

# ENGRAMI

---

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU  
PSIHOLOGIJU  
I GRANIČNE DISCIPLINE

2



Volume 34

Beograd, april-jun 2012.

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU,  
PSIHOLOGIJU I GRANIČNE DISCIPLINE

JOURNAL FOR CLINICAL PSYCHIATRY,  
PSYCHOLOGY AND RELATED DISCIPLINES

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

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

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

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

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

*Izdavački savet / Consulting board*  
LJUBISA RAKIĆ  
JOSIP BERGER

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

*Internacionalni redakcioni odbor*  
*International editorial board*  
U. HALLBREICH (New York)  
D. KOSOVIC (New York)  
D. BLOCH (New York)  
P. GASNER (Budapest)  
N. ŠARTORIUS (Geneve)  
D. ŠVRAKIĆ (St. Louis)  
G. MILAVIĆ (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 ZNIDARŠIĆ-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)

# SADRŽAJ

## CONTENTS

### ORIGINALNI RADOVI / ORIGINAL ARTICLES

<i>Milan Latas, Borjanka Batinić, Dragana Stojanović, Danica Mamula Mijalković</i>	
ALGORITMI KCS ZA TERAPIJU ANKSIOZNIH I FObIČNIH POREMEĆAJA . . . . .	5
ALGORITHMS FOR THERAPY OF ANXIETY AND PHOBIC DISORDERS . . . . .	10
<i>Branimir Radmanović, Vladimir Janjić, Slavica Đukić Dejanović, Dragan Milovanović</i>	
FARMAKOEKONOMIJA ANKSIOZNIH POREMEĆAJA - PRIMER TROŠKOVA ODLOŽENOG POSTAVLJANJA DIJAGNOZE . . . . .	13
PHARMACOECONOMY OF ANXIETY DISORDERS - EXAMPLE OF COAST OF DELAY DIAGNOSIS . . . . .	20
<i>Tatjana Vukosavljević-Gvozden, Borjanka Batinić, Ivana Peruničić</i>	
OSETLJIVOST NA ANKSIOZNOST . . . . .	23
ANXIETY SENSITIVITY . . . . .	32
<i>Dragana Duišin, Jasmina Barišić, Srđan Milovanović, Gordana Nikolić-Balkoski, Maja Pantović</i>	
RODNA I POLNA ANKSIOZNOST . . . . .	35
GENDER AND SEX ANXIETY . . . . .	43
<u>PRIKAZ SLUČAJA / CASE REPORT</u>	
<i>Kolja Kontić, Vesna Bogdanović, Nadja P. Marić</i>	
PRIMENA EMDR (EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING) U TERAPIJI ALOPECIJE AREATE – PRIKAZ SLUČAJA . . . . .	45
EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING – EMDR IN THERAPY OF ALOPECIA AREATA – A CASE REPORT . . . . .	50

SUPLEMENT / APSTRAKTI IZLAGANJA

XL EDUKATIVNI SIMPOZIJUM KLINIKE ZA PSIHIJATRIJU KCS  
SPEKTAR ANKSIOZNIH POREMEĆAJA – IZAZOV SAVREMENOG DOBA..... 53

UPUTSTVO AUTORIMA .....91

# ALGORITMI KCS ZA TERAPIJU ANKSIOZNIH I FOBIČNIH POREMEĆAJA

Milan Latas<sup>1,2</sup>

Borjanka Batinić<sup>1,3</sup>

Dragana Stojanović<sup>1</sup>

Danica Mamula Mijalković<sup>1</sup>

1 Klinika za psihijatriju KCS, Beograd

2 Medicinski fakultet Univerziteta  
u Beogradu, Beograd

3 Filozofski fakultet Univerziteta  
u Beogradu, Beograd

## Kratak sadržaj

Planiranje i primena racionalnog lečenja kod pacijenata sa anksioznim i fobičnim poremećajima je kompleksna i treba da uzme u obzir specifične podatke o pacijentu (njegove somatske i psihijatrijske dijagnoze, demografske varijable, eventualnu prethodnu terapiju, hereditet, itd.), potom uslove lečenja (hospitalno ili dispanzersko), i na kraju generalnu terapijsku strategiju i oblike lečenja koji stoje na raspolaganju. Pored toga treba obratiti pažnji i na faktore, kao što su: kliničko iskustvo terapeuta sa različitim vidovima terapije, odnos pacijenata prema terapiji, neželjeni efekti, kontraindikacije za primenu psihofarmaka, efikasnost prethodne terapije i mnogi drugi faktori. Zbog toga je vrlo teško ukazati na jedinstvenu terapijsku strategiju koja bi bila primenljiva za sve terapeute i za sve pacijente pri čemu se pod efikasnim vidom terapije smatra anuliranje (ili značajna redukcija) simptoma anksioznosti i drugih psihopatoloških fenomena, uz omogućavanje boljeg opšteg funkcionisanja pacijenata. Sve ovo uslovljava potrebu za edukacijom svih praktičara -kliničara (pre svega psihijataru i lekara opšte medicine) o osnovnim smernicama tretmana anksioznih i fobičnih poremećaja.

Na osnovu brojnih studija kojima je ispitivana efikasnost različitih psihofarmaka kod pacijenata sa anksioznim i fobičnim poremećajima, preporuka stručnih udruženja, kliničkih studija koje su istraživale ishod tretmana na našoj populaciji pacijenata izdvojene su smernice za efikasan farmakološki tretman pacijenata sa anksioznim i fobičnim poremećajima.

U radu će niti detaljnije opisani savremeni aspekti farmakoterapije pacijenata sa anksioznim i fobičnim poremećajima različitim grupama lekova. Naglasak će biti stavljen na primenu savremenih algoritama koji su usklađeni sa domaćim potrebama i mogućnostima za lečenje, kao i na prikaz preporuka za doziranje i dužinu tretmana psihofarmacima, i na prikaz neželjenih dejstava koja se mogu pojaviti tokom lečenja lekovima. Na kraju biće dat pregled mogućnosti kombinovanja psihoterapije i farmakoterapije u integrativni model lečenja pacijenata sa anksioznim i fobičnim poremećajima.

**Ključne reči.** Anksiozni poremećaji, terapija, antidepresivi, KBT

Anksioznost je kao simptom prisutna kod skoro svih psihijatrijskih poremećaja. Sa druge strane, anksiozni poremećaji predstavljaju jednu od najučestalijih grupa poremećaja savremene psihijatrijske prakse. Anksiozni poremećaji se definišu kao nepsihotični mentalni poremećaji kod kojih je anksioznost jedini ili vodeći simptom, s tim da ta anksioznost nije uzrokovana organskim obolenjima mozga ili drugim psihijatrijskim poremećajima.

Anksiozni poremećaji se, uslovno, mogu podeliti na dve grupe:

- Anksiozni poremećaji u užem smislu - generalizovani anksiozni poremećaj i panični poremećaj, koje karakteriše doživljaj visoke anksioznosti praćen telesnim simptomima ali bez fobične strukturacije;
- Fobični poremećaji - agorafobija, socijalna fobija i specifična fobija, koje karakterišu: 1) doživljaj anksioznosti pri izlaganju specifičnim situacijama koje ne predstavljaju objektivnu opasnost; 2) doživljaj anticipatorne anksioznosti u očekivanju situacije koje se osoba plaši i 3) izbegavanje situacije koja provocira anksioznost;

U Medjunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB) anksiozni poremećaji se prvi put pojavljaju kao delimično izdvojena kategorija u desetoj reviziji i to u okviru šire grupe neurotskih, sa stresom povezanih i somatoformnih poremećaja. Izdvajaju se sledeće podkategorije anksioznih poremećaja:

- Fobični anksiozni poremećaji - agorafobija bez paničnog poremećaja, agorafobija sa paničnim poremećajem, specifična fobija, socijalna fobija; i
- Drugi anksiozni poremećaji - panični poremećaj, generalizovani anksiozni poremećaj, mešoviti anksiozno-depresivni poremećaj i drugi (specifikovani ili nespecifikovani) anksiozni poremećaji.

## OPŠTA RAZMATRANJA

Dijagnostika i primena racionalnog lečenja kod pacijenata sa anksioznim i fobičnim poremećajima je kompleksna i treba da uzme u obzir specifične podatke o pacijentu (njegove somatske i psihijatrijske dijagnoze, demografske varijable, eventualnu prethodnu terapiju, hereditet, itd.), potom uslove lečenja (hospitalno ili dispanzersko), i na kraju generalnu terapijsku strategiju i oblike lečenja koji stoje na raspolaganju.

Pored toga treba obratiti pažnji i na faktore, kao što su: kliničko iskustvo terapeuta u prepoznavanju i dijagnostici poremećaja, iskustvo sa različitim vidovima terapije, odnos pacijenata prema terapiji, neželjeni efekti, kontraindikacije za primenu psihofarmaka, efikasnost prethodne terapije i mnogi drugi faktori. Sve ovo uslovljava potrebu za edukacijom svih praktičara –kliničara o osnovnim smernicama dijagnostike i tretmana anksioznih i fobičnih poremećaja.

Na osnovu brojnih studija kojima je ispitivana efikasnost različitih psiho-

farmaka kod pacijenata sa anksioznim i depresivnim poremećajima [1], preporuka stručnih udruženja [2], kliničkih studija koje su istraživale ishod tretmana na našoj populaciji pacijenata [3] izdvojene su smernice za efikasan farmakološki tretman pacijenata sa anksioznim i depresivnim poremećajima.

U radu je naglasak stavljen na primenu savremenih algoritama koji su usklađeni sa domaćim potrebama i mogućnostima za dijagnostiku i lečenje, na usvajanje veština diferencijalne dijagnostike psihičkih i somatskih poremećaja, kao i na prikaz preporuka za doziranje i dužinu tretmana psihofarmacima uz prikaz neželjenih dejstava koja se mogu pojaviti tokom lečenja lekovima.

## FARMAKOTERAPIJA

Savremeni farmakološki tretman pacijenata sa anksioznim i fobičnim poremećajima se zasniva na primeni antidepresiva. Zbog najboljeg odnosa efikasnosti i neželjenih efekata terapija bi trebala da počne nekim lekom iz grupe specifičnih inhibitora preuzimanja serotonina (fluoksetin, sertralin, paroksetin, citalopram, escitalopram) ili primenom venlafaksina u odgovarajućim terapijskim dozama. Tokom početka tretmana (4-6 nedelja) uporedo sa antidepresivima se mogu davati benzodiazepinski anksiolitici radi postizanja brže redukcije simptoma.

Doziranje svih navedenih lekova treba da bude postepeno (da bi se ublažili ili izbegli neželjeni efekti) do pune terapijske doze. Ukoliko je tera-

pijski odgovor povoljan farmakoterapija treba da traje 6 do 8 meseci, odnosno do potune remisije poremećaja koja traje više meseci. Da bi se izbegao recidiv poremećaja prekidalje terapije nebi trebalo da bude naglo, već bi lekove trebalo radukovati postepenim smanjivanjem doze tokom više nedelja ili meseci.

Evaluacija uspešnosti tretmana vrši se nakon 4 do 6 nedelja. U slučaju da ne dođe do povoljnog terapijskog odgovora potrebno je zameniti lek sa nekim leom iz iste grupe. Ukoliko ni tada ne dođe do povoljnog terapijskog odgovora dalji tretman bi trebao da se zasniva na primeni drugih terapijskih opcija. One podrazumevaju kombinovanje psihofarmaka ili kombinaciju lekova i kognitivno-bihejvioralne terapije.

## KOGNITIVNO-BIHEJVORALNA TERAPIJA

Kognitivno-bihejvioralna terapija je najviše proučavana psihoterapija u lečenju pacijenata sa anksioznim poremećajem. Ova terapija je pokazala efikasnost i u tretmanu osnovnog anksioznog poremećaja ali i u tretmanu komorbidnih (najčešće depresije i drugih anksioznih) poremećaja. Ostali psihoterapijski modaliteti, kao što su psihanalitički orijentisane terapije, relaksacija (bez izlaganja fobičnim situacijama), upravljanje stresom, hipnoza I sl., nisu dovoljno proučavani u rigorznim kliničkim studijama pa se ne može sa sigurnošću diskutovati o njihovoj efikasnosti u lečenju pacijenata sa anksioznim poremećajem.

Postoje brojni priručnici za primenu kognitivno-bihejvioralne terapije pacijenata sa anksioznim poremećajima. Svi oni, iako se razlikuju u nekim delovima a najčešće u imenovanju istih ili sličnih pojmova, sadrže gotovo iste elemente. A to su: psihoedukacija, identifikacija i ispravljanje pogrešnih uverenja i načina razmišljanja, kognitivna restrukturacija i promena načina percepcije simptoma, interoceptivno izlaganje somatskim simptomima (kao što su tahikardija, osećaj nestabilnosti i sl.), izlaganje fobičnim situacijama (kao što su gužve, samostalni izlasci i sl.), osnovne tehnike relaksacije i elementi prevencije relapsa. Zbog toga je potrebno da se svi ovi elementi terapije primenjuju kod pacijenata sa anksioznim poremećajima.

Dakle, kognitivno-bihejvioralni tretman je psihoterapijski pravac koji je prvenstveno orijentisan ka umanjenoj simptomima anksioznosti. Cilj tretmana je da se pacijenti edukuju kako da identifikuju, procene, kontrolišu i modifikuju svoja iracionalna uverenja i disfunkcionalna ponašanja.

Kognitivno-bihejvioralna psihoterapija uobičajeno počinje sa jednom ili više psihoedukativnih seansi. Ciljevi ovih seansi su da pacijent nauči da pravilno identifikuje simptome anksioznosti i agorafobije i da dobije adekvatna objašnjenja koja su vezana za njihovu pojavu. Pri tome se naročita pažnja poklanja učenju A-B-C modela etiologije mentalnih poremećaja, odnosno, kako u određenim situacijama pogrešna uverenja mogu usloviti pojavu straha i njegovih simptoma.

U daljem toku kognitivno-bihejvioralne terapije pacijenata sa anksioznim poremećajima sledi kognitivna restrukturacija. Ona se odnosi na korekciju pogrešnih (iracionalnih) uverenja koja imaju pacijenti. Kognitivna restrukturacija se fokusira na promenu precegnog doživljaja opasnosti i dekatastrofizaciju doživljaja koji se odnosi na ideju o nemogućnosti podnošenja simptoma. U kognitivno-bihejvioralnoj terapiji postoji široki spektar tehnika koje se koriste za modifikaciju iracionalnih razmišljanja i disfunkcionalnih ponašanja.

Pokazalo se da samo verbalno objašnjavanje nije dovoljno efikasno za promenu iracionalnih uverenja i disfunkcionalnih ponašanja. Zbog toga se od početka terapije praktikuju bihejvioralni eksperimenti, odnosno izlaganje. Zadatak pacijenata je da se samostalno, hijerarhijski postepeno, svakodnevno izlažu fobogenim situacijama, počev od situacija koje izazivaju najmanji strah da bi se došlo do situacija koje izazivaju najveći strah. Pod fobogenim situacijama se podrazumevaju spoljašnje situacije, kao i telesne senzacije koje se javljaju. Sličan terapijski princip se primenjuje u promeni disfunkcionalnih ponašanja koja se odnose na izbegavanje fobičnih situacija. Suština fobičnog izbegavanja je težnja pacijenta da ne doživi simptome u situacijama u kojima ih je ranije doživljavao ili u situacijama u kojima pretpostavlja da bi ih mogao doživeti, a sve zbog iracionalnog uverenja da su opasni ili nepodnošljivi.

