. jula 1911. godine u Zrenjaninu, a umro je 1999. u Beogradu [12]. Otac mu je bio jedini srpski lekar u gradu, a 1914. je optužen za veleizdajnika jer je održao govor protiv Austro-Ugarske, te je poslat za kaznu na front. Po završetku rata postavljen je za upravnika županijske bolnice u Velikom Beckereku, današnji Zrenjanin. Matić je poslat na studije medicine u Beč 1929. godine a nakon tri godine se vratio u Srbiju, zbog velike ekonomske krize, i nastavio studije u Beogradu. Tokom boravka u Beču Matić je slušao veoma posećena predavanja urologa Oswalda Schwarza, koji je držao kurs o psihoanalizi, psihosomatskim obolenjima i bračnim problemima. Matić je diplomirao 1936. i započeo specijalizaciju iz neuropsihijatrije kod prof. Stanojevića. Nikola Šugar je 1937. obišao Neuropsihijatrijsku kliniku i jedino je Matić bio zainteresovan za priključivanje psihoanalitičkom društvu. Iste godine Matić je započeo trening analizu kod Šugara koja je trajala oko tri godine i prekinuta je zbog rata. P. Klajn [6] navodi da je Matić 1950-51 sproveo i samoanalizu. Matić je 1941. položio specijalistički ispit iz neuropsihijatrije.

Tokom rata odveden je u zarobljenički logor u Nemačkoj u kojem je radio kao lekar i vodio neuropsihijatrijsko odeljenje. Po povratku u zemlju radio je kao asistent neuropsihijatrije kod prof. Vladi-

mira Vujića, jednog od boljih poznavalaca psihoanalitičkog učenja i čoveka koji je uveo psihološke predmete u studije neuropsihijatrije [13]. Učestvovao je 1947. u osnivanju Odseka za defektologiju pri Višoj pedagoškoj školi na kojem je bio honorarni predavač. Dobio je stipendiju Svetske zdravstvene organizacije (WHO) 1948. i proveo godinu dana u Parizu na specijalizaciji kod prof. Georgesu Heuyera, dečjeg psihijatra, i dr Fischgolda, specijaliste za EEG. Matić je hteo da nastavi svoju trening analizu u Parisu ali je sekretar Psihoanalitičkog udruženja, Sach Nacht, odugovlačio sa odlukom i na kraju saopštio da nema vremena za referencionu analizu. Matić je 1952. dao ostavku na asistenturu kod prof. Vujića i prešao na Filozofski fakultet na kojem je tada osnovano Odeljenje za Psihologiju. Iz početka je predavao kao asistent dečju psihopatologiju, da bi se penzionisao kao redovni profesor koji je, tokom svoje karijere, predavao Opštu psihopatologiju, Psihopatologiju dece i adolescenata i Mentalnu higijenu.

Matićev najznačajniji poduhvat je osnivanje Medicinsko-pedagoškog savetovališta 1953. godine [14]. Savetovalište se bavilo prvenstveno psihopatologijom dece i omladine, a po organizaciji je predstavljalo izrazito naprednu ustanovu na prostorima tadašnje Jugoslavije. Bilo je multiprofesionalno, tu su radili psihijatri (Milica Jojić-Milenković, Slavka Brzev), pedijatar (Ljiljana Milosavljević), psiholozi (Milica Marinkov, Katarina Radovanović, Nevenka Perović, Vladimir Petrović), pedagog (Branivoj Popović) i socijalni radnik (Vera Markičević). Na čelu sa Matićem oni su predstavljali snažan profesionalni tim čiji su međuljudski odnosi postali veoma prijateljski. Edukacija je bila sastavni deo posla i Matić je tim

uveo u posao dijagnostike, terapije i savetovanja. U radu su se koristili testovi, što se tada smatralo „buržoaskim“. Koristili su se testovi inteligencije (Binet-Simon, Raven) i projektni testovi (Rorschach za decu, MAPS, FAT, TAT, Machover test). U terapijskom radu se koristila individualna i grupna psihoterapija i savetovanje, zatim play-terapija, radna terapija, a obavljao se i socijalni rad. Održavali su se timski sastanci svake subote sa diskusijama, grupnim supervizijama slučajeva, a na pojedine sastanke i seminare su dolazili i studenti psihologije. Koliko je napredan bio timski rad u to vreme govori činjenica da je tek 70-tih grupa psihoterapeuta iz Beča držala edukaciju o timskom radu na prostorima tadašnje Jugoslavije. Savetovalište je posedovalo prostoriju za play-terapiju sa jednosmernim ogledalom za posmatranje dece i terapije. Nakon deset godina rada predloženo je da se savetovalište kao „nepotrebno“ ukine. Više od dvanaest komisija je razmatralo ovaj zahtev da bi jednog ponedeljka zaposleni zatekli inventar na hodniku a usmeno im je rečeno da se isele.

U periodu kada je osnovano i radilo Medicinsko-pedagoško savetovalište osnivaju je još dva slična odeljenja psihodinamske orijentacije [15]: Mirko Švrakić osniva 1952. psihijatrijsko odeljenje „Avala“ u okviru Neuropsihijatrijske klinike u Beogradu na kojem se tretiraju neurotska oboljenja na psihodinamski način, a Vladislav Klajn osniva 1956. psihoterapijsko odeljenje u bolnici „Dr Dragiša Mišović“.

Najveću zaostavštinu iz perioda savetovališta (pa i kasnije) čini Matićev rad kao trening analitičara kada je i veliki broj njegovih tadašnjih saradnika prošao analizu kod njega. Na taj način je Matić nastavio tamo gde je Šugar bio onemogu-

ćen ratom i vlastitom smrću. U tom periodu su kod njega trening analizu prošli Milica Jojić-Milenković, Ljiljana Milosavljević, Slavka Brzev, Milica Marinkov i Vladimir Petrović. Analiza je imala učestalost pet puta nedeljno i trajala je najmanje četiri godine. Od nabrojanih Matićevih analizanada Ljiljana Milosavljević je prešla na polovini analize u Zagreb i dovršila svoju trening analizu kod zagrebačkog psihoanalitičara Stjepana Betlheima, direktnog člana IPA od 1953 [16]. U kasnijem periodu trening analizu (po manje strogim pravilima) su prošli i mnogi drugi psihijatri i psiholozi. Među njima su i zvanično priznati psihoanalitičari od strane Internacionalnog psihoanalitičkog udruženja: Tamara Štajner-Popović, Aleksandar Vučo, Vojislav Čurčić, Vesna Brzev, Ivanka Dunjić i Marija Vezmar.

Najznačajniji teorijski doprinos psihoanalitičkoj teoriji Matić je dao u članku „Uloga razvoja hvatanja u prevazilaženju anaklitičkog straha“ koji je objavljen u Analima zavoda za mentalno zdravlje 2 iz 1970. Analizirao je ulogu ruke u prvih godinu dana života kada ona postaje predobjekat koji preuzima na sebe neke majčinske funkcije kao što su pribavljanje oralnog zadovoljstva sisanjem prsta, kožno-mišićne prijatnosti dodirivanjem tela, te vizuelne gratifikacije gledanje ruke uz osmeh. U anaklitičkom periodu je razlikovao funkciju introjeksijske stavljajući predmeta u usta, kao i funkciju ovladavanja strahom od napuštanja kroz bacanje predmeta iz ruku. U kasnijem razvoju majka postaje objekat nezavisan od Ega a ruka postaje deo Ega deteta.

