

ENGRAMI

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU
PSIHOLOGIJU
I GRANIČNE DISCIPLINE

1



Volume 34

Beograd, januar-mart 2012.

UDK 159.9+616.89

<http://psihijatrijakcs.org>

YUISSN 0351-2665

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU,
PSIHOLOGIJU I GRANIČNE DISCIPLINE

JOURNAL FOR CLINICAL PSYCHIATRY,
PSYCHOLOGY AND RELATED DISCIPLINES

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

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

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

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

Uredivački 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
NADA LASKOVIĆ
IVAN DIMITRIJEVIĆ

Izdavački savet / Consulting board
LJUBIŠA RAKIĆ

JOSIP BERGER
MIROSLAV ANTONIJEVIĆ
JOSIF VESEL
MILUTIN DAČIĆ
SLAVICA ĐUKIĆ-DEJANOVIĆ (Kragujevac)
MIRKO PEJOVIĆ
JOVAN MARIĆ
ALEKSANDAR KNEŽEVIĆ (Novi Sad)

Internacionalni redakcioni odbor
International editorial board
U. HALLBREICH (New York)
D. KOSOVIĆ (New York)
D. BLOCH (New York)
P. GASNER (Budapest)
N. ŠARTORIUS (Geneve)
D. ŠVRAKIĆ (St. Louis)
G. MILAYIĆ (London)
V. STARČEVIĆ (Sydney)
V. FOLNEGOVIĆ-ŠMALC (Zagreb)
M. JAKOVLJEVIĆ (Zagreb)
S. LOGA (Sarajevo)
J. SIMIĆ-BLAGOVČANIN (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
IRENA ŽNIDARŠIĆ-TRBOJEVIĆ
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 • IZDAVAČI / 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: klinikazapsihijatrijukcs@gmail.com • Časopis ENGRAMI je referisan u SCIndeks bazi (Srpski nacionalni citatni indeks), Journal ENGRAMI is listed in SCIndeks (Serbian national citation index)

Štampanje ovog broja „Engrama“ omogućilo je Udruženje psihijatarata Srbije (UPS)

SADRŽAJ

CONTENTS

ORIGINALNI RADOVI / ORIGINAL ARTICLES

Radmila Milovanović

RAZVOJ EGZEKUTIVNIH KOMPONENTI FUNKCIJA PAŽNJE U ADOLESCENCIJI	5
THE DEVELOPMENT OF THE EXECUTIVE COMPONENTS OF THE FUNCTION OF ATTENTION IN ADOLESCENCE	18

Džanan Berberović, Ivan Jerković

RAZLIKE U SEKSUALNOJ KOMPULZIVNOSTI IZMEĐU MUŠKARACA I ŽENA	21
DIFFERENCES BETWEEN MALES AND FEMALES IN SEXUAL COMPULSIVITY	32

Miša Avramović, Vesna Petrović

SAMOEFIKASNOST I ODABIR MEHANIZAMA PREVLADAVANJA STRESA KOD STUDENATA U SITUACIJI PRIPREME I POLAGANJA ISPITA.....	35
SELF-EFFICACY AND SELECTION OF STRESS COPING MECHANISMS IN STUDENTS IN THE SITUATION OF EXAM PREPARATION AND EXAM TAKING.....	43

Ivana Simić-Vukomanović, Slavica Đukić Dejanović, Nela Đonović, Milica Borovčanin

PSIHO-MEDICINSKI I SOCIJALNI ČINIOCI ŠKOLSKOG USPEHA	45
PSYCHO-MEDICAL AND SOCIAL FACTORS OF SCHOOL SUCCESS.....	56

Dušan Randelović, Jelena Mimić

PREDIKTORI ZADOVOLJSTVA ŽIVOTOM KOD STUDENATA	59
PREDICTORS OF STUDENTS` LIFE SATISFACTION	66

Gordana Paunović Milosavljević, Milutin Nenadović, Nikolaos Klidonas

UČESTALOST PRINUDNE HOSPITALIZACIJE U OKVIRU URGENTNOG PSIHIJATRIJSKOG ZBRINJAVANJA	69
FREQUENCY OF INVOLUNTARY HOSPITALISATION WITHIN EMERGENCY PSYCHIATRIC CARE	75

PREGLED LITERATURE / REVIEW ARTICLE

Dubravka Brtvić, Olivera Vuković, Srđa Zlopaša, Mirjana Zebić, Aleksandar Damjanović

DA LI FILMSKI STEREOTIPI STIGMATIZUJU PSIHIJATRE? 77

DO THE FILM STEREOTYPES STIGMATIZE PSYCHIATRISTS? 81

ISTORIJA MEDICINE / HISTORY OF MEDICINE

Radmir Rakum, Dragan Lovrović

ISTORIJAT I RAZVOJ PSIHIJATRIJSKE BOLNICE LOPAČA 83

HISTORY AND DEVELOPMENT OF THE PSYCHIATRIC HOSPITAL "LOPAČA" ... 89

PRIKAZ KNJIGE / BOOK REVIEW

Marko Munjiza

ISTORIJSKI RAZVOJ PSIHIJATRIJE 91

UPUTSTVO AUTORIMA 93

RAZVOJ EGZEKUTIVNIH KOMPONENTI FUNKCIJA PAŽNJE U ADOLESCENCIJI

Radmila Milovanović

Pedagoški fakultet, Univerzitet
u Kragujevcu, Jagodina, Srbija

Kratak sadržaj

Uvod Pažnja je jedan od najznačajnijih pokazatelja maturacionih procesa, predstavlja opšti razvojni parametar i može biti prvi i najupadljiviji marker razvojnih poremećaja. Uprkos tome, skoro da nema istraživanja razvoja pažnje naših adolescenata opšte populacije niti podataka o njihovim rezultatima na testovima pažnje.

Cilj rada Cilj ovog istraživanja jeste nastojanje da se identifikuju egzekutivne komponente funkcije pažnje koje su, hipoteza je, u razvojnom kontinuitetu od jedanaeste do osamnaeste godine, odnosno, da se analizira struktura i organizacija pažnje adolescenata različitog uzrasta.

Metod U istraživanju je primenjeno sedam različitih testova relevantnih za procenu komponenti funkcija pažnje na uzorku od 800 adolescenata. Različitim procedurama analize, obradivana je performansa osam grupa adolescenata uzrasta od 11. do, zaključno, 18. godine (u svakoj grupi po 100 ispitanika) kao nezavisna varijabla i četrnaest zavisnih varijabli izdvojenih iz sedam korišćenih testova pažnje.

Rezultati Rezultati pokazuju da se performanse ispitanika uzrasta od jedanaeste do osamnaeste godine statistički značajno razlikuju i ukazuju na značajnu tendenciju progresije od najmlađeg ka najstarijem ispitanom uzrastu ($p > 0.05$, $p > 0.01$). Analize pokazuju i da pojedine performanse dostižu svoj maksimum na različitim uzrastima.

Zaključak Dobijeni rezultati se mogu diskutovati u svetlu prolongiranog razvoja prefrontalnih regiona mozga i upućuju na zaključak da se „upside-down“ kontrola pažnje, zajedno sa funkcijama pažnje kao što su selektivnost, kapacitet, fleksibilnost, otpornost na distrakcije, održavanje i koncentracija intenzivno razvijaju i u periodu posle dvanaeste godine, dakle, sve do kraja adolescencije.

Gljučne reči: razvoj, pažnja, egzekutivne funkcije, adolescencija

UVOD

Razvoj pažnje predstavlja istoriju organizovanosti ljudskog ponašanja, proces kojim se iz urođenih elementarnih reakcija razvija najsloženija forma voljne pažnje čija je najvažnija manifestacija mogućnost samostalne kontrole sopstvenog ponašanja [1]. Razvoj pažnje se može okarakterisati kao sistematsko povećanje sposobnosti da se prevaziđu tendencije ka urođenim izborima. Voljni izbor je izbor koji se čini uz napor bez obzira da li je pokrenut ciljem izvan subjekta ili unutrašnjim stanjem. Uspostavljanje sposobnosti supresije prvog odgovora, ključni je trenutak u uspostavljanju slobodne volje [2]. Komponente funkcija pažnje kao što su ciljem usmerena selektivnost, kapacitet, kontrola distrakcija, održavanje, deljenje, fokusiranje i fleksibilnost, posmatrane kroz koncept egzekutivnih funkcija predstavljaju osnov intencionalnog ponašanja i uslov ostvarivanja namera i bilo koje, voljne, ciljem usmerene aktivnosti [3]. Egzekutivne funkcije (EF), sa svoje strane, kao krunski kontrolni mehanizmi, tradicionalno se vezuju za prefrontalne regione mozga [4]. Prefrontalni regioni mozga učestvuju u generaciji procesa aktivacije koji obezbeđuju najsloženije forme programiranja, regulisanja i kontrole svesne delatnosti čoveka. U skladu sa svojom opštom ulogom, ovi regioni učestvuju u regulisanju viših formi voljne pažnje [5]. Neurofiziološke studije koje se bave razvojem prefrontalnih regiona slažu se da prefrontalni regioni i njihove veze sa drugim delovima mozga trpe značajne promene tokom adolescencije- morfološke promene i maksimum metaboličke aktivnosti u prefrontalnim regionima mozga vremenski zaostaju za drugim regionima mozga, sinaptička konsolidacija i mijelo-

geneza traju bar kroz celu adolescenciju, da ove promene predstavljaju osnov kognitivnih promena i da je uzrast na kojima dostižu punu zrelost individualan – neki ljudi nikada ne dostignu ono što bi se moglo nazvati „zrelost prefrontalnih regiona“ [6].

Sa svoje strane, istraživanja razvoja pažnje u dečjem dobu dala su svoj puni doprinos proučavanju dinamike razvoja, određivanju kritičnih momenata normalnog razvoja i postavljanju kriterijuma za procenu vremenskog zaostajanja u sazrevanju jedne ili više komponenti funkcija pažnje [7]. Danas postoji i sve više dokaza da se razvoj egzekutivnih funkcija nastavlja i do kasne adolescencije i zrelog doba [8]. Kako je pažnja jedan od najznačajnijih pokazatelja maturacionih procesa i opšti razvojni parametar i kako je evidentan nedostatak istraživanja razvoja pažnje naših adolescenata opšte populacije, istraživanje o kome je reč u ovom radu može biti korisno i u teorijskom i u praktičnom smislu. Nedostatak istraživanja u ovoj oblasti povlači i nedostatak referentnih vrednosti na raspoloživim testovima pažnje što nužno otežava rad kliničara i stručnjaka koji se bave razvojnou psihologijom i srodnim disciplinama dovodeći ih u situaciju da postignuća na testovima pažnje naše dece i adolescenata neopravdano porede sa rezultatima stranih istraživača -savremene razvojne studije ukazuju na značajne razlike u postignućima dece i adolescenata iz različitih kultura na istim neuropsihološkim tehnikama [9]. Ne manje važna posledica zanemarivanja ove teme jeste i pojava tumačenja i tretmana svih teškoća koje adolescenti imaju u školskom učenju a koje su povezane sa teškoćama pažnje, sa pozicija poremećaja ponašanja, emocionalnih teškoća ili

nedostatka motivacije. Ovo naravno ima za posledicu propuštanje blagovremenog dijagnostikovanja razvojnog problema, adekvatnog tretmana teškoća i komplikovanje već postojećih problema [10].

CILJ ISTRAŽIVANJA

Kasno sazrevanje prefrontalnih regiona i njihova povezanost sa egzekutivnim funkcijama, predstavljaju teorijske premissa na kojima je zasnovana generalna hipoteza ovog istraživanja o prolongiranom razvoju egzekutivnih komponenti funkcija pažnje kroz adolescenciju. Cilj ovog istraživanja je, dakle, analiza strukture i organizacije egzekutivnih komponenti funkcija pažnje adolescenata od jedanaeste do osamnaeste godine. Drugim rečima, cilj istraživanja predstavlja testiranje hipoteze o prolongiranom razvoju egzekutivnih komponenti funkcija pažnje kroz adolescenciju (očekuje se da pojedine egzekutivne komponente pažnje kao što su kapacitet, otpornost na distrakcije,

ciljem usmetena selektivnost, fleksibilnost, dostižu svoj razvojni maksimum do kraja adolescencije). Konkretno:

1. Kroz postignuće na većem broju testova ispitati pojedine egzekutivne komponente pažnje kod adolescenata različitog uzrasta,
2. Odrediti uzrast na kome pojedine komponente voljne pažnje dostižu svoj razvojni maksimum,
3. Postaviti orijentacione norme postignuća na primenjenim testovima pažnje za našu populaciju adolescenata.

METOD

Uzorak istraživanja

Ukupan uzorak se sastoji od 800 adolescenata, učenika osnovnih (V,VI,VII,VIII razred) i srednjih škola (Gimnazija, Elektrotehnička i Ekonomska škola –I, II, III, IV razred) u Čupriji, Jagodini, Kruševcu i Nišu, uzrasta od 11. do 18. godine

Tabela br.1.

Karakteristike adolescenata u odnosu na uzrast, pol, školski uspeh i IQ (srednja vrednost -m)

Table No.1.

Characteristics of adolescents in relation to age, gender, academic achievement and IQ (mean value-m)

Grupe adolesc	Uzrast	Raspon godina	Pol		IQ (m)	Školski uspeh (m)	Broj učesnika
			M	Ž			
I	11,4	11.1-11.9	51	49	106	4.25	100
II	12.5	12.2-12.10	50	50	105	4.05	100
III	13.4	13.1-13.9	48	52	102	4.12	100
IV	14.5	14.1-14.10	49	51	98	4.10	100
V	15.5	15.2-15.10	52	48	102	3.98	100
VI	16.4	16.1-16.9	50	50	101	4.15	100
VII	17.5	17.1-17.10	47	53	104	4.03	100
VIII	18.4	18.1-18.8	49	51	103	3.87	100

Varijable i instrumenti istraživanja

U istraživanju je primenjeno sedam različitih testova relevantnih za procenu egzekutivnih komponenti funkcija pažnje (14 zavisnih varijabli iz korišćenih testova pažnje) adolescenata uzrasta od 11,4 do 18,4 godine (nezavisna varijabla). Korišćeni testovi i varijable su:

- *Raspon cifara (Digit Span)*, ponavljanje serije brojeva je test raspona pažnje, odnosno obima pažnje ili kapaciteta neposrednog upamćivanja (sastavni deo Wechlerevog skupa testova): Varijabla OB (Opseg brojeva)-najveći ukupan broj ponovljenih cifara;
- *Šifra (Simboli Brojeva)*, test sa supstitucijom pomoću simbola, sastavni je deo Wechlerovog skupa testova u okviru koga predstavlja subtest koji meri pažnju: Varijabla SB (Simboli brojeva)-broj uspešno ucrtanih simbola brojeva.
- *Testovi precrtavanja (Cancellation Tasks)*, sastoje se iz zadataka precrtavanja koje su dizajnirali Diller i Talland sa saradnicima (4). Obe korišćene verzije imaju sve karakteristike bazičnih formata Cancellation testova čija je osnovna karakteristika da se zasnivaju na obrascu testova vigilnosti, odnosno, održavanja pažnje. U istraživanju su korišćene dve forme: 1) *Precrtavanje dva ciljna stimulusa (E i C)*: Varijabla PRECRT.VR.-ukupno vreme izraženo u sekundama potrebno za detektovanje dva ciljna stimulusa i 2.) *Precrtavanje sa prebacivanjem (ciljni stimulus se menja u svakom redu)*: Varijabla PREBAC.VR.-(Precrtavanje sa prebacivanjem)-vreme

potrebno za detektovanje ciljnih stimulusa koji se menjaju u svakom redu.

- *Trail Making Test (TMT)*, se sastoji iz dva dela, forme A i forme B od kojih A forma procenjuje pažnju, odnosno koncentraciju, a forma B, pored navedenog procenjuje i kompleksno konceptualno praćenje. Varijabla TMT vr.1 (prvi deo-Forma A)-ukupno vreme u sekundama potrebno za povezivanje brojeva; Varijabla TMT vr.2(drugi deo-Forma B)-ukupno vreme u sekundama potrebno za povezivanje brojeva i slova; Varijabla TMT vr.2-1(razlika vremena)-razlika vremena.
- *Stroop Test (The Stroop test)*-Strup test (11) je verovatno najpoznatija i najčešće korišćena tehnika za procenu selektivnosti i distraktibilnosti pažnje. Procenjuje u kojoj meri ispitanik može održati perceptivni set određen uslovima zadatka uprkos dominaciji konfrontirajućih informacija iz istih »target« stimulusa, odnosno, uprkos distrakciji interferentnim irrelevantnim informacijama. Procedura zahteva imenovanje boje (target stimulusa) kojom je obojena napisana reč- ime druge boje (distraktor). U ovom istraživanju je primenjen Dodrill Format koji sadrži 176 stimulusa: Varijabla Stroop vr.1(čitanje reči-imena boja uz interferenciju boje)-ukupno vreme u sekundama ; Stroop vr.2.(imenovanje boja uz interferenciju konfliktnog naziva boje)-ukupno vreme u sekundama ; Stroop vr.2-1-razlika u vremenu između dva dela testa;

- *Test koncentracije (TKD)*- Test se pokazao kao validan instrument za merenje sposobnosti usredsređenosti na cilj, održavanja mentalnog napora i koncentracije. Najvažniji zadatak testa sastoji se u zahvatanju individualne sposobnosti koncentracije pažnje kao relativno samostalne osobine ličnosti. Test se sastoji od 250 računskih zadataka (jednostavni zadaci sabiranja i oduzimanja) podjednakog stepena težine. Svaki zadatak podrazumeva dva niza zadataka koje treba sračunati i zapamtiti medjurezultate i uputstvo za konačan rezultat: Varijabla TKDU-ukupan broj rešenih zadataka za 30 minuta; Varijabla TKD + (pozitivni)-broj tačno rešenih zadataka; TKD -(negativni)-broj netačno rešenih zadataka; Varijabla TKD%+(procenat pozitivnih rešenja)
- *Ravenovim Progresivnim Matricama* merena je inteligencija.

Statistička analiza

Obrada i analiza prikupljenih podataka radjena je statističkom evaluacijom uz pomoć različitih modela deskriptivne i analitičke statistike. Od deskriptivnih modela korišćeni su računski (mere centralne tendencije, mere varijabiliteta, testiranje normalnosti raspodele, određivanje relativnih brojeva) i grafički (grupisanje i tabeliranje podataka, prikazivanje linijskim i stubičastim dijagramima). Od analitičkih metoda korišćena je jednofaktorska parametarska analiza varijanse (ANOVA) i Student-ov T-test;

REZULTATI

Rezultati istraživanja biće predstavljeni u odnosu na postavljene ciljeve istraživanja.

1. Cilj: Kroz postignuće na većem broju testova ispitati pojedine egzekutivne komponente pažnje kod adolescenata različitog uzrasta

Najrelevantnije pitanje u kontekstu ove teme odnosi se na razlike u postignuću na testovima pažnje grupa adolescenata različitog uzrasta (između 11 i 18 godina). Globalni rezultati prikazani u tabeli br.2, sa osnovnim elementima statističke deskripcije koji omogućavaju uvid u podatke o rezultatima postignuća ispitanika na testovima i sagledavanje njihovih međusobnih odnosa, pokazali su da se grupe ispitanika različitog uzrasta vidljivo »razdvajaju«
prema svim varijablama koje su merene.

Da bi se utvrdilo da li su očigledne razlike u performansi statistički značajne, metodom analize varijanse (ANOVA) testirana je značajnost razlika u postignuću grupa različitog uzrasta na pojedinačnim testovima i varijablama.

Upoređujući grupe različitog uzrasta u odnosu na *kapacitet pažnje* može se uočiti blaga ali pravilna progresija sa porastom uzrasta. Prema postignućima na testu Opseg Brojeva (Varijabla OB: ukupan broj ponovljenih cifara kao mera kapaciteta pažnje) utvrđena je visoko značajna razlika između grupa različitog uzrasta ($F = 4.866$; $p < 0.01$). Sa povećanjem uzrasta značajno se povećava i efikasnost u rešavanju ovog testa. Aritmetičke sredine Opsega Brojeva rastu počev od najmlađeg ka stari-

Tabela br 2.
Postignuće grupa različitog uzrasta na testovima pažnje
(x-srednje vrednosti;Sd-standardne devijacije)

Table No. 2
Achievment of different age groups on tests of attention (x-mean, sd-standard deviation)

Uzrast x Sd	OB x+/- Sd	SB x+/- Sd	TMT 1 x+/-Sd	TMT 2 x+/-SD	TMT 2-1 x+/-SD	STROOP 1 x+/-SD	STROOP 2 x+/-SD	STROOP 2-1 x+/-SD	PRE CRT. x-SD	PREB ACIV. X+/-SD	TKD U X+/-SD	TKD - X+/-SD	TKD + X+/-SD	TKD % X+/-SD
11,4 0,3	6,4 1,3	41,5 8,4	40,1 12,8	122,1 49,2	81,1 12,4	104,7 12,4	219,1 36,1	114,4 32,7	154,8 25,7	276,6 58,6	78,2 24,9	9,1 5,9	69,1 25,2	87,2 8,8
12,5 0,3	6,5 1,3	47,2 7,4	38,8 14,1	112,8 32,2	74,0 14,3	96,5 14,3	206,9 33,5	110,5 32,5	141,5 26,8	244,2 56,7	84,8 25,1	9,1 5,4	75,8 24,7	88,8 6,8
13,4 0,3	6,8 1,2	49,6 7,9	35,4 9,5	99,1 36,9	63,5 15,1	94,9 15,1	197,6 32,7	102,7 28,6	127,3 23,6	211,3 40,5	95,5 26,9	10,2 5,7	85,2 26,4	88,7 6,3
14,5 0,3	6,8 1,2	54,5 9,8	34,5 8,1	93,2 32,2	62,2 11,2	90,6 11,2	183,1 30,5	92,5 26,8	120,2 24,7	202,7 33,9	117,1 37,12	9,8 6,5	107,1 35,9	91,1 5,6
15,5 0,3	6,8 1,2	56,1 11,1	31,8 15,8	86,0 23,5	51,5 10,9	88,9 10,9	175,5 32,5	86,6 32,5	114,1 16,3	197,1 32,1	120,2 38,4	10,2 6,8	109,9 38,8	90,6 7,1
16,4 0,3	6,9 1,8	57,5 8,4	30,9 9,5	83,0 22,3	51,2 11,6	85,1 11,6	167,1 35,3	82,0 35,6	108,8 24,2	186,6 34,3	130,8 31,7	11,8 8,3 8,1	118,9 30,9	90,7 6,3
17,5 0,3	7,1 1,3	64,5 8,4	26,12 6,3	76,1 19,7	49,9 9,1	82,1 9,1	161,7 19,8	79,7 20,1	95,1 10,2	174,1 31,3	144,8 35,8	13,4	131,3 35,9	90,3 5,7
18,4 0,3	7,2 1,2	72,5 8,4	25,5 3,3	74,1 17,7	48,7 8,9	79,5 8,9	159,2 19,6	79,6 20,1	89,9 8,1	162,7 23,5	150,7 31,1	12,2 6,9	138,4 31,6	91,4 5,1

- *OB (Varijabla OB)-najveći ukupan broj ponovljenih cifara na testu Opseg Brojeva (Digit Span);
- * SB (Varijabla SB -Simboli brojeva)-broj uspešno ucrtanih simbola brojeva na testu Šifra
- * TMT 1 (Varijabla TMT 1prvi deo-Forma A; Trail Making Tests)-ukupno vreme u sekundama potrebno za povezivanje brojeva;
- * TMT 2 (Varijabla TMT 2 drugi deo-Forma B; Trail Making Tests)-ukupno vreme u sekundama potrebno za povezivanje brojeva i slova;
- *TMT 2-1 (razlika vremena između forme A i forme B Trail Making Tests
- * Stroop 1. (Varijabla Stroop 1. čitanje reči-imena boja uz interferenciju boje na Stroop testu)-ukupno vreme u sekundama ;
- * Stroop 2.(Varijabla Stroop 2. imenovanje boja uz interferenciju konfliktnog naziva boje na Stroop testu)-ukupno vreme u sekundama ;
- *Stroop 2-1 (Varijabla 2-1)/ razlika u vremenu između dva dela testa;
- * PRECRT. (Varijabla Precrtavanje)-ukupno vreme izraženo u sekundama potrebno za detektovanje dva ciljna stimulusa na Cancelacion Tasks forma 1
- * PREBACIV.(Varijabla Precrtavanje sa prebacivanjem)-vreme potrebno za detektovanje ciljnih stimulusa koji se menjaju u svakom redu Cancelacion Tasks forma 2
- *TKDU (Varijabla TKDU)/ ukupan broj rešenih zadataka za 30 minuta na Testu Koncentracije i Dostignuća ;
- * TKD + (Varijabla TKD +pozitivni)-broj tačno rešenih zadataka na Testu Koncentracije i Dostignuća ;
- *TKD - (Varijabla TKD-, negativni)-broj netačno rešenih zadataka na Testu Koncentracije i Dostignuća ;
- *TKD%+(Varijabla TDK %+)-procenat pozitivnih rešenja.

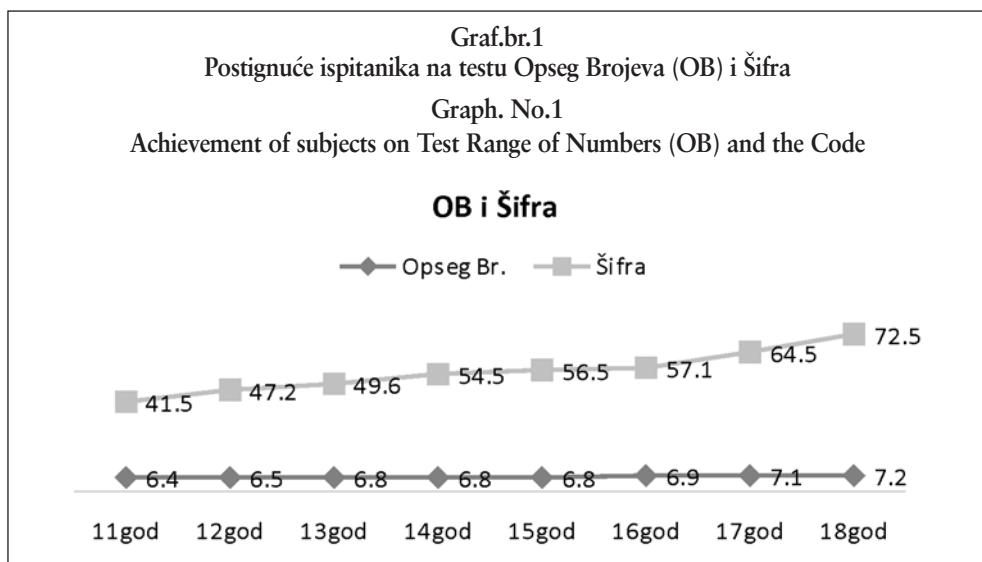
jim uzrastima sa usporenjem progresije od 13. do 16. godine da bi se posle 16 . godine ponovo uočila progresija (Graf Br. 1.)

Selektivnost i održavanje pažnje prema postignućima na testu Šifra ispoljavaju značajnu progresiju u funkciji uzrasta. Performansa na Šifri ispoljava blagu ali veoma pravilnu progresiju počev od najmlađeg uzrasta pa do 16 godine. Posle 16. godine uočljiv je nagli porast performanse. Broj uspešno ucrtanih simbola (Varijabla SB) kao mera selektivnosti i održavanja pažnje, grupe ispitanika različitog uzrasta visoko značajno su se razlikovale ($F = 123.98$; $p < 0.001$).

Sposobnosti održavanja pažnje, koncentracija i konceptualno praćenje sa svim očigledno rastu sa povećanjem uzrasta s obzirom na činjenicu da prosečno vreme koje je potrebno ispitanicima za rešavanje TMT forme A i forme B ispoljava veoma pravilan trend opadanja kako uzrast raste (Graf Br. 2). Što su ispitanici stariji potrebno im je značajno manje vremena za rešavanje ovog te-

sta. Upoređujući grupe različitog uzrasta prema postignućima na TMT testu (forma A meri koncentraciju, a forma B, pored koncentracije procenjuje i kompleksno konceptualno praćenje) nadjena je visoko statistički značajna razlika između grupa različitog uzrasta na svim merenim varijablama: Varijabla TMT1 (vreme potrebno za rešavanje forme A): ($F = 27.06$; $p < 0.001$); Varijabla TMT2. (vreme potrebno za rešavanje forme B): ($F = 30,91$; $p < 0.001$); Varijabla TMT2-1. (razlika u vremenima između forme B i forme A): ($F = 15.76$; $p < 0.001$);

Isti trend potvrđuju i rezultati na Stroop testu (Graf Br. 3) koji ukazuju i na značajnu tendenciju jačanja otpornosti na distrakcije i povećanja selektivnosti pažnje sa porastom uzrasta. Aritmetičke sredine vremena izraženog u sekundama koje je potrebno za rešavanje ovog testa opadaju postepeno ali konstantno od najmlađeg ka najstarijim uzrastima. Na Stroop testu razlika između grupa visoko je statistički značajna na svim merenim varijablama: Varijabla Stroop 1 -



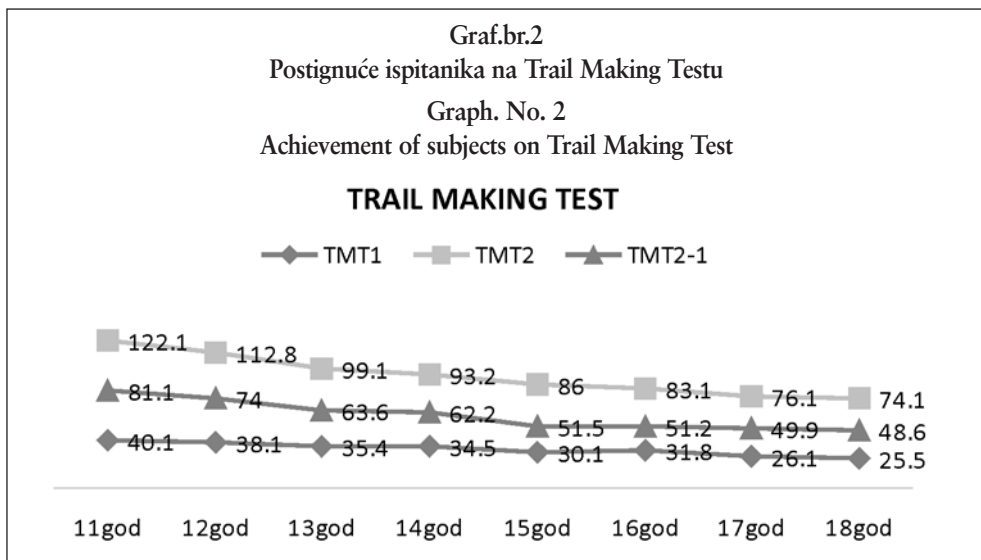
ukupno vreme u sekundama potrebno za imenovanje boja uz interferenciju same boje, kao mera selektivnosti pažnje ($F = 48,37; p < 0.001$); Varijabla Stroop 2 - ukupno vreme potrebno za imenovanje boja uz interferenciju konfliktnog naziva boje kao mera otpornosti na distrakcije ($F = 51,81; p < 0.001$); Varijabla Stroop 2-1: razlika u vremenu između dva dela testa, kao mera koncentracije ($F = 23,10; p < 0.001$).