Na početku se sa pacijentom napravi hijerarhijska lista situacija koje se iz-



begavaju, polazeći od situacija koje se "lakše podnose" ka situacijama koje se "ne podnose", odnosno koje se uvek izbegavaju. Ova lista treba da sadrži sve situacije koje se izbegavaju, kao i situacije u kojima pacijent zahteva prisustvo osobe u koju ima poverenje. U praksi se za pravljenje ovakve liste koriste standardizovani upitnici. U njima je naveden čitav spektar karakterističnih fobogenih situacija u koji pacijenti upisuju stepen straha (rangiran od 0 do 10), pretpostavljajući da se nalaze sami u toj situaciji.

## KOMBINOVANA TERAPIJA

Kliničke studije ukazuju da korišćenje isključivo psihofarmakoterapije ne daje uvek potpuno zadovoljavajuće rezultate. Na to ukazuje značajan broj drop-out pacijenata zbog neželjenih efekata lekova, značajan broj pacijenata koji nisu adekvatno reagovali na terapiju lekovima i značajan broj pacijenata koji dožive recidiv po prestanku uzimanja lekova iako su adekvatno reagovali na psihofarmake. Dalje, u kliničkoj praksi se vrlo često sreću pacijenti koji ne žele da uzimaju lekove. Kao razlog, oni navode mogućnosti pojave adicije na lekove, anksioznost zbog nove i nepoznate situacije koja se javlja uzimanjem lekova, moguća pojava neželjenih efekata lekova i slično.

S druge strane, primena isključivo psihoterapijskog tretmana nije uvek dovoljno efekasan metod u lečenju pacijenata sa anksioznim poremećajima. Dalje, primena isključivo psihoterapijskog tretmana nije uvek moguća zbog značajno izraženih simptoma anksioznosti koji mogu da ometaju pacijenta da aktivno i adekvatno učestvuje u psihoterapijskom procesu. Zbog svega ovoga, u kliničkoj praksi se, na različite načine, kombinuju psihofarmakološki i psihoterapijski tretmani s ciljem efikasnijeg lečenja pacijenata.

Zbog svega navedenog, čini se da adekvatno primenjen integrativni (farmakološki i kognitivno-bihejvioralni) tretman poseduje brojne prednosti u odnosu na samostalno pimenjene terapijske modalitete. Te prednosti se ugleđaju u činjenici da lekovi mogu značajno da pomognu pacijentima u početku i tokom kognitivno-bihejvioralnog tretmana, kao i u činjenici da kognitivno-bihejvioralni tretman može značajno da pomogne u otklanjanju zabluda vezanih za uzimanje lekova, a takođe, da olakša proces redukovanja i prestanak upotrebe psihofarmaka. Sve ovo stvara uslove da integrativni (farmakološki i kognitivno-bihejvioralni) tretman bude metod izbora u lečenju pacijenata sa komplikovanim, refraktarnim i kompleksnim anksioznim poremećajima [4].

# ALGORITHMS FOR THERAPY OF ANXIETY AND PHOBIC DISORDERS

Milan Latas<sup>1,2</sup>

Borjanka Batinić<sup>1,3</sup>

Dragana Stojanović<sup>1</sup>

Danica Mamula Mijalković<sup>1</sup>

## Summary

Planning and implementation of a rational treatment for patients with anxiety and phobic disorders is complex and should take into account specific information about the patient (his somatic and psychiatric diagnoses, demographic variables, prior history of therapy, heredity, etc.), followed by treatment conditions (inpatient or outpatient), and finally a general therapeutic strategy and forms of treatment that are available. In addition, one should pay attention to factors such as: clinical experience of therapists with different types of therapy, side effects, contra-indications for the use of psychotropic drugs, the efficiency of prior therapy, and many other factors. Therefore, it is very difficult to point to a single therapeutic strategy that would be applicable to all therapists and for all patients where the treatment is considered an effective form of significant reduction of symptoms of anxiety and other psychopathological symptoms, while enabling better general functioning of patients. All this makes the need for education of all psychiatrists and general practitioners on general lines of treatment of anxiety and phobic disorders.

Based on numerous studies that examined the effectiveness of various psychopharmacological drugs in patients with anxiety and phobic disorders, the recommendations of professional associations, clinical trials investigating treatment outcome in our patient population we were made the guidelines for effective treatment of patients with anxiety and phobic disorders.

The paper describes the details of modern drug therapy of patients with anxiety and phobic disorders. Emphasis is placed on the use of modern algorithms that are compatible with local needs and possibilities for treatment, as well as the display of recommendations for dosage and length of treatment and side effects that may occur during treatment. Finally we give an overview of possibilities of combining psychotherapy and pharmacotherapy in the integrative model of treatment of patients with anxiety and phobic disorders.

**Key words;** Anxiety disorders, therapy, antidepressants, CBT

- 1 Clinic for Psychiatry, Clinical Center of Serbia
- 2 Belgrade University School of Medicine
- 3 Faculty of Philosophy, University of Belgrade, Department of Psychology

## Literatura:

1. Ravindran LN, Stein MB. The pharmacologic treatment of anxiety disorders: a review of progress. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(7):839-54.
2. Bandelow B et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders - first revision. *World J Biol Psychiatry*. 2008;9(4):248-312
3. Latas M., Stojanović D., Mamula Mijalković D., Batinić B. (2005): Psihopatologija i terapija komorbiditeta anksioznih i afektivnih poremećaja. *Engrami*. 27(1-2):15-20.
4. Pull CB. Combined pharmacotherapy and cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(1):30-5.



# FARMAKOEKONOMIJA ANKSIOZNIH POREMEĆAJA - PRIMER TROŠKOVA ODLOŽENOG POSTAVLJANJA DIJAGNOZE

Branimir Radmanović<sup>1</sup>  
Vladimir Janjić<sup>1,3</sup>  
Slavica Đukić Dejanović<sup>1,3</sup>  
Dragan Milovanović<sup>2</sup>

- 1 Psihijatrijska klinika, Klinički centar Kragujevac, Kragujevac, Srbija
- 2 Centar za kliničku i eksperimentalnu farmakologiju, Klinički centar Kragujevac, Kragujevac, Srbija
- 3 Medicinski fakultet, Univerzitet u Kragujevcu, Kragujevac, Srbija

## Kratak sadržaj

Pod anksioznim poremećajima podrazumevamo široku paletu poremećaja, pri čemu se definicija kao i dijagnostički kriterijumi, menjaju tokom godina. Ovi poremećaji su prilično česti i javljaju se kod približno jedne trećine stanovništva, dok istraživanja u Americi pokazuju da čak jedna četvrtina odraslih stanovnika pati od nekog anksioznog poremećaja tokom života. Uzimajući u obzir da mnogi anksiozni poremećaji se javljaju rano, imaju hronički tok, i uzrokuju značajne tegobe oni bitno interferiraju sa svakodnevnim životnim aktivnostima i stvaraju ogromne ekonomske troškove. Procenjeno je da od 147.8 milijardi dolara ukupnih troškova SAD za sva mentalna oboljenja na anksiozne poremećaje otpada 46.6 milijardi, dok u Evropskoj uniji ti troškovi iznose preko 41 milijardu eura. Uprkos navedenom, farmakoekonomski aspekti ovih oboljenja nisu do skoro privlačili pažnju stručne javnosti za razliku od tzv. velikih mentalnih oboljenja (shizofrenija, depresija), verovatno iz razloga što su se ranije u lečenju anksioznih poremećaja dominantno koristili relativno jeftini benzodiazepini. Međutim, u novije vreme prvi izbor za anksiozne poremećaje postaju antidepressivi, posebno oni iz grupe selektivnih blokatora preuzimanja serotonina (SSRI). U senci objavljenih podataka o troškovima lečenja anksioznih poremećaja ostaju troškovi nacionalnog zdravstvenog sistema (NZS) ali i samog pacijenta koji nastaju u periodu od pojave prvih simptoma sve dopostavljanja dijagnoze anksioznog poremećaja. U Kliničkom centru u Kragujevcu, u okviru jednog šireg istraživanja, imali smo za cilj da utvrdimo prosečnu potrošnju novca od pojave prvih simptoma bolesti pa do postavljanja dijagnoze paničnog poremećaja. Rezultati pokazuju da je prosečno vreme za postavljanje dijagnoze 9.6 meseci za koje pacijenti prosečno imaju 17,5 pregleda lekara, 10,4 dijagnostičkih procedura, 35 lab.analiza, a što sve prosečno košta 43 965 rsd od čega 20823 rsd je utrošak NZS-a, a 23 142 rsd utrošak pacijenta. Porast prevalence anksioznih poremećaja, izmene u savremenoj farmakoterapiji, kao i farmakoekonomski značaj što ranijeg postavljanja dijagnoze, stvaraju povoljnu istraživačku klimu za sprovođenje sveobuhvatnijih studija u oblasti farmakoekonomije kako u svetu tako i u našoj sredini

**Cljučne reči:** farmakoekonomija, anksiozni poremećaji

## UVOD

Anksiozni poremećaji čine heterogenu grupu srodnih kliničkih entiteta koje karakteriše postojanje patološkog straha koji može biti jasno ispoljen ili, pak, skriven, da ima različite oblike i intenzitet, da se javlja kao skup simptoma ili da uslovljava razvoj drugih psihopatoloških sadržaja, telesnih reakcija i oblika ponašanja, što sve osiromašuje lični, porodični, profesionalni i društveni život obolelih osoba [1]. U dijagnostičkom smislu prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti MKB-10 anksiozni poremećaji su svrstani u grupu nazvanu Neurotski, sa stresim povezani i somatoformni poremećaji u okviru koje se opisuju nekoliko podgrupa poremećaja: Fobična stanja straha, Drugi oblici straha, Prisilna i kompulzivna neuroza, Reakcije na težak stress i poremećaji prilagođavanja, Disocijativni (konverzivni) poremećaji, Somatoformni poremećaji i Drugi neurotski poremećaji. U kliničkoj praksi simptomi karakteristični za pojedinačne entitete su često udruženi. Nije retka ni udruženost sa drugim mentalnim pore-

mećajima i bolestima zavisnosti, posebno depresijom i alkoholizmom (komorbiditeti) [2].

Anksiozni poremećaji su veoma česta oboljenja. Grube procene su pokazale da približno jedna trećina do četvrtine ukupne populacije ispoljava različito intenzivne anksiozne smetnje tokom nekog perioda života [3]. Istraživanja u Americi ukazuju da oko četvrtina odraslih stanovnika pati bar od jednog anksioznog poremećaja tokom svog života [4]. Uopšte uzev, savremeni svet beleži trend kontinuiranog porasta poseta lekaru zbog problema anksioznosti različitih kliničkih oblika (Tabela 1).

Bolesnici sa anksioznim poremećajem, najčešće se leče kod lekara opšte prakse, po nekim procenama, u Velikoj Britaniji tek 10% obolelih stigne kod lekara specijaliste (nešto viši procenat obolelih stiže do lekara specijaliste u Americi i kontinentalnoj Evropi) [6]. Specifičnost tretmana kod lekara opšte prakse jeste u tome da se obično leči simptom bolesti, odnosno ne dijagnostikuje se psihijatrijski poremećaj, što otežava praćenje i poređenje ovih podataka.

**Tabela 1. Godišnja stopa anksioznih poremećaja na 1000 odraslih stanovnika u SAD u periodu od 1990-1997.**

**Table 1. The annual rate of anxiety disorders in 1000 adults in the U.S. between 1990-1997.**

<b>Tip anksioznog poremećaja Type of anxiety disorder</b>	<b>'90-'91</b>	<b>'92-'93</b>	<b>'94-'95</b>	<b>'96-'97</b>
Anksiozni poremećaj, ukupno Anxiety disorder, total	30.8	38.6	42.1	42.8
Nespecificovani Unspecified	23.2	29.6	32.6	28.7
Panični poremećaj Panic disorder	4.5	5.9	6.5	9.5
Generalizovani anksiozni poremećaj Generalized anxiety disorder	3.3	3.4	3.4	5.2

prema: Skaer et al. 2000

## ANKSIOZNI POREMEĆAJI I EKONOMSKE POSLEDICE

Mnogi anksiozni poremećaji se javljaju rano, često imaju hronički tok, i uzrokuju značajne tegobe, interferiraju sa svakodnevnim životnim aktivnostima i stvaraju ekonomske troškove [7]. Npr. u grupi muškaraca sa anksioznim poremećajima, stopa nezaposlenosti može doseći i 60%. Uzimajući u obzir sve ekonomske posledice (troškove) mentalnih poremećaja u SAD, procenjeno je da od 147.8 milijardi dolara ukupnih troškova za sva mentalna oboljenja na anksiozne poremećaje otpada 46.6 milijardi [8]. Procenjeno je da ukupni troškovi koje izazivaju Anksiozni poremećaji u Evropskoj uniji iznose 41,372,000,000 [9]. U troškovima za lekove i onim troškovima koji nastaju kao posledica gubitka radne sposobnosti zbog mentalnih oboljenja anksiozni poremećaji učestvuju sa oko 50%. Prevedeno na individualni nivo, godišnji troškovi anksioznih poremećaja iznose oko 1500 američkih dolara po obolelom, od čega više od polovine (54%) čine direktni medicinski troškovi [10], dok je u Švedskoj procenjeno da trošak po pacijentu sa Anksioznim poremećajem iznosi oko 2003 [11]. Oko

250 dolara čini gubitak na radnom mestu, pre kao posledica pada produktivnosti nego apstentizma. Među anksioznim oboljenjima, postraumatski stresni poremećaj i panični poremećaj angažuju najviše resursa. Ipak, nelečeni anksiozni poremećaji su još skuplji (tzv. "offset effect"). Tako je u jednoj studiji koja je trajala 12 meseci pokazano da se lečenjem anksioznog poremećaja ostvaruju sveukupne uštede za oko 14% [12].

Uprkos navedenom, farmakoekonomske aspekti ovih oboljenja su do sada privlačili znatno manje pažnje od tzv. velikih mentalnih oboljenja (shizofrenija, depresija). Brojni su razlozi za to a jedan od njih bi mogao svako biti i korišćenje relativno jeftinih generičkih preparata benzodiazepina, lekova koji su dugo bili stožer farmakoterapije anksioznosti. Međutim, u novije vreme prvi izbor za mnoge anksiozne poremećaje postaju antidepresivi, posebno oni iz grupe selektivnih blokatora preuzimanja serotonina (SSRI). Stopa propisivanja anksiolitika opada, dok je propisivanje antidepresiva i kombinovane terapije u porastu (Tabela 2). Prilikom izbora konkretnog leka iz grupe antidepresiva treba uzeti u obzir i činjenice da klasični antidepresivi i SSRI su ekvivalentne efikasnosti, pri če-

**Tabela 2. Upotreba lekova za anksiozne poremećaje u SAD u periodu od 1990-1997.**

**Table 2 The use of medications for anxiety disorders in the United States in the period 1990-1997.**

Lek / Drug	'90-'91	'92-'93	'94-'95	'96-'97
Antidepresivi/Antidepressants	16.2	22.0	30.9	34.2
SSRI / SSRI	3.8	7.7	17.4	20.1
Anksiolitici/Anxiolytics	46.0	45.7	47.1	39.7
Alprazolam/Alprazolam	23.2	21.4	26.8	19.7
Antidepresivi i anksiolitici Antidepressants and anxiolytics	7.4	9.5	15.5	13.8

prema: Skaer et al. 2000

mu se potonji bolje podnose ali su znatno skuplji lekovi [13]. Savremeni stavovi sugerišu produženje faze održavanja farmakoterapije anksioznih poremećaja (godinu pa i više) ali to bi moglo da ima negativne farmakoekonomske implikacije, jer bi se odnos trošak-efikasnost mogao pomerati ka nepovoljnijim vrednostima [14].