Drugi izuzetan teorijski doprinos Matić je dao na polju paleopsihologije – primene psihoanalitičke teorije na objektni razvoj čovečanstva i mitske prošlosti.

Glavni radovi iz te oblasti štampani su u publikacijama „Zaboravljena božanstva“ [17], te „Psihoanaliza mitske prošlosti“ I [18], II [19] i III [20]. U njima Matić pokazuje kako se razvoj čovečanstva može razumeti primenom psihoanalitičke teorije razvoja i analizira niz južnoslovenskih mitova pokazujući primenu svojih pretpostavki.

Vojin Matić je posedovao niz kvaliteta [14]. Bio je poliglota (govorio je devet jezika), širokog obrazovanja, neverovatan rukovodilac, veoma empatičan, sa izuzetnim razumevanjem za ljudske slabosti. Posebno želimo da istaknemo kvalitete koji su došli do izražaja u njegovoj borbi za razvoj psihoanalize u Srbiji (Matić se borio na, njemu svojstven, tihi „matićevski“ način). Kad je Matić počeo da razmišlja o analitičkoj obuci za zaposlene u savetovalištu prvo je želeo da dovede trening analitičara iz Mađarske. Kad se ideja pokazala neizvodivom Matić je pokazao retku sposobnost da razdvoji unutar sebe uloge rukovodioca i trening analitičara, što je ljudski i profesionalno izuzetno težak zadatak. Pored toga, Matić se nije plašio da sagleda da njegovi analizandi mogu više da napreduju nego što analiza s njim može da im pruži, pa ih je slao kod drugih analitičara. Takođe je, svo vreme, bio u kontaktu sa novinama u psihoanalizi i stalno pratio literaturu iz date oblasti. Bio je snažna podrška svojim đacima koji su bili poznati u stručnim krugovima kao „matićevci“, a ta podrška mu se vraćala istom snagom kad god mu je bila potrebna. Uvek je težio za zvaničnim priznanjem psihoanalize u Srbiji i na kraju mu se želja ispunila zahvaljujući borbi njegovog sledbenika Tamare Štajner-Popović. Na kongresu u San Francisku 1995. izabran je, zajedno sa Tamarom, za punopravnog člana Internacio-

nalnog psihoanalitičkog udruženja i dobio je posebno priznanje i povelju za razvoj psihoanalize.

„MATIĆEVCI“

Analizandi Vojina Matića iz perioda Medicinsko-pedagoškog savetovaništva su prebačeni, po ukidanju savetovaništva, u različite ustanove kako bi se onemogućio njihov timski rad. Postojala je ideja da se svi prebace u novoosnovani Zavod za mentalno zdravlje (danas Institut) ali to se nije desilo. Slavka Brzev je prebačena u školski dispanzer Doma zdravlja „Boris Kidrič“ (na kojem je formirano psihološko savetovaništvo zajedno sa Katarinom Radovanović i Ksenijom Kondić), Milica Jojić-Milenković u Zavod za mentalno zdravlje na odeljenje psihoza, Milica Marinkov takođe u Zavod, Ljiljana Milosavljević na Institut za majku i dete, Vladimir Petrović na Filozofski fakultet. Značajni poduhvati su bili osnivanje bračnog savetovaništva pri Zavodu za mentalno zdravlje 1965., osnivač Milica Jojić-Milenković, i psihološkog savetovaništva na Filozofskom fakultetu 1976., osnivač Vladimir Petrović.

Mnogi „matićevci“ su bili asistenti i predavači na Filozofskom fakultetu. Milica Jojić-Milenković je bila predavač na predmetu Opšta psihopatologija, Vladimir Petrović na predmetima Mentalna higijena i Psihopatologija detinjstva i mladosti, da bi od 1970. predavao Osnove psihoterapije i savetovanja. Njegovo je mesto na predmetima Psihopatologija detinjstva i mladosti i Mentalna higijena preuzela Ksenija Kondić.

Sada ćemo ukratko reći nešto o najznačajnijim „matićevcima“, kako su tada

zvali učenike Vojina Matića, iz perioda šezdesetih i sedamdesetih, a s obzirom na doprinos daljem razvoju psihoanalize.

Milica Jojić-Milenković

Rođena je 1928. u Peći kao jedno od petoro dece, a preminula je 06. marta 2008. Otac, diplomirani filozof, je biran za narodnog poslanika u dva navrata nakon prvog svetskog rata, a zatim je bio direktor gimnazije u Peći. Za vreme drugog svetskog rata je bio zarobljenik u italijanskom zatvoru a streljan je 1945. kao saradnik okupatora. Majka je bila edukator za žene na Institutu kralja Nikole. Milica je završila medicinski fakultet u Beogradu i specijalizirala psihijatriju.

Tokom rada u Medicinsko-pedagoškom savetovalištu Milica je često radila sa roditeljima jer je smatrala da je to neophodna dopuna terapiji dece. Na Zavodu se bunila protiv šturih naznaka u anamnezama tipa „imala je loš brak“ koje ništa konkretno ne govore o bračnim problemima. Njeni nalazi su uvek pisani dinamski, tj. sa psihoanalitičkim tumačenjem. Da li je to bio razlog da je izaberu da osnuje bračno savetovaništvo, prvo takve vrste u tadašnjoj Jugoslaviji, nije poznato. U svakom slučaju, savetovaništvo je ubrzo dospelo na dobar glas i razvila se saradnja sa Centrima za socijalni rad i sudovima. Savetovaništvo je postalo drugostepena komisija za dodelu dece nakon razvoda.

Pored aktivnosti u Bračnom savetovalištu, Milica je radila kao šef Odseka za psihoze, predavala Opštu psihopatologiju na Filozofskom fakultetu, radila kao konsultant i nadzor u Domovima zdravlja, Centrima za socijalni rad, Domovima za nezbrinutu decu, Domovima za

vaspitno zapuštenu decu i slično. Za svoj rad dobila je niz priznanja. Svoju doktor-sku tezu „Psihodinamika bračnih odno-sa“ nije nikad odbranila. U Beogradu ni-su hteli da prihvate doktorski rad koji ne-ma istraživanje sa statističkim analizama, a u Zagrebu su prevodili dokumentaciju na „hrvatski jezik“ u vreme kada se kori-stio srpsko-hrvatski ili hrvatsko-srpski je-zik (to se dešavalo 1972. u vreme tzv. „maspoka“).

Milica je bila veoma široke kulture, stalno je išla na koncerte, izložbe i pratila nova izdanja iz umetnosti. Tako se desilo da je velik broj njenih klijenata bio iz oblasti umetnosti ili istorije umetnosti. Bi-la je ekspert da putem jezgrovitih inter-pretacija pomogne ljudima i u kratkim psihoterapijama. Tek nakon penzionisa-nja mogla je da se posveti didaktičkom psihoanalitičkom radu te je imala nekoli-cinu stručnjaka na trening analizi (pored ostalih i autora ovog teksta), učestvovala u komisiji za skrining (prijem na edukaci-ju za psihoanalitičara), i kao supervizor. Jedina je od Matića dobila zvanično pri-znanje da je osposobljena za grupnu ana-litičku psihoterapiju te je vodila edukativ-ne grupe u Podgorici. U vreme kada se teško dolazilo do literature, prevela je za-jedno sa suprugom „Ja i mehanizmi od-brane“ Anne Freud, prevod koji se kori-stio kao skripta među kolegama. Primlje-na je 1999. godine u Internacionalno psihoanalitičko udruženje kao punopravni član [21].