Fleksibilnost i deljenje pažnje takodje pokazuju tendenciju porasta u funkciji uzrasta. Postignuće ispitanika na obe forme testa precrtavanja- vreme potrebno za precrtavanje dva ciljna stimulusa i vreme potrebno za precrtavanje stimulusa koji se smenjuju u svakom redu- visoko značajno su se razlikovale između grupa različitog uzrasta (Graf. Br. 4.). Varijabla Precrtavanje -ukupno vreme izraženo u sekundama potrebno za detektovanje dva ciljna stimulusa kao mera deljenja pažnje ($F = 108,68; p < 0.001$); Varijabla Prebacivanje: vreme potrebno za detektovanje ciljnih stimulusa koji se

menjaju u svakom redu kao mera fleksibilnosti pažnje ($F = 85,04; p < 0.001$)

Sve varijable TKD testa kao pokazatelji održavanja mentalnog seta i koncentracije pažnje visoko značajno su se razlikovale između grupa različitog uzrasta (Graf Br.5.) Varijabla TKDU (ukupan broj rešenih zadataka za 30 minuta kao mera sposobnosti održavanja pažnje, koncentracije i vigilsti): $F = 71,95; p < 0.001$; Varijabla TKD+ (broj tačno rešenih zadataka kao mera sposobnosti održavanja mentalnog seta i tenaciteta pažnje): ($F = 65,25; p < 0.001$); Varijabla TKD- (broj netačno rešenih zadataka kao posredna mera tenaciteta pažnje): $F = 5,50; p < 0.001$; Varijabla TKD+% (procenat tačno rešenih zadataka kao mera koncentracije pažnje) : $F = 4,93; p < 0.001$

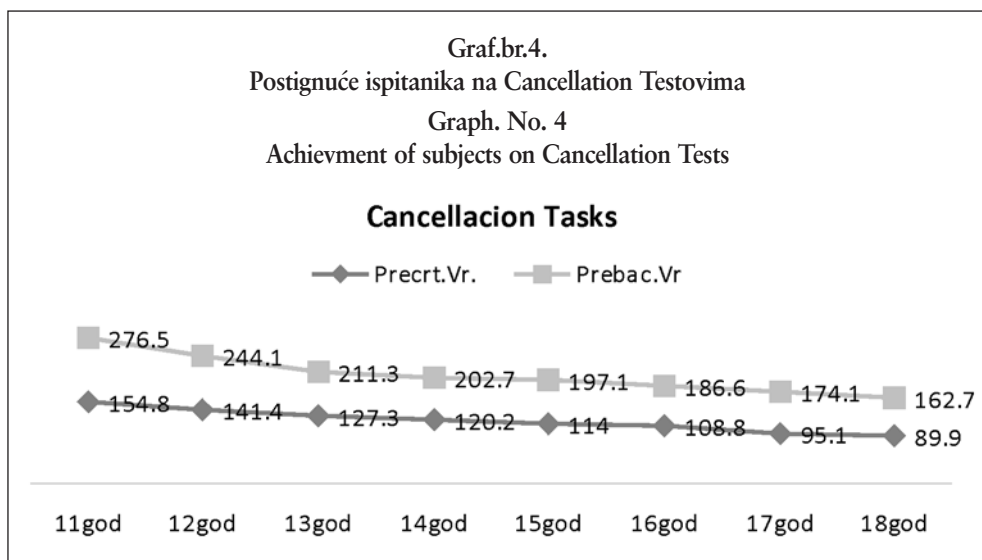
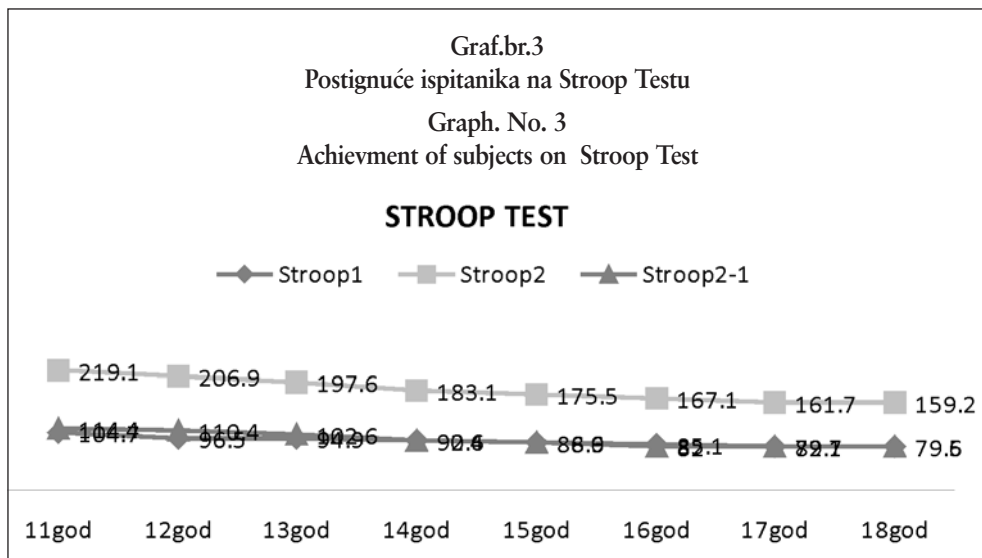
Dakle, na nivou globalnih rezultata, analizom varijanse je utvrđeno da se sve performanse grupa ispitanika različitog uzrasta visoko značajno razlikuju i da pokazuju značajnu tendenciju progresije od dvanaeste do devetnaeste godine.



2. Cilj: Odrediti uzrast na kome pojedine komponente pažnje dostižu svoj razvojni maksimum,

Da bi se utvrdilo od kog uzrasta pojedine varijable ne pokazuju dalju značajnu progresiju, t-testom su radjene analize značajnosti razlika između postignuća svake uzrasne grupe sa svakom

sledećom uzrasnom grupom. Na ovaj način moguće je utvrditi do kog uzrasta performanse ispitanika pokazuju tendenciju značajne progresije i mogu se sa svim precizno izdvojiti uzrasti na kojima se događaju značajni pomaci u sposobnostima koje su detektovane primenjenim testovima.



Analizom značajnosti razlika između postignuća svake uzrasne grupe sa svakom sledećom, starijom grupom, utvrđeno je na kom uzrastu pojedine varijable ne pokazuju dalju značajnu progresiju. Izdvajanjem uzrasta između kojih ne postoje značajne razlike, od uzrasta u odnosu na koji postoji značajna razlika, izvršeno je grupisanje uzrasta i izdvojeni su „razvojni“ nivoi na kojima se beleži napredovanje ka višoj organizovanosti funkcije. Dobijene značajne i konzistentne razlike ukazuju na permanentan razvoj merenih funkcija kroz adolescenciju. (Tabela br 3)

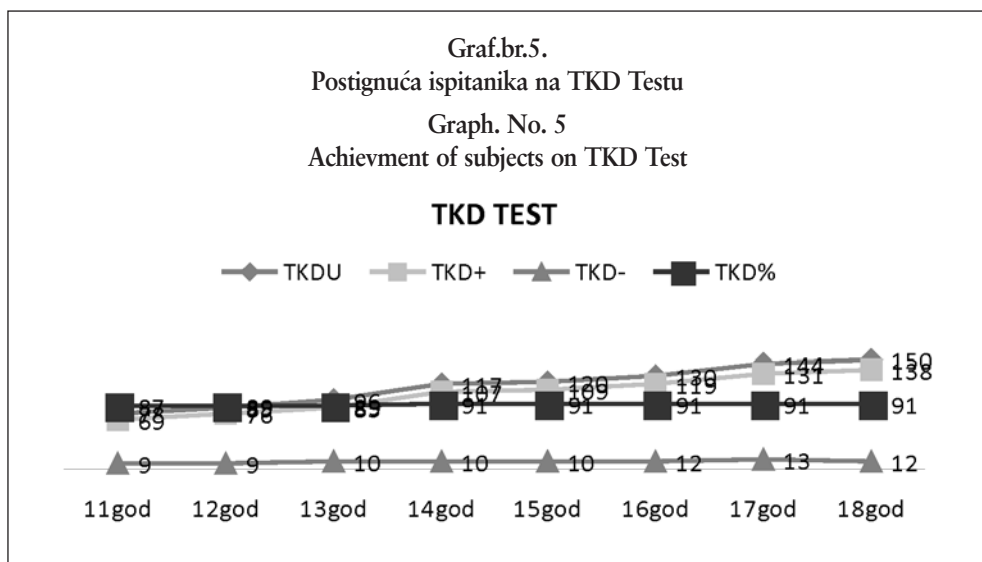
Cilj 3. Postaviti orijentacione norme (referentne vrednosti) postignuća na primenjenim testovima pažnje za našu populaciju adolescenata.

Iz table br 4. Mogu se videti referentne vrednosti svih ispitivanih uzrasta na primenjenim testovima pažnje.

Konačno, što se tiče razlika između polova, analize su pokazale da ne postoje statistički značajne razlike između devojaka i mladića.

DISKUSIJA

Uz oslanjanje na visoku verovatnoću da su obezbedjeni svi neophodni metodološki uslovi, da primenjeni testovi zaista i mere pretpostavljene funkcije, da su zadovoljeni osnovni principi psihološkog zaključivanja, kontinuiranost i paralelne progresije učinka adolescenata različitog uzrasta na četrnaest merenih varijabli mogle bi govoriti o razvoju egzekutivnih funkcija pažnje u adolescentnom dobu (na svakom uzrastu beleže se statistički značajne razlike na merenim varijablama: u trinaestoj godini, primera radi, nalaze se statistički značajne razlike na 11 od 14 merenih varijabli; u šesnaestoj i sedamnaestoj godini po 8).



Podsetimo, u razvojnim studijama, do nedavno, saopštenja o razvoju pažnje završavala su se uzrastom od dvanaest godina, uz eventualne nagoveštaje o mogućem prolongiranom razvoju njenih egzekutivnih komponenti. Neurofiziološka istraživanja koja su nedvosmisleno utvrdila razvoj prefron-

talnih regiona mozga kroz adolescenciju i njihovu povezanost sa egzekutivnim funkcijama, pokrenula su i niz istraživanja koja su tražila potvrdu te povezanosti kroz utvrđivanje razvoja egzekutivnih funkcija. Zahvaljujući tome, u Evropi i SAD poslednjih godina, autori daju ubedljive podatke o tome

Tabela br.3.
Uzrasti na kojima se dešavaju značajni pomaci u postignuću ispitanika

Table 3.
Age at which significant developments are taking place in the achievement of the respondents

Uzrast	OB	SB	TMT 1	TMT 2	TMT 2-1	Stroop 1	St.2	St 2-1	Canc E i C	Canc preb.	T.K U	+	-	%
11God.		♦				♦	♦		♦	♦				
12God.		♦				♦	♦		♦	♦				
13God.	♦	♦	♦	♦	♦		♦	♦	♦	♦	♦	♦		
14God.		♦				♦	♦	♦			♦	♦		♦
15God.		♦	♦		♦			♦	♦					
16God.	♦			♦		♦	♦			♦	♦	♦	♦	
17God.		♦	♦		♦	♦			♦	♦	♦	♦		
18God.				♦						♦				

* (u)označava uzrast na kome se nalaze statistički značajne razlike između performanse ispitanika obeleženog uzrasta sa mladim i (ili)starijim uzrastom

Tabela br 4.
Referentne vrednosti svih uzrasta na testovima pažnje

Table 4
Reference Values of all ages on tests of attention

TEST	11 G.	12 G.	13 G.	14 G.	15 G.	16 G.	17 G.	18 G.
OPSEG BR.	5 - 7	5 - 7	6 - 8	6 - 8	6 - 8	6 - 8	6 - 8	6 - 8
ŠIFRA	39 - 44	45 - 50	47 - 52	52 - 57	54 - 58	55 - 59	62 - 67	70 - 75
STROOP 1	101-107	93-99	91-97	87-93	85-91	82-88	79-85	76-82
STROOP 2	210-228	197-215	188-206	175-192	166-184	158-176	152-170	150-168
STROOP2-1	105-123	101-119	93-111	83-101	77-95	73-91	70-88	70-88
TMT 1	39 - 44	36 - 42	33 - 38	31 - 37	29 - 34	28 - 33	23 - 29	22 - 28
TMT 2	113- 131	103- 121	90-108	84-102	77-95	74-92	67-85	65-83
TMT 2-1	72-90	65-84	54-72	52-71	42-60	42-60	41-59	40-58
CANCELL.1	148-16	135-147	121-133	114-126	108-120	102-114	89-101	83-95
CANCELL.2	267-285	235-253	202-220	193-211	188-206	177-195	165-183	153-171
TKDU	68-88	74-94	85-105	107-127	110-130	120-140	134-154	140-160
TKD+%	82-92	83-93	83-93	86-96	85-95	85-95	85-95	85-96

da performanse na testovima koji mere različite komponente egzekutivnih funkcija dostižu svoj maksimum na različitim uzrastima počev od ranog detinjstva pa sve do kasne adolescencije [12]. Primera radi, rezultati na Testu Opsega Brojeva, ukazuju na dalji rast uspešnosti posle desete godine sa relativnom stagnacijom posle dvanaeste ali i tendencijom dalje progresije ka poznoj adolescenciji [13,14]. Rezultati na Stoop Testu, Treil Makin Testu kao i Cancellation Testovima pokazuju da se puna zrelost performanse može očekivati do kraja adolescencije [15,16]. Rezultati istraživanja na našoj populaciji adolescenata istog uzrasta na istim neuropsihološkim tehnikama ukazuju na iste tendencije [17].

Veća efikasnosti starijih ispitanika na testu Opsega Brojeva (statistički značajni pomaci sa 13 i 16 godina) ukazuje na kontinuirano povećanje *kapaciteta pažnje* što se može tumačiti i ulogom otpornosti na distrakcije u rešavanju ovog testa. S obzirom na sve veću zrelost prefrontalnih regiona i uspostavljanje stabilnijih kontrolnih funkcija jača se i otpornost na distrakcije pa samim tim i efikasnost fokusiranja na zadatak, u ovom slučaju ponavljanje cifara [18].

Rezultati na TMT Testu ukazuju na znatno slabiju sposobnost mlađih adolescenata da organizuju i kontrolišu alternaciju nizova. S obzirom da učinak na svim varijablama pokazuje značajnu tendenciju opadanja ka starijim uzrastima, značajno bolja uspešnost starijih adolescenata samo se delimično može objasniti sazrevanjem sposobnosti vizuo-spacialne organizacije. Kako se tendencija bolje uspešnosti nastavlja do najstarijeg uzrasta (značajni razvojni pomaci događa-

ju se na uzrastu od 13, 15, 16 i 17 godina) moglo bi se govoriti o razvoju *fleksibilnosti pažnje* i još šire, o razvoju *kontrole usmeravanja pažnje* bar do kraja adolescencije. Elektrofiziološke mere za koje je utvrđeno da su » u vezi sa frontotalamičkim funkcionisanjem« značajno su povezane sa aktivnošću na rešavanju oba dela TMT testa, potvrđujući tako tezu o fleksibilnosti angažovanoj na TMT testu sa frontalnom aktivnošću [19]. Izrazita tendencija značajnog porasta performanse na Cancellation zadacima (približno svaki uzrast predstavlja značajan razvojni pomak) može se dovesti u vezu sa pokazateljima na TMT i tumačiti u kontekstu hipoteze o *razvoju fleksibilnosti*.

“Krivulja” rasta na Stroop testu ima veoma intenzivnu dinamiku u smislu boljeg postignuća starijih ispitanika tako da skoro svaki ispitanik uzrast predstavlja poseban “razvojni” nivo. Ako se podsetimo da je Stroop Test u pogledu validnosti skoro nesumnjiv i kao takav pouzdan pokazatelj *ciljem usmerene selektivnosti* dobijeni rezultati bi se mogli tumačiti kao sasvim jasan pokazatelj prolongiranog dužeg sazrevanja egzekutivnih u odnosu na gnostičke integrativne sposobnosti [20] kao i da to sazrevanje predstavlja intenzivan proces, bez posebnog usporavanja bar do devetnaeste godina života. Podsetimo u ovom kontekstu da je empirijski registrovana povezanost neurofizioloških i testovnih indikatora sazrevanja selektivnosti pažnje [21,22] *Razvoj sposobnosti održavanja pažnje*, teče paralelno sa razvojem *selektivnosti i fleksibilnosti* što potvrđuju i rezultati na TKD testu koji je nesumnjive validnosti i pouzdana mera usredsređenosti na cilj, *održavanja mentalnog napora i koncentracije*. Stati-

stički značajne razlike pokazuju tek ispitanici od 13 godina u odnosu na mlađe uzraste. Svaki stariji uzrast, sa izuzetkom ispitanika od 15 godina, predstavlja poseban „razvojni” nivo. Visoko značajne razlike između ispitanika ovih uzrasta mogle bi biti značajan pokazatelj intenzivnog razvoja *egzekutivne kontrole pažnje* u doba adolescencije. Rezultati na Testu Šifra koji je validan test održavanja pažnje a koji se značajno razlikuju između svih ispitivanih uzrasta do devetnaeste godine potvrđuju tezu o razvoju sposobnosti *održavanja pažnje*.

ZAKLJUČAK

Konačno, može se zaključiti da su rezultati istraživanja pokazali da je kroz korišćene neuropsihološke tehnike moguće izdvojiti egzekutivne kom-

ponente pažnje koje pokazuju progresiju tokom adolescencije i koje su u razvojnom kontinuumu od jedanaeste do osamnaesete godine kao i da primenjene tehnike predstavljaju adekvatan način za analizu organizacije i strukture funkcije pažnje na pojedinim uzrastima. Egzekutivne komponente funkcije pažnje adolescenata na različitim uzrastima statistički značajno su se razlikovale od istih komponenti funkcije pažnje na mlađim i starijim uzrastima iz čega proističe da se iz rezultata ovog istraživanja može zaključiti da se » upside – down « kontrola pažnje, zajedno sa funkcijama pažnje kao što su selektivnost, kapacitet, fleksibilnost, otpornost na distrakcije, održavanje i koncentracija intenzivno razvijaju i u periodu između 11. i 18. godine, dakle, kroz celu adolescenciju.

THE DEVELOPMENT OF THE EXECUTIVE COMPONENTS OF THE FUNCTION OF ATTENTION IN ADOLESCENCE

Radmila Milovanović

Summary

Introduction: Attention is one of the most important demonstrators of the maturation processes. It represents the general developmental parameter and it can be the first and the most prominent of the developmental disorders. *Despite that, almost no research has been conducted on the development of attention of our adolescents from general population and almost no data about their results in attention tests.*

The goal: The goal of this research is the endeavour to identify the executive components of the function of attention that are in the developmental continuity *from the age of twelve until nineteen, which is the hypothesis; that is, to analyse the structure and the organization of the attention of adolescents of different ages.*

Method: Seven different tests relevant to the marking of the components of the function of attention on the sample of 800 examinees was applied in this research. *The performance of the eight groups of adolescents of ages between 12 and 19 (100 examinees in each group) as an independent variable and fourteen dependent variables chosen from seven used tests of attention was processed using different analytical procedures.*

Results: The results of the analysis show that the performances of the examinees aged *between twelve and nineteen* are significantly different and that they show an important tendency of progression from the youngest until the oldest researched age ($p > 0.05, p > 0.01$). The analyses show also that certain performances achieve their maximum at different ages.

Conclusion: The *obtained* results can be discussed *in the light of prolonged development of the prefrontal regions of the brain* and they point to the conclusion that the “upside-down” control of attention, together with the functions of attention such as selectivity, capacity, flexibility, *resistance to distractions*, preserving and concentration are intensively developing also in the period after the twelfth year *until the end of the adolescence.*

Key words: development, attention, executive functions, adolescence.

Literatura:

1. Knudsen, E. Fundamental components of attention. *Annual Review of Neuroscience* 2007; 30: 57-78
2. Somsen, R.J. The development of attention regulation in the Wisconsin Card Sorting Task. *Developmental Science* 2007; 10(5): 664-80
3. Guy, S. C., Isquith, P.K., Giola, G.A. Behavior rating inventory of executive function, (Self-report version ed.). Odesa, FL: Psychological Assessment Resources; 2004.
4. Shimamura, A.P. The role of the prefrontal cortex in dynamic filtering. *Psychobiology* 2009; 28: 207-218
5. Ciccia, A.H., Meulenbroek, P., & Turkstra, L.S. Adolescent brain and cognitive developments. *Topics in Language Disorders* 2009; 29 (3), 249-265
6. Crone, E. A. Executive functions in adolescence: inferences from brain and behavior. *Developmental science*, 2009; 12 (6) 825-830
7. Booth, J.N., Boyle, J.M., & Kelly, S.W. Do tasks make a difference? Accounting for heterogeneity of performance of children with reading difficulties on tasks of executive function: findings from a meta-analysis. *British Journal of Developmental Psychology*, 2010; 28 (13), 133-176
8. Latzman, R.D., Elkovitch, N., Young, J., Clark, L.A. The contribution of executive functioning to academic achievement among male adolescents. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 2010; 32 (5), 455-462
9. Mulenga, K., Ahonen T., Aro M. Performances of Zambian children on NEPSY: pilot study. *Dev Neuropsychology*. 2010; 20:375-385
10. Ranganath, C., Johnson, M.K., Esposito, M.D. Prefrontal activity associated with working memory and episodic long-term memory. *Neuropsychologia*, 2003; 41 (3):378-89
11. Stroop J. R. Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 1935; 18, 643-662.
12. Lavie, N. Jan, V. Load theory of selective attention and cognitive control. *Journal of Experimental Psychology*, 2004; 133 (3):339-54
13. Hughes, D.M., Turkstra, L., S., Wulfeck, B.B. Parent and self-ratings of executive function in adolescents with specific language impairment. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 2008; 1-16
14. Koch, C., Tsuchiya, N. Attention and consciousness: Two distinct brain processes. *Trends in Cognitive Science*, 2007; 11: 16-22
15. Lezak M. D. *Neuropsychological Assessment*. 4th ed. New York: Oxford University Press. 2004.
16. Lansbergen, M.M., Kenemans, J.L., van Engeland H., Stroop interference and attention-deficit hyperactivity disorder: a review and meta-analysis. *Neuropsychology*, 2007; 21 (2): 251-62
17. Milovanović R. Pažnja i učenje. Beograd. Centar za primenjenu psihologiju. 2001.
18. Conklin, H.M., Luciana, M. Hooper, C.J., & Yanger k.M. Working memory performance in typically developing children and adolescents: Behavioral evidence of protracted frontal lobe development. *Developmental Neuropsychology*, 2007; 31 (1) 130-128

19. Roberts, k.L., Hail, D.A. Examining a supramodal network for conflict processing: a systematic review and novel functional magnetic resonance imaging data for related visual and auditory stroop tasks. *Journal of cognitive neuroscience* 2008; 20 (6): 1063-78
20. Hasegawa, R.P. Peterson BW, Goldberg ME Prefrontal neurons coding suppression of specific saccades. *Neuron*, 2004; 43 (3): 480-8
21. Kaufman, L. Ischebeck,A. Weiss, E. An fMRI study of the numerical Stroop task in individuals with and without inimal cognitive impairment. *Cortex*, 2004; 44 (9): 1248-55
22. Kimble, M.O, Fruch, B.C., Marks L. Does the modified Stroop effect exist in PTSD? Evidence from dissertation abstracts and the peer reviewed literature. *Journal Anxiety Disord*, 2009; 23(5):650-5

RAZLIKE U SEKSUALNOJ KOMPULZIVNOSTI IZMEĐU MUŠKARACA I ŽENA

Džanan Berberović¹
Ivan Jerković²

- 1 Kazneno-popravni zavod poluotvorenog tipa „Tuzla“, Tuzla, Bosna i Hercegovina
- 2 Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu, Novi Sad, Srbija

Kratak sadržaj

U ovom istraživanju, primenjena je Skala Seksualne Kompulzivnosti (SSK) na uzorku od 1711 mladih ispitanika od 19 do 25 godina iz Srbije i BiH, te je identifikovano ukupno 153 seksualno kompulzivnih, od čega 37 žena i 116 muškaraca. Prevalencija seksualne kompulzivnosti među muškarcima je bila značajno veća (17,9%) nego među ženama (3,5%). Ovo istraživanje nastojalo je otkriti razlike između seksualno kompulzivnih žena i seksualno kompulzivnih muškaraca u karakteristikama seksualne kompulzivnosti. Korišteni su sledeći instrumenti: Upitnik o seksualnim preferencijama (USP) konstruisan za namene ovog istraživanja; Revidirani Inventar Socio-seksualne Orijentacije (RISO), Upitnik fiksacije libida FR-3; Beckov Inventar Depresije (BDI), Padua Inventar (PI) za ispitivanje simptoma OKP-a, STAI-T za ispitivanje anksioznosti kao crte. Za istraživanje polnih razlika u seksualnoj kompulzivnosti provedena je jednofaktorska multivarijatna analiza varijanse (MANOVA), gde je nezavisna varijabla bila pol, a zavisne varijable su bile: broj partnera, restriktivan/nerestriktivan stav, seksualna želja, seksualna impulzivnost i seksualno zlostavljanje. Ukupni model se pokazao značajnim, a kada su rezultati zavisnih varijabli razmotreni zasebno, jedina značajna razlika bila je u varijabli broj partnera. Seksualno kompulzivni muškarci i seksualno kompulzivne žene nisu se značajno razlikovali u prisustvu simptoma pojedinih psihopatoloških pojava. Nije bilo značajne razlike između seksualno kompulzivnih žena i seksualno kompulzivnih muškaraca u fiksiranosti za falusnu fazu psihoseksualnog razvoja, niti u njihovoj sklonosti ka kompulzivnoj masturbaciji, ali je bilo razlike između ove dve grupe u broju seksualnih partnera; u frekvenciji seksualnih odnosa, kao i u sklonosti ka konzumiranju pornografije. Rezultati su pokazali da se seksualno kompulzivni muškarci i žene razlikuju samo u nekim karakteristikama seksualne kompulzivnosti: broju seksualnih partnera, frekvenciji seksualnih odnosa, konzumiranju pornografije i određenim seksualnim preferencijama (grupni seks, analni seks, seksualne uloge i sl.).

Ključne reči: seksualna kompulzivnost, seksualne preferencije, frekvencija seksualnih odnosa, broj seksualnih partnera

UVOD

Iako je seksualna kompulzivnost sindrom koji se javlja kod oba pola, primećuje se da značajno veći procenat muškaraca pokazuje seksualno kompulzivno ponašanje [1-4] što je možda i posledica kulturološke tolerancije na seksualno kompulzivno ponašanje muškaraca i osudu seksualno kompulzivnog ponašanja žena. Carnes [5,6] navodi da je proporcija muškaraca i žena seksualnih zavisnika 4:1 odnosno 3:1. Polne razlike u seksualnoj kompulzivnosti mogu imati svoju evolucionu osnovu koja je povezana s polnim razlikama u biologiji [7].

Žene kada preteruju u seksualnim ponašanjima, obično koriste seks da bi dobile moć, kontrolu ili pažnju [8,9]. Za mnoge žene seksualna kompulzivnost i nema veze sa seksom, nego je to očajna potraga za intimnošću, ljubavlju, afirmacijom i prihvatanjem [10]. Žene ne teže da imaju što je više moguće seksualnih partnera [11] kao što je slučaj kod muškaraca.

U prošlosti su se koristili mnogi termini za označavanje ovog sindroma koji su uglavnom bili degradirajući za žene, te su one najčešće nazivane nimfomankama. Možda nigde drugo nema toliko dvostrukog standarda kao kod ovog sindroma, jer se žena koja uživa česte seksualne susrete smatra „prostitutkom“, dok se društvo uglavnom divi muškarcima koji se angažuju u čestim seksualnim susretima [12]. MKB-10 [13] nudi dijagnostičku kategoriju preterane seksualne želje koja je odvojena u dve kategorije: satirijazu (za muškarce) i nimfomaniju (za žene). Međutim, nije stvoren konsenzus oko specifičnih kriterijuma za ovaj poremećaj [14], pa kliničari koji razmatraju postavljanje ove dijagnoze moraju

formulisati vlastite kriterijume [15]. S druge strane, DSM-IV-TR [16] ne nudi formalnu dijagnozu ovog kliničkog sindroma, nego se pojedinci s karakteristikama koje determinišu taj sindrom klasifikuju pod drugim dijagnozama, na osnovu opserviranih kliničkih karakteristika odnosno teorijskih mehanizama koji se percipiraju kao fundamentalni za nekontrolisano seksualno ponašanje [8,17,18].

Seksualno kompulzivni muškarci i žene opisuju svoje seksualno ponašanje kao obligatorno, repetitivno i povremeno stereotipno [19]. U seksualnim fantazijama, nagonima i ponašanjima provodi se mnogo vremena, čak i po nekoliko sati dnevno, kada postaje simptomatično [5,19,20-23].

Često se konzumiranje pornografije i drugog seksualno eksplicitnog materijala vrši putem interneta. Tipični korisnici onlajn seksualnih usluga su muškarci [24-26] iako žene više posećuju seksualno orijentisane čet sobe, dok muškarci više idu onlajn radi gledanja pornografije [27].

Seksualno kompulzivni pojedinci oba pola zastrašeni su svakom istinskom emocionalnom vezom, te se opetovano i kompulzivno pokušavaju povezati s drugima kroz potpuno bezlično i neintimno ponašanje: masturbacija, afere, posjećivanje prostitutki, voajerizam i sl. [28]. Seksualna kompulzivnost kod žena može ukazivati na internalizaciju muških normi seksualnosti uključujući moć, agresiju i kontrolu, ali ispod površine seksualno kompulzivnog ponašanja čiji je objektivni cilj seksualno osvajanje, nalazi se očajnička potreba za begom od devastirajućih osećaja stida i bezvrednosti [29].

METOD

Istraživanje je obuhvatilo 153 seksualno kompulzivna pojedinca, od ukupno 1711 studenata 19-25 godina starosti iz Srbije i BiH. Od toga, 37 je bilo seksualno kompulzivnih žena, a 116 seksualno kompulzivnih muškaraca. Istraživanje je provedeno na četiri univerziteta u Srbiji i BiH tokom 2010.godine uz dobrovoljni pristanak učesnika na testiranje. Krenulo se od pretpostavke da nema polnih razlika u seksualnoj kompulzivnosti. Za testiranje ovih razlika primenjeni su sledeći merni instrumenti:

Skala Seksualne Kompulzivnosti, SSK [30] – Cut off skor za seksualnu kompulzivnost bio je 32 (iznad 80.centila), tj. dve standardne devijacije iznad prosečnog skora uzorka. Kronbachov alfa za ovu skalu bio je 0,943.

Upitnik o seksualnim preferencijama (USP) konstruisan za namene ovog istraživanja; a kojim su se ispitivali podaci iz seksualnog života učesnika u istraživanju.

Revidirani Inventar Socio-seksualne Orijehtacije, RISO [31] – devetoajtemski upitnik kojim se procenjuju tri faceta socioseksualne orijentacije: broj seksualnih partnera, stavovi prema neobaveznom seksu i seksualna želja. Unutrašnja pouzdanost cele skale u ovom istraživanju iznosila je 0,754.

Upitnik fiksacije libida FR-3, Ignjatovića i saradnika – sastavljen od 64 ajtema korišten je za ispitivanje pojedinih fiksacija libida za određene faze psiho-seksualnog razvoja [32,33]. Unutrašnja pouzdanost cele skale u ovom istraživanju iznosila je 0,886.

Beckov Inventar Depresije (BDI) – instrument od 21 ajtema koji procenjuje ozbiljnost depresije. Svaki ajtem se bo-

duje od 0 (bez simptoma) do 3 (ozbiljno prisustvo simptoma). Ozbiljnost depresije se interpretirala na ovaj način [34,35]: 0-9 – minimalna; 10-16 – blaga; 17-29 – umerena i 30-63 – ozbiljna. U ovom istraživanju, BDI je pokazao visoku unutrašnju konzistentnost (alfa=0,885).

Padua Inventar (PI) za ispitivanje simptoma OKP-a – upitnik od 39 čestica koje mere opsesije i kompulzije [36], a čestice se ocenjuju na petostepenoj skali Likertovog tipa od 1 (uopšte ne) do 5 (veoma mnogo). Visok nivo unutrašnje konzistentnosti ove skale postignut je u ovom istraživanju za celu skalu (alfa=0,891).

STAI-T – upitnik od 20 ajtema za samoprocenu anksioznosti kao crte [37] na koje se odgovara na četverostepenoj skali Likertovog tipa. U ovom istraživanju, upitnik je pokazao dobru unutrašnju konzistentnost (alfa=0,864), što je koeficijent dobiven i u prethodnim istraživanjima [37,38].

REZULTATI

Za ispitivanje polnih razlika u seksualnoj kompulzivnosti korištena je multivarijatna analiza varijanse (MANOVA) uz logaritamsku funkciju log₁₀, dok je za analizu razlika između seksualno kompulzivnih muškaraca i seksualno kompulzivnih žena korištena neparametrijska statistika, a sve uz pomoć statističkog programa SPSS 12.0 za Windows.

Najpre je sprovedena multivarijatna analiza varijanse (MANOVA) za istraživanje polne razlike u seksualnoj kompulzivnosti. Korištene su sledeće zavisne varijable: broj partnera, restriktivan/nerestriktivan stav, seksualna želja, seksualna

impulzivnost i seksualno zlostavljanje, a nezavisna varijabla bila je pol (Tabela 1).