Porast prevalence anksioznih poremećaja i izmene u savremenoj farmakoterapiji stvaraju povoljnu istraživačku klimu za započinjanje studija u oblasti farmakoeconomije. S tim u vezi, početni rezultati su više nego ohrabrujući. Iako detaljni podaci još uvek nedostaju nedavne studije su pokazale da SSRI uzrokuju smanjenje korišćenja nekih zdravstvenih resursa kao što su posete urgentnim odeljenjima i laboratorijske analize [15], što bi, logično, trebalo da ima pozitivne ekonomske reperkusije. U jednoj drugoj studiji prosečni dnevni trošak koji bolnice treba da izdvoje za nabavku dnevne doze nekog leka iz grupe SSRI skoro da ne prelazi 2 dolara. Uporedna analiza troškova lekova iz ove podgrupe (neka vrsta "cost-minimization" analize) je pokazala da sertralin ima najpovoljniji profil jer dnevno za njega treba izdvojiti \$1.18, za fluoksetin \$2.01, a paroksetin \$1.24 [16]. Favorizovanje sertralina u ustanovama koje su bile predmet ove analize je ostvarilo uštede od \$302,674 na godišnjem nivou. U farmakoekonomske studiji u Australiji praćen je profil trošak-efikasnost terapije anksioznih poremećaja u velikoj populaciji osoba. Kao mera kliničke efikasnosti je korišćena godina života praćena disfunkcijom u sferi zdravlja (engl. "years lived with disability" - YLD). Ukupni direktni medicinski troškovi su iznosili oko 400 miliona dolara dok je trošak po sprečenoj

YDL (po pacijentu) bio od 7,761 dolara za generalizovani anksiozni poremećaj do 34,389 dolara za panični poremećaj/agorafobiju. Ako bi se celokupna terapija dosledno sprovodila prema preporukama medicine zasnovane na dokazima onda bi se nivo troškova zadržao ali bi se značajno povećale zdravstvene koristi tako da bi tada trošak po sprečenoj YLD bio uvek ispod 20,000 dolara [17]. Dakle, postoji veliki prostor da se postojeći, relativno povoljan ekonomski profil farmakoterapije, značajno unapredi.

### EKONOMSKI ASPEKTI POJEDINIH ANKSIOZNIH POREMEĆAJA

Dosadašnje ekonomske analize anksioznih poremećaja su pretežno bile usmerene prema paničnom poremećaju i delom obsesivno kompulzivnom poremećaju, dok se o ekonomskim implikacijama ostalih kliničkih entiteta za sada malo zna. Istraživanja pokazuju da preko 6 miliona Amerikanaca boluje od paničnog poremećaja. Prevalenca **paničnog poremećaja** tokom života iznosi 1 do 3% ali se blaža panična simptomatologija (nedovoljna za postavljanje dijagnoze) može registrovati i do 10% osoba u opštoj populaciji. Pacijenti sa paničnim poremećajem koriste usluge zdravstvenog sistema u većoj meri od onih sa bilo kojim drugim psihijatrijskim poremećajem, i procedure povezane sa paničnim poremećajem su u korelaciji sa uvećanim troškovima koji obuhvataju troškove korišćenja medicinskih ambulatnih usluga, prekomernih poseta jedinicama urgentne medicine, dijagnostičko-laboratorijskih procedura i medicinskog tretmana. Pored medicinskih troškova, značajni su indirektni ekonomski gubici od



čega najveći deo otpada na smanjenje radne produktivnosti. Skoro polovina pacijenata sa paničnim poremećajem više puta dolazi kod lekara, dok kod socijalne fobije to čini tek svaki 14-ti [18, 19] te tako u poređenju sa socijalnom fobijom, ukupni medicinski troškovi su 6 puta veći za panični poremećaj. Studije sprovedene u Sjedinjenim Američkim Državama pokazuju da 57% pacijenata sa paničnim poremećajem se inicijalno javljaju radi medicinske pomoći u jedinice urgentne medicine, a 49% tih pacijenata nastavljaju sa korišćenjem zdravstvenih resursa tih jedinica za dodatno lečenje. Približno 35% pacijenata sa paničnim poremećajem posećuju svog izabranog lekara opšte prakse i nastavljaju lečenje u primarnoj i sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti, kod lekara različitih specijalnosti, pre nego što se jave psihijatru. Približno 19% pacijenata sa paničnim poremećajem, sa neadekvatnim informacijama o svom poremećaju, prvobitno potežu za nemedicinskim i alternativnim tretmanima, a 13% tih pacijenata nastavljaju tretman tim procedurama. Panični poremećaj se često ne prepoznaje a simptomi oponašaju razna urgentna medicinska stanja; stoga se pacijenti često podvrgavaju raznim skupim dijagnostičkim procedurama da bi se isključile somatske abnormalnosti (npr., ehokardiogram, 350 dolara; Holter monitoring, 200 dolara; testiranje ergometrom, 150 dolara, a kod nekih čak i koronarografija 4000 dolara). Direktni troškovi lečenja paničnog poremećaja značajno rastu tokom vremena. Postavljanje dijagnoze i tretman paničnog poremećaja uvećava direktne medicinske troškove, ali uz značajno umanjeње indirektnih troškova, što rezultira umanjnim ukupnim troškovima. Godišnji trošak lečenja, godinu

dana pre postavljanja dijagnoze iznosi, 29.158 dolara dok trošak lečenja godinu dana nakon postavljanja dijagnoze je 46.256 dolara. Indirektni troškovi lečenja paničnog poremećaja se sa 65.643 dolara smanjuju na 13.883 dolara godišnje zato što valjano lečenje rezultira drugim dobrobitima poput smanjenja odsustvovanja sa posla [20]. Do dve trećine pacijenata iznosi podatak o gubitku posla ili smanjenim prihodima, nemogućnosti dužeg upravljanja motornim vozilom i povećanom konzumiranju alkohola. U lečenju paničnog poremećaja najčešće se koriste antidepresivi, potom benzodiazepini, a znatno ređe relaksanti, beta-blokatori ili drugi lekovi (manje od 10%). Ipak, na cenu lečenja značajno utiče izbor pojedinačnog leka unutar grupe i dozni režim. Troškovi propisivanja SSRI-a i alprazolama u visokim dozama učestvuju sa oko 3/4 u ukupnim medicinskim troškovima, alprazolama u niskim dozama sa oko 50%, a imipramina tek sa 1/5 [12]. U jednoj randomiziranoj kontrolisanoj studiji je pokazano da je od osoba sa paničnim poremećajem koji se leče ambulantno oko 70% posećivalo lekare u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, 47% specijalizovane psihijatrijske ordinacije a 46.8% osoba nepsihijatrijske ordinacije (najčešće konsultacije kardiologa, 20.6%). Troškovi za lečenje jedne epizode su bili 3339 dolara od čega je polovina bila rezervisana za specijalizovane psihijatrijske usluge [21]. Prema smernicama Novog Zelanda i Australije prvi izbor za lečenje paničnog poremećaja je kognitivna biheviorana terapija jer je efikasnija i ima bolji odnos trošak-efikasnost od lekova [22]. Ipak, čini se da su u našim uslovima lekovi znatno pogodniji s obzirom na učestalost paničnog poremećaja, trenutne mogućnosti zdrav-

stvene službe u vezi široke primene psihoterapije i pozitivnog stava većine pacijenata prema medikaciji.

**Socijalna fobija** nije česta, ali s obzirom na rani početak i dugo trajanje, zdravstveni i ekonomski značaj ovog oboljenja je značajan, posebno kod komorbiditeta sa depresijom. Pacijenti sa socijalnom fobijom su češće pripadnici nižih socioekonomskih grupacija, imaju niži stepen obrazovanja, visok stepen nezaposlenosti, malu produktivnost, niske prihode i pogoršan kvalitet života. Međutim, ako su zaposlene, osobe sa ovim poremećajem nemaju problema sa zaradom, delom jer češće koriste fondove socijalnog davanja. U principu, učestalost upotrebe lekova (bez komorbiditeta) je relativno niska, najviše do 20%. Troškovi su za oko 50% viši kod komplikovanih, komorbiditetnih socijalnih fobija. Ova razlika potiče od učestalijeg korišćenja lekova, poseta lekaru opšte prakse i kućnih poseta [23].

**Obsesivno-kompulzivni** poremećaj čini oko petine troškova svih anksioznih poremećaja. Stopa zaposlenosti je uporediva sa opštom populacijom, ali su odsustva s posla češća. U ranijim studijama upotreba lekova nije činila značajniji deo troškova (tek 20-ti deo), ali šira primena selektivnih blokatora serotonina u poslednjoj deceniji je uticala na povećanje udela medikamenata. To se posebno odnosi na osobe sa psihijatrijskim komorbiditetima. Kod ove grupe se registruju i značajno viši hospitalni troškovi, tri puta su veći u odnosu na opštu populaciju. Gubitak radnog mesta je 4 puta češći u odnosu na obsesivno-kompulzivni poremećaj bez komorbiditeta [6]. Prevalenca generalizovanog anksioznog poremećaja u opštoj populaciji iznosi nešto preko 1%, a tokom čitavog života oko 5%.

Tek svaki deseti pacijent ima izolovanu formu, dok su ostale najčešće udružene sa depresivnim simptomima, ili, češće, simptomima drugih anksioznih poremećaja. Farmakoekonomski aspekti ovog kliničkog entiteta su za sada malo istraživani.

### PRIMER TROŠKOVA ODLOŽENOG POSTAVLJANJA DIJAGNOZE PANIČNOG POREMEĆAJA

U okviru većeg farmakoekonomskog istraživanja izdvojili smo rezultate vezane za troškove odloženog postavljanja dijagnoze paničnog poremećaja. Istraživanje je obuhvatilo 28 pacijenata kod kojih je u dvogodišnjem periodu (2010-2012.) postavljena dijagnoza paničnog poremećaja, u Klinici za psihijatriju KC Kragujevac i kod kojih su evidentirani i proračunati direktni medicinski troškovi proistekli iz medicinskih pregleda dijagnostičkih procedura i primenjene terapije od trenutka pojave simptoma pa do postavljanja dijagnoze paničnog poremećaja. Istraživanje je obuhvatilo samo one pacijente kod kojih je bilo moguće utvrditi glavninu medicinskih troškova, pri čemu nisu razmatrani oni koji su imali neku hroničnu somatsku bolest niti komorbiditetni mentalni poremećaj. Svi troškovi su proračunati i anlizirani iz ugla Nacionalnog zdravstvenog sistema i pacijenta. U troškove su uračunati svi pregledi lekara opšte prakse i specijalistički pregledi, sve dijagnostičke procedure, sve laboratorijske analize kao i cena propisanih lekova. Cena pregleda i procedura je računata prema cenovniku usluga Republičkog fonda za zdravstveno osigura-

nje. Uračunati su i svi pregledi, procedure i analize koje je pacijent lično platio kroz privatnu praksu, kao i sredstva koja je utrošio na kupovinu lekova i plaćanje participacije. Troškovi privatne prakse su računati prema cenovniku privatnih zdravstvenih ustanova. U ovom prikazu nisu predstavljene indirektni troškovi kao što su bolovanje, gubitak posla, radna neefikasnost i dr.

Nakon obrade prikupljenih podataka dobijeni su sledeći rezultati. Prosečno vreme od pojave prvih simptoma do postavljanja dijagnoze paničnog poremećaja bilo je 9,6 meseci gde je najranije postavljena dijagnoza za 10 dana, a najkasnije za 28 meseci. Za to vreme pacijent je prosečno pregledan je 17,5 puta, urađene su mu 10,4 dijagnostičke procedure, uzeto 35 laboratorijskih analiza i popio je 796 tableta ili 2,8 tableta dnevno. Direktni troškovi svega navedenog su u slučaju našeg uzorka iznosili prosečno 43 965 rsd i to je utrošak nacionalne zdravstvene službe bio 20.823 rsd, a pacijenta lično 23.142 rsd ( tabela 3).

## ZAKLJUČCI

- Anksiozni poremećaji su česti mentalni problemi u opštoj populaciji
- Učestalost, rani početak, hronični tok i težina simptoma čine da anksiozni poremećaji predstavljaju značajan ekonomski problem savremenog društva
- Farmakoekonomski aspekti anksioznih poremećaja su za sada malo istraživani, ali su početni rezultati inostranih studija više nego ohrabrujući
- Istraživanja sprovedena u našoj sredini pokazuju da odloženo postavljanje dijagnoze paničnog poremećaja dovodi do značajanih medicinskih troškova
- Troškovi odloženog postavljanja dijagnoze paničnog poremećaja više opterećuju samog pacijenta nego nacionalnu zdravstvenu službu
- U cilju sagledavanja kompletnih troškova i planiranja eventualnih ušteda potrebno je sprovesti opsežnija istraživanja sa većim brojem pacijenata i obuhvatanjem drugih anksioznih poremećaja.

**Tabela 3: Direktni medicinski troškovi NZS i pacijenta**

**Table 3: Direct medical costs of NZS and patient**

	<b>Troškovi NZS</b> <b>Costs of NZS</b>	<b>Troškovi pacijenta</b> <b>PAlients costs</b>	<b>UKUPNO</b> <b>TOTAL</b>
<b>Pregledi</b> <b>Examinations</b>	5604 rsd	5420 rsd	11024 rsd
<b>Dijagnostičke procedure</b> <b>Diagnostic procedures</b>	6338 rsd	10031 rsd	16369 rsd
<b>Lekovi i OTC / Drugs and OTC</b>	3982 rsd	4113 rsd	8095 rsd
<b>Lab. analize / Lab. analysis</b>	4899 rsd	3578 rsd	8477 rsd
<b>UKUPNO / TOTAL</b>	<b>20823 rsd</b>	<b>23142 rsd</b>	<b>43 965 rsd</b>

# PHARMACOECONOMY OF ANXIETY DISORDERS - EXAMPLE OF COAST OF DELAY DIAGNOSIS

**Branimir Radmanović<sup>1</sup>**  
**Vladimir Janjić<sup>1,3</sup>**  
**Slavica Đukić Dejanović<sup>1,3</sup>**  
**Dragan Milovanović<sup>2</sup>**

## Summary

A wide variety of disorders is implied under anxiety disorders, where the definition, as well as diagnostic criteria, is being changed through years. These disorders are pretty common and occur in approximately one third of population, while researches in America show that as many as one quarter of adult population is suffering from some form of anxiety disorders during their lifetime. Considering that many anxiety disorders occur early, with chronic course, and cause significant difficulties, they significantly interfere with everyday life activities and create enormous economic costs. It is evaluated that out of 147,8 billion dollars of total costs for all mental illnesses in the US, 46,6 billion dollars goes for anxiety disorders, while in European Union those costs go over 41 billion euros. Despite this, pharmacoeconomical aspects of these disorders have not so far drawn attention of professional public, unlike so called major mental disorders (schizophrenia, depression), most likely due to a reason that relatively cheap benzodiazepines were dominantly used for treating anxiety disorders before. However, in recent times antidepressants became the first choice for anxiety disorders, especially those from the group of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI). The costs of the national health system (NHS) as well as the patient's costs, which arise in period from the occurrence of first symptoms until diagnose of anxiety disorder is set, remain shadowed by the published data on costs of treating anxiety disorders. In Clinical Center in Kragujevac, within a broader research, we had an objective to determine average money consumption from the occurrence of first symptoms till setting the diagnose of panic disorder. Results show that average time for setting the diagnose is 9,6 months during which the patients averagely have 17,5 medical examinations, 10,4 diagnostic procedures, 35 laboratory analysis, which altogether averagely costs 43.965 RSD, out of which 20.823 RSD is the cost of NHS, and 23.142 RSD is the cost of patient. The increase of anxiety disorders prevalence, changes in modern pharmacotherapy, as well as pharmacoeconomical significance of setting the diagnose as early as possible, create favorable research climate for implementation comprehensive studies in area of pharmacoeconomy both in the world and in our environment.