Ljiljana Milosavljević

Ljiljana Milosavljević je rođena 30. aprila 1928. godine u Beogradu. Tu je za-vršila medicinski fakultet i muzičku aka-demiju (na harfi), a kasnije je specijalizi-

rala pedijatriju. Pored Vojina Matića njen trening analitičar je bio Stjepan Betelheim iz Zagreba. Nakon Medicinsko-pedagoškog savetovališta prebačena je na Odelje-nje za mentalnu higijenu Instituta za maj-ku i dete na kojem je 1963. osnovala Sa-vetovalište za mentalnu higijenu.

Ljiljana je dala značajan doprinos raz-voju psihoanalize svojim didaktičkim ra-dom. Osam stručnjaka je kod nje prošlo trening analizu. Među njima je i Petar Klajn (koji je magistrirao na temi „Raz-voj psihoanalize u Srbiji“) koji je učestvo-vao u naporima za zvanično priznanje psihoanalize 90-tih ali je prerano umro usled teške bolesti. Takođe je delovala kao član skrining komisije i supervizor. Primljena je 1999. u Internacionalno psihoanalitičko udruženje kao punopravni član [21]. Među svojim analizandima ce-njena je po svojim empatijskim sposob-nostima, a sama kaže da je rano uvidela značaj kontratransfera u radu sa klijenti-ma. Poznata je po svojim uspesima u ra-du sa agorafobičarima. Prva se bavila sa dečjom psihosomatikom, pored Ksenije Kondić, što je predstavljeno radovima na svetskim kongresima.

Vladimir Petrović

Rođen je 17. juna 1929. u Beogradu, a umro 14. decembra 1996. Završio je Filozofski fakultet, odsek za psihologiju, a doktorirao je na temu „Emocionalne smetnje i uspeh u školi: porodica kao motivacioni faktor“ 1965. godine. Na-kon rada u Medicinsko-pedagoškom sa-vetovalištu Vladimir Petrović je prešao na Filozofski fakultet i kasnije je vodio predmet Osnovi psihoterapije i savetova-nja u okviru kojeg je ceo semestar posve-tio predavanjima psihoanalitičke tehnike. Osnivač je Psihološkog savetovališta na

Filozofskom fakultetu u okviru kojeg su radili volonteri i pružali psihoterapijske usluge studentima Univerziteta. U okviru savetovališta je okupljao jednom nedeljno studente-postdiplomce zainteresovane za psihoanalizu. Na sastancima su se prikazivale interne prezentacije radova psihoanalitičara, vodile diskusije na razne teme iz psihoanalize i radile supervizije u grupi. Petrović je bio aktivan i kao trening analitičar. Od njegovih studenata-postdiplomaca petoro je dobilo međunarodnu licencu psihoanalitičara (od toga su dvoje išli kod njega na trening analizu).

Ksenija Kondić

Rođena je 13. jula 1934. u Brčkom [22]. Roditelji su se školovali u Austro-Ugarskoj, majka je završila muzičku školu u Beču (klavir), a otac višu trgovinsku u Gracu (bio je stručnjak za spoljnu trgovinu). Ksenija je prvi put čitala Freuda na nemačkom sa 16 godina zahvaljujući ujaku, izuzetno obrazovanom čoveku koji je diplomirao prava u Beču. Ksenija je maturirala u prvoj generaciji klasične gimnazije gde je učila i latinski i starogrčki.

Završila je Filozofski fakultet, Odsek za psihologiju, a doktorirala na temu „Povezanost dečjih neurotičnih smetnji sa strukturom ličnosti, odnosno patologijom roditelja“ 1980. Treća je u tadašnjoj Jugoslaviji završila specijalizaciju iz medicinske/kliničke psihologije (posle Josipa Bergera i Lile Jovanović), a prva sa prikazom kliničkog slučaja. Završila je trening analizu u trajanju pet godina kod dr Slavke Brzev-Mančić, kao i dvogodišnju edukaciju iz play-terapije. Godinu dana je bila na superviziji kod prof. dr Vojina Matića.

Radila je dve i po godine u Centru za cerebralnu paralizu, sprat ispod Medicin-

ske-pedagoškog savetovališta u kojem je radio prof. dr Vojin Matić, i učestvovala je kao stalni gost na njegovim sastancima. Zatim je deset godina radila u Školskom dispanzeru Doma zdravlja „B. Kidrič“. Na Filozofski fakultet je došla sa trinaest godina kliničkog iskustva i edukacijom iz psihoanalize. Završila je karijeru kao redovni profesor Psihopatologije detinjstva i mladosti i Mentalne higijene.

Jedan je od osnivača, predavača i supervizora (pored V. Matića, V. Petrovića, i ostalih) subspecijalizacije iz analitički orjentisane psihoterapije pri Medicinskom fakultetu. Takođe je jedan od osnivača, pored devet koleginica, prvog privatnog psihološkog savetovališta „Psihološki krugovi“ 1990. Poznata je po svom angažmanu na televiziji na kojoj je učestvovala kao gost ili voditelj u preko 150 emisija školskog, obrazovnog i naučnog programa (većinom sa Ilijom Dobrivojevićem, dinamski orjentisanim psihologom).

Uvela je svoje poznavanje ego-psihologije u programe na fakultetu. Sa Tamarom Štajner-Popović je prevela Pola Federna „Ego psihologija i psihoze“ koja se koristila interno kao skripta u vreme kada se teško dolazilo do literature. Učestvovala je u radu na priznavanju psihoanalize u Beogradu ali je usled medicinskih i tehničkih razloga ostala bez zvaničnog priznanja Internacionalnog psihoanalitičkog udruženja.

INSTITUCIONALIZACIJA PSIHOANALIZE U SRBIJI

Od 1938. kada je Nikola Šugar osnovao psihoanalitičko društvo u Beogradu koje je prestalo sa radom početkom II svetskog rata, gotovo pola veka nije bilo

pokušaja da se psihoanalitičari okupe u institucionalnom okviru. Težnja Vojina Matića je bila da se prizna psihoanaliza u Srbiji od strane Internacionalnog psihoanalitičkog udruženja (IPA). Svoju energiju je usmerio na klinički rad, edukacije i pisanje, a ne i na osnivanje nacionalnog udruženja. Tek krajem osamdesetih se pojavljuje Društvo za proučavanje psihoanalitičkog metoda koje je nastalo radi inicijative u izdavačkoj delatnosti. Ideju je dao Dragan Vukotić, analizand Vladimira Petrovića, a u društvu je okupio grupu koja se sastajala u Psihološkom savetovalištu na Filozofskom fakultetu. Društvo je pokrenulo štampanje zbornika radova koji je sadržavao Frojdove spise o psihoanalitičkoj tehnici bitne za razumevanje psihoanalitičkog metoda i prakse. Prvi tom Spisa o psihoanalitičkoj tehnici se pojavio 1990 [23]. Drugo društvo, okupljeno zbog rada na edukaciji iz psihoanalize, osnovano je početkom devedesetih na inicijativu Tamare Štajner-Popović i zvalo se Beogradsko društvo za razvoj psihoanalize. Društvo je brojalo preko pedeset članova od kojih su neki završili didaktičku analizu, a većina je tek bila u edukaciji.