Ukupni model se pokazao značajnim, $F(5, 147)=3,905$; $p=0,002$; Wilksov Lambda =0,883, parcijalni eta kvadrat=0,117. Kada su rezultati zavisnih varijabli razmotreni zasebno, jedina razlika koja je dosegla statističku značajnost (uz prilagođen nivo alfa prema Bonferoniju, od 0,01) bila je u broju partnera, $F(1, 151)=15,922$; $p=0,000$; parcijalni eta kvadrat=0,095. Pregledom prosečnih vrednosti rezultata, utvrđeno je da su kod seksualno kompulzivnih muškaraca skorovi na seksualnoj kompulzivnosti nešto viši ($M=35,32$; $SD=2,133$) nego kod seksualno kompulzivnih žena ($M=34,89$; $SD=2,331$). U svim drugim aspektima seksualne kompulzivnosti seksualno kompulzivni muškarci su postizali više prosečne skorove od seksualno kompulzivnih žena, ali ove razlike jedino su bile značajne u broju seksualnih partnera (za seksualno kompulzivne muškarce: $M=16,38$; $SD=6,945$; za sek-

sualno kompulzivne žene: $M=10,92$; $SD=8,139$).

Urađena je i jednofaktorska multivarijatna analiza varijanse u vezi prisustva simptoma psihopatoloških pojava (nivo depresije, anksioznost kao crta i simptomi opsesivno-kompulzivnog poremećaja). U analizu su ušle četiri varijable: depresivnost, anksioznost, samopoštovanje i simptomi opsesivno-kompulzivnog poremećaja. Nezavisna varijabla je bila pol (Tabela 2).

Ukupni model nije se pokazao značajnim. Dakle, seksualno kompulzivni muškarci i seksualno kompulzivne žene ne razlikuju se statistički značajno prema prisustvu simptoma ispitanih psihopatoloških pojava. Kada su pregledane prosečne vrednosti seksualno kompulzivnih muškaraca i žena, utvrđeno je da su seksualno kompulzivni muškarci imali viši prosečni skor ($M=17,241$; $SD=12,719$) od seksualno kompulzivnih žena ($M=16,95$; $SD=11,094$) na depresivnosti kao i na anksioznosti (sek-

Tabela 1: MANOVA – polne razlike u seksualnoj kompulzivnosti
Table 1: MANOVA – sex differences in sexual compulsivity

		Vrednost /Value	F	Hipotetički df /Hypothetical df	Pogreška df /Error df	Znač. / Sig.	Parcijalni eta kvadrat /Partial eta squared
Intercept	Pillaiov Test/Pillai Test	,981	1498,174 ^a	5,000	147,000	,000	,981
	Wilksov Lambda/Wilk's Lambda	,019	1498,174 ^a	5,000	147,000	,000	,981
	Hotellingov test/Hotteling's Test	50,958	1498,174 ^a	5,000	147,000	,000	,981
	Royov najveći koren/Roy's largest root	50,958	1498,174 ^a	5,000	147,000	,000	,981
Pol/Sex	Pillaiov Test/Pillai Test	,117	3,905 ^a	5,000	147,000	,002	,117
	Wilksov Lambda/Wilk's Lambda	,883	3,905 ^a	5,000	147,000	,002	,117
	Hotellingov test/Hotteling's Test	,133	3,905 ^a	5,000	147,000	,002	,117
	Royov najveći koren/Roy's largest root	,133	3,905 ^a	5,000	147,000	,002	,117

sualno kompulzivni muškarci: $M=54,99$; $SD=9,503$; seksualno kompulzivne žene: $M=52,27$; $SD=10,167$). Seksualno kompulzivne žene su imale viši prosečni skor ($M=94,59$; $SD=30,337$) nego seksualno kompulzivni muškarci ($M=91,72$; $SD=29,072$) na simptomima OKP-a. Hi-kvadrat test nezavisnosti (uz Yatesovu korekciju neprekidnosti) nije otkrio statistički značajnu razliku između seksualno kompulzivnih muškaraca i seksualno kompulzivnih žena u fiksiranosti za falusnu fazu psihoseksualnog razvoja.

Seksualno kompulzivni muškarci i seksualno kompulzivne žene analizirani su u odnosu na dob kada su počeli s masturbatornim aktivnostima, dob započinjanja sa seksualnim odnosima i prosečan broj seksualnih partnera (Tabela 3).

Seksualno kompulzivni muškarci su u proseku nešto ranije počinjali s masturbatornim aktivnostima ($M=12,06$; $SD=2,356$) nego seksualno kompulziv-

ne žene ($M=12,42$; $SD=3,931$), a ranije su počinjali i sa seksualnim aktivnostima ($M=16,28$; $SD=1,87$) nego seksualno kompulzivne žene ($M=17,09$; $SD=2,884$). Seksualno kompulzivne žene, međutim, imale su u proseku više seksualnih partnera ($M=31,49$, $SD=83,46$) od seksualno kompulzivnih muškaraca ($M=19,27$; $SD=31,722$), iako su seksualno kompulzivni muškarci najčešće izjavljivali da su imali 10 seksualnih partnera, a seksualno kompulzivne žene četiri. Naknadni Man-Whitney testovi otkrili su statistički značajnu razliku između seksualno kompulzivnih muškaraca i seksualno kompulzivnih žena u broju seksualnih partnera, $U=1254$, $p=0,000$; kao i u dobi započinjanja seksualnih odnosa, $U=1386,5$; $p=0,006$. Nije pronađena statistički značajna razlika između seksualno kompulzivnih žena i seksualno kompulzivnih muškaraca kada je u pitanju dob započinjanja s masturbatornim aktivnostima.

Tabela 2: MANOVA - prisustvo psihičkih poremećaja kod seksualno kompulzivnih
Table 2: MANOVA – presence of psychological disturbances in sexual compulsives

		Vrednost	F	Hipotetički df	Pogreška df	Znač.	Parcijalni eta kvadrat
Intercept	Pillaiov Test / Pillai Test	,984	2285,963 ^a	4,000	148,000	,000	,984
	Wilksov Lambda / Wilk's Lambda	,016	2285,963 ^a	4,000	148,000	,000	,984
	Hotellingov test / Hotelling's Test	61,783	2285,963 ^a	4,000	148,000	,000	,984
	Royov najveći koren / Roy's largest root	61,783	2285,963 ^a	4,000	148,000	,000	,984
Pol/Sex	Pillaiov Test / Pillai Test	,033	1,253 ^a	4,000	148,000	,291	,033
	Wilksov Lambda / Wilk's Lambda	,967	1,253 ^a	4,000	148,000	,291	,033
	Hotellingov test / Hotelling's Test	,034	1,253 ^a	4,000	148,000	,291	,033
	Royov najveći koren / Roy's largest root	,034	1,253 ^a	4,000	148,000	,291	,033

Hi kvadrat test nezavisnosti otkrio je statistički značajnu razliku u frekvenciji seksualnih odnosa između seksualno kompulzivnih žena i seksualno kompulzivnih muškaraca na nivou sigurnosti

$p < 0,05$, $\chi^2(4, n=153) = 11,511$; $p = 0,021$ (Tabela 4).

Nije pronađena razlika između ove dve grupe u njihovoj sklonosti ka kompulzivnoj masturbaciji.

Tabela 3: Seksualno kompulzivni muškarci i žene i početak masturbacije, seksualnih odnosa i broj seksualnih partnera				
Table 3: Sexually compulsive males and females and beginning of masturbation and sexual intercourse, and number of sex partners				
Sex		Početak masturbacije /masturbation beginning	Početak seksualnih odnosa /sexual intercourse beginning	Broj seks. partnera /number of sex partners
muški /male	M	12,06	16,28	19,27
	N	116	114	116
	SD	2,356	1,870	31,722
	Median	12,00	16,00	10,00
ženski /female	M	12,42	17,09	31,49
	N	31	35	37
	SD	3,931	2,884	83,465
	Median	12,00	18,00	4,00
Ukupno / Total	M	12,14	16,47	22,22
	N	147	149	153
	SD	2,751	2,167	49,385
	Median	12,00	17,00	9,00

Tabela 4: Razlike u frekvenciji seksualnih odnosa između seksualno kompulzivnih muškaraca i seksualno kompulzivnih žena					
Table 4: Differences in sexual intercourse frequency between sexually compulsive males and females					
		pol/sex		Ukupno/ Total	
		muški /male	ženski /female		
Frekvencija seksualnih odnosa /sexual intercourse frequency	nekoliko puta dnevno /several times a day	Frekvencije /Frequencies	41	19	60
		% u okviru pol/within sex	35,3%	51,4%	39,2%
	nekoliko puta sedmično /several times a week	Frekvencije/Frequencies	50	11	61
		% u okviru pol/within sex	43,1%	29,7%	39,9%
	nekoliko puta mesečno / several times a month	Frekvencije/Frequencies	20	3	23
		% u okviru pol/within sex	17,2%	8,1%	15,0%
	nekoliko puta godišnje /several times a year	Frekvencije/Frequencies	3	0	3
		% u okviru pol/within sex	2,6%	,0%	2,0%
	Nikad / Never	Frekvencije/Frequencies	2	4	6
		% u okviru pol/within sex	1,7%	10,8%	3,9%
Ukupno /Total		Frekvencije/Frequencies	116	37	153
		% u okviru pol/within sex	100,0%	100,0%	100,0%

Hi kvadrat test pokazao je statistički značajnu razliku između seksualno kompulzivnih žena i seksualno kompulzivnih muškaraca u njihovoj sklonosti ga konzumiranju pornografije, $\chi^2(2, n=153)=20,849$; $p=0,000$ (Tabela 5).

Nisu pronađene razlike između ove dve grupe u odnosu na sklonost ka bivanju gledanim dok se ima seksualni odnos, niti u sklonosti ka upražnjavanju seksualnog odnosa na javnom mestu.

Hi kvadrat je ukazao na postojanje statistički značajne razlike između seksualno kompulzivnih muškaraca i žena u preferenciji seksualne uloge tokom seksualnih odnosa, $\chi^2(4, n=153)=23,224$, $p=0,000$, Kramerov $V=0,39$ (Tabela 6).

Hi-kvadratom je otkrivena statistički značajna razlika između ove dve grupe u preferenciji prema analnom seksu (Tabela 7).

Tabela 5: Seksualno kompulzivni muškarci i žene i preferencije gledanja pornografije					
Table 5: Sexually compulsive males and females and preferences toward watching pornography					
			pol/sex		Ukupno /Total
			muški /male	ženski /female	
Pornografske filmove gledam /I watch pornographic movies	Često /Often	Frekvencije/Frequencies	85	12	97
		% u okviru pol/within sex	73,3%	32,4%	63,4%
	Rijetko /Rarely	Frekvencije/Frequencies	28	21	49
		% u okviru pol/within sex	24,1%	56,8%	32,0%
	Nikad /Never	Frekvencije/Frequencies	3	4	7
		% u okviru pol/within sex	2,6%	10,8%	4,6%
Ukupno/ Total		Frekvencije/Frequencies	116	37	153
		% u okviru pol/within sex	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 6: Seksualno kompulzivni muškarci i žene i preferencija seksualnih uloga					
Table 6: Sexually compulsive males and females and preferences of sexual roles					
			pol/sex		Ukupno / Total
			muški /male	ženski /female	
Seksualna uloga /sexual role	Dominacija /Dominance	Frekvencije/Frequencies	58	6	64
		% u okviru pol/within sex	50,0%	16,2%	41,8%
	Submisivnost / Submissiveness	Frekvencije/Frequencies	4	6	10
		% u okviru pol/within sex	3,4%	16,2%	6,5%
	dominacija i submisivnost /Dominance and submissiveness	Frekvencije/Frequencies	38	21	59
		% u okviru pol/within sex	32,8%	56,8%	38,6%
	jednostavan seks /vanilla sex	Frekvencije/Frequencies	15	2	17
		% u okviru pol/within sex	12,9%	5,4%	11,1%
nemam seksualne odnose /I don't have sexual intercourse	Frekvencije/Frequencies	1	2	3	
	% u okviru pol/within sex	,9%	5,4%	2,0%	
Ukupno / Total		Frekvencije/Frequencies	116	37	153
		% u okviru pol/within sex	100,0%	100,0%	100,0%

DISKUSIJA

Seksualno kompulzivni muškarci i žene razlikuju se u pogledu kombinacije zavisnih varijabli broja partnera, restriktivnog/permisivnog stava prema seksu i seksualnosti, seksualne želje, seksualne impulzivnosti i seksualnog zlostavljanja. Seksualno kompulzivni muškarci su postigli nešto više prosečne skorove od seksualno kompulzivnih žena u nivou seksualne kompulzivnosti. Kada su varijable analizirane zasebno, jedino je statistički značajna razlika nađena u broju partnera između ove dve grupe seksualno kompulzivnih. Seksualno kompulzivni muškarci su postizali više skorove na svim subskalama od seksualno kompulzivnih žena, ali je jedino statistički značajna razlika bila pronađena u odnosu na broj seksualnih partnera. Seksualno kompulzivni muškarci skloniji su da imaju značajno više seksualnih partnera nego seksualno kompulzivne žene. U ostalim aspektima seksualne kompulzivnosti, seksualno kompulzivni muškarci samo pokazuju tendenciju da imaju permisivniji stav prema seksu i seksualnosti, da imaju više izraženu seksualnu želju prema osobama koje

uključuju strance, da imaju slabiju kontrolu seksualnih impulsa i ponašanja i da su skloniji seksualnom nasilju i zlostavljanju, nego seksualno kompulzivne žene, ali ove razlike nisu se pokazale statistički značajnima.

Ovakvi nalazi su u skladu s nalazima drugih istraživanja koja su se bavila ispitivanjem polnih razlika u pojedinim aspektima seksualne kompulzivnosti (1,4,27,39-41). U drugim istraživanjima otkriveno je također da su muškarci skloniji promiskuitetnom ponašanju od žena i da muškarci žele imati više seksualnih partnera tokom života nego što to žele žene, te da su muškarci skloniji erotici i seksualnim željama koje uključuju nepoznate osobe [42,43]. Obično se objašnjenje za sklonost ka imanju većeg broja partnera kod muškaraca traži u evolucionim teorijama i samoj biološkoj odnosno anatomskoj organizaciji polnih organa.

Nisu pronađene statistički značajne razlike u prisustvu određenih psihopatoloških pojava (depresija, anksioznost, opsesivno-kompulzivni poremećaj) između dve grupe seksualno kompulzivnih. Seksualno kompulzivni muškarci su imali više prosečne skoro-

Tabela 7: Seksualno kompulzivni muškarci i žene i preferencija analnog seksa

Table 7: Sexually compulsive males and females and preference of anal sex

		pol/sex		Ukupno / Total	
		muški /male	ženski /female		
Volite li analni seks /Do you like anal sex?	Volim / I do.	Frekvencije/Frequencies	76	9	85
		% u okviru pol/ %within sex	65,5%	24,3%	55,6%
	ne volim / I do not	Frekvencije/Frequencies	18	16	34
		% u okviru pol/ %within sex	15,5%	43,2%	22,2%
	neodlučan sam /I cannot decide	Frekvencije/Frequencies	22	12	34
		% u okviru pol/ %within sex	19,0%	32,4%	22,2%
Ukupno/ Total		Frekvencije/Frequencies	116	37	153
		% u okviru pol/ %within sex	100,0%	100,0%	100,0%

ve na depresivnosti i anksioznosti od seksualno kompulzivnih žena, dok su seksualno kompulzivne žene postizale više prosečne skorove na opsesivno-kompulzivnom poremećaju. Ove razlike su male i nisu se pokazale značajnima. Dakle, iako seksualno kompulzivni muškarci tendiraju višim nivoima depresivnosti i anksioznosti od seksualno kompulzivnih žena, a seksualno kompulzivne žene višim nivoima OKP-a, ove se razlike nisu pokazale značajnima u ovom istraživanju. Autori [41] su otkrili da je većina njihovih subjekata, koji su bili sajberseksualno kompulzivni imala problema sa afektivnim poremećajima. Weiss [44] je u svom istraživanju otkrio visoku stopu depresivnosti među seksualno kompulzivnim muškarcima, a Nelson i Oehlert [45] su dokazali također značajan nivo komorbiditeta depresije i anksioznosti sa seksualnom kompulzivnošću kod oba pola. Druga istraživanja su navodila čestu prisutnost poremećaja zavisnosti kod seksualno kompulzivnih muškaraca i žena [5,46,47], zatim poremećaja ličnosti, posebno graničnog poremećaja ličnosti među seksualno kompulzivnim ženama [48], te poremećaja kontrole impulsa [5,49] ili čak ADHD-a [50]. Nije pronađena značajna razlika u prevalenciji depresije, anksioznosti i OKP-a između dve grupe seksualno kompulzivnih. Seksualno kompulzivni muškarci su pokazali veću tendenciju ka depresiji i anksioznosti, te manju tendenciju ka OKP-u od seksualno kompulzivnih žena, iako su u opštoj populaciji žene sklonije ovim poremećajima [51-53]. Ovo može sugerisati da se seksualna kompulzivnost javlja kao jednak klinički sindrom s istim manifestacijama kako kod jed-

nog tako i kod drugog pola, te da su razlike minimalne i neznatne kada su u pitanju ispitane psihopatološke pojave.

Nije pronađena statistički značajna razlika ni u fiksiranosti za falusnu fazu psihoseksualnog razvoja između dve grupe seksualno kompulzivnih, iako su seksualno kompulzivni muškarci pokazali nešto veću tendenciju ka fiksiranosti za falusnu fazu psihoseksualnog razvoja nego seksualno kompulzivne žene. Seksualno kompulzivni muškarci započinju s masturbatornim aktivnostima u proseku nešto ranije nego seksualno kompulzivne žene, a takvi su rezultati dobiveni i u odnosu na dob započinjanja seksualnih odnosa. Značajna razlika je pronađena jedino u dobi započinjanja seksualnih odnosa između seksualno kompulzivnih muškaraca i seksualno kompulzivnih žena.

Seksualno kompulzivne žene u proseku su imale značajno više seksualnih partnera nego seksualno kompulzivni muškarci. Ovakav rezultat nije u skladu s nalazima istraživanja razlika između muškaraca i žena u pogledu broja seksualnih partnera, gde muškarci u proseku imaju više seksualnih partnera tokom životnog veka nego žene [43], iako su seksualno kompulzivni muškarci i u ovom istraživanju najčešće navodili da su imali deset seksualnih partnera, a seksualno kompulzivne žene četiri. Razlog dobivanja ovakvog rezultata leži u tome što muškarci retko odbijaju seksualnu ponudu od žene, dok ne važi i obrnuto [43]. Ovakva objašnjenja vezuju se i za dalje razlike koje su pronađene u prosečnoj frekvenciji seksualnih odnosa. Seksualno kompulzivne žene češće nego seksual-

no kompulzivni muškarci imaju seksualne odnose po nekoliko puta dnevno i ta se razlika pokazala značajnom. Ovo se može ponovo objasniti većim mogućnostima seksualno kompulzivnih žena da imaju seksualne odnose s drugim seksualnim partnerima koji će retko odbiti njihove seksualne ponude, čak i kad se radi o seksualno nekompulzivnim muškarcima. Nije međutim pronađena značajna razlika između dve grupe seksualno kompulzivnih u frekvenciji masturbacije, te su i jedni i drugi skloni kompulzivnom masturbiranju, iako muškarci nešto češće nego žene. Čini se da su kod seksualno kompulzivnih žena dominirajuće seksualne aktivnosti seksualni odnosi, a kod seksualno kompulzivnih muškaraca masturbatorne aktivnosti.

Seksualno kompulzivni muškarci i žene značajno su se razlikovali i u njihovoj sklonosti ka gledanju seksualno eksplicitnog materijala, gde su se seksualno kompulzivni muškarci pokazali sklonijima konzumiranju pornografije. Ovakvi rezultati su u skladu s istraživanjem Schneidera [27] koje je dokazalo da su seksualno kompulzivni muškarci bili značajno skloniji daunlodovanju pornografskog materijala nego seksualno kompulzivne žene. Rezultati ovog istraživanja ne iznenađuju, jer je pornografija prvenstveno namenjena muškoj publici, pa stoga ne čudi da će više muškaraca nego žena biti skloni konzumiranju pornografije, kao ni činjenica što je voajerizam dominantna parafilija upravo među muškom populacijom [51-53].

Što se tiče preferencije prema grupnom seksu, seksualno kompulzivni muškarci su preferirali najviše grupni seks s dvije ili više žena, a najređe ne bi

upražnjavali grupni seks. Seksualno kompulzivne žene bi najradije upražnjavale grupni seks s dva ili više muškaraca, ali trećina njih izjavljuje da se ne bi uopšte upustila u grupni seks. Ovo znači da određene razlike u preferenciji grupnih seksualnih aktivnosti postoje između seksualno kompulzivnih žena i seksualno kompulzivnih muškaraca, te da su seksualno kompulzivni muškarci skloniji grupnom seksu od seksualno kompulzivnih žena.

Kada su u pitanju egzibicionističke tendencije, nisu pronađene statistički značajne razlike između dve grupe seksualno kompulzivnih. Ovo znači da se egzibicionizam ne mora smatrati dominantno muškom parafilijom, nego se ona u istom procentu javlja i među određenom subpopulacijom žena, kakva je na primer subpopulacija seksualno kompulzivnih žena.

Nisu pronađene statistički značajne razlike između dve grupe seksualno kompulzivnih ni u njihovoj preferenciji prema vrsti seksa, te obe grupe seksualno kompulzivnih jednako preferiraju seks s primesama grubosti. Međutim, seksualno kompulzivni muškarci i žene se međusobno razlikuju u pogledu preferencije seksualnih uloga tokom seksualnih odnosa. Seksualno kompulzivni muškarci su skloniji preferiranju dominantne, a seksualno kompulzivne žene su sklonije preferiranju submisivne uloge u seksualnim odnosima. Ovakvi rezultati nisu iznenađujući, s obzirom na činjenicu da se na seksualnost muškaraca i žena stereotipno gleda kao na takvu da muškarci imaju ulogu dominantnog, a žene ulogu submisivnog seksualnog partnera [12]. Seksualno kompulzivni muš-

karci i žene skoro jednako preferiraju predigru u seksualnim aktivnostima, ali su razlike pronađene u preferenciji analnog seksa između ove dve grupe subjekata. Seksualno kompulzivni muškarci skloniji su analnom seksu od seksualno kompulzivnih žena, a ovakav rezultat je verovatno posledica preferencije dominantne uloge muškarca nad ženom tokom seksualnih odnosa, kao i procentualno umerena zastupljenost homoseksualnih subjekata među seksualno kompulzivnim muškarcima, kojima analni seks predstavlja i jedinu opciju koitalne seksualne aktivnosti.

ZAKLJUČAK

Seksualno kompulzivni muškarci se razlikuju od seksualno kompulzivnih žena samo u nekim aspektima seksualno kompulzivnog ponašanja. Ove dve grupe seksualno kompulzivnih se razlikuju značajno u broju seksualnih partnera (muškarci žele imati više seksual-

nih partnera, a žene su imale prosečno više seksualnih partnera). Seksualno kompulzivni muškarci skloniji su gledanju pornografije, grupnom seksu i analnom seksu nego seksualno kompulzivne žene, dok su seksualno kompulzivne žene sklonije većoj frekvenciji seksualnih odnosa nego seksualno kompulzivni muškarci. Seksualno kompulzivni muškarci preferiraju dominantnu, a seksualno kompulzivne žene submisivnu ulogu u seksualnim odnosima. Nisu pronađene značajne razlike između seksualno kompulzivnih muškaraca i seksualno kompulzivnih žena u slabijoj kontroli seksualnih impulsa i ponašanja, postojanju preterane seksualne želje, permisivnim stavovima prema seksu i seksualnosti i seksualnom zlostavljanju i nasilju, niti u fiksiranosti za falusnu fazu psihoseksualnog razvoja, frekvenciji masturbatornih aktivnosti (sklonosti kompulzivnoj masturbaciji), egzibicionističkim tendencijama, preferenciji vrste seksa i predigre u seksualnim aktivnostima.

DIFFERENCES BETWEEN MALES AND FEMALES IN SEXUAL COMPULSIVITY

Džanan Berberović¹
Ivan Jerković²

Abstract

In this research, the Sexual Compulsivity Scale (SCS) was used on the sample of 1711 young subjects 19-25 years old from Serbia and B&H. The total number of 153 sexual compulsives was identified, 37 females and 116 males. Sexual compulsivity prevalence in males (17.9%) was significantly higher than in females (3.5%). This research tried to reveal the differences between *sexually* compulsive females and *sexually* compulsive males in characteristics of sexual compulsivity. Several instruments were used: Sexual Preferences Questionnaire (SPQ) *designed* for this research purposes only; Sociosexual Orientation Inventory- Revised (SOIR); Libido fixation questionnaire (called FR- 3); Padua Inventory (PI) in assessing obsessive- compulsive disorder symptoms; Beck's Depression Inventory (BDI) and STAI-T in assessing anxiety as a trait. In exploring sex differences in sexual compulsivity one-way multivariate analysis of variance (MANOVA) was performed, where the independent variable was sex, and dependent variables were: number of sex partners, restrictive/ permissive *attitude* toward sex, sexual desire, sexual impulsivity and sexual abuse. The model was significant and when the results of dependent variables were considered separately, the only significant difference was found in the variable number of sex partners. *Sexually* compulsive males and *sexually* compulsive females did not significantly differ in the *occurrence* of symptoms of specific psychopathological syndromes. There was no significant difference between *sexually* compulsive females and *sexually* compulsive males in phallic stage of psychosexual development fixation, neither *was there* a significant difference between these two groups in compulsive masturbation proneness, but significant difference was found in *the* number of sex partners between *sexually* compulsive females and males; as *well* as in sex acts *frequencies*, and in their proneness to consuming pornography. Results showed that *sexually* compulsive females and males differ only in several characteristics of sexual compulsivity: number of sex partners, *frequency* of sexual acts, consuming pornography and some sexual preferences (group sex, anal sex, sex roles and the like).

Key words: sexual compulsivity, sexual preferences, *frequency* of sexual acts, number of sex partners

- 1 Penitentiary-Correctional Institution „Tuzla“, Bosnia and Herzegovina
- 2 Faculty of Philosophy, University of Novi Sad, Novi Sad, Serbia

Literatura:

1. Garos S., i Stock W.A. Investigating the Discriminant Validity and Differentiating Capability of Garos Sexual Behavior Index. *Sexual Addiction and Compulsivity* 1998; 5: 251-267.
2. Missildine W., Feldstein G., Punzalan J.C. i Parsons, J. T. S/He Loves Me, S/He Loves Me Not: Questioning Heterosexist Assumptions of Gender Differences for Romantic and Sexually Motivated Behaviors. *Sexual Addiction and Compulsivity* 2005; 12: 65-74.
3. Perry M., Accordino M.P. i Hewes R. An Investigation of Internet Use, Sexual and Nonsexual Sensation Seeking, and Sexual Compulsivity among College Students. *Sexual Addiction and Compulsivity* 2007; 14: 321-335.
4. Reece M., Plate P. i Daughtry M. HIV Prevention and Sexual Compulsivity: The Need for an Integrated Strategy of Public Health and Mental Health. *Sexual Addiction and Compulsivity* 2001; 8: 157-167.
5. Carnes P. Don't Call it Love: Recovery from Sexual Addiction. Minneapolis, MN: The Gentle Press, 1991.
6. Carnes P.J. The Case of Sexual Anorexia: An INTERIM Report on 144 Patients with Sexual Disorders. *Sexual Addiction and Compulsivity* 1998; 5: 293-309.
7. Ragan P.W. i Martin P.R. The Psychobiology of Sexual Addiction. *Sexual Addiction and Compulsivity* 2000; 7: 161-175.
8. Irons R. i Schneider J. P. Differential Diagnosis of Addictive Sexual Disorders Using the DSM-IV. *Sexual Addiction and Compulsivity* 1996; 3(1): 7-21.
9. Schneider J.P. i Schneider B.H. Couple Recovery from Sexual Addiction/Coaddiction: Results of a Survey of 88 Marriages. *Sexual Addiction and Compulsivity* 1996; 3: 111-126.
10. Ferree M.C. Sexual Addiction and Co-Addiction: Experiences among Women of Faith. *Sexual Addiction and Compulsivity* 2002; 9: 285-292.
11. Seegers J.A. The Prevalence of Sexual Addiction Symptoms on the College Campus. *Sexual Addiction and Compulsivity* 2003; 10: 247-258.
12. Carroll J.L. *Sexuality Now*. Belmont CA: Thomson/Wadsworth; 2007.
13. Svetska Zdravstvena Organizacija. Deseta revizija međunarodne klasifikacije bolesti. Beograd: Savremena administracija; 1997.
14. Manley G. i Koehler J. Sexual Behavior Disorders: Proposed New Classification in the DSM-V. *Sexual Addiction and Compulsivity* 2001; 8:253-265.
15. Kingston D.A. i Firestone P. Problematic Hypersexuality: A Review of Conceptualization and Diagnosis. *Sexual Addiction and Compulsivity* 2008; 15: 284-310.
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
17. Bancroft J. i Vukadinovic Z. Sexual Addiction, Sexual Compulsivity, Sexual Impulsivity, or What? Toward a Theoretical Model. *The Journal of Sex Research* 2004; 41: 225-234.
18. Rinehart N.J. i McCabe M.P. Hypersexuality: Psychopathology or Normal Variant of Sexuality. *Journal of Sex and Marital Therapy* 1997; 12: 45-60.
19. Kafka M.P. The Paraphilia-Related Disorders: A Proposal for a Unified Classification of Nonparaphilic Hypersexuality Disorders. *Sexual Addiction and Compulsivity* 2001; 8: 227-239.
20. Carnes P. *The Sexual Addiction*. Minneapolis, MN: CompCare; 1983.
21. Carnes P.J. Addiction or Compulsion: Politics and Illness. *Sexual Addiction and Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention* 1996; 3(2): 127-150.
22. Kafka M.P. Hypersexual Desire in Males: An Operational Definition and Clinical Implications for Men with Paraphilias and Paraphilia-Related Disorders. *Archives of Sexual Behavior* 1997; 26: 505-526.
23. Kafka M.P. i Hennen J. The Paraphilia-Related Disorders: An Empirical Investigation of Nonparaphilic Hypersexuality Disorders in 206 Outpatient Males. *Journal of Sex and Marital Therapy* 1999; 25: 305-319.
24. Cooper A., Putnam D.E., Planchon L.A. i Boies S.C. Online Sexual Compulsivity: Getting Tangled in the Net. *Sexual Addiction and Compulsivity* 1999; 6: 79-104.
25. Cooper A., Delmonico D.L. i Burg R. Cybersex Users, Abusers, and Compulsives: New Findings and Implications. *Sexual Addiction and Compulsivity* 2000; 7(1): 5-30.
26. Paul P. *Pornified: How Pornography is Transforming Our Lives, Our Relationships, and Our Families*. New York: Times Books; 2005.