**Key words:** pharmacoeconomy, anxiety disorders

- 1 Psychiatry Clinic, Clinical Centre Kragujevac, Kragujevac, Serbia
- 2 Center for Clinical and Experimental Pharmacology, Clinical Centre Kragujevac, Kragujevac, Serbia
- 3 School of Medicine, University of Kragujevac, Kragujevac, Serbia

## Literatura:

1. Erić Lj. Neurotski, sa stresom povezani i somatoformni poremećaji. U: Psihijatrija-Neuroze: Erić Lj, Kaličanin P. Medicinski fakultet u Beogradu, 2000. 2-5
2. Woodman LC. Anxiety Disorders: Worried about Worrying. University of Iowa Health Science Relations-Internally Peer Reviewed, 2003.
3. Lepine JP. The epidemiology of anxiety disorders: Prevalence and societal costs. The Journal of clinical psychiatry. Supplement 2002, vol. 63: 24-8.
4. Kessler RC, McGonagle KA, Shanyang Z, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 8-19.
5. Skaer TL, Robison LM, Sclar DA, Galin RS. Anxiety disorders in the USA, 1990 to 1997 - trend in complaint, diagnosis, use of pharmacotherapy and diagnosis of comorbid depression. Clin Drug Invest 2000; 20: 237-44.
6. Taylor D, Knapp M, Kerwin R. Pharmacoeconomics in psychiatry. London: Martin Dunitz, 2002.
7. Miljević Č, Milosavljević M. Farmakoekonomija anksioznih poremećaja. U: Farmakoekonomija u psihijatriji, Prostran M, Samardžić R, Timotijević I. et al. Medicinski fakultet u Beogradu, 2006. 179-87.
8. Rice DP, Miller LS. Health economics and cost implications of anxiety and other mental disorders in the United States. Br J Psychiatry 1998; 173 (suppl 34): 4-9.
9. Andlin-Sobocki P. Cost of anxiety disorders in Europe. European Journal of Neurology 2005; 12: 12-6.
10. Greenberger PE, Sisitsky T, Kessler RC, et al. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. J Clin Psychiatry 1999; 60: 427-35.
11. Löthgren M. Economic evidence in anxiety disorders: a review. The European Journal of Health Economics. 2004;5 (S1):20-5.
12. Salvador-Carulla L. Segui J, Fernandez-Cano P. et al. Costs and offset effect in panic disorders. Br J Psychiatry, 1995 :166 (suppl. 27), 23-8.
13. Janjić V, Đukić Dejanović S, Milovanović D, Bukumirić Z. Farmakoekonomske karakteristike anksioznih poremećaja. Praxis medica 2007; 35(3-4): 65-8.
14. Rollman BL, Belnap BH, Mazumdar S, et al. A randomized trial to improve the quality of treatment for panic and generalized anxiety disorders in primary care. Arch Gen Psychiatry. 2005;62:1332-41.
15. Grudzinski AN. Considerations in the treatment of anxiety disorders: a pharmacoeconomic review. Expert Opin Pharmacother 2001; 2: 1557-69.
16. Singletary T, North DS, Weiss M, Marman G. A cost-effective approach to the use of selective serotonin reuptake inhibitors in a Veterans Affairs Medical Center. Am J Manag Care. 1997; 3: 125-9.
17. Issakidis C, Sanderson K, Corry J, Andrews G, Lapsley H. Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence-based optimal treatment for anxiety disorders. Psychol Med 2004; 34: 19-35.
18. Rees CS, Richards JC, Smith LM. Medical utilisation and cost in panic disorder: comparison with social phobia. J Anxiety Disord 1998; 12: 421-35.
19. Stein MB, Roy-Byrne PP, Craske MG, Bystritsky A, Sullivan G, Pyne JM, et al. Functional impact and health utility of anxiety disorders in primary care outpatients. Med Care. 2005;43:1164-70.

20. Bystritsky A, Kerwin L, Niv N, Natoli JL, Abrahami N, Klap R, Wells K, Young AS. Clinical and subthreshold panic disorder. *Depress Anxiety*. 2010 Apr; 27(4):381-9.
21. Leon AC, Olfson M, Portera L. Service utilization and expenditures for the treatment of panic disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19: 82-8.
22. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Panic Disorder and Agoraphobia. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder and agoraphobia. *Aust N Z J Psychiatry* 2003; 37: 641-56.
23. Patel A, Knapp M, Henderson J, Baldwin D. The economic consequences of social phobia. *J Affect Disord* 2002; 68: 221-33.

---

Vladimir Janjic  
Klinika za psihijatriju, KC Kragujevac  
Zmaj Jovina 30, 34000 Kragujevac  
tel 034300320 fax 034300320  
vladadok@yahoo.com

# OSETLJIVOST NA ANKSIOZNOST

Tatjana Vukosavljević-Gvozden<sup>1</sup>  
Borjanka Batinić<sup>1,2</sup>  
Ivana Peruničić<sup>3</sup>

- 1 Filozofski fakultet, Odeljenje za psihologiju, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija
- 2 Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija
- 3 Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Članak je prikazan kao usmeno saopštenje na XL Edukativnom simpozijumu Klinike za psihijatriju, Kliničkog centra Srbije pod nazivom: "Spektar anksioznih poremećaja – izazov savremenog doba" održanog od 26 do 26 oktobra 2012. u Beogradu

## Kratak sadržaj

**Uvod:** Osetljivost na anksioznost je strah od anksioznosti zasnovan na uverenju da anksioznost ima oštećujuće fizičke, psihološke i socijalne posledice. Mnogobrojna istraživanja ukazuju da ova osetljivost predstavlja značajan faktor rizika za razvoj anksiozne i druge patologije. Najčešće korišćena mera konstrukta osetljivosti na anksioznost jeste verzija od 16 stavki Indeksa osetljivosti na anksioznost (ASI).

**Cilj:** Osnovni cilj ove studije jeste da pruži inicijalnu psihometrijsku evaluaciju Indeksa osetljivosti na anksioznost na srpskom uzorku, koja je do sada izostala. Uključeni su ispitivanje pouzdanosti, faktorska analiza, poređenje kliničke i nekliničke grupe prema stepenu osetljivosti na anksioznost, i utvrđivanje da li osetljivost na anksioznost predviđa crtu anksioznosti.

**Metod:** Uzorak čine dve grupe ispitanika: klinička grupa (N=104) kod koje je dijagnostikovao neki od anksioznih poremećaja i neklinička grupa (N=102) koja je sa prethodnom ujednačena po polu i uzrastu. Većina ispitanika u uzorku (70.4%) je ženskog pola, prosečnog uzrasta 36.23 (SD=9.47). Zadati su Indeks osetljivosti na anksioznost i Spilbergerov inventar anksioznosti kao crte.

**Rezultati:** Rezultati ukazuju da je Kronbahov alfa koeficijent za skalu u celini veoma visok (vrednost alfe 0.923). Dobijena je trofaktorska struktura koju čine strahovi u vezi sa fizičkim, psihološkim i socijalnim aspektima anksioznosti i ustanovljen jedan faktor višeg reda. Takođe je utvrđena značajna razlika između kliničkog i nekliničkog uzorka na celoj skali, kao i na svakom faktoru. Regresiona analiza pokazala je da fizička i psihološka zabrinutost predstavljaju značajan prediktor crte anksioznosti dok socijalna zabrinutost nema udela.

**Zaključak:** Karakteristike Indeksa osetljivosti na anksioznost koje su ustanovljene u našoj sredini odgovaraju nalazima prethodno obavljenih studija u inostranstvu. Ovaj instrument predstavlja adekvatnu meru ovog konstrukta u našoj populaciji tako da se može koristiti u kliničkom setingu i daljim istraživanjima.

**Ključne reči:** osetljivost na anksioznost, anksioznost



## UVOD

Značaj straha od straha (ili anksioznosti) uvideli su terapeuti različitih škola. Primera radi, rani psihoanalitičari [1], baš kao i kognitivno-bihejvioralni terapeuti decenijama kasnije [2] u svojim studijama slučajeva ukazuju da anksiozne osobe teže da razviju strah od neprijatnih aspekata anksioznosti, što pogoršava njihovo stanje i čini ih još disfunkcionalnijim. Razrađenih objašnjenja straha od straha ima ipak manje od kliničkih vinjeta.

Prvi skup koherentnih postavki potiče od Elisa [3] tvorca Racionalno-emotivne bihejvioralne terapije (REBT), koja zagovara stav da osoba doživljava emocije i ima bihejvioralne i kognitivne tendencije u zavisnosti od sistema uverenja a ne kao direktnu posledicu događaja. Disfunkcionalna osećanja i ponašanja (kao na primer anksioznost, depresija i sl.) čine tzv. “primarni emocionalni poremećaj” koji nastaje ukoliko osoba na iracionalan način procenjuje spoljašnje i unutrašnje događaje. Ljudi su samorefleksivni i kontinuirano misle o svojim mislima, osećanjima i ponašanjima. Ukoliko postojeća disfunkcionalna osećanja i ponašanja osoba evaluira kroz prizmu iracionalnih uverenja (na primer, da ih ne sme imati, da je užasno i nepodnošljivo ako se to desi i sl.), kreirće time novi poremećaj koji pogoršava kliničku sliku. On se u REBT-u naziva “sekundarnim emocionalnim poremećajem”, a njegovi tipični primeri su strah povodom straha, stid povodom straha, depresija povodom depresije, itd.

Unutar Kognitivne terapije Klark [4] je razvio uži model specifično vezan za nastanak i održavanje paničnih napada u kome ključno mesto imaju katastrofične interpretacije neobičnih ili neočekivanih telesnih senzacija. Ovaj model pretpostavlja da osobe koje su imale panični napad imaju tendenciju da uobičajene simptome anksioznosti interpretiraju na katastrofičan način jer ih opažaju kao znak fizičke ili psihičke bolesti od kojih će “poludeti ili umreti”. Ovakva interpretacija dovodi do pobuđenosti organizma i anksioznosti koja je povezana sa pojavom novih telesnih simptoma anksioznosti. Na ovaj način dolazi do pojave “začaranog kruga”: fizički simptomi ? katastrofične interpretacije ? pojačana anksioznost ? panika ? pojačani fizički simptomi › pojačana anksioznost ? panika. Osobe koje imaju tendenciju katastrofičnog interpretiranja postaju izraženo hipersenzibilne i usmerene na telesne procese. U stalnoj potrazi za simptomima oni postaju svesni senzacija koje drugi ljudi i ne primećuju.

Treći skup postavki o strahu od straha razvili su Rajs i MekNeli [5] koji su ovu pojavu razumeli preko dve komponente: očekivanja anksioznosti i osetljivosti na anksioznost. Očekivanja anksioznosti je primarno proces učenja u kome je osoba naučila da dati stimulus izaziva anksioznost/strah. Osetljivost na anksioznost, u kojoj postoje značajne individualne razlike, sa drži uverenje da iskustvo anksioznosti/straha ima oštećujuće fizičke, psihološke ili socijalne konsekvence. Primera radi, osoba može verovati da je ubrzan rad srca znak pretećeg infark-



ta, da može poludeti usled jake uznemirenosti ili da će naići na socijalnu osudu ukoliko pocrveni pred drugima. Osetljivost na anksioznost povećava budnost na stimulse koji signaliziraju mogućnost da će osoba postati anksiozna, brigu povodom anksioznosti i motivaciju da se izbegnu stimulusi koji provociraju anksioznost. Tako, postoje značajni nalazi da strah od anksioznosti može održavati začarani krug u kome prethodno postojeća uverenja o fiziološkom uzbuđenju (i sličnim pratećim znacima anksioznosti) predisponiraju osobu da odgovori strahom na te reakcije, što vodi povećanju doživljaja anksioznosti.

Postavke Rajsa i MekNelija [5] pokrenule su veliki broj empirijskih istraživanja i izvan oblasti paničnog poremećaja, koja su rezultirala nizom značajnih nalaza. Istraživanja ukazuju da je osetljivost na anksioznost crta ličnosti koja je različita od crte anksioznosti [6]. Ona predstavlja značajan faktor vulnerabilnosti za poremećaje anksioznosti, posebno za panični poremećaj [7], posttraumatski stresni poremećaj [8], hipohondrijazu [9] kao i za bolesti zavisnosti [10], major depresivni poremećaj [11], hronični bol [12], itd. U njenom nastanku značajnu ulogu igraju i genetski i sredinski faktori [13],[14]. Iako je reč o crti koja je stabilna tokom vremena, ona se može ublažiti adekvatnim psihološkim tretmanom [15].

Najčešće korišćena operacionalizacija konstrukta osetljivosti na anksioznost kod odraslih jeste verzija od 16 stavki Indeksa osetljivosti na anksioznost (Anxiety Sensitivity Index, ASI)

[16]. U cilju unapređivanja ovog instrumenta razvijene su tri druge verzije: Indeks osetljivosti na anksioznost–revidiran (Anxiety Sensitivity Index–Revised, ASI-R) [17], Profil osetljivosti na anksioznost (Anxiety Sensitivity Profile, ASP) [18] i Indeks osetljivosti na anksioznost–3 (Anxiety Sensitivity Index–3, ASI-3) [19]. Psihometrijske karakteristike i faktorske analize ovih skala još uvek su predmet istraživanja, tako da se za merenje osetljivosti na anksioznost i dalje najčešće koristi prvobitan instrument.

Istraživanja psihometrijskih osobnosti Indeksa osetljivosti na anksioznost ukazala su na dobru unutrašnju konzistentnost (od .82 do .93) i .71 test-retest pouzdanost tokom perioda od 3 godine [20]. Korelacije između ASI i Spilbergerovog Inventara anksioznosti crta-stanje [21] kreću se od .40 do .60 [6], [22], dok su korelacije između ASI i Bekovog inventara depresije [23] oko .41 [24]. Ovi rezultati pružaju podršku opštoj validnosti skale.