Povoljna okolnost za institucionalizaciju psihoanalize u Srbiji je došla od predsednika Evropske psihoanalitičke federacije (EPF), Han Groen-Prakken. Ona je bila zainteresovana za širenje psihoanalize u zemljama tzv. Istočne Evrope, odnosno zemljama koje su bile pod Sovjetskim savezom u Istočnom bloku. Iako tadašnja Jugoslavija politički nije pripadala Istočnom bloku uvrštena je među zemlje Istočne Evrope radi širenja psihoanalize. Novembra 1990. je u Beogradu održan Drugi EPF Istočno Evropski Seminar. Han Groen-Prakken [24] je zapisala da su kolege sa Istoka željne treninga i pokazuju zavidnu analitičku sposobnost.

Napore Han Groen-Prakken je podržala IPA koja je formirala potkomitet za Istočnu Evropu sa kopredsednicima Han Groen-Prakken i John Kafkom. Na 38. kongresu IPA 1993. u Amsterdamu Tamara Štajner-Popović je dogovorila sa kopredsednicima način na koji bi se pokrenula institucionalizacija psihoanalize u Srbiji [25]. Supervizijom kandidata je trebalo bar četvoro da bude primljeno u direktno članstvo IPA kako bi se oformila Studijska grupa kao preduslov za stvaranje nacionalnog psihoanalitičkog društva. Tako se i desilo. Nakon niza supervizija na 39. kongresu IPA 1995. u San Francisku u članstvo IPA su primljeni Vojin Matić, Tamara Štajner-Popović, Aleksandar Vučo, Ivanka Jovanović-Dunjić, Gordana Marinkov-Vulević, Vida Rakić-Petroi i Milorad Vukašinić. Vojin Matić je tada dobio povelju za posebne zasluge u razvoju psihoanalize na ovim prostorima. Na osnovu toga je 1996. oformljena Studijska grupa kao prvi stadijum zvaničnog priznanja psihoanalize u Srbiji. Uz podršku Komiteta sponzora od strane IPA Beogradska studijska grupa je prerasla 2004. u Beogradsko psihoanalitičko društvo, a 2007. je dobijen status ravnopravnog društva IPA na 45. kongresu održanom u Nju Orleansu.

ZAKLJUČAK

Psihoanaliza je prisutna na prostoru Srbije sa pojavom Nikole Šugara između dva svetska rata. Nakon II svetskog rata ona je nastavila da se razvija zahvaljujući entuzijazmu i edukativnom radu Vojina Matića. Institucionalno priznanje od strane IPA psihoanaliza u Srbiji je dobila tek krajem XX veka zahvaljujući, pre svega, naporima Tamare Štajner-Popović.

HISTORY OF PSYCHOANALYSIS IN SERBIA IN THE TWENTIETH CENTURY

Boris Kordić

Faculty of Security Studies, University
of Belgrade, Belgrade, Serbia

Literatura:

1. Breuer J. & Freud S. Studies on hysteria. Standard Edition 2. New York. Basic Books Inc; 1895.
2. Kordić B. Psihička realnost u klasičnoj psihoanalitičkoj teoriji. Engrami - časopis za kliničku psihijatriju, psihologiju i granične discipline. 2009; 31(3-4): 69-76.
3. Barišić J. Frojd i seksualnost - povodom 150-godišnjice rođenja Sigmunda Frojda. Engrami - časopis za kliničku psihijatriju, psihologiju i granične discipline. 2006; 28(1-2): 43-51.

Summary

The development of psychoanalysis in Serbia was presented through the work of people in Serbia who spread psychoanalytic thought and practice through clinical and educational work. There were two main criteria for selection: a. didactic analysis, and b. establishment of associations. The first analysed psychoanalysts in Serbia were Nikola Sugar and Hugo Klein. After World War II Vojin Matic, which had passed three years in didactic analysis by Nikola Sugar, continue with educational activities and didactic analysis which passed about thirty candidates with him. The first round of his analysands was named "maticévcı" and they had continued with the educational work and didactic analysis of candidates. At the end of the twentieth century Tamara Steiner-Popovic launched a campaign of international recognition of psychoanalysis in Serbia that ended in 2004 when Belgrade Psychoanalytical Society has become an equal member of the International Psychoanalytic Society.

Key words: history of psychoanalysis, Vojin Matic, Belgrade Psychoanalytical Society, International Psychoanalytical Association

4. Freud S. The interpretation of dreams. Parts I and II. Standard Edition 4-5. New York. Basic Books Inc; 1900.
5. Freud S. On the history of the psychoanalytic movement. Standard Edition 14. New York. Basic Books Inc; 1914.
6. Klajn P. Razvoj psihoanalize u Srbiji. - magistarski rad. 1980.
7. List of Members of the International Psycho-Analytical Association. Int. J. Psycho-Anal. 1939; 20: 498-515.

8. Freud A. Bulletin of the International Psycho-Analytical Association. Bul. Int. Psychoanal. Assn. 1949; 30:178-208.
9. Sugar N. Predavanja Iz Psihoanalize [lectures on Psycho-Analysis]. Int. J. Psycho-Anal. 193; 19: 242-244.
10. Klajn H. Fehlleistung infolge unbewusster Todeswünsche gegen das einzige Kind (A Symptomatic Act in Consequence of an Unconscious Death Wish Against the Only Child). Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und Imago. 1939; 24 (3).
11. Klajn H. Ratna neuroza Jugoslovena. Beograd. Sanitetska uprava JNA; 1955.
12. Legende Beogradskog Univerziteta. Vojin Matic 1911-1999. 2008. Univerzitet u Beogradu, Univerzitetska biblioteka „Svetozar Marković“. preuzeto sa: http://www.unilib.bg.ac.rs/o_nama/izlozbe/Vojin%20Matic/Vojin%20Matic.pdf
13. Milovanović S. Prvi srpski psihijatri. Srpski arhiv za celokupno lekarstvo. 2006; 134(9-10): 457-465.
14. Kordić B. Intervju sa prim. dr Milicom Jojić-Milenković. 2006.
15. Milovanović S, Jašović-Gašić M, Pantović M, Đukić-Dejanović S, Jovanović AA, Damjanović A & Ravanić D: The historical development of psychiatry in serbia. Psychiatria Danubina. 2009; 21(2): 156–165.
16. Kordić B. Intervju sa prim. dr Ljiljanom Milosavljević. 2006.
17. Matic V. Zaboravljena božanstva. Beograd. Prosveta; 1972.
18. Matic V. Psihoanaliza mitske prošlosti I. Beograd. Prosveta; 1976.
19. Matic V. Psihoanaliza mitske prošlosti II. Beograd. Prosveta; 1979.
20. Matic V. Psihoanaliza mitske prošlosti III. Beograd. Prosveta; 1983.
21. Tufnell V. Business Meeting. Bul. Int. Psychoanal. Assn. 2000; 81: 408-412.
22. Kordić B. Intervju sa prof. dr Ksenijom Kordić. 2007.
23. Freud S. Spisi o psihoanalitičkoj tehnici I. Ed, Vukotić, D. Beograd. Društvo za proučavanje psihoanalitičkog metoda; 1990.
24. Groen-Prakken H. Message from the President. Bulletin EPF 1991; 36.
25. Vučo A. Psihoanaliza i zvanično u Srbiji. Psihoterapija. 1996; 1: 72-75

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

PSIHOLOŠKA AUTOPSIJA – PRIKAZ SLUČAJA

Nada Janković¹
Emilija Stanković²
Dušanka Čorak³
Bogdan Janković²

UDK: 616.89-008.44-091

- 1 Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija
- 2 Pravni fakultet, Univerzitet u Kragujevcu, Kragujevac, Srbija
- 3 Vojni medicinski centar « Karaburma », Beograd, Srbija

UVOD

Psihološka autopsija je procedura u istrazi smrtnog slučaja kroz rekonstrukciju misli i osećanja osobe pre njene smrti [1]. Ova rekonstrukcija se zasniva na informacijama skupljenim iz ličnih dokumenata, policijskih zapisnika, medicinskih i isledničkih izveštaja, kao i iz ličnih razgovora sa porodicama, prijateljima i drugim ljudima koji su bili u kontaktu sa preminulim pre smrti.