27. Schneider J.P. A Qualitative Study of Cybersex Participants: Gender Differences, Recovery Issues, and Implications for Therapists. *Sexual Addiction and Compulsivity* 2000; 7(4): 249-278.
28. Crow G. i Earle R. *Lonely all the Time*. Phoenix, AZ: Tri Star; 1998.
29. Turner-Shults N. A Qualitative Case Study of Two Chemically Dependent Women With Compulsive Sexual Behaviors. *Sexual Addiction and Compulsivity* 2002; 9: 231-248.
30. Kalichman S.C. i Rompa D. Sexual Sensation Seeking and Sexual Compulsivity Scales: Reliability, Validity and Predicting HIV Risk Behavior. *Journal of Personality Assessment* 1995; 65: 586-601.
31. Penke L. Development of the Revised Sociosexual Orientation Inventory (SOI-R). Unpublished Manuscript, Institute of Psychology, Humboldt: University of Berlin; 2006.
32. Čekrljija Đ. Relacije antiintraceptivnosti i fiksacije libida. *Psihologija* 2001; 3-4: 289-304.
33. Mitrović D. Upitnička provera psihoanalitičkog konstrukta Elektra kompleksa putem poliemocionalnog načina odgovaranja, Doktorska disertacija. Novi Sad: Filozofski fakultet; 2004.
34. Beck A. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry* 1961; 4: 53-63.
35. Beck A. T., Steer R.A. i Garbin M. Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five Years of Evaluation. *Clinical Psychology Review* 1988; 8: 77-100.
36. Burns G.L. *Padua Inventory – Washington State University Revision*. Pullman, WA: Author; 1995.
37. Spielberger C.D. *Priručnik za upitnik anksioznosti kao stanja i osobine*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1999.
38. Tilton S.R. Review of the State-Trait Anxiety Inventory. *NewsNotes* 2008, 48(2).
39. Boies S.C. University Students' Use of and Reactions to Online Sexual Information and Entertainment: Links to Online and Offline Sexual Behavior. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 2002; 11(2): 77-89.
40. Cooper A., Delmonico D.L., Griffin-Shelley E. i Mathy R.M. Online Sexual Activity: An Examination of Potentially Problematic Behaviors. *Sexual Addictions and Compulsivity* 2004; 11: 129-143.
41. Schwartz M. F. i Southern S. Compulsive Cybersex: The New Tea Room. *Sexual Addiction and Compulsivity* 2000; 7: 127-144.
42. Buss D.M. i Schmidt D.P. Sexual Strategies Theory: An Evolutionary Perspective on Human Mating. *Psychobiological Review* 1993; 100: 204-232.
43. Gangstead S.W. i Simpson J.A. The Evolution of Human Mating: Trade-offs and Strategic Pluralism. *Behavioral and Brain Sciences* 2000; 23: 573-644.
44. Weiss D. Prevalence of Depression in Male Sex Addicts Residing in the United States. *Sexual Addiction and Compulsivity* 2004; 11: 57-69.
45. Nelson K.G. i Oehlert M.E. Psychometric Exploration of the Sexual Addiction Screening Test in Veterans. *Sexual Addiction and Compulsivity* 2008; 15: 39-58.
46. Brown A.H., Domier C.P. i Rawson R.A. Stimulants, Sex and Gender. *Sexual Addiction and Compulsivity* 2005; 12: 169-180.
47. Eisenman R., Dantzer M.L. i Ellis L. Self Ratings of Dependency/Addiction Regarding Drugs, Sex, Love and Food: Male and Female College Students. *Sexual Addiction and Compulsivity* 2004; 11: 115-127.
48. Rickards S. i Laaser M. Sexual Acting Out in Borderline Women: Impulsive Self-Destructiveness or Sexual Addiction/Compulsivity? *Sexual Addiction and Compulsivity* 1999; 6: 31-45.
49. Grant J.E. i Steinberg M.A. Compulsive Sexual Behavior and Pathological Gambling. *Sexual Addiction and Compulsivity* 2005; 12: 235-244.
50. Blankenship R. i Laaser M. Sexual Addiction and ADHD: Is There a Connection? *Sexual Addiction and Compulsivity* 2004; 11: 7-20.
51. Barlow D.H. i Durand V.M. *Abnormal Psychology, an Integrative Approach*. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning; 2009.
52. Davison G.C. i Neale J.M. *Psihologija abnormalnog ponašanja i doživljavanja (prijevod VI Izdanja, II hrvatsko izdanje)*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2002.
53. Sue D., Sue D.W. i Sue S. *Understanding Abnormal Behavior*. Stamford, Co: Learning Cengage; 2005.

Džanan Berberović
 Dragodol 27, V/11,
 75 000 Tuzla,
 Bosna i Hercegovina
 E-mail: dzananberberovic@hotmail.com

SAMOEFIKASNOST I ODABIR MEHANIZAMA PREVLADAVANJA STRESA KOD STUDENATA U SITUACIJI PRIPREME I POLAGANJA ISPITA

Miša Avramović¹
Vesna Petrović²

- 1 Nezavisni psiholog
- 2 Fakultet za pravne i poslovne studije
Novi Sad, Odeljenje za poslovnu
psihologiju

Sažetak

Uvod. Najvažniji efekti stresa u studentskoj populaciji se mogu podeliti na dve grupe. Efekti na psihofizičko zdravlje studenata i efekti koji utiču na procese učenja i pamćenja. Ovi efekti kulminiraju tokom ispitnog perioda zbog čega je on najpogodniji za njihovo istraživanje. Ukoliko želimo da nađemo način da navedene negativne efekte umanjimo najbolji način jeste da istražujemo odnos upotrebe mehanizama prevladavanja sa drugim psihološkim konstruktima koji mogu uticati kako na percepciju stresa tako i na odabir mehanizama prevladavanja. Jedan od takvih konstruktata je samoefikasnost.

Cilj rada. Cilj ovog rada bio je da utvrdi da li zaista postoji i kakva je veza između samoefikasnosti i odabira mehanizama prevladavanja u studentskoj populaciji u situaciji pripreme i polaganja ispita.

Metod rada. Uzorak je činilo 117 prigodno odabranih, aktivnih studenata sa privatnih i državnih fakulteta i to sa svih godina studija. Mehanizmi procene mereni su Moos-ovim CRI (Coping Responce Inventory) upitnikom. Dok je samoefikasnost merena Skalom samoefikasnosti u pripremi i polaganju ispita (Petrović i Avramović). Dobijeni podaci obrađivani su korelacionom analizom.

Rezultati. Glavni nalaz je da samoefikasnost sa mehanizmima prevladavanja usmerenim na emocije koreliraju negativno, dok sa mehanizmima prevladavanja usmerenim na problem koreliraju pozitivno.

Zaključak. Samoefikasnost, bar u kontekstu pripreme i polaganja ispita, predstavlja dobar prediktor izbora mehanizama prevladavanja po obliku. Razlike po polu su gotovo zanemarljive. Ovaj zajedno sa ranijim nalazima o povezanosti samoefikasnosti sa kognitivnom procenom stresa ukazuje na njenu važnost za optimalno funkcionisanje osobe.

Ključne reči: samoefikasnost, mehanizmi prevladavanja, stres

UVOD

Najvažniji efekti stresa u studentskoj populaciji se mogu podeliti na dve grupe. Kao prvo, postoje efekti na psihofizičko zdravlje studenata i kao drugo, postoje efekti koji utiču na procese učenja i pamćenja.

Različite studije i autori navode dosta dokaza koji idu u prilog ovakvom zaključku. Na primer, po Mirowsky i Ross, FACS analiza (u generalnoj populaciji) otkriva da se apsolutni broj perifernih krvnih T ćelija, B ćelija, NK ćelija i monocita značajno smanjuje (40-70% od osnovnog nivoa) tokom stresa [1]. Zeidner navodi rezultate više istraživanja koja su sproveli Kiecolt-Glaser i sar. o identičnom uticaju ispitnog stresa na imuni sistem studenata [2]. U jednom od ovih istraživanja je registrovana smanjena aktivnost NK ćelija kod studenata koji su pripremali ispite na medicini u odnosu na kontrolni nivo dobijen mesec dana kasnije. U drugom istraživanju je tokom pripreme ispita detektovan manji procenat T-ćelija kod studenata nego u periodu pre pripreme ispita. Slična situacija je i u domenu psihičkih simptoma. Npr. Obradović, Pantić i Latas iznose podatke o različitim psihičkim simptomima kod studenata medicine i farmacije [3]. Tako su kod studenata medicine najizraženiji simptomi depresije i anksioznosti, dok su kod studenata farmacije najizraženiji simptomi paranoidnosti, anksioznosti i opsesivno-kompulsivni simptomi. Po mišljenju Obradovića i saradnika faktori koji izazivaju ove simptome, putem narušavanja mentalnog zdravlja studenata, mogu imati naknadne nepovoljne posledice na profesionalne aktivnosti budućih lekara, a gotovo sve faktore o kojima oni govore, zapravo možemo pod-

vesti pod stres. Dalje, Andrews i Hajdenberg navode da studenti u Velikoj Britaniji prijavljuju više psiholoških zdravstvenih simptoma nego po godinama uparenih vršnjaka u kontrolnoj grupi nestudenata [4].

U domenu uticaja na pamćenje Lindau, Almkvist i Mohammed navode da stres ometa proces enkodiranja utičući na pažnju i budnost [5]. Oni takođe navode eksperiment koji je izveo Lupien sa saradnicima u kojem su pokazali da na deklarativno pamćenje utiče i samo anticipiranje stresnog događaja.

Čini se da svi ovi efekti kulminiraju tokom ispitnog perioda. Studije efekata ispitnog stresa na imuni sistem predstavljaju direktan dokaz za to. Ali postoje i studije psiholoških simptoma koji su povezani sa stresom tokom ispitnog perioda koje takođe idu u prilog ovoj tvrdnji. Na primer Andrews i Hajdenberg navode longitudinalnu studiju koju je sproveo Surtees sa saradnicima na Kembridž univerzitetu u Engleskoj u kojoj je nivo anksioznosti i depresivnih simptoma kod studenata kulminirao tokom ispitnih perioda [4].

Sve ovo znači, da ukoliko isključimo određene tragične i ekstremne događaje koji svakome mogu da se dogode (kao smrt roditelja, saobraćajna nesreća i sl.), ispitni periodi verovatno predstavljaju najstresnije periode u životu studenata. To čini ovu specifičnu situaciju veoma pogodnom za istraživanje stresa, prevladavanja, kognitivne procene i drugih konstrukata koji su povezani sa stresom.

Sa druge strane, ukoliko pokušavamo da nađemo način da umanjimo negativne efekte ispitnog stresa na studente najbolji način jeste da istražujemo mehanizme prevladavanja (kao medijatore stresa) i njihov odnos sa ostalim kon-

struktima koji mogu da utiču, kako na prevladavanje, tako i na druge činioce stresa kao što je kognitivna pocena. Jedan od tih konstukata je i samoeфикаsnost koja će biti razmatrana i ovom članku.

PREVLADAVANJE

Lazarus i Folkman definišu prevladavanje kao "stalno promenjive kognitivne i bihejvioralne napore da se izađe na kraj sa specifičnim spoljašnjim i/ili unutrašnjim zahtevima koji se procenjuju kao opterećujući ili toliko teški da prevazilaze resurse kojima osoba raspolaze" [6].

Možemo razlikovati dva oblika mehanizama prevladavanja, a s obzirom na dve različite funkcije koje se prevladavanjem vrše. Prva funkcija se odnosi na kontrolu ili menjanje problema koji izaziva stres, te iz nje proizilaze oblici prevladavanja usmereni na problem. Druga funkcija se odnosi na upravljanje emocionalnim reakcijama izazvanih problemom te iz nje proizilaze oblici prevladavanja usmereni na emocije. Ova podela se može nazvati i podelom na osnovu fokusa aktivnosti usmerenih na prevladavanje.

Pored ove podele po fokusu odn. funkciji, strategije prevladavanja možemo podeliti i po metodu ili, bolje rečeno, tipu upotrebljene aktivnosti i to na kognitivne i bihejvioralne oblike prevladavanja.

SAMOEFIKASNOST

Po Banduri opažena samoeфикаsnost se može definisati kao skup verovanja ljudi o vlastitim sposobnostima da dostignu traženi nivo eфикаsnosti u situacijama koje utiču na njihov život [7]. Ili

kao nečija sposobnost da organizuje i izvrši niz akcija potrebnih da bi se savladale očekivane situacije [8]. Važno je napomenuti da je samoeфикаsnost, kako je definiše Bandura, uvek situaciono specifična. U tom smislu se može govoriti i o samoeфикаsnosti u učenju ili samoeфикаsnosti u pripremi i polaganju ispita.

Ovako definisana samoeфикаsnost iz ugla Lazarus i Folkman predstavlja činilac koji deluje na kognitivnu procenu i spada u specifično (situacijsko) verovanje o kontroli [6]. Ova teorijski pretpostavljena povezanost između samoeфикаsnosti (u pripremi i polaganju ispita) i kognitivne procene je potvrđena u istraživanju Petrović i Avramović [9].

CILJ RADA

S obzirom da postoji uticaj samoeфикаsnosti na kognitivnu procenu razumno je zaključiti da će njena visina imati uticaja na izbor mehanizma prevladavanja, pre svega po obliku. Upravo provera ove povezanosti predstavljala je cilj ovog istraživanja.

Naša pretpostavka je bila oformljena na sledeći način. U ranijem istraživanju Petrovićeve i Avramovića dobijeno je da procena ispitne situacije kao kontrolabilne od strane samog studenta negativno korelirana sa visinom samoeфикаsnosti u pripremi i polaganju ispita [9]. Zato se sada očekivalo bi se da će u slučaju više samoeфикаsnosti u pripremi i polaganju ispita biti odabrani mehanizmi prevladavanja koji su usmereni na problem jer se situacija opaža kao kontrolabilnija od strane same osobe i kao samostalno rešiva. I obrnuto, ukoliko je samoeфикаsnost niska onda bi verovanje studenta da ne kontroliše situaciju trebalo da utiče na to

da se odabere mehanizme prevladavanja koji će biti usmereni na emocionalnu regulaciju i smirivanje stresa i emocija koje ga prate.

METOD RADA

Uzorak i procedura istraživanja

Uzorak je činilo 117 prigodno odabranih, aktivnih studenata sa privatnih i državnih fakulteta i to sa svih godina studija. Uzrast ispitanika varirao je od 19 do 31 godine. Od toga 64 ženskog i 53 muškog pola. Glavni faktor za izbor u uzorak je bio uslov da je student položio bar 3 ispita, kako bi bilo osigurano da ima adekvatno iskustvo u pripremi i polaganju ispita.

Istraživanje je sprovedeno u toku pripreme studenata za polaganje ispita u junskom i septembarskom ispitnom roku odn. u periodima kada su efekti ispitnog stresa najizraženiji.

Instrumenti

Za merenje samoeфикаsnosti u pripremi i polaganju ispita kod studenata upotrebljen je instrument koji su konstruisali Petrović i Avramović - Skala samoeфикаsnosti u pripremi i polaganju ispita. Konstrukcija navedenog instrumenta rađena je u skladu sa uputstvima za konstruisanje skala za merenje samoeфикаsnosti koje je dao Bandura, pre svega u domenu formulacije ajtema [10]. Bandurina preporuka u ovom domenu bila je da se za upotrebu u ajtemima biraju glagoli moći i znati (koji reflektuju prosudbu o sposobnostima) pre nego hteti ili želiti (koji reflektuju nameru). Npr. "Ako se dovoljno potrudim mogu da položim i najteži ispit" ili "Znam kako da se motivišem za učenje čak i za veoma dosa-

dan ispit." Faktorskom analizom izdvojena su tri faktora (i varimax i promax algoritmi su dali identične faktore): 1. samoeфикаsnost u prevladavanju negativnih emocija, 2. samoeфикаsnost u domenu potrebnih sposobnosti i 3. verovanje da će zalaganje dovesti do cilja. Instrument se sastoji od 10 ajtema Likertovog tipa koji čine jednu skalu.

Za merenje subjektivno procenjene učestalosti upotrebe pojedinih mehanizama prevladavanja kod studenata u situaciji pripreme i polaganju ispita upotrebljen je instrument *CRI Adult - Coping Responces Inventory* koji je kreirao R. H. Moos.

Ovaj instrument odabran je iz više razloga. Prvo, prilikom konstrukcije *CRI* inventara uzete su u obzir podele mehanizama prevladavanja i po funkciji i po metodi. Drugo, Moos (prema Aldwin), kao i Lazarus i Folkman na prevladavanje gleda iz procesne perspektive [11]. Treće, za teorijski okvir ovog instrumenta predložen je transakcioni model u kome strategije prevladavanja predstavljaju medijatorsku varijablu između životnih situacija i ishoda tj. posledica po zdravlje i opšte blagostanje osobe [12]. Na kraju, za stimulus u skladu sa kojim se odgovara na upitnik je bilo moguće zadati situaciju pripreme i polaganja težeg i/ili važnijeg ispita.

Inventar sadrži 48 ajtema Likertovog tipa podeljenih u osam subskala koje reprezentuju različite mehanizme prevladavanja. Svaka subskala se sastoji od šest ajtema. Subskle su grupisane u dve celine od po četiri subskale i čine dve globalne skale koje mere: 1. "Prevladavanje aktivnim pristupom" koje se sastoji od subskala: logička analiza, pozitivna ponovna procena, traženje saveta i podrške, rešavanje problema; i 2. "Prevlada-

vanje izbegavanjem" sastavljeno od sub-skala: kognitivno izbegavanje, prihvatanje ili rezignacija, traženje alternativnih nagrada i emocionalno praznjenje. Prevladavanje aktivnim pristupom se u principu smatra prevladavanjem orijentisanim na problem [12]. Ono odražava kognitivne i bihevioralne napore da se kontroliše ili razreši stresna situacija. Prevladavanje izbegavanjem se obično smatra orijentisanim na emocije i ono odražava kognitivne i bihevioralne napore osobe da izbegne ili negira stresnu situaciju [12].

Analiza podataka

Analiza povezanosti između ispitivanih varijabli računata je Pirsonovim linearnim korelacijama. Takođe je računata i statistička značajnost razlike u visini korelacija između polova.

Rezultati

Utvrđene Pirsonove linearne korelacije između samoeфикаsnosti u pripremi i polaganju ispita (u daljem tekstu skraćeno

no SEPI) i različitih angažovanih mehanizama prevladavanja odn. subskala CRI prikazane su u tabelama 1 i 2.

Iz tabele 1 vidi se da postoji statistički značajna pozitivna korelacija između samoeфикаsnosti u pripremi i polaganju ispita (SEPI) i upotrebe strategije prevladavanja Rešavanje problema: za muški pol ($r = .490, p < .01$), za ženski pol ($r = .539, p < .01$) i na celom uzorku ($r = .520, p < .01$).

Kod žena postoje još dve statistički značajne korelacije koje ne postoje kod muškaraca. Prvo, pozitivna korelacija između SEPI i upotrebe mehanizma prevladavanja Logička analiza problema koja iznosi $r = .272, p < .05$. I drugo, pozitivna korelacija između globalne skale prevladavanja aktivnim pristupom problemu i SEPI koja iznosi $r = .437, p < .01$.

Obe navedene korelacije značajne su i na nivou celog uzorka i to: između SEPI i subskale Logička analiza $r = .261, p < .01$ i između SEPI i globalne skale Pre-

Tabela 1. Interkorelaciona matrica SEPI i mehanizama prevladavanja aktivnim pristupom

Table 1. Intercorrelation matrix SEPI and intensity of using approach coping mechanisms

	Pol Gender	Grupa mehanizama prevladavanja aktivnim pristupom Group of approach coping mechanisms				Prevladavanje aktivnim pristupom Approach coping
		Logička analiza Logical Analysis	Pozitivna ponovna procena Positive Reappraisal	Traženje saveta i podrške Seeking Guidance and Support	Rešavanje problema Problem-solving	
^a SEPI	Muški Male	.236	.023	-.092	.490**	.235
	Ženski Female	.272*	.168	.248	.539**	.437**
	^b M+Ž ^b M+F	.261**	.113	.097	.520**	.346**

** = $p < .01$; * = $p < .05$.

^a Samoeфикаsnosti u pripremi i polaganju ispita (Self-efficacy in preparation and taking exams)

^b celi uzorak (whole sample)

vladavanje aktivnim pristupom problemu $r = .346, p < .01$.

Iz tabele 2 vidi se da postoji statistički značajna negativna korelacija između SEPPI i upotrebe mehanizma prevladavanja Kognitivno izbegavanje: za muški pol ($r = -.379, p < .01$), za ženski pol ($r = -.498, p < .01$) i na celom uzorku ($r = -.435, p < .01$). Takođe postoji i značajna negativna korelacija između SEPPI i upotrebe mehanizma prevladavanja Prihvatanje ili rezignacija i to: za muški pol ($r = -.441, p < .01$), za ženski pol ($r = -.542, p < .01$) i na celom uzorku ($r = -.494, p < .01$).

Od opaženih razlika po polu (tabela 2) naznačajnija je razlika u koeficijentima korelacije za varijable SEPPI i varijable Traženje alternativnih nagrada. Ona je za muški pol pozitivna i iznosi $r = .353, p < .05$, dok za ženski pol i za ceo uzorak nije statistički značajna. Druga razlika po polu postoji u korelacijama između SEPPI i skora na globalnoj skali Prevladavanje izbegavanjem. U ženskoj subpopulaciji ova korelacija je negativna

i iznosi $r = -.521, p < .01$. U muškoj subpopulaciji ova korelacija nije statistički značajna, dok na nivou celog jeste i iznosi $r = -.376, p < .01$.

Korelacija između SEPPI i subskale Emocionalno pražnjenje (tabela 2) nije značajna na nivou polova, ali jeste na nivou celog uzorka i iznosi $r = -.221, p < .05$. Od svih prikazanih razlika po polu u visini koeficijenta korelacije jedina statistički značajna jeste za SEPPI i varijablu Traženje alternativnih nagrada ($Z_{obs} = 2.05, p < .05$).

DISKUSIJA

Od mehanizama prevladavanja usmerenih na problem sa SEPPI u najvećoj meri je povezana upravo strategija Rešavanje problema. Korelacija sa mehanizmom prevladavanja Logička analiza je dosta slabija i značajna je samo u ženskoj subpopulaciji. Moguće je da bi na većem uzorku ova korelacija bila značajna i za muškarce, čemu ide u prilog podatak da dobijena razlika u visini korelacije nije statistički

Tabela 2. Interkorelaciona matrica SEPPI i mehanizama prevladavanja izbegavanjem

Table 2. Intercorrelation matrix SEPPI and avoidant coping mechanisms

	Pol Gender	Grupa mehanizama prevladavanja izbegavanjem Group of avoidant coping mechanisms				Prevladavanje izbegavanjem Avoidant coping
		Kognitivno izbegavanje Cognitive Avoidance	Prihvatanje ili rezignacija Acceptance or Resignation	Traženje alternativnih nagrada Seeking Alternative Rewards	Emocionalno pražnjenje Emotional Discharge	
^a SEPPI	Muški Male	-.379**	-.441**	.353*	-.252	-.273
	Ženski Female	-.498**	-.542**	-.047	-.233	-.521**
	^b M+Ž ^b M+F	-.435**	-.494**	.134	-.221*	-.376**

** = $p < .01$; * = $p < .05$.

^a Samoefikasnosti u pripremi i polaganju ispita (Self-efficacy in preparation and taking exams)

^b celi uzorak (whole sample)

značajna. Obe navedene korelacije su pozitivne što je u skladu sa postavljenom hipotezom. Ovakva struktura povezanosti odn. dominantnost veze između SEPPI i strategije Rešavanje problema nije neočekivana. Ukoliko se osoba oseća kompetentnom da otkloni uzrok problema jasno je da će to i uraditi. Traženje saveta, logička analiza ili ponovna kognitivna procena situacije se u tom slučaju opažaju kao manje potrebne strategije.

Od mehanizama prevladavanja usmerenih na emocije (tabela 2), statistički značajne za oba pola (tabela 2) su dve korelacije. Prva, nešto niža, je korelacija između SEPPI i strategije prevladavanja Kognitivno izbegavanje. Druga, viša, korelacija je ona između SEPPI i strategije Prihvatanje ili rezignacija. Obe navedene, kao i korelacija između SEPPI i prevladavanja Emocionalno pražnjenje, koje je značajno samo na celom uzorku usled malih poduzoraka u muškoj i ženskoj subpopulaciji, su negativne što je u skladu sa postavljenom hipotezom. Jedino odstupanje od ove pravilnosti javlja se kod korelacije između SEPPI i strategije Traženje alternativnih nagrada koja je značajna samo za muškarce i suprotno očekivanju pozitivna, što znači da što je, kod muškarca, samoeфикаsnost u pripremi i polaganju ispita viša to su oni lagodniji da se upuštaju u navedene aktivnosti. Objašnjenje za ovo najverovatnije treba tražiti u tome šta subskala Traženje alternativnih nagrada zapravo meri. Naime, njeni ajtemi se odnose na uključivanje u druge aktivnosti kao što su rekreacija, pomaganje drugima u sličnim problemima, sticanje novih prijatelja i sl. Ovakve aktivnosti podrazumevaju izbegavanje u smislu uključivanja u druge aktivnosti i nerada na problemu. Moguće je da se ovakve aktivnosti kod naših muških stu-

denata tretiraju kao "luksuz" koji je moguće priuštiti tek kada je polaganje ispita u nekoj meri očekivano ili osigurano. U suprotnom se prevladavanje vrši putem kognitivnog izbegavanja i prihvatanja ili rezignacije situacije. Drugo objašnjenje bi moglo da bude da oni jednostavno ne prihvataju kompenzaciju za neuspeh na ispitu. Pozitivan smer ove povezanosti između SEPPI i strategije Traženje alternativnih nagrada utiče na to da na nivou globalne skale Prevladavanje izbegavanjem za muškarce nema značajne korelacije sa SEPPI.

Ono što je posebno indikativno jeste da su korelacije SEPPI sa subskalama prevladavanja usmerenim na problem (tabela 1) uvek pozitivne, dok su korelacije SEPPI sa subskalama prevladavanja usmerenim na emocije (tabela 2) gotovo uvek negativne, sem u ranije pomenutom slučaju kod mehanizma Traženje alternativnih nagrada za subpopulaciju muškaraca. Dakle, što je samoeфикаsnost viša to se više upotrebljavaju mehanizmi prevladavanja usmereni na problem, dok se mehanizmi prevladavanja usmereni na emocije upotrebljavaju manje. I obrnuto, niža samoeфикаsnost implicira učestaliju upotrebu mehanizama usmerenih na emocije i smanjenu upotrebu mehanizama prevladavanja usmerenih na problem.

ZAKLJUČAK

Samoeфикаsnost, bar u kontekstu situacije pripreme i polaganja težeg i/ili važnijeg ispita, predstavlja veoma dobar prediktor odabira i angažovanja određenih mehanizama prevladavanja, pre svega po njihovom obliku. Dakle, dobijena je empirijska potvrda za ranije iznete teorijske pretpostavke o utica-

ju samoefikasnosti tj. specifičnog (situacijskog) verovanja o kontroli na odabir mehanizama prevladavanja. Naravno ne treba zaboraviti da postoji i povezanost samoefikasnosti i kognitivne procene koja prethodi izboru mehanizama prevladavanja [9]. Moguće je da kognitivna procena predstavlja medijator odnosa između samoefikasnosti i odabira mehanizama prevladavanja.

Postoji samo jedna statistički značajna razlika po polu, između SEPPI i mehanizma prevladavanja Traženje alternativnih nagrada.

Može se zaključiti da samoefikasnost predstavlja važan činilac za optimalno funkcionisanje osobe. Njen uticaj na kognitivnu procenu odn. percepciju stresa i ovde analiziran odnos sa izborom mehanizama prevladavanja predstavlja jaku potporu ove tvrdnje. Vrlo je verovatno i da navede-

ne povezanosti postoje i u drugim stresnim situacijama, kao i kod drugih subpopulacija. Što se tiče, ovde analizirane subpulacije, jako je važno da se kod studenata, budućih stručnjaka, adekvatno radi na razvoju samoefikasnosti u domenima koji su važni za njihovu profesiju. Time će se obezbediti veća sigurnost u radu i niži nivo stresa, što dalje utiče na poboljšanje njihovog psihofizičkog zdravlja, bolju uslugu koju pružaju, osećaj zadovoljstva poslom i sl.

Dalja, istraživanja bi trebalo usmeriti, na ispitivanja sa sličnim nacrtom, varirajući ciljanu subpopulaciju stanovništva i stimulus-situacije, kako bi se ovde dobijeni nalazi o značajnosti samoefikasnosti za proces prevladavanja proširili i na druge subpopulacije stanovništva kao i na druge vrste samoefikasnosti.

SELF-EFFICACY AND SELECTION OF STRESS COPING MECHANISMS IN STUDENTS IN THE SITUATION OF EXAM PREPARATION AND EXAM TAKING

Misa Avramovic¹
PhD Vesna Petrovic²

- 1 Independent psychologist
- 2 Faculty of Legal and Business Studies
Novi Sad, Department for Business
Psychology

Abstract

Introduction. The most important effects of stress in the student population can be divided into two groups: the effects of psychological and physical health of students and the effects that influence the processes of learning and memory. These effects *peak* during the exam period *which is why is best suited for their research*. If we want to find a way to reduce these negative effects, the best way is to explore the relationship between *the* use of coping mechanisms with other psychological constructs that may affect both the appraisal (perception of stress) and *choice* of coping mechanisms. One of these constructs is self-efficacy. **Objective.** The aim of this study was to test whether indeed *there is* and what is the relationship between self-efficacy and choice of coping mechanisms in the student population in a situation of exam preparation and exam taking.

Method. The sample consisted of 117 appropriately selected, active students from private and *public* schools from all years of study. Coping mechanisms were measured *using* Moos's CRI (Coping Response Inventory) questionnaire. While self-efficacy was measured with the scale of *self-efficacy* in preparing and taking exams (Petrovic and Avramovic). The data were analyzed *using* correlation analysis.

Results. The main finding was that self-efficacy correlated negatively with emotion-focused coping mechanisms, while the correlations with problem-focused coping mechanisms were positive.

Conclusion. Self-efficacy, at least in the context of *exam* preparation and exam taking, is a good predictor of the choice of coping mechanisms. Gender differences are almost negligible. This and previous findings on the connection between self-efficacy *and the* appraisal process *indicate their* importance for the optimal functioning of the person.

Key words: self-efficacy, coping mechanisms, stress

Literatura:

1. Mirowsky J, Ross CE. Education Levels and Stress. In: Fink G, editor. *Encyclopedia of Stress*. 2nd ed. New York: Academic Press; 2007. vol. 1 p.888-893.
2. Zeidner M. *Test Anxiety - The State of the Art*. New York: Plenum Publishing corporation; 1998.
3. Obradović D, Pantić M, Latas M. Procena psihičkog stanja studenata Medicinskog fakulteta. *Engrami* 2009;3-4:47-55.
4. Andrews B, Hajdenberg J. Stress in University Students. In: Fink G, editor. *Encyclopedia of Stress*. 2nd ed. New York: Academic Press; 2007. vol. 2 p. 612-615.
5. Lindau M, Almkvist O, Mohammed AH. Effects of Stress on Learning and memory. In: Fink G, editor. *Encyclopedia of Stress*. 2nd ed. New York: Academic Press; 2007. vol. 2 p. 571-577.
6. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984.
7. Bandura A. Self-efficacy. In: Ramachandran VS, editor. *Encyclopedia of human behavior*. New York: Academic Press; 1994. vol. 4 p. 71-81.
8. Bandura A. Exercise of Personal and Collective efficacy in Changing Societies. In: Bandura A, editor. *Self-Efficacy in Changing Societies*. UK: Cambridge University Press; 1995.
9. Petrović V, Avramović M. Samoefikasnost i kognitivna procena stresa kod studenata u situaciji pripreme i polaganja ispita. *Zbornik Instituta za pedagoška istraživanja* 2012;1:111-127.
10. Bandura A. Guide for Constructing Self-Efficacy Scales. In: Pajares F, Urdan T. editors. *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents*. USA: Information Age Publishing Inc.; 2006.
11. Aldwin CM. *Stress, Coping and Development - An Integrative Perspective*. New York: The Guilford Press; 2009.
12. Moos RH. *Coping Responses Inventory: CRI-Adult Form Professional Manual*. USA: Psychological Assessment Resources Inc.; 1993.

Miša Avramović
Nikšićka 15-P7, Beograd
060/3976762
misa.avramovic@gmail.com

PSIHO-MEDICINSKI I SOCIJALNI ČINIOCI ŠKOLSKOG USPEHA

Ivana Simić-Vukomanović¹
Slavica Đukić Dejanović^{2,3}
Nela Đonović^{1,2}
Milica Borovčanin^{2,3}

- 1 Institut za javno zdravlje Kragujevac, Kragujevac, Srbija
- 2 Medicinski fakultet, Univerzitet u Kragujevcu, Kragujevac, Srbija
- 3 Klinika za psihijatriju, Klinički centar Kragujevac, Kragujevac, Srbija

Kratak sadržaj

Uspešan je onaj učenik, po definiciji, koji je u određenom stepenu ovladao znanjima, veštinama, stavovima i oblicima ponašanja potrebnim za dalje učenje koje zahteva nastavni plan i program. Kao najčešća podela faktora školskog uspeha navode se: spoljašnji (sredinski) faktori i unutrašnji ili faktori ličnosti.

Cilj rada Osnovni cilj ovog rada je analiza uticaja medicinskih, socijalnih faktora i količnika inteligencije dece na pojavu školskog uspeha kao i analiza ostalih faktora koji na to značajno utiču.

Metod rada Kao materijal za ovaj rad korišćena je dokumentacija Osnovne škole „Svetozar Marković” u Kragujevcu i Osnovne škole u Gornjoj Sabanti, dokumentacija Ministarstva Prosvete odeljenja u Kragujevcu i dokumentacija školskog dispanzera Doma zdravlja Kragujevac za period školskih 1996/1997, 1997/1998, 1998/1999, 1999/2000, 2001/2002, 2002/2003, 2003/2004, 2004/2005, 2005/2006 i 2006/200. god., i anketni upitnici za roditelje i učenike. (koji su napravljeni samo za ovo istraživanje). Svi podaci su obrađeni softwear-om SPSS for Windows 13.0.

Rezultati rada Prosečan IQ za gradsku sredinu bio je 99.68 sa standardnom devijacijom 32.5, a za seosku 99.76 sa standardnom devijacijom 21.7. Rezultati dvofaktorske anove za konfrontaciju pola i uspeha dali su sledeće rezultate: za gradsku sredinu: $F = 1.087$; $p > 0.05$ i za seosku sredinu: $F = 0.961$; $p > 0.05$. Fisherov test kojim smo upoređivali ponovce u gradu i u selu: $P = 0.76$ što znači da nema nikakve statističke razlike između ove dve sredine. Stručna sprema majke značajno utiče na uspeh dece u školi kako u nižim tako i u višim razredima $F = 5,82$; $p < 0,01$.