Faktorska struktura ASI ekstenzivno je istraživana i već dugo predstavlja predmet diskusije [25], [26], [27], [28]. Iako je osetljivost na anksioznost definisana kao unitarni konstrukt, empirijske studije ukazuju na hijerarhijski organizovanu, multidimenzionalnu strukturu koja se sastoji od jednog faktora višeg reda i određenog broja faktora nižeg reda o čijem broju ne postoji potpuna saglasnost [29]. Većina studija izveštava o trofaktorskom rešenju koje čine Fizička zabrinutost, Psihološka zabrinutost i Socijalna zabrinutost [7], [29], [30], [31]. Faktor Fizička zabrinutost čine strahovanja od fizičkih

simptoma povezanih sa anksioznošću (na primer, “Uplašim se kada mi srce ubrzo lupa”), tako da je snažno povezan sa paničnim poremećajem [30]. Faktor Psihološka zabrinutost čine strahovanja povezana sa mentalnim manifestacijama anksioznosti (na primer, “Kada sam uznemiren brinem da bih mogao biti mentalno bolestan”) koja predstavljaju nespecifičnu meru agitiranosti [27]. Faktor Socijalna zabrinutost čine strahovanja da se simptomima anksioznosti mogu primetiti u javnosti (na primer, “Važno mi je da ne izgledam uznemireno”) koja su povezana socijalnom fobijom [30]. Mnoge studije ukazuju da treći faktor ima relativno nisku unutrašnju konzistentnost i da objašnjava najmanji procenat varijanse osetljivosti na anksioznost [31], verovatno stoga što se sastoji samo od dve tvrdnje. Iako je faktorska struktura stabilna na uzorcima muškaraca i žena, [32] potrebna su ipak dalja istraživanja da bi se utvrdilo da li su faktorske strukture koje se dobijaju u ovim poduzorcima kongruentne [33].

## CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Karakteristike Indeksa osetljivosti na anksioznost istražene su u velikom broju zapadnih zemalja, ali je do danas napravljeno samo jedno ekstenzivno istraživanje u zemljama Istočne Evrope. Reč je o istraživanju u Hrvatskoj koje je utvrdilo da je ASI u toj sredini pouzdana i validna mera senzitivnosti na anksioznost [34]. Cilj ove studije je da pruži inicijalnu psihometrijsku evaluaciju mere osetljivosti na anksioznost na srpskom uzorku. Ona uključuje is-

pitivanje pouzdanosti i faktorske strukture instrumenta i njegove povezanosti sa crtom anksioznosti, kao i poređenja kliničke i nekliničke grupe prema stepenu osetljivosti na anksioznost.

## METOD

### *Uzorak*

Uzorak čini 206 ispitanika podeljenih u dve grupe: kliničku (N=104) i nekliničku (N=102). Većina ispitanika u uzorku (70.4%) je ženskog pola (u kliničkom uzorku 75.5%, a u nekliničkom 65.6%). Prosečan uzrast ispitanika iznosi 36.23 (SD=9.47, Min 26, Max 60). Kliničku grupu čine pacijenti dijagnostikovani kao poremećaj anksioznosti prema kriterijumima MKB-10 klasifikacije uključujući panični poremećaj (56%), generalizovani anksiozni poremećaj (23%), posttraumatski stresni poremećaj (12%), socijalnu fobiju (6%) i druge fobije (3%). Isključujući kriterijumi za kliničku grupu bili su istovremeno prisustvo poremećaja iz grupe poremećaja raspoloženja, psihotičnih poremećaja, bolesti zavisnosti i psiho-organskog sindroma. Neklinički uzorak je prigodan, ispitanici su sakupljeni u nekoliko beogradskih preduzeća. Kriterijum za njihovo uključivanje u studiju bio je odsustvo psihijatrijskog tretmana. Uzorak je ujednačen po polu (hi kvadrat=2.463; neznačajno) i po uzrastu (t=0.942; neznačajno).

### *Procedura*

Klinički uzorak je sakupljan tokom 2011. i 2012. godine u Udruženju za podršku ljudima sa neurozom “Herc”

u Beogradu i Klinici za psihijatriju KCS. Ispitanici su prethodno prošli temeljnu psihološku procenu obavljenu od strane psihologa, nakon koje su izdvojeni oni koji zadovoljavaju kriterijume za anksiozne poremećaje. Neklinički uzorak je sakupljan tokom 2011. godine od strane nezavisnog ispitivača. Svi ispitanici su pre početka testiranja popunili formular o dobrovoljnom i informisanom učešću u ispitivanju.

### *Instrumenti*

*Indeks osetljivosti na anksioznost (ASI)* [16]. ASI je skala samoprocene koja se sastoji od 16 stavki koje mere strah od simptoma anksioznosti na petostepenoj Likertovoj skali procene. Raspon totalnog skora iznosi od 0 do 64. U uzorcima iz različitih zemalja Evrope i SAD-a aritmetičke sredine variraju od 14,2 do 22,5, sa aritmetičkom sredinom od oko 19 ( $M=19,01$ ;  $SD=9,11$ ) [35]. Skorovi iznad 25 sugerišu „moguće probleme“, a skorovi iznad 30 mogu ukazati na dijagnozu paničnog poremećaja, agorafobije, PTSD, ili druge značajne psihopatologije [35]. Na našem uzorku skala u celini se pokazala veoma visoko pouzdanom - Kronbahov alfa koeficijent pouzdanosti iznosi 0.923. Takođe su sve

stavke pokazale veoma visoku pouzdanost.

*Inventar crte anksioznosti (STAI-T)* [21]. Spilbergerov inventar je razvijen za procenu dva povezana ali različita konstrukta: crte i stanja anksioznosti. Pošto smo u ovoj studiji primarno zainteresovani za stabilne razlike u anksioznosti, a ne za procenu stepena anksioznosti u trenutku popunjavanja upitnika, korišćena je samo skala koja meri crtu anksioznosti. STAI-T se sastoji od 20 stavki koje mere opšti nivo anksioznosti klijenta na četvorostepenoj Likertovoj skali procene. Na našem uzorku skala u celini se pokazala veoma visoko pouzdanom - Kronbahov alfa koeficijent pouzdanosti iznosi 0.951. Takođe su sve stavke pokazale veoma visoku pouzdanost.

## REZULTATI

Vrednosti osnovne deskriptivne statistike za Indeks osetljivosti na anksioznost i Spilbergerov inventar crte anksioznosti prikazani su u Tabeli 1.

Na osnovu faktorske analize stavki ASI, metodom glavnih komponenti, Promaks rotacijom izolovali smo tri faktora koji objašnjavaju 63.082% varijanse: 1. Fizička zabrinutost (objašnjava 47.23% varijanse); 2. Psihološka zabrinutost (ob-

<b>Tabela 1: Aritmetičke sredine i standardne devijacije za ASI i STAI-T</b>						
<b>Table 1: Mean and Standard Deviations for ASI and STAI-T</b>						
	Ceo uzorak		Klinički		Neklinički	
	AS	SD	AS	SD	AS	SD
ASI	24.43	13.75	31,29	13,23	17,43	10,37
STAI-T	45.70	12.38	52,94	9,91	38,32	10,10

ASI – Indeks osetljivosti na anksioznost (Index anxiety sensitivity), STAI-T – Inventar stanja i crte anksioznosti - crta (Stait-Trait Anxiety Inventory - trait)

jašnjava 9.12% varijanse); 3. Socijalna zabrinutost (objašnjava 6.64% posto varijanse). U Tabeli 2 prikazana je matrica sklopa izolovanih faktora.

Faktori međusobno koreliraju u opsegu od .457 do .607. Oni snažno konvergiraju ka zajedničkom faktoru, pri čemu je faktor drugog reda najviše zasićen faktorom fizička zabrinutost što je prikazano u Tabeli 3.

Unutrašnja konzistentnost trofaktor-skog modela proveravana je izračunavanjem Kronbahovih alfa koeficijenata. Za skalu u celini alfa koeficijent iznosi

0.923, a za izolovane faktore vrednosti su nešto niže, što je prikazano u Tabeli 4:

Rezultati t-testa u analizi razlika po faktorima ASI i STAI-T u odnosu na pripadnost grupi (klinička i neklinička) prikazani su u Tabeli 5. Rezultati pokazuju da se klinički uzorak statistički značajno razlikuje po svim faktorima ASI i skoru na STAI-T u odnosu na neklinički uzorak. Vrednosti AS pokazuju da klinički uzorak postiže veće skorove na svim merama.

U analizi povezanosti i objašnjenju crte anksioznosti faktorima ASI koristili smo hijerarhijsku regresionu analizu.

**Tabela 2: Matrica sklopa**  
**Table 2: Pattern Matrix**

	Faktori		
	1	2	3
ASI9 Kada primetim da mi srce ubrzano lupa, brinem da ću možda dobiti srčani udar	.900		
ASI6 Uplašim se kada mi srce ubrzano lupa	.891		
ASII0 Uplašim se kada ostanem bez daha	.867		
ASII1 Kada mi je stomak uznemiren, brinem da bih mogao biti ozbiljno bolestan	.861		
ASI4 Uplašim se kada počne da mi se vrti u glavi	.723		
ASI8 Uplašim se kada mi je muka u stomaku	.714		
ASI14 Neobični telesni simptomi me plaše	.621		
ASI3 Uplašim se kada počnem da drhtim	.604		
ASI7 Sramota me je kada mi stomak krči	.406		
ASII2 Uplašim se kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak		.902	
ASI2 Kada ne mogu da se skoncentrišem na zadatak, brinem da ću skrenuti s uma		.862	
ASII3 Drugi ljude primete kada drhtim		.743	
ASII5 Kada sam uznemiren, brinem da bih mogao biti mentalno bolestan	.366	.521	
ASII6 Plašim se kada sam uznemiren	.335	.508	
ASI5 Važno mi je da imam kontrolu nad svojim osećanjima			.914
ASII1 Važno mi je da ne izgledam uznemireno			.865

Koficijent multiple korelacije između kriterijumske varijable STAI-T i prediktora faktora ASI iznosi:  $R = 0.737$ ;  $R^2 = 0.543$ ;  $R^2(\text{korigovano}) = 0.536$ ;  $F(3, 202) = 79.952$ ;  $p < 0.000$ . Analiza beta pondera pokazuje da je najveća vrednost pridružena faktoru psihološke zabrinutosti, a zatim fizičke zabrinutosti. Socijalna zabrinutost nije pokazala značajan doprinos u objašnjanju STAI-T što se vidi iz Tabele 6. Obična linerana korelaci-

ja pokazuje značajnu povezanost faktora socijalne zabrinutosti i STAI-T, ali analiza parcijalnih i part korelacija, ukazuje da je ta veza pod uticajem međusobnih korelacija faktora ASI.

## DISKUSIJA

U ovoj studiji napravili smo inicijalno ispitivanje psihometrijskih karakteristike Indeksa osetljivosti na anksioznost (ASI)

<b>Tabela 3: Korelacije faktora ASI sa faktorom drugog reda</b>	
<b>Table 3: Factor correlations with higher order factor</b>	
	Faktor drugog reda
Fizička zabrinutost	.949**
Psihološka zabrinutost	.810**
Socijalna zabrinutost	.611**

\*\* Korelacija je značajna na nivou 0.01

<b>Tabela 4: Pouzdanost tro-faktorskog modela</b>	
<b>Table 4: Reliability for a three-factor model</b>	
	Alfa koeficijent
Fizička zabrinutost	0.892
Psihološka zabrinutost	0.835
Socijalna zabrinutost	0.710

<b>Tabela 5: Razlike po grupama u odnosu na faktore ASI i crte anksioznosti</b>							
<b>Table 5: Group differences for ASI factors and trait of anxiety</b>							
	Klinički		Neklinički		t	df	p
	AS	SD	AS	SD			
Fizička zabrinutost	.501	.947	-.511	.770	8.408	204	.000
Psihološka zabrinutost	.367	1.049	-.374	.791	5.712	204	.000
Socijalna zabrinutost	.315	.976	-.321	.923	4.801	204	.000
STAI-T	52.94	9.907	38.316	10.103	10.491	204	.000

STAI-T – Inventar stanja i crte anksioznosti - crta (Stait-Trait Anxiety Inventory - trait)

u našoj sredini. Utvrđeno je da karakteristike ovog instrumenta na našem uzorku odgovaraju nalazima prethodno obavljenih studija u inostranstvu.

Prvo, srednje vrednosti na skali za klinički i neklinički uzorak odgovaraju vrednostima koje nalazimo u zemljama zapadne Evrope i SAD-a [35], [36]. Pored toga srednja vrednost na skali za neklinički uzorak odgovara nalazima na hrvatskoj populaciji koja nam je kulturno sličnija od ostalih [34].

Drugo, rezultati faktorske analize ukazuju na trofaktorsku strukturu sa jednim faktorom višeg reda, što je takođe u skladu sa rezultatima prethodnih istraživanja [29], [30], [31], [34]. Prvi faktor je nazvan fizička zabrinutost pošto sadrži strahovanja od somatskih senzacija kao što su ubrzani rad srca, problemi sa disanjem, stomachne tegobe, vrtoglavica i sl. (na primer, “Kada primetim da mi srce ubrzano lupa, brinem da ću možda dobiti srčani udar”). Drugi faktor je nazvan psihološka zabrinutost pošto sadrži strahovanja od gubitka kognitivne kontrole, teškoće u koncentraciji, pamćenju i sl. (na primer, „Uplašim se kada ne mogu da se koncentrišem na zadatak”). Treći faktor nazvan je socijalna zabrinutost pošto sadrži strahovanja od vidljivih simptoma anksioznosti i mogućih negativnih reakcija okoline (na primer, “Va-

žno mi je da ne izgledam uznemireno”). Pouzdanost prva dva faktora (alfa koeficijenti .892 i .835), kao i skale u celini (alfa koeficijent .923), u samom je vrhu vrednosti alfa koeficijenata koji su ustanovljeni u drugim studijama, dok je pouzdanost trećeg faktora (alfa koeficijent .71) veća nego u drugim studijama u kojima se kreće od .36 do .53 [30], [31], [34].

Klinički poduzorak u poređenju sa nekliničkim ima značajno izraženiju osetljivost na anksioznost na skali u celini, kao i na svim faktorima, što je u skladu sa teorijskim postavkama [5], i nalazima prethodnih studija [37]. Ova razlika sugerise da ispitanici sa anksioznom patologijom imaju izraženiji strah od anksioznosti i njenih simptoma tj. da razvijaju anksioznost kao odgovor na sopstvene anksiozne simptome.

Rezultati regresione analize u ovoj studiji pokazuju da strahovi od somatskih senzacija i gubitka kognitivne kontrole predstavljaju značajne prediktore anksioznosti kao crte. Ovaj nalaz se može lako razumeti u svetlu Rajsovih teorijskih postavki [5] po kojima osetljivost na anksioznost igra značajnu ulogu u razvoju anksioznosti. Naime, osobe sa povišenom osetljivošću na anksioznost pogrešno interpretiraju različite somatske senzacije i psihološke simptome ank-

**Tabela 6: Regresioni model povezanosti faktora ASI sa crtom anksioznosti**  
**Table 6: Regression model of correlations of ASI factors and trait of anxiety**

Zavisna varijabla: STAI-T	Beta	t	p	Linearna korelacija	Parcijalna korelacija	Part korelacija
Fizička zabrinutost	.289	4.700	.000	.613	.314	.224
Psihološka zabrinutost	.490	7.800	.000	.694	.481	.371
Socijalna zabrinutost	.058	1.033	.303	.432	.073	.049

STAI-T – Inventar stanja i crte anksioznosti - crta (Stait-Trait Anxiety Inventory - trait)

sioznosti kao pretnju, verujući da će nakon njih uslediti negativne posledice što vodi stvaranju i/ili održavanju anksioznosti. Nalazi su takođe u skladu sa postavkama Racionalno-empativne bihevioralne terapije o sekundarnom emocionalnom poremećaju [3] tj. o strahu od strana koji biva kreiran užasavanjem i nepodnošenjem vlastitog straha, kao i sa postavkama Klarkovog [4] modela paničnog poremećaja koji unutar Kognitivne terapije ukazuje na ključnu ulogu katastrofičnih interpretacija telesnih senzacija u razvoju paničnih napada.