Prvom psihološkom autopsijom možemo verovatno smatrati studiju Gregory Zilboorga, koji je istraživao devadeset tri uzastopna samoubistva policajaca u New Yorku, 1934-1940. Zatim je 1958. godine, u istrazi slučajeve u kojima uzrok smrti nije bilo moguće jasno utvrditi, zatražena pomoć od tima Cen-

Kratak sadržaj

Svrha psihološke autopsije je da pomogne u otkrivanju načina smrti. Procenjeno je da između pet i dvadeset procenata svih smrti, koje dolaze do sudske medicine, su zagonetne i nejasne. Način smrti određuje da li je ona prirodno uzrokovana ili je zadesna, samoubistvo ili ubistvo. Drugi cilj psihološke autopsije je da odredi pokojnikovo psihološko stanje pre smrti. Rekonstrukcija ove mentalne procene, pomaže u iznalaženju uzroka samoubistva i izbora određenog vremena izvršenja. Treća svrha psihološke autopsije je da vodi intervju sa porodicom i prijateljima preminulog i da rekonstruiše dobijene informacije na najdelotvorniji način, kako bi one pomogle preživelim. Četvrti razlog psihološke autopsije je da upotrebi dobijene podatke koji bi koristili u tretmanu budućih pacijenata i koji bi identifikovali obrasce ponašanja suicidalnih osoba.

Ključne reči: psihološka autopsija, suicidalnost, padobranstvo

tra za prevenciju samoubistva u Los Angelesu. Iz ovih slučajeva, psihijatar Edwin Shneideman je izveo pojam “psihološka autopsija“ [2].

Metod psihološke autopsije je podrazumevao intervjuisanje, na taktičan i sistematičan način, ključnih osoba – bračnih drugova, partnera, roditelja, odrasle dece, prijatelja, kolega, lekara, pretpostavljenih i saradnika. Ova praksa omogućila je tačniju klasifikaciju nejasnih smrtnih slučajeva, ali i doprinela boljem razumevanju pojma samoubistva [3]. Postoje dva glavna trenda u sprovođenju psihološke autopsije: istražni i klinički. Prvi trend podrazumeva istragu jednog smrtnog slučaja, u cilju razjašnjavanja zašto je, ili kako osoba umrla. Ovakve studije obično uključuju opise smrtnog slučaja, a mogu dati i in-

formacije koja će pomoći porodici i prijateljima da bolje razumeju zašto je do tragičnog događaja došlo.

Drugi trend može dovesti do određenih sugestija za prevenciju samoubistava [4] [5].

Ne postoji proceduralni konsenzus psihološke autopsije. Međutim, studije psihološke autopsije u istražne svrhe, koriste ceo skup metoda da bi obezbedile pouzdanost dobijenih informacija. Uprkos činjenici da se sve psihološke autopsije temelje na prisećanjima, koja se mogu smatrati subjektivnim, psihološka autopsija, ipak, predstavlja jedan od glavnih istražnih alata, kad je u pitanju razumevanje nejasnih okolnosti smrti [6,7].

Prikaz slučaja iz sudske prakse

Prilikom izvođenja padobranskog, grupnog skoka, tzv. "Relativa", pri odvajanju iz „formacije“, M. J. je izgubio život jer nije otvorio glavni padobran, niti je sigurnosni automat aktivirao rezervni padobran. Naredbom suda naložena je psihološka autopsija pok. M. J. radi procene eventualnog prisustva suicidalnih namera. Procedura koju smo primenili odnosila se na rekonstrukciju osećanja i mišljenja pok. M. J. pre njegove smrti. Ovaj postupak se prvenstveno zasniva na podacima iz ličnih dokumenata, medicinskih nalaza, sudskih spisa, odnosno iz izveštaja iz istrage kao i iz ličnih razgovora sa porodicom ili osobama koje su bile neposredno u kontaktu pre trenutka smrti. Neophodno je, radi pouzdanosti i tačnosti podataka, koristiti ceo skup metoda, jer se psihološka autopsija temelji na prisećanjima, koja se mogu smatrati i subjektivnim.

Lična padobranska dokumentacija:

Pok. M. J. nije posedovao dozvolu padobranca, zapravo tekuće godine je položio teorijski deo ispita, kao i praktični skok. Nakon toga, međutim, nije podneo zahtev za izdavanje dozvole za padobranca Ministarstvu saobraćaja i telekomunikacija. U knjižicu skokova upisano mu je bilo 57 skokova, a poslednji je upisan godinu dana pre kritičnog događaja. Od tog broja evidentirana su dva grupna figurativna skoka. U rubrikama o osposobljenosti padobranca upisano je osposobljavanje za izvođenje skokova padobranom tipa „Krilo“ i izvođene skokova sa zadržkom.

Podaci o zdravstvenoj sposobnosti:

Pok. M. J. nije imao važeće lekarsko uverenje u skladu sa Pravilnikom o padobranstvu. Uvid u zdravstveni karton na Vazduhoplovnoj lekarskoj komisiji JAT-a Zavoda za vazduhoplovnu medicinu:

Prvi pregled, obavljan je četiri godine pre kritičnog događaja, pored nalaza kardiologa, oftalmologa, laboratorijskih i drugih nalaza, sadržao je i psihološki nalaz: Ocena sposobnosti: sposoban.

Opis kritičnog događaja: nakon istovremenog iskanjanja tri padobranca iz aviona na 2000m visine, došlo je do odvajanja jednog od padobranaca iz „formacije“. Preostala dvojica, od kojih je jedan bio sada pok. M. J., stabilizovali su „formaciju“ i nastavili slobodan pad. Na predviđenoj visini od 1.200 metara nije došlo do planiranog razdvajanja, iako je iskusniji padobranac I.M. davao signal za razdvajanje. Na visini od oko 600 metara, nakon trećeg signala za razlaz, došlo je do odvajanja I.M. sa energičnim pokretom od pok. M. J.

I.M. je zatim aktivirao svoj padobran, a M. J. je nastavio da u stabilnom položaju, licem prema zemlji, pada. I.M. je video da je pok. M.J. pokušavao da nađe ručicu za aktiviranje glavnog padobrana, u čemu nije uspeo, tj. nije izvršio aktiviranje ni glavnog ni rezervnog padobrana. U takvom položaju, licem prema zemlji, udario je o tle.

Analiza organizacije skoka na zemlji

U pripremi za izvršenje skoka rukovodilac skokova nije izvršio pregled padobranske dokumentacije pok. M. J. u cilju kontrole stepena osposobljenosti, shodno odredbi . Pravilnika o padobranstvu.

Obučenosť padobranca za kritični skok

Za izvođenje grupnih figura i skokova, međutim, M. J, kao ni drugi učesnici u ovom skoku, nisu bili dovoljno osposobljeni, niti je njihova obučenosť bila u skladu sa Programom obuke za skokove u tzv. grupnim likovnim skokovima. Program ove obuke utvrđen je rešenjem Saveznog sekretarijata za saobraćaj i veze. Zadatak koji je izvođen bio je iznad nivoa obučenosťi i osposobljenosti svakog od učesnika.