Zaključak Količnik inteligencije pokazuje značajnu povezanost sa uspehom u školi. Pol nije bitan faktor školskog uspeha. Sredina (selo-grad) nema izrazit uticaj na školski uspeh. Bračno stanje roditelja je značajani faktor za uspešnost dece u školi.

KLjučne reči: deca, škola, školski uspeh, inteligencija

UVOD

Prava i jedinstvena definicija uspeha i uspešnosti ne postoji. Po nekim autorima uspeh predstavlja "iskazivanje ostvarivanja informativnog (spoznajno, kognitivno), funkcionalnog (formalnog, psihomotoričkog, operativnog) i obrazovnog zadatka nastave, odnosno kvantiteta i kvaliteta stečenog znanja, širine i stepena razvijenost sposobnosti i širina i kvalitet usvojenih vaspitnih vrednosti" [1].

Uspešan je onaj učenik, po definiciji, koji je u određenom stepenu ovladao znanjima, veštinama, stavovima i oblicima ponašanja potrebnim za dalje učenje koje zahteva nastavni plan i program. Nastavnik određuje učenikov stepen uspešnosti [2].

U Anglosaksonskoj literaturi često se pravi razlika između "school performance" (školski uspeh tj. ocene koje učenik dobija u školi), "academic achievement" (akademsko dostignuće ili uspeh na standardizovanim testovima tj. znanje) i "educational attainment" (obrazovno postignuće tj. broj završenih razreda). Školski uspeh, akademsko dostignuće, i obrazovno postignuće bile bi različite mere obrazovnog dostignuća (educational achievement) koje su doduše međusabno povezane ali ne toliko koliko se misli [3].

Radi lakšeg pregleda faktora uspeha u školi treba poći od opšte klasifikacije. Pri tome treba imati na umu interakcijski odnos jedne kategorije na drugu kao i čitav niz potklasifikacija.

Kao najčešća podela faktora školskog uspeha se navode:

- spoljašnji (sredinski) faktori,
- unutrašnji ili faktori ličnosti.

Svaka od kategorija se sastoji od niza činilaca.

U spoljašnje ili sredinske faktore najčešće se navode: porodica, škola i društvena sredina.

Porodica kao osnovno socijalno okruženje u kome se ličnost razvija i formira, i škola kao predstavnik institucionalnog vaspitanja i obrazovanja, bitni su činioci u razvoju svakog pojedinca, kao i društva u celini. Dakle, porodični odnosi, nepravilno vaspitanje, autoritarno vaspitanje, nepotpuna porodica, ali i nepovoljni uslovi u školi i razredu (odnosi nastavnik-učenik, odnosi među učenicima, stav nastavnika prema svom poslu i učenicima, sredina i uslovi u kojima se uči i posebno didaktički uslovi), značajno utiču na školski uspeh [4].

Odlazak u školu je separacija od roditelja i potreba za novim oblicima adaptacije. Strah koji prati ovaj proces može da utiče na odbijanje učenja i može se savladati motivacijom deteta za učenjem. Prva motivacija da dete uči je da zadovolji zahteve roditelja, individualna motivacija posebno kod starije dece je potreba za samopoštovanjem [5, 6].

U unutrašnje faktore odnosno osobine ličnosti spadaju konativni i kognitivni faktori, zdravstveno stanje i slično [4]. Od sedme do dvanaeste godine dete je u periodu latencije i tada se intenzivno razvija superego koji uspešno potiskuje detetove pulzije i razvija sposobnost sublimacije, ali detetove pulzije nisu nestale, samo menjaju objekt, pa one koje su bile usmerene ka roditeljima (ljubav, agresija ... itd.) sada se usmeravaju ka školi, učenju, nastavnicima. Neki ovo nazivaju škola robovanja, jer dete uči da služi novog gospodara a to zavisi od toga kako je služilo starog. Dete ima transfer odnosa sa roditelja na učitelja [5,7].

Školski uspeh kao postignuće objašnjavaju, kako ističe Katel, intelektualna sposobnost, motivacija i osobine ličnosti. Svaki od ovih faktora učestvuje u varijansi uspeha sa oko 25%, što znači da se ukupno može objasniti oko 75% varijanse. Preostalih, neobjašnjenih 25%, može se pripisati brojnim drugim faktorima, npr. fizičkim, organskim, socijalno-ekonomskim i dr [8].

Inteligencija je sposobnost razlikovanja bitnog od nebitnog, sposobnost shvatanja i razumevanja redosleda, a naročito kauzaliteta zbivanja, sposobnost shvatanja problema i pronalaženja rešenja, odnosno snalaženja u novim situacijama [9]. Neke definicije naglašavaju njenu adaptivnu funkciju, po drugima je to sposobnost za učenje, za apstraktno mišljenje, za snalaženje u novim situacijama itd. Burd je pokazao da je inteligencija dominantan faktor školskog uspeha. Pijaže je ispitivao uticaj kognitivnih sposobnosti na školski uspeh i pokazao je da kognitivne sposobnosti veoma utiču na uspeh u školi, a da neuseh u školi treba tražiti u okviru iskustva, socijalne transmisije, jezičke, obrazovne i slično [4].

Motivacija za učenje je stanje u kome osoba ima motiv da nešto uči i nauči. Da bi učenici postigli uspeh u učenju bitno je da su zainteresovani i motivisani. Kod motivisanog učenika veći je i misaoni napor i stepen misaone aktivnosti, bolja koncentracija pažnje što dovodi do većih rezultata u učenju [8].

Jedan od bitnih faktora školskog uspeha ili neuspeha je ličnost. Po Eysencu ličnost je sveukupni zbir postojećih i mogućih shema ponašanja organizma određenih nasleđeni sredinom; koja nastaje i razvija se kroz funkcionalna međudejstva 3 glavna sektora u okviru kojih su ove sheme organizovane. To su:

kognitivni sektor (inteligencija), konativni sektor (karakter) i afektivni sektor (konstitucija) [5,7].

Najčešće upotrebljavana klasifikacija razvojnih poremećaja je klasifikacija po Bojaninu Ova klasifikacija se sastoji iz pet velikih grupa poremećaja i to:

1. Prva je grupa problema koji pripadaju kliničkoj neuropsihijatriji razvojnog doba: opšta razvojna disgnozija, opšta razvojna diskalkulija i teškoće u računanju, razvojna dispraksija, razvojna disleksija i disortografija i razvojna disgrafija;
2. Druga grupa poremećaja su poremećaji razvojnog doba nastali usled nepovoljnog delovanja socijalnih faktora (porodica, škola ili šira društvena sredina): poremećaji ponašanja, juvenilna delikvencija, psihopatija u detinjstvu i mladosti, alkoholizam mladih, narkomanija i samoubistva u adolescenciji. Najčešći su socijalni-psihijatrijski poremećaji ponašanja, i to: hiperkinetičke reakcije, reaktivna povučenost, reaktivna hiperanksioznost, reakcija bežanja, reaktivno nesocijalno agresivno ponašanje, reaktivna grupna delikvencija, izbegavanje škole, skitnja, juvenilna delikvencija, psihopatije-egocentrizam i dr. Osim ovih u školskoj sredini često se javljaju narkomanija, alkoholizam i drugi oblici zavisnosti.
3. Poseban oblik poremećaja predstavlja nerazvijenost inteligencije. Da bi se odredile intelektualne sposobnosti neke osobe, koristi se rang koeficijenta inteligencije (odnos mentalne i hronološke dobi).

4. Četvrtu grupu poremećaja čine poremećaji iz razvojne neurolingvistike i to: usporen i disharmoničan razvoj govora, poremećaj ritma i tempa u govoru, alalija, teškoće u artikulaciji-dislalija i neuroze govora-mucanje i mutizam.
5. Telesna oboljenja predstavljaju veliku grupu poremećaja, i to: poremećaji lokomotornog sistema, spastična cerebralna paraliza, rahitis, ravno stopalo, iščašenje kuka, defekti kičmenog stuba, nizak rast, blaga oštećenja sluha, blaga oštećenja vida (kratkovidost, dalekovidost, astigmatizam), epilepsija, šećerna bolest, noćno mokrenje, oboljenja disajnih organa [10].

Školski neuspeh se može smatrati i delom tzv. "neuroze neuspeha" ili „sindroma neuspeha”. Reč je o potrebi za samokažnjavanjem i izbegavanjem vlastitog uspeha. Ovo je posledica osećaja krivice koji potiče iz edipskog razdoblja i vezan ja za incestuozne želje, dete je potisnulo agresiju i pretvorilo je u mazohistički impuls, pa dolazi do užitka u neuspehu. Taj neuspeh je ujedno i kazna zbog agresivnih impulsa prema bratu ili sestri (uglavnom mladji)[5]

CILJ RADA

Osnovni cilj ovog rada je analiza uticaja medicinskih, socijalnih faktora i količnika inteligencije dece na pojavu školskog uspeha kao i analiza ostalih faktora koji na to značajno utiču. Različiti faktori iz učenikove okoline imaju uticaj na uspeh u savladjivanju gradiva, pa ih treba identifikovati. U periodu osnovnoškolskog uzrasta pol je jedan od faktora uspešnosti (u ovom periodu dečaci

su često manje uspešni od devojčica), inteligencija je bitan ali ne i presudan faktor za uspeh u nastavi, narušavanje porodice-razvodi mogu značajno da utiču na uspeh u školi. Bračno stanje roditelja je značajan faktor za uspešnost njihove dece u školi.

METOD RADA

Kao materijal za ovaj rad korišćena je dokumentacija Osnovne škole Svetozar Marković u Kragujevcu i Osnovne škole u Gornjoj Sabanti, dokumentacija Ministarstva Prosvete odeljenja u Kragujevcu i dokumentacija školskog dispanzera Doma zdravlja Kragujevac za period školskih 1996/1997, 1997/1998, 1998/1999, 1999/2000, 2001/2002, 2002/2003, 2003/2004, 2004/2005, 2005/2006, 2006/2007. godina, i anketni upitnici za roditelje i učenike (koji su napravljeni samo za ovo istraživanje). Svi podaci su obrađeni softverom SPSS for Windows 13.0.

Istraživanje je obuhvatilo je 9785 učenika ove dve škole od I do VIII razreda u pomenutom periodu, svi učenici su psihometrijski testirani. Testiranja su izvršili školski psiholozi, individualnim i kolektivnim testovima inteligencije (revizija 1995. god., prof. dr. I. Ivić, Filozofski fakultet, Beograd). Iz ovih anketnih listića analizirana su sledeća obeležja: stručna sprema roditelja, zanimanje roditelja, bračno stanje roditelja, zdravstveno stanje roditelja, broj dece u porodici, redosled rađanja dece, materijalno-stambeni uslovi, uspeh deteta od prvog razreda, specifičnosti u porodici, problemi sa detetom kada je pošlo u školu, porodični problemi, koliko roditelji rade – uče sa svojom decom.

Kao mera neuspeha uzete su negativne ocene na kraju školske godine i ponavljanje razreda.

Za uspešne se smatraju odlični i vrlo dobri učenici, manje uspešni su dobri i dovoljni učenici a neuspešni su oni učenici koji su ponovili razred.

Sva izabrana obeležja proučavana su sa pozicija objektivnih matematičko-statističkih metoda primenjujući ih adekvatno prema cilju istraživanja i karakteru ispitivanih obeležja. Za statističku obradu korišćen je SPSS 13.0 for Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). U okviru statističke obrade i analize korišćene su: metod deskriptivne statistike (mere centralne tendencije, mere varijabiliteta, tabeliranje i grafičko prikazivanje) i metode statističkih testova i to: Stu-

dentov T – test za dva velika nezavisna uzorka, Hi-kvadrat test, Linearna korelacija i regresija, Fisher-ov test tačne verovatnoće, metod ANOVE (freknova, anova, dvofaktorska analiza varijansnog količnika).

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

U ovom istraživanju je učestvovalo 9785 učenika od prvog do osmog razreda i to 8853 učenika centralnih gradskih škola i 932 učenika iz seoskih škola.

U gradskoj sredini učestvovalo je je 4670 (52,75 %) devojčica i 4183 (47,25 %) dečaka.

U seoskoj sredini ispitivano je 489 (52,4 %) devojčica i 443 (47,6 %) dečaka

Grafikon 1. Distribucija učenika po polu, gradska sredina
Graph 1. Distribution of students by gender, urban area



Grafikon 2. Distribucija učenika po polu, seoska sredina
Graph 2. Distribution of students by gender, rural area



Prosečan IQ za gradsku sredinu bio je 99,68 sa standardnom devijacijom 32,5, a za seosku 99,76 sa standardnom devijacijom 21,7.

Rezultati Studentovog T-testa (za dva velika nezavisna uzorka) za prosečan IQ u selu i gradu

dali su sledeći rezultat: $t=0,472$; $p>0,05$; (nema statistički značajne razlike između prosečnog IQ dece osnovnoškolskog uzrasta u selu i u gradu).

Rezultati dvofaktorske analiza varijanse, ANOVA test, pokazuju da ne postoji statistički značajna razlika u školskom uspehu-neuspehu učenika dve posmatrane škole, $F=0,586$; $p>0,05$.

Rezultati dvofaktorske anove za konfrontaciju pola i uspeha dali su sledeće rezultate:

- Za gradsku sredinu: $F = 1,087$; $p>0,05$; i
- Za seosku sredinu: $F = 0,961$; $p>0,05$; Ovi rezultati pokazuju da ne postoji statistički značajna razlika između polova u odnosu na školski uspeh kako u gradskoj tako i u seoskoj sredini.

Za proučavanja odnosa obrazovnog nivoa roditelja i školskog uspeha njihove dece korišćena je Freqnova. Rezultati su pokazali:

- uticaj stručne sprema oca na uspeh-neuspeh deteta: $F = 0,594$; $p>0,05$; što znači da stručna sprema oca nije bitan faktor školskog uspeha;
- uticaj stručne sprema majke na uspeh-neuspeh deteta: $F = 5,82$; $p<0,01$; što znači da stručna sprema majke značajno utiče na uspeh dece u školi u nižim i u višim razredima.

Freqnovom je ispitivan i uticaj bračnog stanja roditelja na uspeh dece u školi:

Postoji značajna povezanost između bračnog stanja roditelja i uspeha dece u školi, $F = 7,84$; $p<0,01$; (Ovde postoji i interakcija po magnitudi i po pravcu)

Postoji visoko statistički značajna razlika u broju ponovaca između učenika viših i nižih razreda. $\chi^2 = 48,29$; $p<0,01$.

Hi-kvadrat test kojim smo ispitivali uticaj pola na ponavljanje razreda pokazuje da nema statistički značajne razlike u polovima u odnosu na uspeh u školi, $\chi^2 = 2,49$; $p>0,05$.

Od ukupnog broja negativnih ocena u gradskoj sredini 58% je iz fizike, 46% iz matematike, 3% srpski jezik, 2% iz hemije, a 1% iz svih ostalih predmeta.

U seoskoj sredini odnos je sledeći: matematika 49%, srpski jezik 18%, biologija, fizika, hemija po 8,5% i ostali predmeti 7,5%; $\chi^2 = 5,382$; $p<0,01$, Postoji statistički značajna razlika u zastupljenosti školskih predmeta u neuspehu učenika i sredine (grad-selo).

Prosečne ocene za ispitivani period za obe škole analizirane su t-test za dva velika nezavisna uzorka. Rezultat pokazuje da nema nikakve razlike u uspešnosti savlađivanju školskog gradiva u odnosu na relaciju selo-grad: $t=1,58$; $p>0,05$;

Ispitujući odnos između odličnih, vrlo dobrih, dobrih, dovoljnih i nedovoljnih đaka (metodom ANOVE) u gradskoj i seoskoj sredini, dobili smo: $F = 0,843$; $p>0,05$; dakle, nema značajne razlike između gradske i seoske dece u odnosu na školski uspeh.

Ispitujući povezanost između IQ i uspeha u školi dobili smo da je $r = 0,549$, $p<0,01$ što govori da postoji statistička

povezanost između IQ i postignutog uspeha u školi.

Fisherovim testom smo upoređivali broj ponovaca u gradu i u selu: $P=0,76$, $P>0,05$, (nema nikakve razlike između ove dve sredine).

Hi-kvadrat test za uspešnost u nižim i višim razredima iznosi $\chi^2 = 3,18$; $p>0,05$ i pokazuje da nema statistički značajne razlike.

Redosled rođenja deteta ne pokazuje statistički značajnu povezanost sa uspehom u školi. $\chi^2 = 2,88$; $p>0,05$

Materijalno-stambeni uslovi nemaju uticaj na uspešnost dece u osnovnoj školi. $\chi^2 = 1,15$; $p>0,05$

Postoji statistički značajna razlika u uspešnosti dece posebno nižih razreda i angažovanja roditelja u savladavanju školskog gradiva. Najuspešnija su deca sa kojima roditelji svakodnevno rade posebno u periodu od prvog do četvrtog razreda. $\chi^2 = 12,87$ $p < 0,01$. Učenici sa smetnjama u razvoju nisu ponavljali razrede.

Od 56 učenika koji nisu uspešno završili razred njih 29 potiče iz razorenih

porodica gde su roditelji razvedeni (51,8 %), 6 iz vanbračnih zajednica (10, 7%), 17 iz tzv. normalnih porodica (30,4 %) i 4 učenika su iz nepotpunih porodica (7,1 %), $\chi^2 = 36,21$; $p < 0,01$.

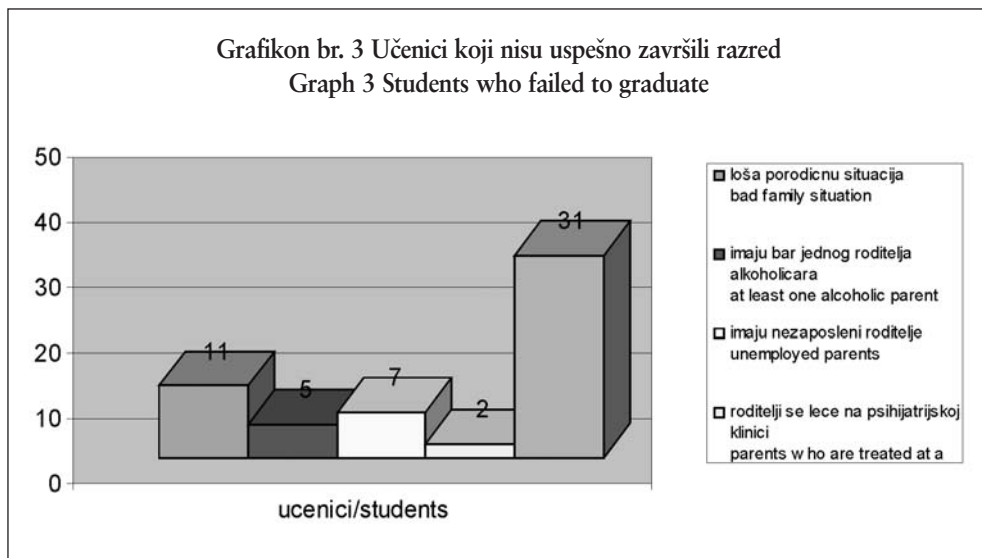
Od 56 ponovaca njih 12 ima specifične intelektualne smetnje i teškoće u učenju, 7 poremećaje u emocionalnom i socijalnom ponašanju, dok ostali nemaju registrovana psihička ili fizička oštećenja, $\chi^2 = 23,447$; $p < 0,01$.

Prosečan IQ učenika koji su ponavljali razred bio je 86,4 sa standardnom devijacijom od 28,14. Minimalni IQ bio je 77, a maksimalni 104.

Od ovih učenika koji su pokazali neuspeh u školi njih 11 imaju lošu porodičnu situaciju, 5 imaju bar jednog roditelja alkoholičara, 7 ima nezaposlene roditelje, 2 roditelje koji se leče na psihijatrijskoj klinici, kod ostalih je porodična situacija uobičajena, $\chi^2 = 67,896$; $p < 0,01$.

Fizički premećaji, bolesti, nemaju statistički značajan uticaj na uspeh u školi. Rezultati hi-kvadrata su (tabela 1):

Grafikon br. 3 Učenici koji nisu uspešno završili razred
Graph 3 Students who failed to graduate



DISKUSIJA

Današnja literatura ukazuje na značajnu povezanost količnika inteligencije dece i njihovog uspeha u školi [5,10].

Naše istraživanje je pokazalo, visoko statističku korelaciju između IQ i školskog uspeha. Osnovno objašnjenje sledi iz pravila da je uz dobru mentalnu osnovu uspešno savlađivanje postavljenih zadataka mnogo jednostavnije nego kada su u pitanju granični slučajevi inteligencije. Smatra se da deca sa visokim IQ uz manje truda mogu da odgovore na školske zadatke nego njihovi drugovi sa nešto nižim IQ. Sam IQ se ne može smatrati faktorom uspeha u učenju, jer za uspešnost su potrebni i mnogi drugi činioci (pažnja, motivacija, rad, dobri odnosi u školskoj sredini, dobri porodični odnosi i dr.) [5].

Pored značajnog uticaja inteligencije na školski uspeh, mnogi istraživači su se bavili uticajem polnih razlika na školsko postignuće. Naše istraživanje je pokazalo da nema bitnih razlika u postizanju

školskog uspeha između dečaka i devojčica odnosno između polova. I devojčice i dečaci su podjednako i uspešni i neuspešni u školi što isključivo zavisi od drugih faktora a nikako od pola.

Medjutim, ima istraživanja koja pokazuju suprotno i tvrde da postoje razlike u postizanju školskog postignuću između dečaka i devojčica. Devojčice su u većini školskih predmeta imale bolje ocene od dečaka, jedno od mogućih objašnjenja jesu osobine ličnosti, i motivacija za učenje pojedinih predmeta [11] a bitan faktor leži i u kognitivnim sposobnostima. Sa druge strane, jedno od objašnjenja bilo bi da se uspeh meri najčešće kroz dobijene ocene koje mogu biti i subjektivne i zasnivaju se na proceni nastavnika a zavise i od ponašanja učenika a sve to ide u korist devojčica. Dečaci su uglavnom postizali bolje rezultate na numeričkim testovima inteligencije, a devojčice na verbalnim [12]. U istraživanju koje je sprovedeno u Hrvatskoj ispitivano je nešto više od 45 000 učenika osnovnih škola, a rezultati su pokazali

Tabela 1. Uticaj poremećaja zdravlja na uspeh dece u osnovnoj školi
Table 1. Effect of health disorders on the success of children in primary school

hronični bronhitis chronic bronchitis	$\chi^2 = 2,24$	$p > 0,05$
bronhialna astma bronchial asthma	$\chi^2 = 2,31$	$p > 0,05$
glomerulonefritis glomerulonephritis	$\chi^2 = 1,47$	$p > 0,05$
diabetes melitus diabetes mellitus	$\chi^2 = 0,68$	$p > 0,05$
hronični gastritis chronic gastritis	$\chi^2 = 1,23$	$p > 0,05$
migrena migraine	$\chi^2 = 2,07$	$p > 0,05$
epilepsija epilepsy	$\chi^2 = 3,86$	$p > 0,05$
febrilna groznica febris rheumatica	$\chi^2 = 1,82$	$p > 0,05$

da su djevojčice bile nešto uspješnije u ispitima iz maternjeg i engleskog jezika, hemije i biologije, a dečaci u ispitima iz geografije i fizike [13].

Drugo istraživanje je sprovedeno takodje, u Hrvatskoj na 48232 učenika starosti 10 godina i 46196 učenka uzrasta 14 godina. Praćeno je dostignuće učenika kroz školske ocene i standardizovani test znanja za skoro sve predmete.

Rezultati su ukazali da su djevojčice dobijale bolje ocene u odnosu na dečake. Kod četvrtaka, bez obzira da li se radilo o ocenama ili testu znanja djevojčica su bila bolje u jezicima ali nisu uočene rodne razlike kada je meren uspeh standardizovanim testovima znanja. Kod učenika osmog razreda, djevojčice su imale bolje ocene u svim predmetima, razlike u standardizovanim testovima znanja pokazali su mešoviti obrazac, djevojčice su postigle bolje rezultate u testovima jezika, hemije biologije a dečaci u fizici i geografiji [14].

Faktori ličnosti učenika su izrazito uticajni na postizanje uspeha ili neuspeha u školi. Njihova podela bila bi na: faktore mentalnog razvoja dece i somatske faktore. Od somatskih faktora ovo istraživanje je proučavalo: hronične bronhitise, bronhijalnu astmu, glomerulonefritise, šećernu bolest, hronične gastritise, migrene, epilepsije, reumatsku groznicu, poremećaje sluha i vida i utvrdilo da svi ovi poremećaji ne remete uspeh dece u školi pri očuvanoj inteligenciji.

Od faktora mentalnog razvoja ovo istraživanje proučavalo je: poremećaje govora, poremećaje u emotivnom ponašanju, teškoće u učenju, noćno mokrenje i strah od škole. Utvrđeno je da uz veliko zalaganje i podrške porodice ovi poremećaji ne moraju da dovedu do školskog

neuspeha. Svi ispitivani učenici sa pomenutim poremećajima su uz pomoć školskog psihologa uspešno savladavali gradiva propisana za njihov kalendarski uzrast [5,10].

Rezultati brojnih istraživanja ukazuju na razlike u kognitivnom razvoju između dece koja potiču iz nižih i viših socijalnih slojeva, ističući da su te razlike, u periodu kada dete krene u školu, već tolike da ih je teško kompenzovati i bitno utiču na školsko postignuće dece iz nižih socijalnih slojeva. Bloom je definisao osnovne faktore koji negativno utiču na kognitivni razvoj i školsko postignuće učenika: (a) nepovoljni govorni obrasci u porodičnoj sredini; (b) deca u manje podsticajnoj sredini nemaju iskustva o samoj sredini; (v) deca u takvoj sredini imaju manje mogućnosti da rešavaju misaone probleme u odnosu na decu koja odrastaju u podsticajnoj sredini; (g) slaba komunikacija između dece i odraslih u sociokulturno nerazvijenoj sredini. Rasprave o posebnosti jezika dece koja potiču iz sociokulturno nerazvijene sredine, ističu da pripadnost sociokulturno nerazvijenoj sredini redukuje dečje govorne sposobnosti, što se kasnije ispoljava u teškoćama učenja, čitanja, proširivanja rečnika, fleksibilnog govora i razumevanja verbalnog izraza. Roditelji dece koja odrastaju u ovakvoj sredini naglašavaju značaj visokog školskog postignuća, ali nisu u mogućnosti da pomognu svojoj deci da poboljšaju školsko postignuće i radne navike.

Veliki broj istraživača koncentrisao se posebno na ispitivanje porodičnih determinanti školskog postignuća učenika, kao što su: socioekonomski status porodice, obrazovni nivo roditelja (posebno obrazovni nivo majke), veličina i sastav porodice, emocionalni odnosi među čla-

novima porodice, govorni obrasci u porodičnoj sredini, angažovanje roditelja u aktivnostima škole [15].

U našoj sredini za mlađu decu najizrazitiji je uticaj odnosa među roditeljima i odnos majka-dete; što je razumljivo znajući da u ovom periodu majke i dalje predstavljaju centralnu figuru u životu deteta [5].

Naši rezultati pokazuju da od svih ispitivanih učenika preko 95% je dalo odgovor da sa njima kod kuće uče majke. Neki od zaključaka bili bi: (a) u potpunim porodicama majke su uključene u većinu svakodnevnih školskih aktivnosti dece (b) od nivoa obrazovanja majke zavisi svakodnevni stil života ostalih članova porodice i vaspitni uslovi odrastanja deteta; (v) u oko 90% nepotpunih porodica, deca žive uglavnom sa majkom ili sa majkama koje se nikad nisu udavale; (g) u okolnostima razvedenih brakova u kojima postoji saradnja razvedenih bračnih parova, većina očeva ne učestvuje u procesu vaspitanja deteta [15]. S obzirom na ovu činjenicu ne začuđuje podatak dobijen u našem istraživanju da stručna sprema majke značajno utiče na uspešnost u učenju. Majke koje imaju stručnu spremu većeg stepena imaju bolje mogućnosti da svojoj deci pomognu i objasne školske zadatke od majki sa nižom stručnom spremom [5,16,17].

Istraživanje radjeno u Hrvatskoj pokazalo je da veoma bitan prediktor školskog uspeha predstavlja viši obrazovni status učenikovih roditelja. Iako su obrazovanje majke i oca relativno visoko povezani oba obeležja su značajni prediktori i zasebno objašnjavaju relativno originalne delove varijance školskog postignuća deteta, pri čemu je nešto veći regresijski koeficijenti dobijen za obrazovanje majke.

Značajan prediktor jeste i porodična situacija [13]. Naše istraživanje je ukazalo da postoji značajna povezanost između bračnog stanja roditelja i uspeha dece u školi. Vaspitanje deteta u nepotpunoj porodici je složen i delikatan proces. Nedostatak jednog roditelja predstavlja ozbiljnu smetnju za uspešno funkcionisanje porodice, izazivajući mnoge probleme ekonomske, socijalne, pravne, psihičke i edukativne prirode. Istraživanja koja su proučavala školsko postignuće dece koja žive u nepotpunim porodicama, u kojima su očevi odvojeni ili razvedeni, utvrdila su pogoršanje školskog postignuća u 20% slučajeva. Takve nalaze tumače materijalnom tenzijom i osiromašenim porodičnim interakcijama nastalim usled razvoda braka [15].

Zdrava porodica je osnovni preduslov za stvaranje uspešnih potomaka. Deca svoju mentalnu i emotivnu snagu upravo crpe sa ovog izvora. Svaki poremećaj elementarnih porodičnih odnosa prvo se ogleda na deci, pa tako ona vrlo često postaju neraspoložena, apatična, bezvoljna, nezainteresovana za školu i učenje ili pak preterano agresivna ako ti odnosi nisu zadovoljavajući, a samim tim im i uspeh u školi pada, za razliku od dece koja su rasterećena brigom oko odnosa u porodici. Posebno su pogođena deca koja se nađu usred brakorazvodne parnice svojih roditelja. Ne retko, takva deca se povlače u sebe, ili se samo međusobno druže, često negirajući školske obaveze. Kod njih su to prolazni simptomi koji se završavaju sređivanjem porodične situacije ali kod većine dece ovi problemi se prolongiraju bar na nekoliko školskih godina [16].

Mnoga istraživanja potvrđuju vezu između socioekonomskog statusa porodice i školskog postignuća. Nalazi tih is-

traživanja potvrđuju da deca iz porodica sa visokim socioekonomskim statusom postižu bolje školske rezultate i viši stepen obrazovanja od dece koja potiču iz porodica sa nižim socioekonomskim statusom [13].

Istraživanje sprovedeno na teritoriji Bosne i Hercegovine koje je obuhvatilo 356 učenika srednje škole između ostalog utvrdilo je da učenici nižeg socioekonomskog statusa češće dobijaju slabije ocene u odnosu na učenike koji su zadovoljni svojom finansijskom situacijom [18]. Socioekonomski parametri su indirektno povezani sa procesom socijalizacije i karakteristikama individue ili porodice, kao što su: norme ponašanja, vrednosti, obrazovne i profesionalne aspiracije [15].

Naše istraživanje je ukazalo da gradska i seoska sredina ne predstavljaju prediktor školskog uspeha. U obe sredine deca su potpuno isto uspešna. Međutim, istraživanje sprovedeno u Republici Hrvatskoj bavilo se ispitivanjem razlike između obrazovnih postignuća u školama koje se nalaze u opštinama sa različitim stepenom urbaniteta, i utvrđivanjem u kojoj meri prosečna zarada na nivou opštine stanovnika učestvuje u objašnjavanju učenih razlika u školskom dostignućima. Zaključci tog istraživanja pokazuju da su najbolje postignuti rezultati realizovani u visoko urbanim sredinama, dok su lošiji rezultati u smislu školskog uspeha zabeleženi u ruralnim područjima. Dakle, školski uspeh visoko

korelira sa razvojnim karakteristikama školske okoline i naglašava se nejednak društveno-ekonomski status hrvatskih regiona i opština [19]. Roditelji dece koja odrastaju u sociokulturno nerazvijenoj sredini naglašavaju značaj visokog školskog postignuća, ali nisu u mogućnosti da pomognu svojoj deci da poboljšaju školsko postignuće i radne navike [15].

Novija istraživanja uglavnom tvrde da je prevaziđena razlika u dostupnosti informacija kod gradske i seoske dece jer su danas sredstva komunikacije prisutna kako u urbanoj tako i u ruralnoj sredini [5].