Za razliku od prva dva faktora, faktor socijalna zabrinutost nije se pokazao prediktorom crte anksioznosti. Iako obična linearna korelacija pokazuje značajnu povezanost ovog faktora i crte anksioznosti, dalje analize u kojima je ukonjena zajednička varijansa koju socijalna zabrinutost deli sa ostalim faktorima ASI, pokazuju da socijalna zabrinutost zapravo nema udela u objašnjenju crte anksioznosti. Drugim rečima, anksiozne osobe manifestuju socijalnu zabrinutost stoga što su zabrinute za fizičke i psihološke simptome, što je potrebno proveriti daljim istraživanjima.

Na kraju pomenimo i ograničenja ove studije vezane za prirodu primenjenih instrumenta i karakteristike uzorka. Instrumenti korišćeni u istraživanju spadaju u tzv. tehnike samoprocene koje su osetljive na pitnja verodostojnosti, davanja društveno poželjnih odgovora i slično. Klinički poduzorak u ovom istraživanju čini heterogena skupina ispitanika

koji se nalaze u različitim fazama tretmana, uz prisustvo ili odsustvo farmakoterapije, što značajno utiče na nivo anksioznosti i osetljivosti na anksioznost. Neklinički uzorak je prikupljan metodom prigodnog uzorka. Ukoliko želimo da povećamo poverenje u dobijene rezultate buduća istraživanja bi trebalo da se ozbiljnije pozabave pitanjima selekcije uzoraka, pre svega u sakupljanju homogene kliničke grupe koja ne uzima medikamente i nije na psihoterapiji/savetovanju. Uprkos ovim ograničenjima saglasnost dobijenih nalaza sa teorijskim postavkama i prethodnim istraživačkim nalazima je ohrabrujuća, tako da se nadamo da će oni stimulisati dalja istraživanja ove značajne teme u našoj sredini.

## ZAKLJUČAK

Istraživanje psihometrijskih karakteristika Indeksa osetljivosti na anksioznost govori u prilog tome da je ovaj instrument adekvatna mera ovog konstrukta u našoj sredini. Faktorska analiza ukazala je na tri faktora (fizička zabrinutost, psihološka zabrinutost i socijalna zabrinutost), koji se dobijaju i u većini stranih studija. Klinički poduzorak ima izraženiju osetljivost na anksioznost u odnosu na neklinički poduzorak na svim faktorima i skali u celini. Fizička i psihološka zabrinutost takođe predstavljaju prediktore crte anksioznosti. Gledano u celini, nalazi ove studije ohrabruju dalje korišćenje Indeksa osetljivosti na anksioznost u kliničkom setingu i istraživanjima u našoj sredini.



# ANXIETY SENSITIVITY

Tatjana Vukosavljević-Gvozden<sup>1</sup>  
Borjanka Batinić<sup>1,2</sup>  
Ivana Peruničić<sup>3</sup>

## Summary

**Introduction:** Anxiety sensitivity is fear of anxiety based on belief that anxiety has damaging physical, psychological and social effects. Numerous researches point to the fact that this sensitivity represents a significant risk factor for the development of anxious and other pathologies. The most often used measure of the construct of anxiety sensitivity is version of 16-item Anxiety Sensitivity Index.

**Objective:** This study aims to make initial psychometric evaluation of the Anxiety Sensitivity Index on a Serbian sample, which has not been carried out so far. Reliability testing, factor analysis, the comparison of a clinical and non-clinical group by anxiety sensitivity level and establishing whether anxiety sensitivity may predict trait anxiety are included.

**Method:** The sample comprises two groups of subjects: a clinical group (N=104) diagnosed with an anxiety disorder and a non-clinical group (N=102) of the same sex and age as the former. The majority of the subjects in the sample (70.4%) are female and their average age is 36.23 (SD=9.47). The Anxiety Sensitivity Index and Spielberger Trait Anxiety Inventory have been set.

**Results:** The results indicate that the Chronbach's alpha coefficient for the entire scale is very high (the value of alpha being 0.923). A three-factor structure composed of fears in relation to physical, psychological and social aspects of anxiety has been obtained and a higher-order factor has been established. Moreover, a significant difference between the clinical and the non-clinical sample has been observed on the entire scale as well as on each factor. Regression analysis has shown that physical concern and psychological concern are significant predictors of trait anxiety, while social concern does not play a part.

**Conclusion:** The characteristics of the Anxiety Sensitivity Index which have been established in our environment correspond to the results of studies previously carried out abroad. This instrument is an adequate measure of this construct in our population and thus it can be used in the clinical setting and further research.

**Key words:** anxiety sensitivity, anxiety

- 1 Department of psychology, Faculty of Philosophy, University of Belgrade, Belgrade, Serbia
- 2 Clinic for Psychiatry, Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia
- 3 Institute of mental health, Belgrade, Serbia



## Literatura:

1. Fenichel O. *Psychoanalytic Theory of the Neuroses*. New York. Norton; 1945.
2. Beck AT, Emery G. *Cognitive Therapy of Anxiety and Phobic Disorders*. Philadelphia, Pa. Center for Cognitive Therapy; 1979.
3. Ellis A. The theory of rational-emotive therapy. In: Ellis A, Whiteley JM, editors. *Theoretical and Empirical Foundations of Rational-Emotive Therapy*. Brooks Cole Publishing Company; 1979. p.5-32.
4. Clark DM. A cognitive approach to panic disorder. *Behav Res Ther* 1986; 24:61-70.
5. Reiss S, McNally RJ (1985). Expectancy model of fear. In: Reiss S, Booty RR, editors. *Theoretical Issues in Behavior Therapy*. San Diego: Academic Press; 1985. p.107-121.
6. McWilliams LA, Cox BJ. How distinct is anxiety sensitivity from trait anxiety? A re-examination from a multidimensional perspective. *Pers Individ Differ* 2001; 31:813-818.
7. Taylor S, editor. *Anxiety Sensitivity: Theory, Research and Treatment of the Fear of Anxiety*. Mahwah, NJ. Erlbaum; 1999.
8. Taylor S. Anxiety sensitivity and its implications for understanding and treating PTSD. *J Cogn Psychot Int Quart* 2003; 17:179-186.
9. Watt MC, Stewart SH. Anxiety sensitivity mediates the relationships between childhood learning experiences and elevated hypochondriacal concerns in young adulthood. *J Psychosom Res* 2000; 49:107-118.
10. Otto MW, Safren SA, Pollack MH. Internal cue exposure and the treatment of substance use disorders: Lessons from the treatment of panic disorder. *J Anxiety Disord* 2004; 18:69-87.
11. Taylor S, Koch WJ, Woody S, McLean P. Anxiety sensitivity and depression: How are they related? *J Abnorm Psychol* 1996; 105:474-479.
12. Asmundson GJG. Anxiety sensitivity and chronic pain: empirical findings, clinical implications, and future directions. In: Taylor S, editor. *Anxiety Sensitivity: Theory, Research and Treatment of the Fear of Anxiety*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 1999. p.269-285.
13. Scher CD, Stein MB. Developmental antecedents of anxiety sensitivity. *J Anxiety Disord* 2003; 17:253-269.
14. Taylor S, Jang KL, Stewart SH, Stein, MB. Etiology of the dimensions of anxiety sensitivity: A behavioral genetic analysis. *J Anxiety Disord* 2008; 22:899-914.
15. Smits JAJ, Berry AC., Tart CD, Powers MB. The efficacy of cognitive-behavioral interventions for reducing anxiety sensitivity: A meta-analytic review. *Behav Res Ther* 2008; 46:1047-1054.
16. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behav Res Ther* 1986; 24:1-8 .
17. Taylor S, Cox BJ. Anxiety sensitivity: Multiple dimensions and hierarchic structure. *Behav Res Ther* 1998; 36:37-51.
18. Taylor S, Cox BJ. An expanded Anxiety Sensitivity Index: Evidence for a hierarchic structure in clinical sample. *J Anxiety Disord* 1998; 12:463-483.
19. Taylor S, Zvolensky MJ, Deacon B et al. Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychol assessment* 2007; 19:176-188.
20. Maller RG, Reiss S. Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987. *J Anxiety Disord* 1992; 6:241-247.
21. Spielberger CD. *Priručnik za Upitnik anksioznosti kao stanja i osobine ličnosti STAI [Stait-Trait Anxiety Inventory for Adults]*. Jastrebarsko, Croatia: Naklada Slap; 2000.

22. Isyanov EV, Calamari JE. Does stress perception mediate the relationship between anxiety sensitivity and anxiety and depression symptoms? *Anxiety Stress Copin* 2004; 17:153-162.
23. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Beck Depression Inventory—II Manual*. New York, NY: Harcourt Brace; 1996.
24. Smári J, Erlendsdóttir G, Björgvinsdóttir A, Ágústsdóttir VR. Anxiety sensitivity and trait-symptom measures of anxiety and depression. *Anxiety Stress Copin* 2003; 16:375-386.
25. Zinbarg RE, Brown TA, Barlow DH, Rapee RM. Anxiety sensitivity, panic, and depressed mood: A reanalysis teasing apart the contributions of the two levels in the hierarchical structure of the Anxiety Sensitivity Index. *J Abnorm Psychol* 2001; 110:372-377.
26. Deacon BJ, Abramowitz JS. Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2006; 20: 837-857.
27. Deacon BJ, Abramowitz JS, Woods CM, Tolin DF. The Anxiety Sensitivity Index—Revised: Psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples. *Behav Res Ther* 2003; 41:1427-1449.
28. Hinton D, Pich V, Safren S, Pollack M, McNally R. Anxiety sensitivity in traumatized Cambodian refugees: A discriminant function and factor analytic investigation. *Behav Res Ther* 2005; 43:1631-1643.
29. Rodriguez BF, Bruce SE, Pagano ME, Spencer MA, Keller MB. Factor structure and stability of the Anxiety Sensitivity Index in a longitudinal study of anxiety disordered patients. *Behav Res Ther* 2004; 42:79-91.
30. Zinbarg RE, Barlow DH, Brown TA. Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications. *Psychol assessment* 1997; 9: 277-284.
31. Zvolensky MJ, McNeil DW, Porter CA, Stewart SH. Assessment of anxiety sensitivity in young American Indians and Alaska Natives. *Behav Res Ther* 2001, 39:477-493.
32. van Widenfelt BM, Siebelink BM, Goedhart AW, Treffers PDA. The Dutch Childhood Anxiety Sensitivity Index: Psychometric properties and factor structure. *J Clin Child Adoles Psychol* 2002; 31:90-100.
33. Broman-Fulks JJ, Deacon BJ, Olatunji BO, Bondy CL, Abramowitz JS. Categorical or dimensional: A reanalysis of the anxiety sensitivity construct. *Behav Res Ther* 2010; 41:154-171.
34. Jurin T, Jokić-Begić N, Korajlija AL. Factor structure and psychometric properties of the Anxiety Sensitivity Index in a sample of Croatian adults. *Assessment* 2011; 4:145-157.
35. Peterson RA, Plehn K. Measuring anxiety sensitivity. In: Taylor S, editor. *Anxiety Sensitivity: Theory, Research, and Treatment of the Fear of Anxiety*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 1999. p.61-82.
36. Peterson RA, Reiss S. *Anxiety Sensitivity Index Revised Test Manual*. Worthington: OH:IDS Publishing Corporation; 1992.
37. Olatunji B, Wolitzky-Taylor K. Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: A meta-analytic review and synthesis. *Psychol Bull* 2009; 135:974-999.

---

Tatjana Vukosavljevic-Gvozden  
 Brace Jugovica 17, Beograd  
 tel: 060-0638-962  
 tvgvozde@f.bg.ac.rs

# RODNA I POLNA ANKSIOZNOST

Dragana Duišin<sup>1</sup>

Jasmina Barišić<sup>1</sup>

Srdjan Milovanović<sup>1,2</sup>

Gordana Nikolić-Balkoski<sup>1,2</sup>

Maja Pantović<sup>1</sup>

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

2 Medicinski fakultet, Univerzitet  
u Beogradu, Beograd, Srbija

## UVOD

Anksioznost je neprijatno stanje koje se karakteriše osećanjem stalne strepnje i straha da će se nešto strašno dogoditi. Ovu pojavu prati neprijatna fizička napetost celog tela i unutrašnji nemir. Osoba često ima osećaj da će "eksplodirati", da gubi kontrolu nad sobom, da će joj se desiti nešto "strašno". Anksiozna osoba je konstantno u stanju "iščekivanja", stalno je na oprezu, kao da joj se sprema

## KRATAK SADRŽAJ

Fenomenološki gledano anksioznost je ubikvitarni fenomen nezavistan od polnih i rodničkih odlika, kao i odlika identiteta (heteroseksualni, homoseksualni i transseksualni). Razlike su moguće u pogledu generatora odnosno trigerera anksioznosti, načina manifestovanja, coping strategija i sl.

Aktuelna teroretska polazišta prave značajnu distinkciju između polnog i rodničkog identiteta. Polni identitet određuju anatomske atributi, dok se rodni identitet odnosi na kontinuirani subjektivni doživljaj sopstvenog pola. Rod je direktno povezan sa rodnom ulogama koje su očekivane, nametnuta, usvojena društvena ponašanja polno diferencirana.

Rodni stresori su nezbežni, ali individualne coping strategije određuju stepen efikasnosti individualnog adaptacionog stila. Ne može se reći da žene ili muškarci imaju veći rizik za razvoj rodničkog poremećaja, naprotiv oba pola su podjednako osetljiva. Istraživanja u ovom domenu donela su saznanja o tome da ukoliko coping mehanizmi nisu efikasni, u borbi sa rodničkim stresorima, rezultat će biti hronična anksioznost koja kod žena povećava sklonost ka razvoju depresije, a kod muškaraca zloupotrebi psihoaktivnih supstanci (PAS).

**Glavne reči:** anksioznost, rod, pol, transeksualnost, homoseksualna panika

neka opasnost. Anksioznost predstavlja fuziju straha sa anticipacijom budućeg zla tj. doživljaj stalnog i produženog straha niskog intenziteta. Postaje patološka kada nema adekvatne potvrde za nju, kada je preteranog intenziteta ili prekomerno prolongirana, ili kada prouzrokuje odbrambene manevre koji se ozbiljno upliću s efikasnošću u životu osobe [1].

U Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10) [2] psihički poremećaji kod

kojih je anksioznost dominantan simptom klasifikovani su u grupu anksioznih poremećaja (F 41). Isti su, nadalje, svrstani u grupu neurotskih, stresom uslovljenih i somatoformnih poremećaja.

## RODNA ANKSIOZNOST

Postoji više tipova anksioznih poremećaja, a pojedini su uzrokovani pitanjima koja uključuju rod. Rodna anksioznost uključuje: rodni anksiozni poremećaj, poremećaj rodnog identiteta i konflikte rodnih uloga. Rodne uloge značajno su determinisane društvenim i kulturnim očekivanjima, jer predstavljaju normirana, tipizirana i u priličnoj meri dihotoma ponašanja koja su očekivana, poželjna u skladu sa polom. Neispunjavanje odnosno nezadovoljavanje tipiziranih "rodnih odrednica" u ponašanju može rezultirati ličnim doživljajem visokog stepena distresa, koji se manifestuje različitim nivoom i kvalitetom anksioznosti.