Psihijatrijsko-psihološka autopsija

Obavljen je struktuisani intervju i procena karakteristika ličnosti majke, kao i tipa porodičnog funkcionisanja. Zaključeno je da se radi o nepotpunom, ali funkcionalnom porodičnom sistemu, izražene kohezivnosti, ali i dozvole za autonomijom, potrage za stimulacijom, bez krutih i jasno preciziranih ograničenja. S obzirom da je otac marginalizovan, majka je u afektivnoj razmeni i po-

našanju nastojala da prevaziđe nedostatak muške figure i da smanji mogućnosť emocionalne depriviranosti dece. Ličnost majke karakterišu ekstraverzija, introspektivnosť, odgovornosť, adekvatna emocionalna stabilnosť, visoke aspiracije i investicija u roditeljsku ulogu, sa jakim prefencijom kompetentnosti. Nije sklona konfabulaciji, nerealnom ili lažnom predstavljanju osoba, okolnosti, i generalno bitnih aspekata realnosti. Dobijeni podaci, s obzirom na navedene personalne karakteristike dobijene psihološkim testovima, mogu se smatrati validnim.

Stoga smo, primenili intervju za procenu specifičnog rizika od suicida (The Collaborative Assessment and Management of Suicidality / CAMS) [8], strukturirali intervju sa majkom, kako bi dobili adekvatne heteropodatke o eventualnim riziko-faktorima za suicidalno ponašanje kod pok. M. J. Dakle, posredno su ispitani ključni konstrukti eventualnog suicidalnog statusa - psihička bol, mehanizami emocionalne regulacije, predisponiranosť ka beznadežnosti, impulsivnosti, predstava o sebi, nivo samopoštovanja, vrsta coping-mehanizama, prisusťvo eventualnih stresora, lokus kontrole, kognitivni stil, kao i globalni rizik od suicida (ideje, eventualne namere, radnje).

Retrospektivna analiza pokojnikovih osećanja, stavova, namera, kao i ponašanja vezanih za akcije u vreme smrti, ne ukazuje na specifičan plan, koji bi mogao rezultirati samoubistvom. Naime, obavljen je razgovor sa majkom, radi dobijanja heteropodataka validnih za profilisanje njegove ličnosti. Majka navodi da je M. J. rođen u potpunoj porodici, kao starije od dvoje dece. U njegovom psihomotornom razvoju ne navodi

zastoj ili specifičnosti. Porodicu, međutim, zbog suprugove ljubomore i partnerske nasilnosti (prema deci kaže da nije bio nasilan), od početka označava kao disfunkcionalnu, ali ističe vlastitu "trpnju", ali i "roditeljsku kompetentnost" da obezbedi deci, i u takvim uslovima, "optimalnost" razvoja (bili su dobra deca i nikada im ništa nije falilo). Ističe da se ovo nije odrazilo na emocionalnu razmenu unutar porodice, bliskost članova, kao i usmerenje dece. Ipak, evidentira se odsustvo adekvatne ineterakcije dece sa "udaljenim i specifičnim" ocem, ali i bliskost sa majkom, koja pre ima odlike druženja (insistira na "drugarstvu" sa vlastitom decom), nego obeležja konvencionalne roditeljske relacije. Tako, unutrašnji obrasci iz prošlosti M. J. sastoje se, uglavnom, iz slika i sećanja koja karakterišu kontradiktornosti osoba od autoriteta: agresivni i verovatno nesigurni otac i dominantna i samodovoljna majka. Ovo je imalo refleksiju na strukturiranje slike M.J. o sebi, kao i stavova i osećanja, zbog introjeksijske kontradiktornih mehanizama. Naime, nije mogao da ostane dekontaminiran od istorije nasilja u vlastitoj porodici (bez obzira što nije bilo direktno usmereno na njega). On je cenzurisao svoje odgovore na to i motorički kanalisao na drugačiji način, te je, u toku svog razvoja, usvajao široku lepezu opasnih sportova, sve do padobranstva. Takođe, nije bio intaktan ni na grandioznu Self-strukturu majke, koju je ugradio u Self-percepciju, te je sebe predstavljao spremnijim i obučenijim nego što realno jeste, da bi održao tu sliku o sebi. Ovo bismo mogli smatrati prekursorima njegove strukture ličnosti. Nju su karakterisale parcijalne objektivne reprezentacije, često neadekvatne inter-

akcije sa drugima, teškoće u modulaciji afekta, povremeno pogrešna samoprocena, perceptualna nekonvencionalnost, ali ne i suicidalnost. U kognitivnoj sferi izostaju defetističke ideje ili stavovi; u emocionalnoj sferi takođe izostaje de-centriranost u pravcu depresivnosti; u sferi interpersonalnih i životnih događaja nema disfunkcije u privatnom životu, kao ni socijalne izolacije i povlačenje, značajnih gubitaka ili finansijskih problema. Takođe, ne postoje podaci da je patio od nekog mentalnog poremećaja, uključujući alkoholizam, ili narkomaniju. U personalnoj ravni, naprotiv, imponovao je kao osoba pre sklona samoprecenjivanju, nego gubitku adekvatnog samocenjenja, samorespekta i samouverenosti. Posedovao je pozitivna osećanja o sebi i svom životu u celini, tj. imponovao je kao neko ko želi da dosegne puni potencijal u mnogim aspektima vlastitog života (npr. Da putuje u Ameriku, da nađe adekvatniji posao...).

Ono što je specifičnost njegovog životnog stila, međutim, je da nije uvek uspevao da pribavi dovoljno zadovoljstva i uživanja od takvog načina života, te da je, povremeno, bio sklon »ispitivanju« različitih formi realnosti, u sklopu traganja za svojim identitetom. Povremeno je testirao vlastite moći, kroz izbor interesantnih i uzbuđujućih događaja (adrenalinških). To jest, kao da se povremeno »isključivao« iz sopstvenog života, ispitujući vlastite sposobnosti kroz novine/rizičnost.

To ne znači da je u tome ispoljavao destruktivnost ili autodestruktivnost, ali postoji mogućnost nesvesnog aranžiranja situacija, sa eventualnim lošim ishodom u sklopu precenjivanja vlastitih moći. Problem je što se u njegov nekon-

vencionalni obrazac nadovezalo insistiranje na konvencionalnosti procedure, osoba koje su o tome morale da vode računa, pa i da insistiraju na tome: npr. dozvoljeno mu da skače "relativ" iako nije obučen za to, zatim bez regularnih papira kao što su dozvola, lična karta, lekarsko uverenje. Tako je nepoštovanje forme doprinelo realizaciji potencijalnih rizika, tj. na njegove personalne atribute površnosti nadovezala se neadekvatan profesionalizam osoba zaduženih da brinu o njegovoj sigurnosti. Na osnovu sveukupne analize, izostaje detektovanje kapaciteta za suicidalne namere u M. J. Na osnovu dobijenih podataka iz istrage i iz medicinske dokumentacije može se reći da je pok. M. J. bio veoma pozitivno motivisan za skakanje padobranom sa snažnom emotivnom investicijom. U njegovom sistemu vrednovanja ovo opredeljenje za adrenalinske sportove zauzimalo je visko rangiran nivo. Međutim, kritičnom prilikom, senzorno preopterećenje (sensory overloaded) je remetilo psihičke funkcije, te je došlo do suženja opažajnog polja (kao gledanje kroz veliko uveličanje mikroskopa, i tada je vidno polje sa uvećanim detaljima ali nedostaje uvid u celinu), što je rezultovalo nesnalaženjem u situaciji skoka. Navedeno, kao i neiskustvo (odsustvo adekvatne obučenosti), ali i loši meteorološki uslovi, a ne suicidalne namere, su doprineli nepovlačenju ručice padobrana, kritičnom prilikom.