ZAKLJUČAK

Količnik inteligencije pokazuje značajnu povezanost sa uspehom u školi ali i deca sa $IQ > 90$ mogu da pokažu školski neuspeh. Pol ne predstavlja bitan faktor školskog uspeha.

Bračno stanje roditelja je bitan faktor za uspešnost njihove dece u školi; najuspešniji su učenici iz potpunih porodica, nepotpune porodice nemaju uticaja na uspeh, najugroženiji su učenici iz razorenih porodica (razvedenih brakova) i deca iz vanbračnih zajednica. Bolesti, medicinski faktori, nisu značajan činilac školskog uspeha. Sredina (selo-grad) nema značajan uticaj na školski uspeh. Stručna sprema majke ali ne i oca je značajan činilac školskog uspeha.

PSYCHO-MEDICAL AND SOCIAL FACTORS OF SCHOOL SUCCESS

Ivana Simić-Vukomanović¹
Slavica Đukić Dejanović^{2,3}
Nela Đonović^{1,2}
Milica Borovčanin^{2,3}

Summary

A successful student, by definition, is the one who has mastered a certain level of knowledge, skills, attitudes and *behaviors necessary* for further education required by the curriculum. External (environmental) factors and internal factors (personality) are the most common factors of school success.

Objective The main objective of this study is to analyze the impact of *medical and social factors, as well as* the intelligence quotient on school success and to identify other significant factors.

Method For this study we have used the documentation from the *Svetozar Markovic Elementary School* in Kragujevac, Elementary School in Gornja Sabanta, documentation from *the* Ministry of Education and Science *of the* Republic of Serbia *Kragujevac department*, and documentation *from the Kragujevac Health Centre paediatric department* for the *periods*: 1996/1997, 1997/1998, 1998/1999, 1999/2000, 2001/2002, 2002/2003, 2003/2004, 2004/2005, 2005/2006, 2006/2007, as well as questionnaires for parents and students.

Results The results suggest that the average IQ for the pupils in urban *areas* was 99.68 with a standard deviation of ± 32.5 , and in rural *areas* 99.76, with a standard deviation of ± 7.21 . Two-way ANOVA results *of* confronting sex and success gave the following results: for the urban *area*: $F = 1087$, $p > 0.05$ and for the rural *area*: $F = 0961$, $p > 0.05$. Fisher's test, which compared pupils who failed to graduate in the *towns and villages*, shows that $P = 0.76$, which means that there is no statistical difference between these two environments. *Mother's qualifications significantly influence a child's success in school in both urban and rural areas* $F = 5.82$; $p < 0.01$.

Conclusion IQ indicates significant correlation with school success. Sex is not a crucial factor of school success. Area type (country, city) doesn't have important influence on school success. Parents' education is an important factor in school success.

Key words: children, school, school success, intelligence

- 1 Institute of public health Kragujevac, Kragujevac, Serbia
- 2 Medical Faculty, University of Kragujevac, Kragujevac, Serbia
- 3 Clinic for Psychiatry, Clinical Centre of Kragujevac, Kragujevac, Serbia

Literatura:

1. Pedagoška enciklopedija: Pedagoška enciklopedija, Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 1989
2. Nikolić R. Kontinuitet uspeha učenika osnovne škole. Beograd: Institut za pedagogiju i andragogiju Filozofskog fakulteta, 1998
3. Bozin A. Školski uspeh kao psihološki problem. Pedagoška stvarnost 2003; 49(5-6): 499-509
4. Radovanović J. Porodična sredina i školski uspeh učenika sa motoričkim poremećajima. [magistarski rad]. Beograd: Univerzitet u Beogradu; 2010.
5. Đonović N, Damjanov V, Arsenijević S. Psiho-medicinski aspekti školskog neuspeha. Zdravstvena zaštita 2011; 40 (3): 38-46
6. Milosavljević P. Osnovi pedagogije, Kragujevac: Atos, 1996
7. Kvašček R. Sposobnost, osobine ličnosti i uspeh učenika. Novi Sad: Zavod za izdavanje udžbenika Novi Sad Institut za pedagogiju filozofskog fakulteta Novi Sad, 1989
8. Lungulov B. Motivacija učenika u nastavi - pretpostavka uspeha u učenju. Pedagoška stvarnost 2010; (56)3-4:294-305
9. Marić J. Klinička psihijatrija. šesto preradjeno i dopunjeno izdanje. Beograd: Siltmir; 1995
10. Bojanin S. Socijalna psihijatrija razvojnog doba, Beograd: Naučna knjiga, 1988.
11. Steinmayr R, Spinath B. Sex differences in school achievement: what are the roles of personality and achievement motivation. Eur J Pers 2008; (22)3:185-209.
12. Halpern D. Sex differences in cognitive abilities. 3rd ed. Vancouver: Routledge; 2000
13. Barović T, Burušić J, Šakić M. Uspješnost predviđanja obrazovnih dostignuća učenika osnovnih škola Republike Hrvatske. Druš. Istraž. Zagreb 2009; 4-5(102-103): 673-95
14. Burusic J, Babarovic T, Seric M. Differences in elementary school achievement between girls and boys: Does the teacher gender play a role. Eur J Psychol Educ 2011; DOI 10.1007/s10212-011-0093-2
15. Milošević N. Uticaj saradnje porodice i škole na socijalno ponašanje i školsko dostignuće učenika. Zbornik Instituta za pedagoška istraživanja 2002;34:193-212
16. Maksimović J. Prilog istraživanju uzroka školskog neuspeha. Pedagoška stvarnost 2008;54(5-6):450-64
17. Slavin R, Karweit N, Wasik B. Preventing early school failure: research, policy and practice. Boston: Allyn and Bacon, 1994.
18. Pranjić N, Brković A, Beganlić A. Discontent with financial situation, self-rated health, and well-being of adolescents in Bosnia and Herzegovina: cross-sectional study in Tuzla Canton. Croat Med 2007;48(5):691-700
19. Burušić, J, Babarović T, Šakić, M. The Achievement of Schools in Rural, Suburban and Urban Municipalities in Croatia. European Conference on Educational Research: Urban; 2011; Berlin, Germany.

Ivana Simić-Vukomanović
Institut za javno zdravlja Kragujevac
Nikole Pašića br.1, 34000 Kragujevac
mob: 069 14 00 567
E-mail:drivanasimic@gmail.com

PREDIKTORI ZADOVOLJSTVA ŽIVOTOM KOD STUDENATA

Dušan Randelović
Jelena Minić

Katedra za psihologiju, Filozofski
fakultet u Prištini sa sedištem
u Kosovskoj Mitrovici

Rad je deo šireg istraživačkog projekta
*Mentalno zdravlje studenta Univerziteta u
Prištini*, koji je delom finansiran od strane
Filozofskog Fakulteta Univerziteta u
Prištini sa sedištem u Kosovskoj Mitrovici

Kratak sadržaj

Uvod: U traganju za faktorima zdravlja, nezablažna je uloga pozitivne psihologije i njenog važnog konstrukta: subjektivnog blagostanja. U okviru subjektivnog blagostanja važna komponenta je zadovoljstvo životom koja se definiše kao kognitivna evaluacija celokupnog života pojedinca.

Cilj rada: U radu su prikazani rezultati dobijeni na uzorku studenata gde je ispitivana priroda

međudodnosa poimanja smisla života i nade, njihova povezanost sa proaktivnim prevladavanjem, kao i mogućnost predikcije zadovoljstva životom na osnovu pomenutih varijabli.

Metod rada: Uzorak su činili studenti ($n=240$) Univerziteta u Prištini. Korišćeni su sledeći instrumenti: Skala smisla života, Skala nade, Skala proaktivnog prevladavanja i Skala opšteg zadovoljstva životom. U obradi podataka korišćena je multipla regresiona analiza, ANOVA, t-test, Pirsonov koeficijent korelacije.

Rezultati: Rezultati pokazuju iznadprosečne vrednosti na svim prediktorskim varijablama: ispitanici imaju viši nivo smisaonosti života ($AS=88.16$, $SD=13.23$), visok stepen proaktivnog prevladavanja stresa ($AS=70.05$, $SD=11.96$), visoko izraženu crtu nade ($AS=36.2$, $SD=5.65$) i visok stepen zadovoljstva životom ($AS=77.12$, $SD=12.75$). Rezultati dalje pokazuju da postoji pozitivna statistički značajna korelacija između svih nezavisnih varijabli (poimanja smisla života, stepena proaktivnog prevladavanja i nade) međusobno. Zadovoljstvo životom je statistički značajno povezano sa svim ispitivanim nezavisnim varijablama, pri čemu je najjača korelacija sa nadom ($r=0.614$, $p < 0.01$). Takođe je potvrđena i mogućnost predikcije zadovoljstva životom na osnovu skupa prediktorskih varijabli (stepen objašnjene varijanse je 53%), pri čemu je najbolji prediktor nada. Takođe je utvrđeno da su studenti iz Vranja i okoline zadovoljniji životom od ostalih ispitanika, a studenti sa Kosova i Metohije najmanje zadovoljni životom.

Zaključak: Dobijeni podaci su očekivani i pružaju mogućnost organizovanja i preduzimanja najrazličitijih mera preventivne zaštite kako bi se kroz povećanje zadovoljstva životom studenta unapredilo i njihovo zdravlje u celini.

Ključne reči: studenti, zadovoljstvo životom, poimanje smisla života, nada, proaktivno prevladavanje

UVOD

Od svog osnivanja psihologija je dosta dugo zdravlje pojedinaca tretirala iz ugla bolesti i poremećaja, tj. patocentrično. Unazad par decenija, pristup zdravlju se postepeno menja, od antipsihijatrijskog pokreta 60-tih godina XX veka, preko razvoja pokreta komunalne psihologije (1969 godine), zatim salutogenog pristupa zdravlju Antonovskog, do današnjeg evidentnog razvoja pozitivne psihologije. Salutogeni model zdravlja zasniva se na salutogenoj orijentaciji i salutogenom modelu, tj. salutogenezi (genezi zdravlja i promovisanju zdravlja) i jedan je od najtemeljnijih savremenih modela stresa i njegovog prevladavanja [1]. Antonovski razvija salutogeni pristup zdravlju, snažno se suprostavljajući važećoj i dominantnoj patogenoj orijentaciji. U traganju za faktorima zdravlja, nezaoblazna je uloga pozitivne psihologije, kao relativno nove psihološke discipline, koja promovise činioce koji pojedincima i zajednicama omogućavaju da rastu i da se razvijaju [2]. Konstrukt koji je u okviru pozitivne psihologije često istraživan je subjektivno blagostanje (eng. *well-being*), kao jedan je od najvažnijih indikatora pozitivnog mentalnog zdravlja [3]. Jedan od novijih konstrukata pozitivne psihologije, pored srodnih pojmova je konstrukt zadovoljstva životom, koji se odnosi na globalnu evaluaciju ličnog života [4] i predstavlja komponentu subjektivnog blagostanja [5].

Postoje brojne dileme i terminološke nedoumice u nazivu zadovoljstva životom, kao sveobuhvatne procene

koju osoba daje o svom životu [6]. Neslaganje postoji i oko definisanja konstrukta- zadovoljstvo životom. Po jednoj od definicija zadovoljstvo životom predstavlja celovitu percepciju i evaluaciju vlastitog života i najčešće se opisuje kao kognitivna komponenta subjektivne dobrobiti, dok osećaj sreće predstavlja emocionalnu komponentu i opisuje se kao često osećanje pozitivnih emocija [7]. Zadovoljstvo životom se često istražuje [8, 9], uz korišćenje najrazličitije metodologije. Zadovoljstvo životom je u istraživanjima povezivano sa najrazličitijim činiocima fizičkog i psihičkog funkcionisanja pojedinaca. Kako navodi Akton [10] i Argil [11], istraživanja su potvrđivala povezanost zadovoljstva životom sa: mentalnim zdravljem, samopercepcijom, ličnom kontrolom, moralom, opaženim zdravljem, samopoštovanjem, stresom, zadovoljstvom poslom i brakom itd. Više puta je potvrđivana veza između zadovoljstva životom i pojedinih sociodemografskih varijabli, tako Andru i Vitni (prema: Costa & McCrae, [12] navode da različite sociodemografske varijable objašnjavaju oko 8% varijanse subjektivne dobrobiti. Direktna i značajana povezanost smisla života i zadovoljstva životom potvrđena je u znatnom broju istraživačkih studija [13,14]. Takođe postoje istraživanja u kojima je dobijena značajna korelacija između smisla života i proaktivnog prevladavanja stresa [15]. U različitim istraživanjima tragalo se i za prediktorima zadovoljstva životom, pri tom je dobijeno da su dobri prediktori zadovoljstva životom nada [16], ali i bolje materijalno stanje ipitanika

[17]. Što se tiče razlika u zadovoljstvu životom u odnosu na pol, rezultati nekih istraživanja ukazuju da su žene znatno zadovoljnije svojim životima od muškarca [8].

METOD RADA

Istraživanjem su obuhvaćeni studenti ($n=240$), od 18 do 23 godina starosti, sa različitih fakulteta Univerziteta u Prištini sa ciljem da se ispita priroda međudnosa poimanja smisla života i nade kao osnovnih resursa ljudske dobrobiti, njihova povezanost sa proaktivnim prevladavanjem, kao i mogućnost predikcije zadovoljstva životom na osnovu pomenutih varijabli.

U istraživanju su kao nezavisne varijable (prediktori) tretirani: poimanje smisla života, nada i proaktivno prevladavanje. Zavisna varijabla u istraživanju je zadovoljstvo životom, a kontrolne varijable: pol i mesto stalnog boravka. U istraživanju su korišćeni sledeći instrumenti: Skala smisla života, Skala nade, Skala proaktivnog prevladavanja, Skala opšteg zadovoljstva životom i Upitnik sociodemografskih karakteristika, konstruisan je za potrebe istraživanja.

Smisao života se definiše kao spoznaja reda, sklada i svrhe u ličnoj egzistenciji, težnja ka ciljevima koji su vredni truda, njihovo ostvarenje i propratni osećaj ispunjenja [13] i operacionalizovan je kao ukupni skor na skali smisla života [18]. Skala je adaptirana verzija „Purpuse in Life Testa” [19], prevedena i korišćena je i kod nas [20]. Pouzdanost skale na našem uzor-

ku (izražena Krobahovim alfa koeficijentom) je $\alpha = 0.84$.

Nada se definiše kao kognitivni set koji se sastoji od recipročno deriviranog osećaja: a) uspešnog delovanja (cilju usmerenog ponašanja) i b) uspešnih načina pomoću kojih se ciljevi mogu dostići [21] i operacionalizovana je kao ukupni skor na Skali nade [22]. Ova skala meri razlike u nadi kao crti stabilnoj kroz vreme i situacije, čiju je izvornu verziju konstruisao Snajder [23]. Pouzdanost skale na našem uzorku (izražena Krobahovim alfa koeficijentom) je $\alpha = 0.84$.

Proaktivno prevladavanje, prema Švarceru i Taubertu [24], predstavlja napore da se izgrade opšte snage koje olakšavaju prelaz ka izazovnim ciljevima i ličnom rastu; osoba vidi rizike, zahteve i prilike u dalekoj budućnosti, ali ih ne procenjuje kao štetu, gubitak ili pretnju, već kao izazove; operacionalizuje se kao ukupni skor na Skali proaktivnog prevladavanja [25]. Skala proaktivnog prevladavanja [25] predstavlja sastavni deo Inventara proaktivnog prevladavanja, njenu izvornu verziju dala je Gringles sa saradnicima [26]. Pouzdanost skale na našem uzorku (izražena Krobahovim alfa koeficijentom) je $\alpha = 0.78$.

Zadovoljstvo životom neki autori objašnjavaju kao kognitivnu evaluaciju celokupnog života, a kroz koju svaki pojedinac procenjuje svoj vlastiti život [27]; operacionalizuje se preko skora na Skali zadovoljstva životom [28]. Pouzdanost skale na našem uzorku (izražena Krobahovim alfa koeficijentom) je $\alpha = 0.90$.

REZULTATI

Na nivou celog uzorka posmatramo u odnosu na moguće teorijske raspone, ispitanici imaju viši nivo smisaonosti života ($AS=88.16$, $SD=13.23$), visok stepen proaktivnog prevladavanja stresa ($AS=70.05$, $SD=11.96$), visoko izraženu crtu nade ($AS=36.2$, $SD=5.65$) i visok stepen zadovoljstva životom ($AS=77.12$, $SD=12.75$).

Radi utvrđivanja povezanosti između glavnih varijabli koristili smo Pirssov koeficijent korelacije. Rezultati su prikazani u tabeli 1.

Utvrđeno je da postoji pozitivna statistički značajna korelacija između svih nezavisnih varijabli (poimanja smisla života, stepena proaktivnog prevladavanja i nade) međusobno, kao i sa zavisnom varijablom (zadovoljstvo životom). Kada su u pitanju međusobne korelacije između različitih prediktora (tabela 1), poimanje smisla života najjače je povezano sa stepenom proaktivnog prevladavanja ($r=0.466$, $p < 0.01$); a

stepen proaktivnog prevladavanja sa nadom ($r=0.507$, $p < 0.01$), što je i najveća moguća povezanost u ovom sklopu varijabli. Pozitivna povezanost smisla života i proaktivnog prevladavanja potvrđena je i u istraživanjima novijeg datuma [15]. Zadovoljstvo životom, kao kriterijumska varijabla je statistički značajno povezano sa svim ispitivanim nezavisnim varijablama, pri čemu je najjača korelacija sa nadom ($r=0.614$, $p < 0.01$). Što se tiče povezanost između kriterijumske varijable (zadovoljstvo životom) i pojedinih prediktorskih varijabli (poimanja smisla života, nade i proaktivnog prevladavanja), najjača je korelacija između zadovoljstva životom i nade ($r=0.614$, $p < 0.01$). Ovakav nalaz je potvrđivan i kod drugih istraživača [16]. U red visokih korelacija spada i povezanost zadovoljstva životom i proaktivnog prevladavanja stresa kod studenata ($r=0.601$, $p < 0.01$).

Radi utvrđivanja mogućnosti predikcije zadovoljstva životom na osnovu

Tabela 1. Povezanost poimanja smisla života, nade, proaktivnog prevladavanja, zadovoljstva životom i zadovoljstva materijalnim stanjem
Table 1. Correlation understanding the meaning of life, hope, proactive coping, life satisfaction and satisfaction with material condition

Varijable Variables	1	2	3	4
1. Poimanje smisla života Meaning in life	-	,399**	,466**	,515**
2. Nada Hope	,399**	-	,507**	,614**
3. Stepen proaktivnog prevladavanja Level of proactive coping	,466**	,507**	-	,601**
4. Zadovoljstvo životom Life satisfaction	,515**	,614**	,601**	-

Nivoi značajnosti: ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Levels of significance: ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

sklopa prediktorskih varijabli (poimanja smisla života, nade i proaktivnog prevladavanja) korišćena je multipla regresiona analiza, enter postupak (tabela 2).

Koeficijent multiple korelacije iznosi $R = 0.726$ i objašnjava linearnu povezanost kriterijumske varijable (zadovoljstvo životom) sa prediktorima (poimanjem smisla života, nadom i stepenom proaktivnog prevladavanja). Koeficijent multiple determinacije iznosi $R^2 = 0.527$, što znači da je procenat varijanse, koji je zajednički kriterijumu i skupu prediktorskih varijabli uključenih u proceduru, 53%. Iz rezultata prikazanih u tabeli 2 može se zaključiti da se zadovoljstvo životom može predvideti na osnovu sklopa ispitanih prediktora (poimanja smisla života, nade i stepena

proaktivnog prevladavanja). Na osnovu vrednosti standardizovanih regresionih koeficijenata, možemo uočiti da svi prediktori u značajnom stepenu učestvuju u objašnjenju varijanse kriterijuma. Kao najbolji prediktor pokazala se nada ($\beta = 0.367$), a odmah nakon nje stepen proaktivnog prevladavanja ($\beta = 0.310$). T-testom značajnosti razlika utvrđivane su razlike u nivou izraženosti svih varijabli u istraživanju s obzirom na pol. Utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika u stepenu proaktivnog prevladavanja između muških i ženskih ispitanika. Studentkinje imaju viši stepen proaktivnog prevladavanja u odnosu na svoje kolege ($t = -2.058$, $df = 238$, $p < 0.05$). Ženski ispitanici su generalno zadovoljniji životom od muških ispitanika, mada je ovaj nalaz na grani-

Tabela 2. Multipla regresiona analiza: Poimanje smisla života, nada i proaktivno prevladavanje kao prediktori zadovoljstva životom kod studenata (Enter postupak)			
Table 2. Multiple regression analysis: understanding the meaning of life, hope and overcoming proactive as predictors of life satisfaction among students (Enter Procedure)			
Prediktori Predictors	Kriterijum: Zadovoljstvo životom Criterion: Life satisfaction		
	Beta (β)	Značajnost Significance	Sažetak modela Summary of models
Poimanje smisla života Meaning in life	,224	,000	$R = 0.726^{**}$ $R^2 = 0.527^{**}$ $F(3,236) = 87,532^{**}$ Značajnost = 0.000 Significance = 0.000
Nada Hope	,367	,000	
Proaktivno prevladavanje Level of proactive coping	,310	,000	

Napomena: Beta (β) – standardizovani regresioni koeficijenti; R - koeficijent multiple korelacije; R^2 – koeficijent multiple determinacije; Nivoi značajnosti: $**p < 0.01$; $*p < 0.05$.

Note: Beta (β) - standardized regression coefficients, R - coefficient of multiple correlation, R^2 - coefficient of multiple determination; Levels of significance: $**p < 0.01$; $*p < 0.05$.

ci statističke značajnosti ($t = -1.941$, $df = 238$, $p = 0.053$). Rezultati vezani za polne razlike u pogledu zadovoljstva životom na našem uzorku su u saglasnosti sa Dinerovim nalazima [8].

Kako bi ispitali razlike u nivou izraženosti glavnih varijabli s obzirom na mesto stalnog boravka upotreбили smo Univarijantnu analizu varijanse (ANOVA). Rezultati su dati u tabeli 3.

Statistički značajne razlike u nivou izraženosti ispitivanih varijabli s obzirom na mesto stalnog boravka (vidi tabelu 3) nađene su samo u kod nade [$F(3,236) = 4.037$, $p < 0.05$] i zadovoljstva životom [$F(3,236) = 3.180$, $p < 0.01$]. Kada je u pitanju nada, najviše

vrednosti imaju ispitanici iz Vranja i okoline ($AS = 38.50$, $SD = 5.18$), a najniže ispitanici iz Beograda i okoline ($AS = 35.40$, $SD = 6.34$), dok u slučaju zadovoljstva životom, najzadovoljniji su studenti iz Vranja i okoline ($AS = 79.46$, $SD = 13.81$), a najmanje zadovoljni životom su studenti sa Kosova i Metohije ($AS = 72.88$, $SD = 12.38$).

DISKUSIJA

Dobijeni rezultati govore u prilog iznadprosečnih vrednosti na svim ispitivanim varijablama ljudske dobrobiti (poimanje smisla života, nada, zadovoljstvo životom) i proaktivnog prevla-

Tabela 3. Razlike u nivou izraženosti zadovoljstva životom i nade s obzirom na mesto stalnog boravka (ANOVA)

Table 3. Differences in the expression level of satisfaction with life and hope with regard to their permanent residence (ANOVA)

Mesto boravka Place of residence	N	AS	SD	df		F	Znač. Signif.
ZŽ Beograd i okolina LS Belgrade and the environment	60	77,35	11,32	Između grupa Between groups	3 3	3,180*	,025
ZŽ Kosovo i Metohija LS Kosovo and Metohija	58	72,88	12,38	Unutar grupa Within the group	236 236		
ZŽ Niš i okolina LS Niš and the environment	70	78,71	12,80	Ukupno Total	239 239		
ZŽ Vranje i okolina LS Vranje and the environment	52	79,46	13,81				
N Beograd i okolina H Belgrade and the environment	60	35,40	6,34	Između grupa Between groups	3 3	4,07*	,008
N Kosovo i Metohija H Kosovo and Metohija	58	35,48	4,48	Unutar grupa Within the group	236 236		
N Niš i okolina H Niš and the environment	70	37,21	5,87				
N Vranje i okolina H Vranje and the environment	52	38,50	5,18	Ukupno Total	239 239		

Legenda: ZŽ-zadovoljstvo životom; N – nada; N- ukupan broj ispitanika; AS-aritmetička sredina; SD-standardna devijacija; df- stepen slobode; F- statistik; Znač.- značajnost; Nivoi značajnosti: ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$.

Legend: LS-life satisfaction; N – Hope; N-total number of respondents; AS-arithmetic mean; SD-standard deviation; df-degree of freedom; F-statistics; Signif.- Significance; Levels of significance: ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

davanja na nivou celog uzorka. Podaci dobijeni u ovom istraživanju su ohrabarjući, naročito ako se uporede sa nekim ranijim istraživanjima na studentskoj populaciji u našoj zemlji [29]. Rezultati ovog istraživanja ukazuju na postojanje snažnih resursa, koji pomažu studentima da se izbore sa različitim stresorima. Dobar nivo objašnjene varijanse (53%) navodi na zaključak da su upravo varijable koje su korišćene u istraživanju od velike važnosti za razumevanje zadovoljstva života pojedinaca. Sve pomenute varijable, već su dokazane kao dobri prediktori zadovoljstva životom [10,11], dok se kao najbolji prediktor pokazala nada, što je takođe u saglasnosti sa ranijim istraživanjima [16,17] i što je bilo i očekivano. Najmanje zadovoljstvo životom studenata sa teritorije Kosova i Metohije (u odnosu na studente iz drugih delova Srbije) se može objasniti činjenicom da upravo studenti na ovim prostorima žive i studiraju u uslovima dugogodišnje društvene krize, koja se ogleda u egzistencijalnoj, ekonomskoj, pravnoj i političkoj krizi, krizi vrednostnog sistema.

ZAKLJUČAK

Sprovedeno istraživanje je salutogeno orijentisano (tragalo se za faktorima zdravlja kod studenata) i predsta-

vlja skroman doprinos promociji salutogenog modela zdravlja u našoj zemlji. Dobijeni podaci su putokaz za buduća istraživanja, uz uključivanje većeg broja varijabli i različitih uzoraka, sa namerom da se kroz salutogeni pristup zdravlju, traga za faktorima koji povećavaju zadovoljstvo životom pojedinaca i unapređuju zdravlje u celini. Rezultati istraživanja ukazuju na o dobru povezanost ispitivanih varijabli (poimanja smisla života i nade). Poimanje smisla života i nada se mogu smatrati resursima, koji pružaju mogućnost studentima da uspešno prevladavaju najrazličitije stresore. Ono što možemo smatrati nekom vrstom teorijskog doprinosa sprovedenog istraživanja, je da je odabran adekvatn prediktorski sklop varijabli, što može da ukazuje na kohezivnost primenjenih konstrukata.

Dobijeni podaci o prediktorima zadovoljstva životom kod studenata i procenat objašnjene varijanse pružaju mogućnost organizovanja i preduzimanja najrazličitijih mera preventivne zaštite, koje bi bile usmerene na promociju, očuvanje i unapređenje mentalnog zdravlja studenata, uz isticanje uloge i značaja pozitivnih faktora, jer se kroz povećanje zadovoljstva životom studenta može unaprediti i njihovo zdravlje u celini.

PREDICTORS OF STUDENTS' LIFE SATISFACTION

Dušan Randelović
Jelena Minić

Abstract

Introduction: In the search for health factors, an important role is played by the positive psychology and its important construct: subjective well-being. Within the framework of subjective well-being there is an important component of life satisfaction.

Objective: The main objective of this research is to examine the possibility of predicting the life satisfaction of students on the basis of meaning in life, hope and proactive coping. The sample consisted of students ($n = 240$) of the University of Pristina. Instruments used: *Purpose in Life Scale*, *Hope scale*, *Scale of proactive coping*, *General Life satisfaction scale*. In processing, the multiple regression analysis, ANOVA, t-test and Pearson's correlation coefficient were used.

Results: The results have shown above average values of all predictor variables, their mutual relationship, and in correlation with life satisfaction; the possibility of predicting life satisfaction from a set of predictor variables has been confirmed. (Degree of explained variance is 53%), the best predictor is hope; students from Vranje and the surroundings are more satisfied with their life than other participants, and students from Kosovo and Metohia are the least satisfied.

Conclusion: The obtained results were expected and provide the possibility of taking various measures of preventive care in order to increase the life satisfaction of students and improve their health in general.

Key words: students, life satisfaction, meaning in life, hope, family satisfaction, proactive coping

Literatura:

1. Antonovsky, Arron. Health, stress, and Coping. London. Jossey- Basss Publishers;1985.
2. Rijevec, Majda. Čuda se ipak događaju. Edicija- Zrno soli; 2008.
3. Jovanović, Veljko, Novović, Zdenka. Kratka skala subjektivnog blagostanja- Novi instrument za procenu pozitivnog mentalnog zdravlja. Primenjena psihologija 2008; 1(1-2): 77-94.
4. Penezić, Zvezdan. Zadovoljstvo životom u adolescentnoj i odrasloj dobi. Društvena istraživanja 84-5, 2006; 15: 643-69.
5. Božin, A. Aurel. Religioznost i zadovoljstvo životom mladih. JUNIR godišnjak 1996; 3:351-56.
6. Panić, Tanja., Slović, Jelena. Zadovoljstvo životom- Dienerova skala. Knjiga rezimea, IV Konferencija Dani primenjene psihologije 2008; str 34.
7. Diener, Ed., Lucas, Richard E., Oishi, Shigehiro. Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In: Snyder C.R., Lopez, S.J, editors. Handbook of positive psychology, New York: Oxword University Press; 2002; p 463-73.
8. Diener, Ed, Diener Marissa. Cross-Cultural Correlates of Life Satisfaction and Self-Esteem. Journal of Personality and Social Psychology, 1995; 68, (4): 653-63.
9. Arslan, C, Hamarta, E., Uslu, M. The relationship between conflict communication, selfesteem and life satisfaction in university students. Educational Research and Reviews; 2010: 5(01):031-34.
10. Acton, J. Gayle. Well- being as a Concept for Theory, Practice, and Research, The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing, 1994; 11: 1-26.
11. Argyle, Michael. Is Happiness a Cause of Helth?, Psychology and Health, 1999; 12: 769-81
12. Costa, T. Paul, McCrae, R. Robert. Still stable after all these years: Personality as key to some issues in adolthood and old age. In: Beltes, P. B., Brim, O.G.,editors. Lifespan development and behavior, New York, Academic Press; 1980: 3: 65-102.
13. Zika, Sheryl, Chamberlain, Kerry. On the relation between meaning in life and psychological well-being, British journal of Psychology, 1992: 83:133-45.
14. Minić, Jelena, Ristić, Jelena, Vujović, Slađana., Cvejić, Tijana., Randelović, Dušan. Osećaj koherentnosti, zadovoljstvo porodicom i proaktivno prevladavanje studenata, saopštenje na 58. naučno- stručnom skupu psihologa Srbije, Knjiga rezimea. 2010: 225-26.
15. Hutchinson, K. Ann-Marie, Stuart, D. Anita, Pretorius, G. Hester . Coping with stressors in late adolescence/young adolthood: A salutogenic perspective. Helth SA gesondheid, 2007: vol.12, No.3: 37-45.
16. Olson- Madden, H. Jennifer. Correlates and predictors of life satisfaction among 18 to 35-year olds: An exploration of the "quarterlife crisis" phenomenon. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 2008: 68(8-A).
17. Martinis, Tina. Percepcija kvalitete života u funkciji dobi. Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju; 2005.
18. Vulić- Portić, A., Bubalo, J. Zbirka psihologijskih skala i upitnika. Sveučilište u Zadru; 2006:3.
19. Debats, Dominique Louis Henri Maria. Meaning in life: Psychometric, clinical and phenomenological aspects (academisch proefschrift). Groningen: Rijksuniversitet Groningen. 1996.