Rodni anksiozni poremećaj definisan je kao „opsesivna briga u arbitriranju oko granica između muškog i ženskog, koji može nastati još od perioda najranijeg detinjstva“. Ovakva definicija praktično se odnosi ne samo na individualni, već i na globalni sociološki plan u smislu preteranih očekivanja i brige vezane za način oblačenja, frizure, neretko način govora, gestikulacije, manire, izbor profesije, afiniteta i druge spolja vidljive muške i ženske „odrednice“. Rodno atribuiranje i očekivanja svakako ne bi trebali da imaju stresni kvalitet ukoliko se kao takvi ne ispunjavaju. Ipak, gotovo uvek i samo nošenje odeće tipične za muški pol od strane žena, učestalije ili gotovo isključivo druženje devojaka sa mladićima ili neka druga unakrsna rod-

na manifestacija dobijaju u socijalnom kontekstu negativnu atribuciju, kao što je na primer „muškarača“ ili „ženski Petko“.

Opis poremećaja rodnog identiteta daleko prevazilazi oznaku „muškarače“. Rodni nesklad u okviru ovog poremećaja odnosi se na nesklad subjektivnog doživljaja pripadnosti određenom polu (rod) i rodnog ponašanja sa jedne strane i socijalnih i kulturoloških očekivanja sa druge. Eskremni poremećaj rodnog identiteta (transseksualizam) uključuje slučajeve u kojima osoba ima iskustvo značajnog distresa povezanog sa rodnim odstupanjem ili rodnim neskladom. Rodna disforija rezultira iz nesklada sopstvenog pola i rodnog identiteta i predstavlja značajan psihološki diskomfor ili distres za osobu. Dva osnovna kriterijuma čije je prisustvo neophodno da bi se postavila dijagnoza ovog poremećaja su: insistiranje osobe na tome da ona zapravo jeste i pripada suprotnom polu i klinički dokazi o jasnom i snažnom diskomforu vezanom za sopstveni telesni pol na rođenju. Diskomfor uključuje odvratnost prema telesnim organima i želju da se hirurškim putem promene polni organi.

Rezultati istraživanja koje se bavi procenom prisutnost simptoma aktuelnog socijalnog distresa, anksioznosti i depresije u populaciji transeksualaca ukazuju da većina transeksualnih pacijenata, koji se obraćaju za promenu pola ima subkliničke nivoe socijalnog distresa, anksioznosti i depresije. Međutim, pacijenti koji su na supstitucionoj hormonskoj terapiji imaju značajno nižu učestalost anksioznih simptoma (čak 50%), u odnosu na transeksualne pacijente koji nisu započeli sa uzimanjem ove terapije. Iako rezultati studije ne predsta-

vljaju direktan dokaz za pozitivan uticaj hormonskog tretmana kod transeksualaca, svakako da iniciranje ovog tretmana može rezultirati boljim mentalnim zdravljem ovih pacijenata [3].

Rodne uloge predstavljaju set faktora koji uključuju tradiciju, religiju, društvene norme i kulturu. Većina ovih uloga se individualno inkorporira u detinjstvu. Ukoliko se tokom maturacije javi individualno uverenje o neispunjavaju očekivane rodne uloge ovo može rezultirati razvojem konflikata i porastom anksioznosti (konflikti rodni uloga). Tradicionalne maskuline uloge uključuju asertivnost, nezavisnost i ambicioznost, dok feminine uključuju pasivnost, zavisnost i lepotu (estetiku).

Rezultati jedne studije koja se bavila procenom odnosa roda, orijentacije rodne uloge (maskulnost naspram femininosti), samopoštovanja i simptoma anksioznosti u populaciji adolescenata pokazali su da maskulnost negativno korelira sa simptomima anksioznosti, dok femininost korelira pozitivno. Orijehtacija rodne uloge igrala je značajniju ulogu na nivo anksioznosti u zavisnosti od pola i samopoštovanja. Istovremeno, studija je pokazala da samopoštovanje predstavlja medijator između femininosti (ali ne i maskulnosti) i ukupne anksioznosti. Slično ranijim istraživanjima koja su se bavila populacijom dece, rezultati podržavaju teoriju rodni uloga kao deo tumačenja za disparitet u simptomima anksioznosti među polovima kod adolescenata [4].

Istraživanja vezana za rodne razlike u strahu kod dece pokazuju da su devojčice plašljivije od dečaka, što se objašnjava značajem rodne orijentacije ili rodni očekivanjima. Studija je ispitivala odnos između rodne orijentacije (maskulnost

vs. femininost) i intenziteta straha/strepnje kod dece sa anksioznim poremećajima. Rezultati su pokazali da je maskulnost negativno povezana sa ukupnom strepnjom kao i specifičnim strahovima od neuspeha i kritike, medicinski strahovima i strahom od nepoznatog. Nasuprot tome, nije evidentiran odnos između ženstvenosti i strepnje. Ovi rezultati ukazuju da orijentacija rodne uloge, naglašeno muževnost, može igrati ulogu u razvoju i/ili održavanju strepnje kod dece, a time usloviti nastank anksioznosti i posledično anksioznih poremećaja [5].

Svedoci smo tekstova u medijima vezanim za odrastanje dece koji su fokusirani na rodni stereotipima. Medijsku senzaciju tokom prošle godine privukao je jedan bračni par iz Toronta koji je pokušao da svoje dete odgaja kao "rodno neutralno". Namera roditelja je bila da svojim vaspitni stilom u odgoju njihovo dete izbegne socijalno striktno i rigidno rodno normiranje. Rodni stereotipi mogu biti doživljeni kao izvestan pritisak (kako emocionalni tako i sazajni), međutim rodno-neutralno odrastanje deteta ipak nije adekvatno rešenje [6].

Grupa kanadskih autora je u svojoj studiji testirala hipotezu da je povišena separaciona anksioznost u detinjstvu povezana sa tipično femininim ponašanjem i identitetom. Ispitanici su bili homoseksualne i heteroseksualne osobe. Heteroseksualni muškarci bili su izloženi značajno nižim nivoima separacione anksioznosti u detinjstvu u odnosu na sve ispitivane grupe. Rodna atipičnost u detinjstvu bila je značajno pozitivno povezana sa separacionom anksioznošću u grupi homoseksualni muškaraca, ali ne i u ostalim ispitivanim grupama [7].

Još jedna od studija koja se bavila procenom prisustva stalni elementa

separacione anksioznosti kod dečaka kod kojih je evidentiran poremećaj rodnog identiteta ukazuje da klasična definicija poremećaja separacione anksioznosti nije potvrdila značajnu povezanost sa poremećajem rodnog identiteta. Međutim, sa primenom liberalnije definicije ovog poremećaja separaciona anksioznost je značajno češća u grupi dečaka koji ispunjavaju kriterijume za poremećaj polnog identiteta, nego u grupi onih koji ove kriterijume ispunjavaju samo delimično. Rezultati ukazuju da dečaci sa poremećajem rodnog identiteta pokazuju visoku stopu osobina karakterističnih za osobe sa separacionom anksioznošću. Svakako da razlozi ove povezanosti zahtevaju dodatne empirijske provere [8].

## POLNA ANKSIOZNOST

Uobičajeni stereotip je da se žene smatraju osobama koje više brinu, u odnosu na muškarce koji manje osećaju stres i zabrinutost. U skladu sa tim, istraživanja su pokazala da žene imaju najmanje dva puta veću verovatnoću obolevanja od anksioznih poremećaja [9, 10]. Ovakve polne razlike su potvrđene internacionalno i transkulturalno, implikujući neku vrstu biološke razlike među polovima kada su u pitanju ovi poremećaji. Koji su razlozi za to? Dosadašnja istraživanja sugerišu na postojanje socijalnih, psiholoških i bioloških faktora koji bi mogli objasniti ovu činjenicu. Brojni su primeri socijalnih i kulturoloških faktora, kao što su: očekivanja od žena u vezi sa venčanjem, formiranjem porodice, imanjem i negovanjem potomstva, odgovornost vezana za majčinstvo, očekivanja da pomažu drugima i da preuzimaju rešavanje

njihovih problema. U velikom broju slučajeva ovo često vodi zanemarivanju ličnih potreba žene, što može biti generator anksioznosti. Brojni eksperti naglašavaju da zbog generalno manje agresivnosti koje poseduju, žene često suprimiraju svoj stres, koji se vremenom povećava dok ne postane vidljiv kroz anksiozne simptome. Takođe, određene fizičke i biološke promene kod žena mogu doprineti njihovoj anksioznosti. Na primer, muškarci nemaju iskustva sa promenom raspoloženja koja se javljaju pod uticajem faktora kao što je menstrualni ciklus, trudnoća i menopauza.

Žene i muškarci se u pogledu adaptacionog stila i koping strategije u odnosu na anksioznost bitno razlikuju. Žene uglavnom traže savet, molitvu ili ventilaciju, dok se muškarci generalno okreću fizičkim rasterećenjima, kao što su rad ili sportske aktivnosti. Dodatno, zapadna kultura neguje anksioznost vezanu za radnu performansu, uspešnosti i lepotu, dok druge kulture više naglašavaju brigu oko religioznih tema ili porodičnih iskustava. Žene mnogo više brinu oko porodičnih, zdravstvenih, finansijskih i drugih tema. Istraživanja pokazuju da su žene više naklonjenije razvoju negativnih emocija, samo-kriticizmu i beskrajnim ruminacijama u vezi sa problemima.

Žene koriste veći broj strategija za regulaciju emocija, ali su ove strategije na sličan način povezane sa psihopatološkim fenomenima kod muškaraca i žena. Učestalije verbalno pražnjenje koje se sreće kod žena delimično je povezano sa većom stopom depresije i anksioznosti u ovoj populaciji. Sa druge strane, sklonost muškaraca ka upotrebi alkohola kao strategije za regula-



ciju emocija može biti u vezi sa većom stopom zloupotrebe alkohola nego što je to slučaj kod žena [11]. Rezultati pojedinih istraživanja podvlače značaj polnih razlika u anksioznim poremećajima, i to u vidu značajno više prevalence u žena praćene visokim stepen invaliditeta [12].

Nekoliko skorijih studija na animalnom modelu ukazuje da hormonske razlike među polovima žene čine biološki mnogo sklonijim da razviju anksioznost od muškaraca. Naime, pokazalo se da viši nivo testosterona umanjuje nivo anksioznosti, kao i da je odgovor CNS-a na nivo stresa različit među polovima (ćelije ženskog mozga su osetljivije na stres hormon i manje adaptibilne na isti). Ipak, stepen značaja bioloških faktora za razvoj anksioznosti kod ljudi još uvek nije dovoljno jasan [13]. Prednost animalnih modela je prilika za kontrolu polno specifičnih varijabli koje mogu doprineti polnim razlikama u prezentaciji simptoma, njihovoj učestalosti i terapijskom odgovoru u okviru psihijatrijskih poremećaja. Polne razlike mogu biti prozor koji pruža nove perspektive bioloških mehanizama afektivnih bolesti.

Jedan od moderatora emocionalnog reagovanja tokom adolescencije je poplava hormona koja izaziva prenapregnuto ispoljavanje emocija dečaka i devojčica. Ipak, razlika u vaspitanju konačno modelira njihove emocionalne reakcije. Roditelji se različito odnose prema emocionalnim izlivima dečaka i devojčica. Iz ugla socijalizacije postoji znatan broj dokaza da male devojčice koje ispoljavaju stid ili anksioznost bivaju podstaknute na to, dok mali dečaci koji se na isti način ponašaju mogu čak biti i kažnjavani zbog toga. Rodite-

lji ohrabruju dečake da trpe neprijatnosti i bolove i pokažu snagu i hrabrost, dok devojčice u istim situacijama teše. Ova formativna veza između emocionalnih izliva i poljubaca od strane majki predisponira devojčice da reaguju na neprijatne situacije "negativnim" osećanjima, kao što je na primer anksioznost kasnije tokom života. Osim toga, kulturalne pristrasnosti vezane za veću sposobnost dečaka od devojčica, navode roditelje da podstiču sinove da ispoljavaju hrabrost i da se konfrontiraju strahovima, dok ćerke bivaju češće prezaštićene od životnih izazova. Uobičajeno je da ukoliko devojčica pokaže strah dobija zagrljaj, a dečak poruku da ga prevaziđe. Kao rezultat ovih razlika devojčice sa odrastanjem postaju žene sa manjim repertoarom efikasnih koping strategija od dečaka, što se direktno odražava na viši nivo anksioznosti.

Ono što je sigurno da stil odgoja dece, kao i način na koji pristupamo dečacima i devojčicama, determiniše način na koji će oni kasnije tokom života reagovati na izloženost anksioznosti. Ukoliko su žene značajno anksioznije od muškaraca očekivali bi smo da u ranom uzrastu devojčice manifestuju veći stepen napetosti od dečaka. Ipak, dešava se suprotno. U prvim mesecima života dečaci pokazuju veći stepen emocionalnih potreba, dok devojčice u uzrastu od 2 godine postaju više sklone negativnim osećanjima od dečaka (ovaj uzrast koincidira sa godinama kada deca počinju da uče rodne uloge). Istraživanja su pokazala da do 11. godine dečaci i devojčice podjednako mogu razviti anksiozni poremećaj, dok su devojčice od 15. godine u 6 puta većem rizi-

ku da ga razviju u odnosu na dečake [14].

Koping strategije vezane za strah razvijaju se na različite načine u zavisnosti od pola: muškarci najčešće “rešavaju” probleme glavom, dok žene brinu, ruminiraju i žale se jedne drugoj, pre nego da se konfrontiraju sa izazovima.

Svakako da vaspitanje ne određuje definitivno emocionalnu reaktivnost žena, udela ima i borba koja sledi sa socijalnim silama koje je čine anksioznom. Savremena kultura neguje filozofiju koja podstiče žene da uvek izgledaju lepo i mlado. Jedno od sprovedenih internet istraživanja pokazalo je da žene prosečno čak 252 puta nedeljno pomisle ili brinu o svom izgledu [15].

Međutim, osim navedenih razlika često je prisutan i stereotip da se žene češće označe kao anksiozne, iako to nisu. Neka istraživanja ukazuju da, iako u određenim situacijama muškarci i žene imaju doživljaj istog nivoa emocionalnog reagovanja, žene se obično vide i same sebe doživljavaju kao “više emocionalne” od muškaraca. Stoga ne čudi da ova sklonost postoji i u vezi sa anksioznošću. Lekari često reaguju različito na stres simptome u odnosu na pol, kao što je npr. bol u grudima: muškarcima će uraditi kompletne kardiološke pretrage, dok će žene okarakterisati kao anksiozne, a telesni simptome pripisati stresu. Muškarcima se simptomima tumače kao rezultat somatskih smetnji, dok se kod žena pripisuju psihološkim faktorima.

Jedan od značajnih razloga češće dijagnoze anksioznih poremećaja kod žena je i učestalije javljanje žena psihijatru ili psihologu. Odgajanje muškaraca u duhu “uvek biti mentalno jak” dovo-

di do toga da kada odrastu odlazak terapeutu vide kao znak slabosti ili neuspeha (prema nekim procenama oni čine samo 37% pacijenata) [16].