U daljem toku sudskog procesa je pravosudnom presudom zaključeno, na osnovu svih objektivnih dokaza (u koje spada i ovo veštačenje), da se radilo o ljudskoj grešci vezanoj za obuku, ali i ograničenosti tehničkih sredstava, a ne o suicidalnosti.

Što se tiče pokojnog M. J. i njegovog "učesća" u kritičnim okolnostima pokazalo se da je ljudsko postojanje u svojoj suštini krhko. Njegova "jedina greška" je bila što je imao želju da sopstveno telo koristi kao oruđe svemoći, a rizik kao potvrdu sposobnosti da se živi.

Zaključak

Psihološka autopsija je evaluacija, koja se fokusira na psihološkim aspektima vezanim za smrtni ishod, u slučajevima kada nije jasan uzrok smrti. Korisna je kadgod je potrebna retrospektivna psihološka procena determinantni uzroka smrti. Uzrok smrti može biti: prirodni, slučajni, homicidalni, suicidalni ili neodređen (5-20% slučajeva). U ovom poslednjem slučaju, psiholog-veštak je deo tima koji utvrđuje način smrti. Psihološka autopsija je brižljiva, retrospektivna analiza pokojnikovih namera, vezanih za akciju u vreme smrti. Diferencijalni aspekt koji definiše smrt kao samoubistvo ili kao nesreću, je pokojnikova namera. Suicid podrazumeva da je smrt bila namerna i samosprovedena. Podrazumeva pokojnikov specifični plan akcije koji će rezultirati smrću. Riziko faktori su demografski (stariji, muški pol, samci), psihijatrijske bolesti (afektivni poremećaji, alkoholizam, shizofrenija), određeni personalni atributi (agresivnost, impulsivnost, beznadežnost), interpersonalni životni događaji (nestabilnost ili disfunkcija), neočekivane pripreme za smrt ili probe fatalnog ponašanja. Specifična kombinacija ovih faktora povećava individualni rizik od suicida. Ukoliko retrospektivnom analizom izostane njihova identifikacija, najverovatnije se radi o prirodnoj, zadesnoj ili nasilnoj smrti.

THE PSYCHOLOGICAL AUTOPSY - CASE REPORT

Nada Janković¹
Emilija Stanković²
Dušanka Čorak³
Bogdan Janković²

- 1 Clinic for Psychiatry, Clinical Center of Serbia, Belgrade
- 2 Law faculty, University of Kragujevac, Kragujevac, Serbia
- 3 Military Medical Center "Karaburma", Belgrade, Serbia

Literatura:

1. Janković, N., Jovanović, A., (2006). Ličnost od normalnosti do abnormalnosti. Matica srpska, Novi Sad.
2. Ebert, B. W. (1987). Guide to conducting a psychological autopsy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 11(1), 52-56.
3. Shneidman, E. (1996). *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press.
4. Cook, R. S., Cross, T. L., & Gust, K. L. (1996). Psychological autopsy as a research approach for studying gifted adolescents who commit suicide. *Journal of Secondary Gifted Education*, 7, 393-402.
5. Alessi, N. E., McManus, M., Brickman, A., & Grapentine, W. L. (1984). Suicidal behavior among serious juvenile offenders. *American Journal of Psychiatry*, 141, 286-287.
6. Neill, K., Benensohn, H., Farber, A., & Resnick, H. (1974). The psychological autopsy: A technique for investigating a hospital suicide. *Hospital and Community Psychiatry*, 25, 33-36.

Summary

The first purpose is to assist in the determination of the mode of death. It is estimated that between five and twenty percent of all deaths that come before a medical examiner are puzzling and unclear. The mode of death determines if the death was by natural cause, an accident, a suicide, or a homicide. The second purpose is to determine the deceased's state of mind at the time of death. Reconstructing this mental assessment can be used to help determine why the deceased committed suicide and why they chose that particular time. The third purpose of the psychological autopsy is to conduct interviews with family and friends. To retrieve the most honest information possible in a way that will be healing for survivors. The fourth purpose of a psychological autopsy is to gain information that will be helpful in treating future patients and identifying behavioral patterns that seem to accompany different degrees of suicidal intent.

Key words: psychological autopsy, suicide, parachute jumping

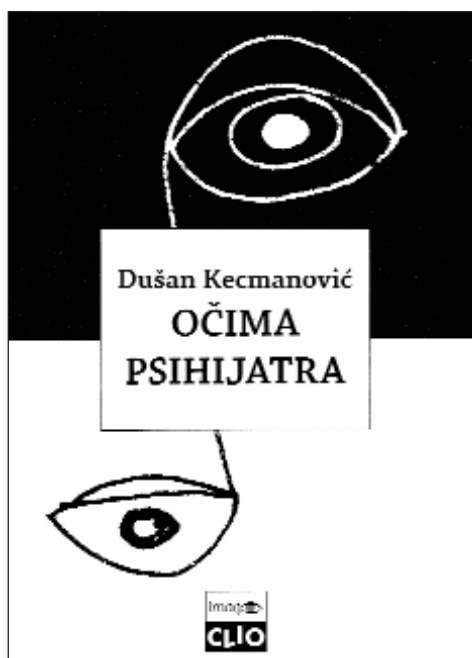
7. Pfeffer, C. R. (1991). Family characteristics and support systems as risk factors for youth suicidal behavior. In L. Davidson & M. Linnoila (Eds.), *Risk factors for youth suicide* (pp. 55-71). New York: Hemisphere.
8. Jones, D. (1977). Suicide by aircraft: A case report. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 48, 454-459.

Nada Janković
Klinika za psihijatriju
Pasterova 2, 11000 Beograd
Tel: 2641097, fax: 2645543
vrhovni@beotel.rs

OČIMA PSIHIJATRA

Dušan Kecmanović

CLIO, Beograd, 2010, str. 196



U izdanju beogradske izdavačke kuće CLIO u sklopu biblioteke IMAGO objavljeno je delo „Očima psihijatra“ autora Dušana Kecmanovića. Edicija se bavi savremenom psihologijom u kulturi, istoriogenezom psihičkih fenomena, psihoanalizom i psihoterapijom, graničnim oblastima psihologije i umetnosti, humanističkih i prirodnih nauka. U ediciji je od 2008. god. objavljeno devet naslova, između ostalih tu se nalaze i prevodi sa engleskog „Kreativnost i ludila“,

Alberta Rotenberga, „Umetnosti i psihe“, Elen Hendler Spic, a svoje mesto je našla i „Mentalna bolesti kao mit“ Tomasa Sasa. Kecmanović se sa svojim rukopisom uklapa ali i obogaćuje heterogenu paletu autora. U prvom delu ove nadsve interesantne i intrigantne knjige, koji je naslovljen *Život i priča* dominira esejiistički diskurs i refleksivno-intimistički zapisi i naracije koje ponajpre ukazuju na subjektivni (u svakom slučaju ne i arbitrarni) izbor autora (Sic, ka-

kav uostalom i može da bude izbor umnog čoveka) i tematiku koja ga intelektualno provocira. Ovi antropološko-filozofski fragmenti imaju i određenu metaforičko- alegorijsku vrednost (npr. zapis o insajderima i autsajderima) gotovo i basnolik prizvuk. Naracija čini naš život ispunjenim, priča je ono što mu i daje smisao. Priklonjen umerenoj postmodernističkoj matici, ne koristeći olakšice (psudo)alibija ove filozofske struje, koja može biti vrlo ubitačna i onipotentna, Kecmanović priča svoju autentično prebojenu priču o iluzijama, govoru istine, anatemisanju duševnih patnji i onima koji se oduvek vraćaju.