20. Randelović, Dušan., Minić, Jelena, Milošević, Biljana., Mitrovska, Sanja. Samopoštovanje, poimanje smisla života i nada kao prediktori zadovoljstva životom kod studenata, saopštenje na 58. naučno-stručnom skupu psihologa Srbije. Beograd: Društvo psihologa Srbije. Knjiga rezimea, 2010; str. 148- 49.
21. Snyder, C. Richard., Harris, C., Anderson, J.R., Holleran, S.A., Irvin, L.M., Sigmon, S.T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., Harney, P. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1991; 60, 4: 570-85.
22. Lacković- Grgin, Katica, Čubela, Vera. Zbirka psihologijskih skala i upitnika. Sveučilište u Splitu, Filozofski fakultet Zadar; 2002: 1.
23. Snyder, C. Richard. To hope, to lose, and to hope again, *Journal of Personal and Interpersonal Loss*; 1996: (1) 1-16.
24. Schwarzer, Ralf, Taubert, Steffen (2002). Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth: Proactive coping. In Frydenberg E, esitor, *Beyond coping: Meeting goals, visions and challenges*:19-35, London: Oxford University Press;1996.
25. Đorđević, Dragana. Proaktivno prevladavanje životnih situacija kod mladih srpske nacionalnosti na Kosovu i Metohiji: resursi i ishodi. Neobjavljen magistarski rad. Filozofski fakultet, Beograd; 2009.
26. Greenglass, Esther R., Schwarzer Ralf., Jakubiec Dagmara., Fiksenbaum Lisa., Taubert Steffen. The Proactive Coping Inventory (PCI): A Multidimensional Research Instrument, Rad predstavljen na 20. Međunarodnoj konferenciji Društva za istraživanje o stresa i anksioznosti (STAR), Krakov, Poljska; 1999.
27. Penezić, Zvezdan . Zadovoljstvo životom: Relacije sa životnom dobi i nekim osobenim značajkama, Magistarski rad; Filozofski fakultet u Zagrebu;1999.
28. Penezić, Zvezdan. Zadovoljstvo životom-provera konstrukata. Diplomski rad, Filozofski fakultet u Zadru; 1996.
29. Minić, Jelena., Randelović, Dušan, Krstić, Dalibor. Mentalno zdravlje studenata Univerziteta u Prištini. saopštenje na naučno-stručnom skupu Dani primenjene psihologije, IV konferencija, Knjiga rezimea; 2008:62.

Dušan Randelović
Gornjomatejevačka 101A
18000 Niš, Srbija
Tel: 065- 496- 41-54
E-mail: alkadule9@yahoo.com

UČESTALOST PRINUDNE HOSPITALIZACIJE U OKVIRU URGENTNOG PSIHIJATRIJSKOG ZBRINJAVANJA

Gordana Paunović Milosavljević¹
Milutin Nenadović^{1,2}
Nikolaos Klidonas¹

- 1 Klinika za psihijatrijske bolesti „Dr Laza Lazarević“, Beograd, Srbija
- 2 Medicinski fakultet, Univerzitet u Prištini, sedište u Kosovskoj Mitrovici

Kratak sadržaj

Uvod: Razvoj savremene psihijatrije prati razvoj naučne medicine ali i promene u zajednici i zavisi od njih. Naročito je bolnička (institucionalna) psihijatrija evropske tradicije suočena s potrebom pravnoetičkog regulisanja prisilne hospitalizacije.

Cilj rada: sagledavanje frekventnosti sprovođenja prisilne hospitalizacije i lečenja agitiranih psihotičnih bolesnika.

Metod rada: istraživanje je obuhvatilo 262 duševna bolesnika prinudno hospitalizovanih u Specijalnoj bolnici za psihijatrijske bolesti „Dr Laza Lazarević“ u Beogradu u toku 2010. i 327 bolesnika hospitalizovanih tokom 2011. godine. Obrađeni su demografski podaci i dijagnostičke kategorije prisilno primljenih na lečenje.

Rezultati : Tokom 2010. godine hospitalizovano je 3 148 bolesnika oba pola a 2011. godine 3 063 bolesnika. Od ukupnog broja hospitalizovanih 2010. godine prisilnih hospitalizacija je bilo 262 (8,3%), a u 2011. – 327 (10,7%). Tokom 2010. godine prvi put su hospitalizovane 852 osobe. U 2011. godini prvi put je hospitalizovano neznatno više osoba nego prethodne godine – 877.

Zaključak: Naše ispitivanje pokazuje da se u okviru urgentnog zbrinjavanja prisilno hospitalizuje oko 10% od ukupnog broja hospitalizovanih bolesnika. Naši rezultati odstupaju od većine drugih istraživača u evropskoj tradiciji bolničkog lečenja duševnog bolesnika. Ovako visok procenat prisilno hospitalizovanih psihijatrijskih bolesnika na lečenju posledica je više faktora. Supkulturni stav prema duševnom bolesniku i psihijatriji, vremensko kašnjenje u tražanju psihijatrijske pomoći, posebno one institucionalne, kao i nedovoljna i delom neadekvatna aktuelna zakonska rešenja najčešći su faktori.

Ključne reči: prisilna hospitalizacija, učestalost, urgentno psihijatrijsko zbrinjavanje

UVOD

Psihijatrija kao najhumanija disciplina današnje naučne medicine nema svoj etički, odnosno etičko-psihijatrijski kodeks, što je paradoks. Zakoni i drugi propisi zajednice ostvaruju društvenu kontrolu, kao i unutrašnju kontrolu nad radom u okviru bilo koje stručne discipline, znači i nad radom psihijatrije [1].

Kada se govori o prinudnoj hospitalizaciji, mišljenja se razilaze već od njene definicije, pa do pitanja kome treba poveriti odluku o potrebi prinudne hospitalizacije i kakvu kontrolu treba nad njom vršiti. Prinudna ili prisilna hospitalizacija ili hospitalizacija bez saglasnosti je prinudno dovođenje i zadržavanje duševno obolelih osoba u psihijatrijsku ustanovu [2].

Specijana bolnica za psihijatrijske bolesti „Dr Laza Lazarević“ je jedina zdravstvena ustanova u Srbiji koja 24 časa dnevno prima urgentne psihijatrijske pacijente. Utemeljivači savremene srpske psihijatrije dr Laza K. Lazarević, dr Mladen Janković i dr Jovan Danić potekli su iz prve psihijatrijske bolnice – Doma za s uma sišavše, osnovane 1861. godine na Guberevcu u Beogradu [3]. Poremećaji mentalnog skladnog funkcionisanja stari su koliko i sam ljudski rod [4]. Prisilna hospitalizacija je jedan od najdelikatnijih problema s kojima se sreće psihijatrija u svom stručnom radu. Najčešće je baš prisilna hospitalizacija povod za oštre napade na psihijatre i za kritičke rasprave o ulozi, pravima i nadležnostima ove grane medicine, odnosno o njenoj zloupotrebi [5]. Akutni prijemi u psihijatrijske bolnice su osetljive kliničke procedure, posebno ako se izvode na zakonski definisanoj osnovi prinude [6] Unapređenje pravne regulative u vezi s hospital-

nim tretmanom osoba s duševnim poremećajima sve više postaje imperativ savremenih društava [7].

U mnogim nacionalnim sistemima usluga mentalnog zdravlja, oni su još uvek češći nego što je to poželjno. Vremenske serije 1990-ih u 15 zemalja članica Evropske unije ukazuju na na sveopštu tendenciju ka manje-više stabilnim stopama od 10 do 20% u većini zemalja. Nedavne međunarodne studije su pokazale da su nevoljni prijemi pacijenata na odeljenja opšte psihijatrije izvršeni u 3% (Portugalija) do 30% (Švedska) slučajeva svih epizoda bolničkih pacijenata [8]; ove značajno varirajuće stope vode ka spekulacijama o uticaju specifičnih odlika konfiguracija usluga nacionalnog mentalnog zdravlja i zakonodavstva mentalnog zdravlja.

Evropski komitet za sprečavanje mučenja i nečovečnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (CPT) ocenio je 2008. godine upotrebu mehaničkog sputavanja u psihijatrijskom starateljstvu kao maltretiranje. Ova kritika odnosila se na situaciju u Danskoj. Kao rezultat kritike, dansko Ministarstvo zdravlja naručilo je detaljnu istragu o korišćenju prinudnih mera, kao i o odgovarajućim zakonima. Izdat je izveštaj u kojem je upoređena upotreba prinudnih mera u 10 evropskih zemalja. Glavni rezultati ovog izveštaja skoro su sažeti i objavljeni u studiji [9]. Odgovori na postavljena pitanja su obeshrabrujući. Upotreba prinudnih metoda varira širom Evrope. Neke mere nisu dozvoljene u nekim zemljama. Mehaničko sputavanje (npr. kaiševi i zglobni kaiševi) zakonom su zabranjeni u Velikoj Britaniji od 1957. godine, dok izolacione sobe nisu dozvoljene u Danskoj. Autori su naišli na teškoće pri prikupljanju validnih podataka o upotrebi

svih prinudnih mera, barem na nacionalnom nivou. Konačno poređenje se samo sastojalo od označene zemlje i tri druge zemlje. Autori su objavili suštinske razlike među zemljama, ali takođe nisu bili u mogućnosti da pruže bilo koji vidljiv razlog tih razlika [10].

Problem prinudne hospitalizacije osoba s mentalnim poremećajima jedan je od kontroverznih i kompleksnih etičkih i pravnih problema jer ga karakteriše konflikt suprotnih moralnih vrednosti i interesa [11]. Brojna pravila u psihijatrijskoj praksi trebalo bi da se pretvore u etičke psihijatrijske norme obavezujuće za psihijatre [12]. Poslednjih decenija u svetu raste interesovanje za zaštitu mentalno obolelih. Koliko god da je važno zaštititi duševno obolela lica od zloupotrebe i obezbediti da se duševna bolest ne koristi kao izgovor za neprimereno ograničavanje prava ljudi, isto tako je značajno zaštititi duševno obolele od nebrige [13]. Kontroverzan je dominantan stav da je prisilna hospitalizacija zloupotreba psihijatrije a zapravo je treba sačuvati, u interesu duševno obolelih a ne zajedice. Prisilnom hospitalizacijom se obezbeđuje zadovoljenje potreba za lečenjem naročito onih duševnih bolesnika koji zbog manifestnog psihotičnog stanja mogu da budu opasni po sebe.

CILJ RADA

Cilj rada je sagledavanje frekventnosti sprovođenja prisilne hospitalizacije i lečenja agitiranih psihotičnih bolesnika.

METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

Metod rada: istraživanje je obuhvatio 262 duševna bolesnika prinudno hospitalizovana u Specijalnoj bolnici za

psihijatrijske bolesti „Dr Laza Lazarević“ u Beogradu u toku 2010. i 327 bolesnika hospitalizovanih tokom 2011. godine. Obradeni su demografski podaci i dijagnostičke kategorije prisilno primljenih na lečenje, i to poređeno unutar navedene dve godine, retrogradnom analizom.

Glavni etički principi predviđeni tekstom Helsinške deklaracije, objavljene 1975. godine i izmenjene 1983. godine, koji se tiču kliničkih i bioloških eksperimenata u potpunosti su poštovani, i to naročito oni koji se odnose na klinička istraživanja na ljudima.

REZULTATI

U specijalnoj bolnici za psihijatrijske bolesti „Dr Laza Lazarević“ u Beogradu u 2010. ukupno je hospitalizovano 3 148 bolesnika zbog raznih mentalnih poremećaja, a u 2011. hospitalizovana su 3 063 bolesnika. Od ukupnog broja hospitalizovanih u 2010. prisilnih hospitalizacija je bilo 262 (8,3%), a u 2011. nešto više – 327 (10,7%). Prvi put je 2010. godine hospitalizovano 852, što je u odnosu na ukupan broj hospitalizovanih bolesnika u posmatranoj godini 27,1%. Godine 2011. prvi put je hospitalizovano neznatno više nego prethodne godine – 877, što je u odnosu na ukupan broj hospitalizovanih bolesnika u posmatranoj godini takođe nešto više – 28,6%. U 2010. prvi put je prisilno hospitalizovano 149 osoba, što je u odnosu na ukupan broj prisilnih hospitalizacija 56,9%, a u odnosu na prve hospitalizacije 17,5%. U 2011. godini bilo je nešto više prvi put prisilno hospitalizovanih nego prethodne godine – 180, što je u odnosu na ukupan broj prisil-

nih hospitalizacija 55,0%, a u odnosu na prve hospitalizacije 20,5%, što je nešto više nego prethodne godine za posmatrane iste parametre. Broj prisilnih hospitalizacija, posmatrano prema dijagnozama (MKB-10), bio je: F 20, F 23 i F 29 u 2010. áčĕi – 55 (što je 21,0% u odnosu na ukupne prisilne hospitalizacije), a u 2011. više – 85 (što je 26,0% u odnosu na ukupne prisilne hospitalizacije).

Posmatrano prema polu, od ukupnog broja (262) prisilnih hospitalizacija u 2010. osoba muškog pola bilo je 160 (61,1%), a ženskog – 102 (38,9%). Posmatrano prema polu, od ukupnog broja (327) prisilnih hospitalizacija u 2011. osoba muškog pola bilo je 186 (56,9%), a ženskog – 141

(43,1%). Distribucija prisilno hospitalizovanih bolesnika prema polu predstavljena je u tabeli 2.

U tabeli 3 predstavljena je distribucija prisilnih hospitalizacija prema dobnim grupama, gde se uočava da se s povećanjem godina starosti smanjuje polna razlika.

U statističkoj obradi rezultata korišćeni su apsolutni brojevi i prosta distribucija.

DISKUSIJA

Međunarodne studije prisilne hospitalizacije su pokazale da prisilna hospitalizacija se kreće od 3% u Portugaliji do 30%. Varirajući odnosi dovode do špekulacija o uticaju specifičnih fak-

Tabela 1. Distribucija prisilnih hospitalizacija u 2010. i 2011.

Table 1. Distribution of compulsory hospitalization 2010 and 2011

Godina Year	Ukupan broj hospitalizacija Total number of hospitalizations	Prisilne hospitalizacije Compulsory hospitalization	Prve hospitalizacije First hospitalization		Prve prisilne hospitalizacije First compulsory hospitalizations		MKB-10 ICD - 10 F 20, F 23 F 29		
			n	%	N	%	n	%	
2010.	3148	262	8.3	852	27.1	149	56.9	55	21.0
2011.	3063	327	10.7	877	28.6	180	55.0	85	26.0

MKB – Međunarodna klasifikacija bolesti

ICD - International Classification of Diseases

Tabela 2. Distribucija prisilnih hospitalizacija u 2010. i 2011. prema polu

Table 2. Distribution of compulsory hospitalization during 2010 and 2011 by gender

Godina Year	Ukupan broj hospitalizacija prisilnih hosp. The total number of hospitalizations of compulsory hospitalization	Muško male		Žensko female	
		N	%	n	%
2010.	262	160	61.1	102	38.9
2011.	327	186	56.9	141	43.1

tora nacionalnih uslova mentalnog zdravlja i zakonodavna moć mentalnog zdravlja.

Naše ispitivanje pokazuje da se u okviru urgentnog zbrinjavanja prisilno hospitalizuje oko 10% od ukupnog broja hospitalizovanih bolesnika. Naši rezultati odstupaju od većine drugih istraživača u evropskoj tradiciji bolničkog lečenja duševnog bolesnika [14]. Ovako visok procenat prisilno hospitalizovanih psihijatrijskih bolesnika na lečenju je posledica više faktora. Subkulturni stav prema duševnom bolesniku i psihijatriji, vremensko kašnjenje u tražanju psihijatrijske pomoći posebno institucionalne kao i nedovoljna i delom neadekvatna aktuelna zakonska rešenja su najčešći faktori. Zaštita i unapređenje duševnog zdravlja je prioritet i psihijatrije i društva u celini. Nedostatak uvida u bolest zbog psihotičnih poremećaja je jedan od razloga bolesnikovog odbijanja davanja pristanka za bolničko lečenje. Prihvatanje prisilne hospitalizacije zavisi i od formiranja odnosa sagovornik slušalac i motivisanosti da se dođe do zajedničkog stava.

Suština odnosa zdravstveni radnik - bolesnik je zajednički cilj i zdravstvenog radnika i bolesnika a sastoji se u želji što bržeg i trajnog izlečenja [15].

Odluka o prisilnoj hospitalizaciji se donosi na osnovu kliničke procene opasnosti koju duševno obolela osoba ispoljava prema sebi i drugima te je zato važno poznavati sociodemografske i kliničke karakteristike prisilno hospitalizovanih psihijatrijskih bolesnika [16].

Na osnovu dobijenih rezultata a u okviru postavljenog cilja istaknute su sociodemografske karakteristike prisilno hospitalizovanih psihijatrijskih bolesnika: pretežno muškog pola a najveći broj je u starosnoj dobi od 20 do 40 godina. Češća prisilna hospitalizacija muškaraca nego žena tumači se pozitivnijim emocionalnim odnosom sredine prema mentalno obolelim ženama, pa ih porodice radije zadržavaju u svojoj sredini na lečenju nego da ih prisilno hospitalizuju. Najveći broj duševno obolelih je u starosnoj dobi od 20 do 40 godina. U tom periodu ličnost je formirana, fizički su najsnažniji a zbog

Tabela 3. Distribucija prisilnih hospitalizacija u 2010. i 2011. prema dobnim grupama								
Table 3 Distribution of compulsory hospitalization during 2010 and 2011 by age groups								
Godina Year	Pol sex	Broj prisilnih hospitaliz. Total number of hospitalizations	20 – 40 god year		41 – 60 god. year		61 – 80 god. year	
			n	%	n	%	n	%
2010.	Muško male	160	94	58,7	53	33,2	13	8,1
	Žensko female	102	45	44,2	49	48,0	8	7,8
2011.	Muško male	186	105	56,4	63	33,9	18	9,7
	Žensko female	141	55	39,0	72	51,1	14	9,9

prirode bolesti nemaju uvid u zdravstveno stanje i postaju agresivni, agitirani tako da mogu da ugroze i sebe i okolinu [17]. Kliničke karakteristike najčešće dijagnostičkih kategorija utiču na njihovu nekritičnost i ne privatanje bolničkog lečenja [18]. Prisilna hospitalizacija podrazumeva i donošenje određenih pravno zakonskih odluka, u vezi koje postoje brojne etičke i pravne dileme [19].

Prisilna hospitalizacija najčešće se sprovodi u situaciji kada bolesnik biva doveden u bolnicu uz pomoć policije i s lisicama na rukama. Prisilna hospitalizacija po Zakonu o vanparničom odnosu mora biti potvrđena odnosno ukinuta posle tri dana boravka u bolnici i to uz prisustvo suda i pred komisijom koju čine dva lekara koji nisu učestvovali ni u hospitalizaciji ni u lečenju [20].

Posle deklaracije o ljudskim pravima koja je doneta 1948. godine svetsko udruženje psihijatarata usvojilo je 1977. godine Havajsku deklaraciju koja je kondezovani etički kodeks u oblasti psihijatrijskog rada na zaštiti mentalnog zdravlja, jer sadrži sve fundamentalne etičke principe vezane za njih. Havajska deklaracija reguliše i institut pribudnog lečenja u psihijatriji ali ni ona ne rešava problematiku prinudne hospitalizacije duševno poremećenog i prinudnog njegovog lečenja [12]. Deinstitutionalizacija psihijatrije kao poželjna i prihvatljiva reorganizacija zaštite mentalnog zdravlja smatramo

da će u našoj zemlji biti sporija baš iz ovim istraživanjem utvrđenim rezultatima.

ZAKLJUČAK

Zaštita i unapređenje duševnog zdravlja prioritet su i psihijatrije i društva u celini. Nedostatak uvida u bolest zbog psihotičnih poremećaja je najčešći razlog bolesnikovog odbijanja da pristane na bolničko lečenje.

Prisilna hospitalizacija obolelih od teških duševnih oboljenja protiv njihove volje i dalje je sporan i nedovoljno jasan etički i pravni problem jer ga odlikuje konflikt suprotnih moralnih interesa, kao i postojanje anahronih i nejasnih zakonskih rešenja. Da bi se otklonile moralne i pravne dileme prisilne hospitalizacije, neophodno je doneti zakon o zaštiti lica s duševnim oboljenjima koji bi bio jasan, nedvosmislen i precizno definisao pokretanje postupka i indikacije za prisilni prijem i prisilno lečenje. Prisilna hospitalizacija duševno obolelih zadire u osnovna ljudska prava i slobode. Važeći zakonski propisi (Zakon o vanparničnom postupku, kao i Zakon o zdravstvenoj zaštiti) ne regulišu ni način dovođenja bolesnika u bolnicu. Tako bi se sprečile moguće zloupotrebe i omogućilo ostvarivanje legitimnih prava i interesa osoba prisilno hospitalizovanih u psihijatrijsku ustanovu. Postojeća zakonska regulativa je i nehumana jer zahteva sudsku registraciju prisilno hospitalizovanih psihijatrijskih bolesnika.

FREQUENCY OF INVOLUNTARY HOSPITALIZATION IN THE URGENT PSYCHIATRIC TREATMENT

Gordana Paunović Milosavljević¹
Milutin Nenadović^{1,2}
Nikolaos Klidonas¹

- 1 Special Hospital for Mental Disorders „Dr. Laza Lazarević“
- 2 Faculty of Medicine, University of Pristina seated in Kosovska Mitrovica, Serbia

Summary

Introduction: The development of contemporary psychiatry follows the development of scientific medicine, as well as changes in the community, and it depends on them. *Traditional European Hospital (institutionalized) psychiatry is particularly confronted with a need for legal and ethical regulation of involuntary hospitalization.*

Objective: To observe the frequency of involuntary hospitalization enforcement and treatment of agitated psychotic patients.

Method: The research involved 262 mentally ill patients who were *involuntarily* hospitalized in the *Dr. Laza Lazarević* Special Hospital for Mental Disorders in Belgrade in 2010 and 327 patients hospitalized in 2011. The demographic data and diagnostic categories of the involuntarily hospitalized patients admitted for treatment were processed within the mentioned two year period.

Results: During 2010, 3148 mentally ill patients of both genders in total were hospitalized, while 3063 mentally ill patients were hospitalized during 2011. There were 262 (8.3%) involuntary hospitalizations out of the total number of hospitalized patients in 2010, and *slightly* more in 2011 – 327 (10.7%). There were 852 first hospitalizations in 2010, *making up* 27.1% of the total number of hospitalized patients in the observed year. First hospitalizations in 2011 were slightly more numerous in comparison to the previous year – 877, making 28.6%, which, *compared* to the total number of hospitalized patients in the observed year, also shows a slight increase. Absolute numbers and simple distribution of data were used in statistical interpretation of the results.

Conclusion: Our *research* indicates that around 10% of total number of hospitalized patients are hospitalized within urgent care. Our results differ from *those by* most other researchers in *the* European tradition of hospital treatment of mentally ill patients. This high percentage of involuntarily hospitalized psychiatric patients *in* treatment is a consequence of various factors. Sub-cultural attitude toward a mentally ill patient and psychiatry, time delay in seeking psychiatric help, in particular *an* institutionalized one, as well as insufficient and partly inadequate actual legal solutions are the most common factors.

Key words: involuntary hospitalization, frequency, urgent psychiatric treatment

Literatura:

1. Nenadović M, Propedeutika psihijatrije, psihijatrijske dijagnoze i terapija, Medicinski fakultet, Univerzitet u Prištini, Beograd 2004.
2. Paunović Milosavljević G. Mediko-legalni problemi prinudne hospitalizacije shizofrenih bolesnika [doktorska teza]. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu; 1994.
3. Milovanović S, Simić S, Crnobaric C, Kratak pregled razvoja psihijatrije kroz XVIII – XX vek, Engrami, vol. 28, br. 1-2, 2006, 37-42.
4. Nenadović M, Razvoj bolničkog lečenja osoba s mentalnim poremećajima, Srpski arhiv, Celok. Lek. 2011, 139 Suppl 1: 6 – 9.
5. Jovičić S, Nenadović M, Dragišić-Labaš S, Đokić K, Nešić S, Prisilna hospitalizacija suicidalnih pacijenata „...nikada se nisam osećao živ i ovako mlad“, Engrami, vol. 33, 2011 br. 4, Suppl 1: 125.
6. Fiorillo A, De Rosa C, Del Vecchio V, Jurjanz J, Schnall K, Onchev G, et al., How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: suggestions from Eunomia study, Eur Psychiatry 2011, 26:201-7.
7. Mihajlović G, Đukić-Dejanović S, Jovanović-Mihajlović N, Đoković D, Petrović D, Hospitalni tretman osoba sa mentalnim poremećajima – aktuelna pravna regulativa u Republici Srbiji, Engrami, vol. 33, 2011, br. 4, Suppl 1: 122.
8. Salize HJ, Dressing H, Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union, Br J Psychiatry, 2004; 184:163-8.
9. Bak J, Aggernócs H, Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries, Nord J Psychiatry 2011 [Epub ahead of print], A comprehensive analysis of the complex field of involuntary treatment.
10. Jacobsen BT, Involuntary treatment in Europe: different countries, different practices, Curr Opin Psychiatry, 2012, 25:307-210.
11. Petrušić N, Postupak za prinudnu hospitalizaciju osoba sa mentalnim poremećajem u svetlu standarda zaštite ljudskih prava, Mentalni poremećaji i viktimizacija, TEMIDA, 2007, Vol 10, br. 3, 25-37.
12. Nenadović M, Medicinska etika. Medicinski fakultet, Univerzitet u Prištini, Beograd 2007.
13. Paunović Milosavljević G, Građansko pravni aspect shizofrenije, Beograd, Želign, 1996.
14. Kallert WT, Involuntariz Psychiatric Hospitalization, Current Status and Future Prospects Srp Arh Celok Lek, 2011, Suppl 1 :14-20.
15. Nenadović M, Veština komuniciranja, za studente Fakulteta zdravstvene nege, Beograd, Bigraf, 2010.
16. Nešić S, Jovičić S, Nenadović M, Nešić V, Klidonas N, Đokić K, Prisilna hospitalizacija psihijatrijskih bolesnika, Engrami, vol. 33, 2011, br. 4, Suppl 1:137.
17. Paunović G, Socijalno psihijatrijski i pravno medicinski aspekti prijema, čuvanja i lečenja duševnih bolesnika, Magistarski rad, Beograd, 1991.
18. Jovičić S, Nenadović M, Đokić K, Nešić S, Simić, Urgentni psihijatrijski prijem, Engrami, vol. 33, oktobar-decembar 2011, br. 4, Suppl 1.
19. Jovičić S, Prisilna hospitalizacija etičke i pravne dileme, Engrami, 202, XXIV(2),49-55.
20. Nenadović M, Katanić M, Točilovac –Nina M, Kostić V, Peruničić M, Simonović P, et al, Najčešće dijagnoze kod kojih je potrebno fizičko sputavanje bolesnika s psihijatrijskim poremećajima-humanost na proveru, Srp Arh Celok Lek 2011, 139 Suppl 1 :65-71.

Gordana Paunović-Milosavljević
Kliniza za psihijatrijske bolesti
„Dr Laza Lazarević“
Višegradska 26, 11000 Beograd
Tel.: + 381 11 36 36 465
E mail pr@lazalazarevic.rs

DA LI FILMSKI STEREOTIPI STIGMATIZUJU PSIHIJATRE?

Dubravka Brtvić¹
Olivera Vuković^{1,2}
Srđa Zlopaša¹
Mirjana Zebić¹
Aleksandar Damjanović^{1,2}

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

2 Univerzitet u Beogradu, Medicinski
Fakultet, Beograd, Srbija

Filmska umetnost koja je integralni deo kulture, zahvaljujući svom specifičnom jeziku slike, boje i zvuka, plastično i upečatljivo oslikava psihološka stanja individue [3]. Irving Šnajder (Irving Schneider) je svojevremeno izjavio da su "početkom XX veka filmski stvaraoci izmislili profesiju kojoj su dali ime psihijatrija". Vremenom, ova profesija postala je stožer mnogobrojnih scenarija, pa čak i žanrova. Interesantno je da su se u početku psihijatri, medju kojima i Krepelin, nadali da će pri-

Kratak sadržaj

Filmska umetnost je integralni deo kulture i njen uticaj na javnost mnogo je veći u odnosu na druge forme umetnosti, bez obzira na životno doba, pol, nacionalnost ili socio-kulturni milje. Zahvaljujući svom specifičnom jeziku slike, boje i zvuka, film plastično i upečatljivo oslikava psihološka stanja individue. Ujedno, filmovi neosporne umetničke vrednosti, poput „Psiha“, „Egzorciste“, „Leta iznad kukavičijeg гнезда“, zamagljuje granice između sistema mentalnog zdravlja, psihijatarata i bolesti. U radu se ukazuje na filmske stereotipe koji doprinose stigmatizaciji psihijatarata. Najčešće se opisuju Dr. Dippy, Dr. Evil and Dr. Wonderful. Savremeni film, ali i teoretičari filma, pokušavaju da prevladaju ova ograničenja, često uslovljena navedenim interpretacijama i mitovima o mentalno obolelim osobama. Psihijatrija i kinematografija su neraskidivo povezane i to ne samo kao vid obostrane kreativnosti, već i kao mogućnost da se međusobni uticaji pretope u didaktičke kategorije i profesionalne podsticaje, kako kod sineasta tako i kod psihijatarata.

Cljučne reči: film, psihijatrija, stigmatizacija

kazivanje osoba sa mentalnim poremećajem na filmu omogućiti da se bolje razume, a samim tim i prihvati njihova patologija, dok su filmski stvaraoci smatrali da će psihološke teme udovoljiti gotovo nezajajljive potrebe publike [7]. Medjutim, kinematografija je stvorila svoju nozologiju, teorijski okvir, način lečenja, praksu uopšte, tako da se, gotovo po pravilu, razlikovala od svog medicinskog imenjaka. Otud Šnajder [8] izjavljuje „da psihijatrija ne postoji, filmski stvaraoci bi

je već izmislili“. I na neki način to i jesu učinili. Zašto su pre svega Holivud, ali i kinematografija uopšte, toliko opčinjeni psihijatrijskom tematikom?

Psihoterapeuti i psihijatri oduvek su bili posebna inspiracija za sineaste. Sve je počelo nemim filmom iz 1906. „Sanatorijum Dr Dipija“ (Dr. Dippy's Sanitarium), da bi se potom lik psihijatra na filmu razvijao u skladu sa aktuelnim društvenim ambijentom. I bez detaljnije analize, očigleno je da se tokom više od jednog veka, u filmovima psihijatri ne prikazuju verodostojni, i da se stvara ili idealizovana ili negativna predstava o njima. Bruk Kanon (Brooke Cannon) [1] navodi ilustrativnu analogiju: „poput Diogenove potrage za poštenim čovekom, naći pozitivan i tačan opis psihijatra na filmu je težak zadatak.“ Negativno portretisanje dominiralo je naročito tokom antipsihijatrijskog pokreta, međutim, ipak je utešno da time što su filmofili i sineaste opčinjeni profesijom psihijatra, onim što oni rade - pozicijom i statusom psihijatrije i njenih poslenika – daju izvanredan kreativni medijum.

U prvom izdanju knjige „Psihijatrija i Film“ (Psychiatry and the Cinema) iz 1987., autora Glena Gabarda i Krin Gabard (Glen Gabbard, Krin Gabbard), napravljena je lista od 250 američkih filmova u kojima se prikazuju psihijatri. U drugom izdanju iz 1999., listom je obuhvaćeno skoro 450 filmova koji se bave temom psihijatrije. Prema Gabard i Gabard u američkom filmu postoje tri perioda u kojima su se psihijatrija i psihijatri prikazivali na različite načine [4].

U prvom periodu, od 1906. do 1956. psihijatri su predstavljani kao „lekari za duševne bolesti“, „nadrilekari“ ili kao „proroci“. Tokom drugog perioda, od 1957 do 1963., koji je u istoriji kinematografije poznat i kao „Zlatno doba“, psihijatri su prikazivani na gotovo mitski na-

čin. Snimljeno je nešto više od 20 filmova u kojima se psihijatri prikazuju idealizovano. Pomenućemo neke od njih: „Psiho“ (Psycho) (1960), „Sjaj u travi“ (Splendor in the Grass) (1961), „Frojd“ (Freud) (1962) i sl. I konačno, treći period, od 1964 do 1998, predstavlja svojevrstni „pad psihijatrije u nemilost“, tako da ponovo dominiraju negativni prikazi psihijatarata. Autori knjige zaključuju da od sredine 60-ih do kraja 20-og veka samo tri filma prikazuju terapeute sa naklonošću: „Nikad ti nisam obećao ružičnjak“ (I Never Promised You a Rose Garden) (1977), „Obični ljudi“ (Ordinary People) (1980) i „Dobri Vil Hanting“ (Good Will Hunting) (1997) [11].