Akademik Dušan Kecmanović je enciklopedista, erudita i stvaralac *par excellence*. Njegove teorijske postavke, njegov stil i ozračja tog stila, u sebi sadrže taj esencijalni prilog iskustvenom, stručnom ali i kreativnom aspektu psihijatrije. Kecmanovića mogu najbolje da razumeju znalci i profesionalci-veštaci psihijatrijske misli, oni mogu da prate (ukoliko nisu preterano indoktrinisani) tanane nijanse autorovih konstruktivnih kritika. Stoga treba istaći da autorski diskurs sadrži i određene intelektualne i stilističke zamke, idiome, za neupućenog, laičkog (bez prizvuka pežorativnosti) ili nedovoljno iskusnog čitaoca. Možda oni (znatiželjni laici) sadržaj njegovog pisanja mogu da tumače i na neadekvatan način i kako je *čuđenje i znatiželja osnova svake promišljene interpretacije, svakog damara filozofskog u pojedincu koje je univerzalno*. Zato ponekad pisanje Dušana Kecmanovića i njegovu interpretaciju *weltanshaung-a*, možemo da poredimo i sa izuzetnom zavodljivošću i misterijom čuvenog Fridriha Ničea. Pojavljuje se i analogija o toj zavodljivoj instrukciji (subjektivnoj ili

vođenoj nekim nesvesnim motivima) da prvo čitate Ničea a da pri tome niste pročitali Platona Aristotel ili mračnog Heraklita koja se ponekad javlja kod znatiželjnika. Ali svako ima svoje izbore i slobodu na njih i otuda nije ni uzaludan aforizam *da knjiga bira svoje čitaoce više nego što čitaoci izabiraju knjigu*. *Filosofsko-antropološka naracija i sledstveni diskurs* predstavljaju stvaralački, epistemološki i duhovni *modus vivendi* Akademika Kecmanovića. U njemu projevava i ton nostalgije, ako tumači ovog teksta imaju prava na ovakav pogled i soptvenu meta-naraciju.

Hermeneutika jednog teksta može biti apriorno kritička i pežorativna ali takav pristup više razotkriva nemoć i neznanje samog kritičara nego originalnog tekstopisca. Objektivni diskurs *kritičnosti je mnogo primereniji i konstruktivniji kako po pisca, kritičara tako i kod čitaoca*. Plodonosne su ideje o strukturi i funkciji etnonacionalnih stereotipa koji mogu biti deskriptivni i preskritivni. Postmoderna naracija dozvoljava vrlo raznoliku i šarenoliku raspravu, koji ujedno može imati, a kod Kecmanovića i ima, psihološko-antropološko-esejistički prizvuk i naizgled obilje epistemoloških varijeteta koji se slivaju u jedan univerzalni i to onaj koji pokušava da dešifruje proces dekonstrukcije ludila.

U Kecmanovićevoj interpretaciji psihijatrije u doba dekonstrukcije ludila pod uplivom antipsihijatrije i postpsihijatrije izvesne su i određene, bar po našem mišljenju, semantičke nedoslednosti. Tako koncept (i značenje) ludila zauzima u Kecmanovićevoj pripovesti bitnu značajku. Da li zapravo ova reč u semantičkoj i stručnoj konotaciji predstavlja više stigm, kolokvijalni pristup

mentalnoj bolesti. Kecmanović se naravno trudi da izbriše ovo značenje, ali ono, barem po nama, ostaje u svom literarnom, a ne meta-značenju, kao primedba koja svakako ne remeti pitkost i suštinu napisanog. *Mentalni poremećaj, psihoza, duševni poremećaj* predstavljaju i naš semantičko-konceptualni izbor nasuprot ludilu. Kecmanovićeve definicije ludila i njegove interrelacije, značenijske i interpretativne, sa *mentalnim poremećajima, psihozom, duševnim poremećajima* ukazuju zapravo na većitu psihijatrijsku aporiju.

Značajno je to što Kecmanović navodi jasnu filozofsku distinkciju koja je ujedno ustanovila i kamen temeljac u interpretaciji mentalnih poremećaja. Blez Paskal je smatrao da je ludilo varijetet razuma, a filozofski ga „dekonstruiše“ Dekart koji definiše ludilo kao „nerazum razuma“. Kecmanovićeve suptilne analize shizofrenije, normalne i patološke sumanutosti i halucinacija kao i jasna dekonstrukcija Van Os-ovog koncepta normalno-patološkog kontinuuma, zaslužuje našu punu pozornost i kritički pristup. Ipak i mi smo najbliži tvrdnji Hekersa da tenzija između različitosti i sličnosti čini naučno proučavanje shizofrenije toliko izazovnim.

Britka je i nadasve konstruktivna Kecmanovićeve kritike postpsihijatrije i postpsihijatarata koji pokušavaju da dekonstruišu koncept ludila. Ipak je struja postmodernizma na neki način zloupotrebljena i krajnje arbitrarno, rekli bismo i haotično pretočena od strane izve-

snih psihijatarata, u jedan politički, ideološki pa i hermeneutički pristup u psihijatriji. Takav filozofsko-(a)doktrinarni pristup može biti i mnogo konstruktivniji. To je jasno pokazao i dao univerzalne smernice za (post) modernu medicinu pa samim tim i psihijatriju na ingeniozan način Dejvid Moris u svom delu *Bolest i kultura u postmodernom dobu* (1998). Bolest ne mora samo da se vidi, ona treba i da se čuje. Psihijatri otuda moraju da znaju zašto, kako da slušaju i šta da razabiru slušajući. Psihijatar sa pacijentom mora da razvija sposobnost narativne kompetencije. Biokulturni model koji je potpuno ravnopravan u postmoderni ne odbacuje apriori farmakoterapiju, naprotiv. Licemernost državne politike i kulture je uvek u osnovi postmoderne bolesti - psihijatrijske, internističke, hirurške, infektivne itd. Postmoderna bolest je suštinski biokulturna. Kultura podrazumeva jezik, mit, ideologiju. U analizi međusobnog preplitanja ovih elemenata koji sačinjavaju kulturu leži dijagnoza, ali i kurativa i preventiva postmodernih bolesti

Nadamo se da će Akademik Dušan Kecmanović u svojim budućim delima razviti jedan potpuni i relativno zaokruženi koncept postpsihijatrije sa jasnim terapijskim, prognostičkim i dijagnostičkim ciljevima i time relativizovati aforističnu tvrdnju Volas Stivena da je nesavršeno naš Raj.

*Aleksandar Damjanović
i Srđan Milovanović*

UPUTSTVO AUTORIMA

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

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

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

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

OPŠTA UPUTSTVA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Za nazive lekova koristiti prevashodno generička imena.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Primeri:

1. Članak u časopisu:

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

2. Poglavlje u knjizi:

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

3. Knjiga:

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

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

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

- izjavu da rad prethodno nije publikovan i da nije istovremeno podnet za objavljivanje u nekom drugom časopisu, i
- izjavu da su rukopis pročitali i odobrili svi autori koji ispunjavaju merila autorstva.

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

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