Ilustrativan i zanimljiv je kontrast dve verzije čuvenog filma „Psiho“, prve iz 1960. u odnosu na drugu verziju iz 1998. U prvoj, Hičkokovoj verziji, detektiv u filmu smatra da jedino psihijatar može da razume ponašanje Normana Bejtsa. Psihijatar (Simon Okland) tumači psihopatologiju Normana Bejtsa pre svega njegovim simbiotskim sado-mazohističkim odnosom sa majkom. On potvrđuje svoj autoritet time što dešifruje zločine i otkriva lokaciju nestalog novca. U drugoj verziji filma iz 1998., koji je doslovna kopija prve verzije (u koloru i sa drugim glumcima), režiser Gas Van Sent, međutim, prikazuje psihijatra (Robert Forster) koji je neuverljiv, čiji monolog je skraćen i nesiguran, a kredibilitet verziranog stručnjaka i poznavaoca duše je suštinski narušen [2].

Poznato je da se u kliničkoj praksi često pravi arteficijalna podela na biološki i analitički, odnosno psihoterapijski orijentisane psihijatre. U skladu sa tim i u filmu se pojavljuju tri tipa psihijatarata, koji se razlikuju u teoriji, metodi i načinu na koji leče i ophode se prema pacijentima. To su prema Šnajderu: Dr. Dippy (Luckasti

doktor), Dr. Wonderful (Čudesni doktor) i Dr. Evil (Zli doktor) [7]. Dr. Dippy je ekscentričan, luđi od svog pacijenta, njegov način lečenja je bizaran, ali on svojim metodama ne škodi pacijentima. Dr. Wonderful je idealizovan lik psihijatra. On je praktično najmladji, odnosno pojavio se na velikom platnu tek 40-ih godina XX veka. Živopisno je prikazan u filmu „Lud od ljubavi“ (Lovesick) (1983), u kojem psihoanalitičar svesrdno pomaže svojim pacijentima. I na kraju, Dr. Evil, tzv. „Dr. Frankenštajn uma“, koji zloupotrebljava svoju profesiju. Postoji nekoliko varijeteta ovog stereotipa, ali je svima zajedničko da u njihovim rukama specifični oblici lečenja (npr. lobotomija, EKT, lekovi) postaju sredstvo za kontrolu, manipulaciju, moć, osvetu, odmazdu ili finansijsku dobit.

Navedena tipologija dovodi se u vezu sa tri arhetipa koje je Ronald Pis [9] označio kao: Vampir, Kralj Ribara i Zadik. U kinematografiji, arhetipski portret „psihijatra vampira“ najbolje je oslikan u liku Dr. Hanibala Lectora u filmu „Kad jaganjci utihnu“ (The Silence of the Lambs). Lector je istovremeno brilijantan psihijatar i masovni ubica, kanibal. Uprkos prividnoj spoljašnjoj smirenosti i hladnokrvnosti, on je „na nesvesnom nivou zver, brutalna, okrutna divlja životinja, sa instinktom predatora“ [10]. Ovaj arhetip, nažalost, potkrepljuju retki primeri seksualnog zlostavljanja (zloupotrebe) pacijenata od strane psihoterapeuta. Arhetip Kralj Ribara, „ranjenog iscelitelja“, vezuje se za ideju da je osobi koja je doživela patnju lakše da pomogne drugima, što je u osnovi emocionalnog aspekta empatije psihijatra. Primer mita o Kralju Ribara nalazimo u prefinjenom portretu psihologa Šon Mek Gvajera (kojeg glumi Robin Vilijams u filmu „Dobri Vil Hunting“). Arhetip Kralj Ribara oličan je još u

srednjevekovnom mitu o vitezu Parsifalu. Ovaj mit, inspirisao je mnogobrojne filmske verzije prikaza psihijatar. I na kraju arhetip Zadika, „svetog čoveka“ u Jevrejskoj tradiciji, koji posreduje između neba i zemlje, između Boga i čoveka. Arhetip Zadika leži u osnovi „Doctor Wonderfula“. On je među najpoštovanijim duhovnim vodjama. Kako bi odvratio ljude od zla, Zadik mora da ih shvati na dubljem personalnom nivou, što povremeno podrazumeva lični dodir sa zlom; on sebi čak dopušta i da bude grešan. Ovo je opasnost koja se skriva u arhetipu Zadika, jer uvek postoji rizik da se *dobri doktor* isviše približi „đavoljem plamenu“ i da „sagori“. To je, takođe potencijalna putanja korumpiranih psihijatar na filmu, čije je putovanje, međutim, daleko kraće nego „ranjenih iscelitelja“ [3]. Međutim, motivi negativnog oslikavanja psihijatar ponekad su daleko prozaičniji, što recimo ilustruje film Vudi Alena, „Deconstructing Harry“ iz 1997.

U ovom filmu, Kirsti Eli tumači „neurotičnog“ psihijatra. Ona je impulsivna i nestabilna, nalik svojim pacijentima. Korene averzije glumice Kirsti Eli prema psihijatriji možda možemo naći u jednoj od njenih izjava tokom snimanja filma: „Ja ne volim psihijatre. Ne verujem u njihov rad.... Namerno sam u filmu tokom sesije sa pacijentom uzimala Prozak kako bih pokazala da je psihijatar „otkačen“ koliko i njegov pacijent. Vudi je smatrao da je to dobra ideja...“. Značajno je pomenuti da je Kirsti Eli pripadnik Sajentološke crkve i međunarodni portparol za Narcotton, crkveni program lečenja zavisnosti od alkohola i droge. Sa druge strane, Vudi Alen izrastao je u nacionalnu ikonu u velikoj meri i zahvaljujući kritici sistema očuvanja mentalnog zdravlja. Danas je često u upotrebi termin „Sindrom Vudi Alena“ kojim se ukazuje na besmislenost,

besciljnost i beskorisnost terapije i posebno cene tretmana koje, po takvim shvatanjima, vode u bankrot celokupni sistem zdravstvene zaštite [6].

Gabard i Gabard [5] ukazuju na suprotan pristup u filmu „Dobro da bolje ne može biti“ (*As Good as it Gets*) (1997). Iako psihijatar opisan u ovom filmu ima jasan profesionalni odnos prema pacijentu, on je izveštačen i rigidan. Međutim, ovo je prvi film u istoriji kinematografije, u kom se pokazuje da lekovi pomažu u tretmanu mentalnih poremećaja. Interesantno je da na velikom platnu i psihijatrijsko lečenje podleže određenim pravilima. Često se prikazuje kako su psihofarmaci u funkciji kontrole (uma) i hemijske fiksacije. Psihofarmakološka revolucija je u kinematografiji zanemarena, gotovo negirana. Budući da filmska umetnost ima veliki značaj na polju kulturnog uticaja kao i opšteg obrazovanja, ovakav stav podriiva kredibilitet psihijatrije i njenih metoda lečenja. Kao što je već rečeno, tek sa pomenutom hit komedijom iz 1997. „Dobro da bolje ne može biti“ u filmu se promovise značaj lekova u terapiji mentalnog poremećaja. U ovom filmu, Melvin (Džek Nikolson), boluje od Opsesivno-kompulsivnog poremećaja (i nozofobije!), ali tek kada se zaljubi odlučuje da počne sa redovnim uzimanjem lekova koje mu je prepisao psihijatar. Film je ipak ostavio otvoreno pitanje koji terapijski agens, ljubav ili psihofarmak, je doveo do njegovog očigledog poboljšanja. Najverovatnije oba! [3].

Na filmskom platnu daleko je zastupljenije prikazivanje psihoterapije koja obično podrazumeva katarktičku abreakciju potisnutih traumatskih sećanja. U filmu „Tri Evina lika“ (*The Three Faces of Eve*) (1957) glavna junakinja se pod uticajem hipnoze priseća traumatskog

dogadaja iz detinjstva, koji je (prema scenariju) izazvao njen mentalni poremećaj. Na gotovo volšeban način Multipli poremećaj ličnosti je izlečen, a ona nastavlja da bez psiholoških problema do kraja života. Poznato nam je, iz svakodnevnih prakse, da su ovakve situacije retkost. Ovaj metod ima funkciju da sažima filmsko vreme i prostor i omogućava čudesno izlečenje kroz samo jednu terapijsku seansu. To je univerzalna panacea većine filmskih autora, koji su naklonjeni jednostavnim romantičnim i šablonskim rešenjima. Iako saosećamo sa pacijentima mi takodje usvajamo predstave koje projektujemo van oblasti filma [5]. I ne zaboravimo stari Holivudski aksiom da ništa nije tako efektno kao negativan publicitet.

U realnom svetu, izvan filmskih studija, posao psihijatra je naporan i situacija u ordinacijama je mnogo manje dramatična nego na filmu. Filmski stvaraoci su daleko više usresređeni na nesvakidašnje, bizarne, melodramatične, a samim tim i manje autentične likove. Osim toga, široki auditorijum ima ambivalentna osećanja prema psihijatrima. Ova ambivalencija nije iznenađujuća jer proizlazi iz odnosa prema nekome ko ima moć da pomogne, da se npr. izađe iz ponora duboke depresije, ali istovremeno i moć da nekoga uputi (zatvori!) u mentalnu instituciju. Ambivalentna osećanja prema psihijatrima slična su osećanjima prema svešteniku ili proroku - istovremeno postoji i duboko poštovanje i nipodaštavanje, postoji potreba za njihovom požrtvovanošću i pomoći, a ujedno i strah od maligne, mentalne kontrole [9]. Upravo otud se u većim umetničkim manipulacijama pojavljuju specifični stereotipi celuloidnih psihijatara koji se baziraju na modfikaicjama opisanih arhetipova.

DO THE FILM STEREOTYPES STIGMATIZE PSYCHIATRISTS?

Dubravka Brtvić¹
Olivera Vuković^{1,2}
Srđa Zlopaša¹
Mirjana Zebić¹
Aleksandar Damjanović^{1,2}

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

Summary

Film art is an integral part of culture and its influence to public sphere is much higher in comparison to other forms of art, disregarding age, gender, nationality or social *and* cultural milieu. It is owing to this specific language of picture, colour and sound that film so lively and effectively reflects *the* psychological statuses of an individual. At the same time, films of uncontested artistic value, such as „Psycho“, „The Exorcist“, „*One Flew over the Cuckoo's Nest*“, blur the borders *between* the system of mental health, a psychiatrist and a patient. This paper points to the film stereotypes that support stigmatization of *a* psychiatrist. *Those characteristically depicted* are Dr. Dippy, Dr. Evil and Dr. Wonderful. The contemporary film, as well as film theorists, are trying to overcome these limitations which are frequently stipulated by the above mentioned interpretations and myths on mentally ill persons. Psychiatry and cinematography are inextricably connected, not only as a form of mutual creativity, but also as a possibility of turning mutual influences into didactic categories and professional incentives in both cineastes and psychiatrists.

Key words: film, psychiatry, stigmatization

Literatura:

1. Damjanović A, Vuković O, Jovanović A, Jašović-Gašić M. Psychiatry and movies. *Psychiatr Danub*. 2009; 21(2):230-5.
2. Schneider I. The theory and practice of movie psychiatry. *Am J Psychiatry*. 1987; 144:996–1002.
3. Schneider I. Foreword. In: Gabbard GO, Gabbard K. *Psychiatry and the cinema*. 2nd ed. Washington: American Psychiatric; 1999. p. XV–XVI.
4. Brooke JC. In Search of a Good Psychologist in a Good Movie: Persisting Stereotypes. *The Pennsylvania Psychologist Quarterly*; 2008.
5. Gabbard GO, Gabbard K. *Psychiatry and the cinema*. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press; 1999.
6. Gabbard G. The Cinematic Psychiatrist. *Psychiatric Times* 1999; 16:7.
7. Vuković O, Cvetić T, Zebić M, Pavlović Z, Damjanović A, Jašović-Gašić M. Mediji i mentalni poremećaji. *Engrami* 2007; 29:41-5.
8. Damjanović A. Rastuća senka tame: vivisekcija psiholoških motiva horor- žanra u filmu i literaturi. Beograd, Deko art, 2006.
9. Pies R. Psychiatry in the Media: The Vampire, the Fisher King, and the Zaddik. *J Mundane Behav* 2001;2(1).
10. Roger E. The Silence of the Lambs (review). *Chicago Sun-Times*, Feb. 14, 1991.
11. Grinfeld MJ. Psychiatry and Mental Illness: Are They Mass Media Targets? *Psychiatric Times* March 1998; 15:3.

Dubravka Britvić
Institut za psihijatriju KCS
Pasterova 2, 11000 Beograd, Srbija
tel/fax +381113662094
e-mail d.britvic@gmail.com

ISTORIJAT I RAZVOJ PSIHIJATRIJSKE BOLNICE „LOPAČA”

Radmir Rakun
Dragan Lovrović

Psihijatrijska bolnica „Lopača”,
Dražice, Hrvatska

Kratak sadržaj

Istorija lečenja i smeštaja psihijatrijskih bolesnika u oblasti Primorsko Goranske Županije seže još iz daleke 1823 g. i 1857. godine kada je osnovano prvo psihijatrijsko odeljenje. Prema zakonu iz 1876. godine primal su se bolesnici samo onda, ako je njihova duševna bolest bila utvrđena sa kompetentne strane. Godine 1955. je država osnovala referentnu ustanovu Psihijatrijsko odeljenje pri Kliničko bolničkom centru Rijeka. Iste godine je ustanovljena Psihijatrijska bolnica Rab, na temeljima logora u Kamporu, na istom ostrvu. Psihijatrijska bolnica Lopača, danas specijalna bolnica namenjena je tretmanu i rehabilitaciji obolelih od hroničnih mentalnih bolesti i poremećaja, odraslih, dece i adolescenata. Kontinuitet rada bolnice se održava od 1966. godine. 2000. godine dobijena saglasnost za obavljanje delatnosti Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi, i to kao Specijalna bolnica za lečenje i rehabilitaciju hroničnih duševnih bolesnika. Uskoro bolnica slavi svoju petnaestogodišnjicu postojanja, što je vrlo verovatno i jubilej najmlađe institucije ovog tipa u Hrvatskoj. Na terenu dobrih međuljudskih odnosa, pozitivnih stremljenja i stručnog napretka, bolnica se suočava sa hroničnim manjkom sredstva, kao i, uostalom, većina psihijatrijskih ustanova, koje su, eto uvek, na začelju kada se određuju ili dodeljuju sredstva. stoga ne možemo, a da ne istaknemo ponos da radimo sa ljudima koji ulažu velike lične napore da skupa prevaziđemo teškoće, a sve u želji da damo ono najbolje našim bolesnicima što im treba: mir, sigurnost, razumevanje, prihvatanje i najbolje moguće dostupno lečenje.

Ključne reči: psihijatrija, bolnica, Lopača, istorija



Istorija lečenja i smeštaja psihijatrijskih bolesnika u oblasti Primorsko Goranske Županije seže još iz daleke 1823 g. kada je i ustanovljen prvo odvojeno psihijatrijsko odeljenje, o čemu postoje samo vrlo retki zapisi, ali je poznato da se bavljenjem bolesnicima sistematski radilo u posebnim odeljenjima, a postoji i podatak da je u riječkoj bolnici, koja je nastala iz srednjevekovne bolnice sv. Duha (koja je 1837. godine smeštena u novu zgradu), osnovano 1857. godine psihijatrijsko odeljenje [1,2]. Prema zakonu iz 1876. godine primali su se bolesnici samo onda, ako je njihova duševna bolest bila utvrđena sa kompetentne strane, na tom odeljenju češće su se primali i pacijenti iz Hrvatske i Slavonije, pa čak i iz Bosne i Hercegovine [1,3]. Ipak, problem smeštaja duševnih bole-

snika ostaje sve do 1955 g. kada je osnovana Klinika za psihijatriju KBC Rijeka, kao glavna ustanova za lečenje duševnih bolesnika, zatim u istoj godini i Psihijatrijska bolnica Rab, na temeljima logora u Kaboru [4]. Sama Psihijatrijska bolnica Lopača, danas specijalna bolnica namenjena za lečenje hroničnih duševnih bolesti i poremećaja, te rehabilitaciju obolelih, kako odraslih tako i dece i adolescenata, je u početku bila ustanova u kojoj se, do kraja 1950.god, obavljalo lečenje bolesnika obolelih od tuberkuloze. Lečilište je samostalno funkcionisalo uz kompletnu dijagnostiku i terapiju (Rtg, fluoroskop, laboratorija, provođenje pneumotoraksa- a). Razlog tome bili su izvanredni klimatski uslovi sa vrlo dobrim mešanjem kontinentalne i mediteranske klime, izuzetno blago-

tvorni za takvu skupinu bolesnika. Ovo lečilište se, zatim, seli u novoi-zgrađenu Pulmološku kliniku u Ičićima, dok sama Lopača počinje da se prenamenuje u sadašnju delatnost [5].

Psihijatrijska delatnost u bolnici se provodi kontinuirano od 1966. godine, kada se u ondašnji Zavod, osnovan 17.11.1966. god., počinju da primaju prvi psihički bolesnici iz područja cele Hrvatske. Tadašnji cilj bio je da se hronični duševni bolesnici iz ovog kraja, kod kojih nije moguće sprovesti rehabilitaciju, smeste što bliže svojim porodicama. Sam naziv ustanove bio je Zavod za socijalnu i zdravstvenu zaštitu „Lopača“, dakle ustanova po svom konceptu je zamišljena da se bavi zdravstvenom, a i socijalnom komponentom svojih korisnika. Sam Zavod je ustanovljen odlukom Skupštine opštine Rijeka [5].

Kapacitet Zavoda bio je 170 ležajeva, a zbog velikog pritiska za smeštajem, ponekad je u njemu boravilo i do

300-tinjak bolesnika, čega je svedok bio i prvi autor ovih redova. Smeštaj je bio, kao i danas, u paviljonskom obliku, pretežno u sobama sa dva ili tri kreveta, mada je bilo odeljenja sa više-krevetnim sobama (7-8). Takav oblik smeštaja, sa malim brojem kreveta u sobama, zadržan je i do danas, sa razlogom da bi se eliminisalo postojanje velikih soba, osim jedne koja će se postojećim razvojem ukinuti. Treba naglasiti da je od osnivanja do danas u ustanovi lečeno oko sedam hiljada bolesnika, iako na prvi pogled ovaj broj ne deluje imponzantno, radio se o teškim, hroničnim i na terapiju rezistentnim bolesnicima, čija su lečenja i boravci bili višegodišnji. U istom periodu ukupan broj zaposlenih je oko 500.

Kako se u ustanovi oduvek radilo prema pravilima struke, isto je priznato i od strane države, te je od 22. decembra 2000. godine dobijena saglasnost za obavljanje delatnosti Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi, i to



kao Specijalna bolnica za lečenje i rehabilitaciju hroničnih duševnih bolesnika, te uskoro dobijamo i priliku da obeležimo petnaestogodišnjicu postojanja, najmlađe Psihijatrijske bolnice u RH [5].

Finansiranje ove ustanove je oduvek, na svoj način specifično. Do 1993.g tadašnji Zavod „Lopača“ finansiran je kao i svaka zdravstvena ustanova. Nakon 1993.g finansira se delom iz proračuna grada Rijeke, tako da grad preuzima finansiranje lečenja i boravka socijalno ugroženih građana, delom iz sredstava Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO), a tu spada lečenje dece i adolescenata, hronično duševno obolelih, delom iz Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi odnosno Uprave za socijalnu skrb,

preko kojih se tu nalaze korisnici na brizi izvan njihovih porodica (radi se o hroničnim duševnim bolesnicima koji ne bi mogli funkcionisati u nekoj od ustanova socijalne brige, jer im je potreban zdravstveni nadzor), dok je ostatak kreveta (većina, 60% kapaciteta) na slobodnom tržištu.

Razvoj orijentacije bolnice može da se prati i prema rukovodiocima - direktorima, tako je prvi direktor bio je Tomljanović Petar, socijalni radnik. Od 1972.god, dr sci Ivan Gašparović, neuropsihijatar, od 1987. godine, prim dr Ljubomir Milosavljević, neuropsihijatar, od 1990 godine, dr Mirjana Vulin, psihijatar, od 06.11.2008g dr Radmir Rakun, psihijatar, subspecijalista forenzičke psihijatrije [5].



S obzirom na potrebu za razvijanjem struke i rada sa bolesnicima, negde od juna 2008.god pokrenuta je reorganizacija službi bolnice. Tako su organizovane tri osnovne službe: Služba za socijalnu psihijatriju (u sklopu koje je Odeljenje za decu i adolescente te Dnevna bolnica), Služba opšte psihijatrije i Služba za organski uzrokovane duševne poremećaje (u sklopu koje je Odeljenje za pojačani nadzor i brigu) te prateće službe, kao što su Okupaciona terapija, Psihodijagnostika. Laboratoriju bolnice obavljamo kroz „outsourcing“ sa Domom Zdravlja Primorsko goranske Županije. Uz medicinsku delatnost tu je nemedicinska, u okviru koje je vešeraj, tehničku službu i prevoz, kuhinju, te administraciju. Odnos medicinske i nemedicinske službe u pogledu zaposlenih je 65: 35 %.

Da bi se zadovoljili neki od zacrtanih ciljeva, pokrenuta je inicijativa za zapošljavanje novih kadrova, određeni su novi standardi i sadržaji u bolnici. U pripremi je organizovanje višetip-skih dnevnih bolnica, hospicija i specijalističko konzilijarne ambulante izvan bolnice. Kontinuirano se sprovodi praćenje i pohađanje nastave od strane školskih obaveznika, bolesnika, u dogovoru sa Uredom za školstvo Primorsko Goranske županije, a u celokupnom radu dajemo naglasak na individualnom i sociodinamskom tretmanu .

Trenutno je u angažovano 5 specijalista psihijataru, 1 psiholog, 5 lekara opšte prakse, 9 viših medicinskih sestara i tehničara, te 43 medicinske sestre i tehničara. Tri lekara su na specijalizaciji iz psihijatrije. Osim toga, predviđene su još dve specijalizacije za

lekare, troje specijalista psihijataru su i subspecijalisti i to forenzičke, socijalne i biologijske psihijatrije. Gledano na nivou cele bolnice, stremljena su okvirima biološke, forenzičke i socijalne psihijatrije te palijativne brige, kao užih specijalnosti bolnice u daljem razvoju.

Potrebno je istaći da je tokom poslednjih godina pokrenuto je doškolo-vanje na Studiju sestrinstva, u koje je trenutno uključeno 7 sestara/tehničara.

U bolnici se takođe sprovodi program trajnog stručnog, naučnog i psihoterapijskog usavršavanja, a zaposleni aktivno učestvuju u edukacijama psihoterapijskog tipa i naučnog usavršavanja izvan bolnice.

Takvu budućnost bolnice zasniva-mo na činjenici da smo kontinuirano svedoci povećanja broja hroničnih bolesnika koji, bilo kao psihogerijatrijski, bilo onkološki ili terminalni bolesnici, ili pak deca i adolescenti sa sve prominentnijim problemima u ponašanju, vrše snažan pritisak na odeljenja KBC-a. Prisustvo bolnice koja pruža široke mogućnosti rada sa hroničnim bolesnicima takve populacije, sigurno bi doprinela smanjenju broja tih bolesnika u KBC-u, u prvom redu na njenim akutnim odeljenjima. Osim akutnih, u bolnici Lopača već postoje paviljoni koji prostorno zadovoljavaju uslove lečenja hroničnih bolesnika, a i od ranije, registrovani smo za obavljanje poslova i delatnosti psihijatrijske bolnice za lečenje i rehabilitaciju hroničnih duševnih bolesnika. Sadašnji, realni, kapacitet bolnice je 180 ležajeva. Za potrebe forenzičke obrade bole-

snika, veštačenja ili lečenje i čuvanje psihičkih bolesnika izvršitelja kaznenih dela može se da osigurati poseban prostor u postojećem paviljonu, sa delom koji je potpuno izolovan za najteže bolesnike.

Perspektiva je dnevni tretmana u vidu svrhu dnevne bolnice, komplementaran sa punim hospitalnim tretmanom.

Za lečenje dece i adolescenata već imamo u potpunosti osposobljeno odeljenje, odvojeno od ostale populacije, koji ima i svoje posebne izolacione prostore za najteže bolesnike. Deci je organizovana nastava i konsultacije sa matičnim školama kako bi bila što više u kontaktu sa socijalnim sredinama iz kojih potiču, te na taj način smanjili produbljivanje osnovnih smetnji.

Za sprovođenje navedenih lečenja bolnica je već opremljena materijalno i

kadrovski, planira se da se i dodatno kadrovski upotpuni, pa bi za potrebe lečenja hroničnih duševnih bolesnika, kao i dnevnu bolnicu za gerontološke bolesnike, te dece i adolescenata, bila potrebna samo manja sredstva i pregrupacija kadra. Na terenu dobrih međuljudskih odnosa, pozitivnih stremljenja i stručnog napretka, bolnica se suočava sa hroničnim manjkom sredstava, kao i, uostalom, većina psihijatrijskih ustanova, koje su, eto uvek, na začelju kada se određuju ili dodeljuju sredstva, stoga ne možemo, a da ne istaknemo ponos da radimo sa ljudima koji ulažu velike lične napore da skupa prevaziđemo teškoće, a sve u želji da damo ono najbolje našim bolesnicima što im treba: mir, sigurnost, razumevanje, prihvatanje i najbolje moguće dostupno lečenje.

HISTORY AND DEVELOPMENT OF THE PSYCHIATRIC HOSPITAL "LOPAČA"

Radmir Rakun
Dragan Lovrović

Psychiatric hospital „Lopača“, Rijeka,
Lopača, Croatia

Summary

Psychiatric treatment and accommodation of patients in Primorsko Goranska County in Croatia dates as far back as 1823 and the establishment of a separate Department of Psychiatry to 1857. Under the law of 1876, the patients were treated only if their mental illness had been established by a competent expert. In 1955, the state established the Department of Psychiatry at the Rijeka University Hospital, the reference institution for treatment of mental patients. The same year, the Rab Psychiatric Hospital was established on the foundations of the Kampor camp on the same island. The Lopača Psychiatric Hospital, now a special hospital, is intended for treatment of chronic mental illnesses and disorders, rehabilitation of such patients, adults as well as children and adolescents. Psychiatric hospital activity has been conducted continuously since 1966. In 2000, its operation was approved by the Ministry of Health and Social Welfare, in the form of a special hospital for treatment and rehabilitation of chronic mental patients. It will soon mark the fifteenth anniversary of existence and it is probably the youngest psychiatric hospital in Croatia. Nowadays, the hospital is facing a chronic shortage of funds, as, indeed, all (most) psychiatric institutions, which are always low on the agenda when it comes to allocation of funds. Still, we wish to reiterate that we are proud to be working with people who invest substantial personal effort to overcome the difficulties, all in order to provide our patients with the best possible response to their needs: peace, security, understanding, acceptance, and the best available treatment.

Key words: psychiatry, hospital, Lopača, history

Literatura:

1. Glezinger L. Osnutak prvih duševnih bolnica u Hrvatskoj. Zbornik radova Dvanestog naučnog sastanka 6-8 jun 1964 Beograd. Naučno društvo za istoriju Zdravstvene kulture Jugoslavije. str 310
2. Topografia storico-naturale, statistica e sanitaria della citta e dl circondario di Fiume, Vienna 1869 str 176; Cenni storici del civico ospedale di Fiume, Fiume 1872, str 7
3. Regolamento per gli ospedali, institute di cura, sanatoria ed asili per incurabili, Fiume 1902. str 26-9
4. Hotujac Lj. Povijest Hrvatske psihijatrije, *Psihijatrija*, Medicinska naklada, Zagreb, 2006.
5. Arhiva Psihijatrijske bolnice Lopača, 1966.g.- danas

Radmir Rakun
Tel: 051/652200, 099 2310550
Fax.: 051/230300
E mail: rrakun@gmail.com, rrakun@pbl.hr
www.pbl.hr

ISTORIJSKI RAZVOJ PSIHIJATRIJE

(Istorijski pristup duševnom obolelom čoveku nekada i danas)

Marko Munjiza

Službeni glasnik, Beograd, 2011, str. 512



Autor ove dragocene monografije potiče iz velike Beograda psihijatrijske škole, koju su instalirali i u rang svetske promovisali sledbenici Bečkog nobelovca Wagnera Jaurega i članovi srpske Akademije nauka profesori Vladimir F. Vujić i Jovan D. Ristić.

Prof. dr Marko Munjiza poznat je našim stručnim krugovima kao stručnjak za kliničku psihijatriju, pedagog i autor većeg broja značajnih knjiga iz psihijatrije, zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja. On se nekoliko decenija bavi društvenom i socijalnom uslovljenošću velikog broja mentalnih poremećaja i

istorijskim pristupom duševno obolelom čoveku. Prof. Munjiza je učitelj većeg broja generacija lekara i drugih stručnjaka iz psihijatrije. Autor je brojnih stručnih i naučnih radova koji su publikovani u vodeći časopisima kod nas i u svetu. Naravno da je poznat i kao klinički psihijatar koji je ceo svoj radni vek proveo u prestižnom Institutu za mentalno zdravlje u Beogradu i kao predavač na Medicinskom fakultetu u Bogradu.

Stručno – naučna knjiga „Istorijski razvoj psihijatrije (Istorijski pristup duševno obolelom čoveku)” nastala je kao logičan rezultat svestranog istraživanja i ra-

da profesora Munjize kao kliničara i profesora univerziteta. Knjiga je pisana jasnim stilom, na interesantan način gde je dat veliki broj događaja i situacija koji su ilustrovani brojnim dokumenatima od najstarijih vremena do danas. Ovo je ne samo istorijsko štivo u užem smislu reči već i jedan kulturni događaj u našoj sredini. Autor je dao osvrt na sve važnije kulturne, religiozne, društvene i filozofske događaje koji su na ovaj ili onaj način uticali na razvoj psihijatrijske misli. Sama knjiga je originalno zamišljena sa odličnom strukturom teksta sa velikim brojem poglavlja, što ceo rukopis čini više od jednog pukog nabiranja istorijskih događaja vezanih za razvoj psihijatrije. Autor nam daje istorijski razvoj ove grane medicine još iz perioda praistorije, preko brojnih starih civilizacija i kultura koje su imale specifičan pristup razvoju psihijatrije. Sveobuhvatno je prikazan stari i novi vek u razvoju psihijatrije u ovom vremenu. Značajan deo prostora u knjizi autor je posvetio periodu naučnog razvoja psihijatrije i njenih pojedinih delova. Kao što je navedeno, knjiga je ilustrovana brojnim dragocnim dokunematima i fusnotama, što ovo delo ovo delo predstavlja vredan kulturni događaj u našoj sredini.

Posebno je vredan deo knjige koji se odnosi na razvoj pojedinih pravca i terapijskih metoda ovog dela medicine u toku poslednja četiri veka. Veliki deo prostora u knjizi autor je posvetio razvoju psihijatrije na prostorima bivše Jugoslavije i jugoistočne Evrope. U ovom delu teksta navedena su sva značajnija imena, događaji i situacije koje su obeležile razvoj psihijatrije na našim prostorima. Dragoceno je poglavlje u knjizi

koje se bavi razvojem psihijatrije u Srbiji od perioda srednjovekovne, narodne i etnomedicine do današnjih dana. Knjiga je posvećena jubileju Psihijatrijske bolnice u Beogradu i ona ide u susret 150-godišnjice rada ove značajne ustanova kod nas i 90-godišnjice Medicinskog fakulteta u Beogradu. Treba posebno naglasiti da je u obliku rezime u vidu radne tabele na preko 40 stranica teksta autor je prikazao sve važnije datume i događaje koji su značajni za razvoj psihijatrije, psihologije čoveka i pristupu mentalno obolom čoveku u svetu i kod nas.

Sistematičnost izlaganja i pedagoška optimalnost svojstveni profesoru Munjizi, iskusnom i izuzetno uspešnom predavaču i kliničaru, autoru velikog broja knjiga i udžbenima i autoru i recencentu brojnih radova objavljenih u stručnim monografijama u poznatim naučnim i stručnim časopisima. Pored naveden praktične primene ovog teksta, treba naglasiti i činjeinicu o njegovoj uravnoteženoj i izbalansiranoj pedagoškoj optimalnosti. U pitanju je sveobuhvatn pristup istorijskom razvoju psihijatrije kod nas i uopšte na srpskom govornom području. Rad je usklađen sa svim važnijim principima istorijskom pristupu ovoj materiji. Na savremen način sa jasnim stilom autor je približio ovu složenu materiju ne samo stručnjacima iz oblasti mentalnog zdravlja već i široj stručnoj i kulturnoj javnosti kod nas i u svetu. To omogućava i veoma pregledan rezime teksta na engleskom jeziku. Ova knjiga predstavlja i svojevrstan podsticaj za razvoj naučnih istraživanja u oblasti mentalnog zdravlja i posebno istoirskog osvrta na razvoj ovog važnog dela medicine.

Budimir Pavlović

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, fotografije)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Primeri:

1. Članak u časopisu:

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

2. Poglavlje u knjizi:

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

3. Knjiga:

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

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

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

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

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

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