U sklopu povezanosti pola i anksioznosti, pojedine studije su ispitivale odnos između pola, hronične anksioznosti i starosti. Utvrđeno je da su anksioznost i starost, ali ne i njihova interakcija značajni prediktori pola. Postoji mala, ali značajna povezanost između anksioznosti i pola, ali takođe i između anksioznosti i starosti. Pol predstavlja faktor koji je neophodno uzeti u obzir u prevenciji anksioznosti i interventnim programima [17].

Uprkos širokim i konzistentnim dokazima vezanim za ulogu pola u prevalenci anksioznih poremećaja, značajno manje se zna na koji način pol utiče na osnovne epidemiološke parametre kao što su životna dob u vreme pojave prvih tegoba, dužina bolesti i obrasci vezani za komorbiditet. Vrlo malo epidemioloških studija se bavilo proučavanjem uticaja pola na ove epidemiološke parametre u različitim anksioznim poremećajima.

## HOMOSEKSUALNA ANKSIOZNOST

U okviru teme rodne i polne anksioznosti, značajno je napraviti i kratak osvrt na homoseksualnu anksioznost u svetlu diferencijacije homoseksualnog identiteta i homoseksualne panike. Koja je razlika između homoseksualne anksioznosti kao simptoma opsesivno-kompulsivnog poremećaja (OKP) i činjenice da je osoba homoseksualnog identiteta (gej)? Premisa anksioznosti u okviru homoseksualne panike u sklopu OKP je vezana za stalnu brigu da li je



osoba možda homoseksualna (“šta ako sam gej?”). Intruzivne misli o homoseksualnosti i sumnje i dileme u pogledu sopstvene seksualnosti su simptomi podtipa OKP-a koji se ponekad naziva homoseksualna anksioznost ili homoseksualni OKP. Podsetićemo na tipične simptome homoseksualne anksioznosti:

- ponavljajuće sumnje i dileme vezane za sopstvenu seksualnost
- neželjene intruzivne misli o tome da je osoba gej
- nemogućnost da se oslobodi neželjene brige ili intruzivnih misli o tome da je gej
- viđanje osobe istog pola izaziva anksioznost i predstavlja trigger neželjenih misli o tome da je gej
- izbegavanje osoba istog pola zbog straha da će to dovesti do pojave neželjenih misli ili anksioznosti
- misli i brige u vezi sa davanjem znakova (signala) da je osoba možda homoseksualna
- ponavljajuće svakodnevne aktivnosti usled straha da ovakva ponašanja mogu biti izvedena na “homoseksualni način” ili način koji bi drugim osobama bio signal da su homoseksualne (na primer: muškarac može osetiti potrebu da ustane sa stolice i da ponovo sedne ukoliko pomisli da je način na koji je ustao “feminin” ili može brinuti o načinu na koji hoda smatrajući ga previše “femininim” ili znakom homoseksualnosti)
- ponavljajuće akcije mogu umanjiti anksioznost, nakon čega osoba oseća potrebu da ponovi

istu aktivnost (ili ritual) više puta kako bi umanjila anksioznost

- anksioznost povodom toga što je gej koja je u suprotnosti sa ličnim vrednostima i željama
- osoba sama oseća da su misli neprihvatljive, neprimerene i neadekvatne
- homoseksualne misli su odvratne (grozne) pre nego izazivajuće

Nasuprot tome, homoseksualne osobe mogu osetiti anksioznost koju povezuju sa sopstvenom seksualnom (polnom) orijentacijom. Ovaj vid anksioznosti nastaje prvenstveno kao posledica socijalne stigme koja je vezana za homoseksualnost i dodatnih poteškoća koje mogu imati homoseksualne osobe u traženju partnera i viđanju sa njima u socijalnom okruženju. Homoseksualne osobe mogu imati iskustvo većeg stepena anksioznosti u vezi sa iskazivanjem sopstvenih seksualnih preferenci, osim čuvanja tajne i izbegavanja izlaza sa homoseksualnim partnerima. Ovakav vid anksioznosti je drugačiji od anksioznosti koju oseća osoba sa OKP, odnosno homoseksualnom panikom. Naime, kod njih dominira ponavljajuća briga da mogu biti homoseksualne, uz dodatno konstantnu potrebu da uveravaju sebe da su heteroseksualne orijentacije. Istovremeno izbegavaju situacije u kojima bi se ovakve misli mogle pojaviti, kao što su situacije u kojima su prisutne osobe istog pola (svlačionice i sl.). Osobe sa homoseksualnom panikom najčešće strahuju da su homoseksualne, iako su često već imale nekoliko partnera suprotnog pola i ne osećaju privlačnost prema osobama istog pola.

Polna orijentacija se razvija tokom života i istraživanja su ukazala da je

rodni nekonformizam, odnosno nesklad u detinjstvu jedan od najveći prediktora homoseksualnosti u adultnom periodu. Gej osobe će najverovatnije preferirati aktivnosti tipične za suprotni pol i tražiti pripadnost grupi suprotnog pola. Ovo najčešće nije slučaj sa osobama koje razviju homoseksualnu anksioznost kao OKP simptom.

U stručnoj literaturi je moguće naći mali broj podataka vezanih za homoseksualnu anksioznost kao simptom OKP-a, mada su do sada seksualne opsesije kao simptom OKP-a dobro dokumentovane. Autori naglašavaju potrebu adekvatne procene i dijagnostikovanja, uz primenu kombinovanog tretmana u lečenju navedenog poremećaja.

## ZAKLJUČAK

Anksiozni poremećaji spadaju u grupu najčešćih mentalnih poremećaja kod odraslih osoba [18]. Jedan od najšire dokumentovanih nalaza u psihijatrijskoj epidemiologiji je činjenica da žene imaju veću verovatnoću od muškaraca da razviju neki od anksioznih poremećaja tokom svog životnog veka [19, 20, 21]. Uprkos širokim i konzi-

stentnim dokazima vezanim za ulogu pola u prevalenci anksioznih poremećaja, značajno manje se zna na koji način pol utiče na osnovne epidemiološke parametre kao što su životna dob u vreme pojave prvih tegoba, dužina bolesti i obrasci vezani za komorbiditet.

Osim toga, značaj rodnoeg identiteta kao faktora za nastanak anksioznosti ili anksioznih poremećaja je nesumnjiv, ali ne i isključiv i neophodno ga je posmatrati u širem kontekstu. Doživljaj neispunavanja tradicionalnih rodnoeg uloga, prema sopstvenim ili društvenim standardima, dovodi do razvoja rodne anksioznosti. Rodna anksioznost vezuje se u najvećoj meri za rodni anksiozni poremećaj, poremećaj rodnoeg identiteta i konflikt rodne uloge.

Rana i ciljano detekcija poremećaja vezanih za rodnu ulogu i distinkcija između anksioznih poremećaja kao komorbidnih ili uzrokovanih rodnom ulogom jedna je od prvih stepenica ka adekvatnom tretmanu. U svetlu ovakve, pažljive fenomenološke procene, tretman baziran na savremenim terapijskim smernicama put je za dobru kliničku praksu i dobar terapijski odgovor.

# GENDER AND SEX ANXIETY

Dragana Duišin<sup>1</sup>  
Jasmina Barišić<sup>1</sup>  
Srđan Milovanović<sup>1,2</sup>  
Gordana Nikolić-Balkoski<sup>1,2</sup>  
Maja Pantović<sup>1</sup>

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

## Literatura:

1. Andrews G. Anxiety, personality and anxiety disorders. *Intern Rev Psychiatry* 1991; 3(2):293-302.
2. Svetska zdravstvena organizacija. Međunarodna klasifikacija bolesti, MKB-10. Beograd. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1992.

## Summary

From the phenomenological stance, anxiety represents a ubiquitous phenomenon, independent of sex and gender characteristics, as well as identity distinctiveness (heterosexual, homosexual, and transsexual). The differences are possible and presented in anxiety generators i.e. triggers, its' manifestations and coping strategies, etc.

The contemporary theoretical standpoints make the important distinction between sex and gender identity. Sexual identity is determined by the anatomical attributes, whereas gender identity refers to the continuous subjective experience of one's own sex. Gender is directly related to gender roles representing anticipated, imposed, socially desirable behaviours that are sexually differentiated.

Although gender related stressors are inevitable, individual coping strategies determine the level of efficacy of individual adaptational styles. Neither man nor women can be perceived as having a higher risk of developing gender anxiety disorder. Moreover, the sexes seem to be equally susceptible to it. The studies of the domain underline the importance of coping mechanisms which, if not efficient in dealing with gender stressors, result in chronic anxiety in women, making them more prone to the development of depression, and in substance abuse in men.

**Key words:** anxiety, gender, sex, transsexualism, homosexual panic

3. Gómez-Gil E, Zubiaurre-Elorza L, Esteva I, Guillamon A, Godás T, Cruz Almaraz M, Halperin I, Salamero M. Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinology* 2012; 37(5):662-70.

4. Palapattu AG, Kingery JN, Ginsburg GS. Gender role orientation and anxiety symptoms among African-american adolescents. *J Abnorm Child Psychol* 2006; 34(3):441-9.
5. Ginsburg GS, Silverman WK. Gender role orientation and fearfulness in children with anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2000; 14(1):57-67.
6. Anonymous. Is Sasha Laxton, the boy brought up 'gender-neutral', a social experiment gone too far? *The Periscope Post*. Publikovano 27.01.2012. Retrieved from <http://www.periscopepost.com/2012/01/is-sasha-laxton-the-boy-brought-up-gender-neutral-a-social-experiment-gone-too-far/>
7. Vanderaan DP, Gothreau LM, Bartlett NH, Vasey PL. Recalled separation anxiety and gender atypicality in childhood: a study of Canadian heterosexual and homosexual men and women. *Arch Sex Behav* 2011; 40(6):1233-40.
8. Zucker KJ, Bradley SJ, Lowry Sullivan CB. Traits of separation anxiety in boys with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35(6):791-8.
9. Kessler R, McGonagle K, Zhao S, Nelson CB, Hughes N, Eshleman S et al. Life-time and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8-19.
10. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. The de facto mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:85-94.
11. Nolen-Hoeksema S. Emotion regulation and psychopathology: the role of gender. *Annu Rev Clin Psychol* 2012; 8:161-87.
12. McLean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG. Gender Differences in Anxiety Disorders: Prevalence, Course of Illness, Comorbidity and Burden of Illness. *J Psychiatr Res* 2011; 45(8):1027-35.
13. Bangasser DA, Curtis A, Reyes BA, Bethea TT, Parastatidis I, Ischiropoulos H et al. Sex differences in corticotropin-releasing factor receptor signaling and trafficking: potential role in female vulnerability to stress-related psychopathology. *Mol Psychiatry* 2010; 15(9):877, 896-904.
14. McGee R, Feehan M, Williams S, Anderson J. DSM-III disorders from age 11 to age 15 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31(1):50-9.
15. Courtenay-Smith N. Why do so many women loathe their looks? Asks Loose Women's Sherrie Hewson. *The Daily Mail*. Publikovano 23.novembra 2009. Retrieved from <http://www.dailymail.co.uk/femail/beauty/article-1230089/Why-DO-women-loathe-the-looks-asks-Loose-Womens-Sherrie-Hewson.html>
16. Brooks G, Good GE. *The new handbook of psychotherapy and counseling with men*. New York. John Wiley & Sons; 2001.
17. Lowe PA. *Does a Relationship Exist Between Gender and Anxiety Across the Life Span?* NASP. Toronto, Canada, 2003.
18. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:617-27.
19. Angst J, Dobler-Mikola A. *The Zurich Study: V. Anxiety and phobia in young adults.* *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1985; 235(3):171-78.
20. Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW, Eisen JL, Weisberg RB, Pogano M et al. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: A 12-year prospective study. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1179-87.
21. Regier DA, Narrow WE, Rae DS. The epidemiology of anxiety disorders: The Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *J Psychiatr Res* 1990; 24(2):3-14.

---

**Dragana Duišin**  
 Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije  
 Pasterova 2, 11000 Beograd  
 Tel. +381 (0)11 2657847  
 E-mail: draganaduisin@gmail.com

# PRIMENA EMDR (EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING) U TERAPIJI ALOPECIJE AREATE – PRIKAZ SLUČAJA

Kolja Kontić<sup>1</sup>

Vesna Bogdanović<sup>2</sup>

Nadja P. Marić<sup>3,4</sup>

1 Klinika za psihijatriju, Kliničko bolnički centar " Dr Dragiša Mišović", Beograd, Srbija

2 Ospedale „S. Raffaele“, Psichiatria Generale, Milano, Italija

3 Klinika za psihijatriju Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

4 Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

## Kratak sadržaj

**Uvod:** Psihodermatoze su oboljenja koja se manifestuju na koži, a nastaju ili se pogoršavaju pod uticajem psiholoških faktora (geneza je na nivou psiho-neuro-imuno-endokrinoške mreže). Psihoterapijske tehnike (PTH) mogu imati značaja u lečenju psihodermatoza, u koje spada i alopecija areata (AA).

„Eye Movement Desensitization and Reprocessing“ – EMDR (Terapija desenzitizacije i re-procesiranja uz pomoć pokreta očiju) je integrativna PTH bazirana na re-procesiranju informacija i desenzitizaciji anksioznosti vezanih za stresogena iskustva u uslovima bilaterane stimulacije (vizuelna, taktilna ili auditivna), uz koje se mogu primenjivati i druge PTH. Smatra se da EMDR pristup omogućuje aktivaciju adaptivnih neurofizioloških mehanizama koji obezbeđuju funkcionalniju obradu informacija preko procesa rekonsolidacije memorije vezane za stresogena iskustva (difunkcionalno pohranjena memorija). Osnovna indikacija za EMDR je lečenje širokog spektra sa stresom povezanih poremećaja.

**Prikaz slučaja:** Prikazana je pacijentkinja stara 47 godina, visoke stručne spreme, majka dvoje maloletne dece koja je u nevenčanom braku 20 godina. Prvi put se javlja psihijatru po uputu dermatologa, zbog razvijene slike AA nastale nakon traumatskog iskustva, a bez utvrdjenog somatskog etiološkog faktora. Tokom deset psihoterapijskih seansi sa pacijentkinjom je radeno na traumatskom iskustvu koje je predhodilo nastanku dermatoze, kao i na traumatskom iskustvu iz detinjstva kada je po prvi put prepoznala slične emocije. Tokom prvih sensi Racionalno-emotivne bihejvioralne terapije (REBT) u kontaktu je dominirala aleksitimija, da bi po uključivanju EMDR pacijentkinja lakše otvarala intrapsihičke sadržaje, prepoznavala svoje emocije, prihvatila bolest adekvatnije i poboljšala sferu socijalnog funkcionisanja uz verifikovanu remisiju simptomatologije AA.

**Zaključak:** Aktuelni prikaz slučaja sugerise da je EMDR tehnika čije efekte u lečenju AA treba sistematično ispitivati kroz strukturisane studije.

**Cljučne reči:** EMDR, psihodermatoze, alopecija areata

## UVOD

Psihodermatoze su oboljenja koja se manifestuju na koži, a nastaju ili se pogoršavaju pod uticajem psiholoških faktora (geneza je na nivou psiho-neuroimuno-endokrinoške mreže) [1]. Alopecija areata (AA) je bolest heterogene prirode, koja se karakteriše gubitkom dlake sa poglavine i/ili tela u obliku pečata. Incidenca nije ni polno ni dobnno specifična i iznosi oko 1.7% [2]. Epizoda gubitka dlake i ponovnog rasta može da se ponovi bez ikakve pravilnosti u rasporedu. Nepovoljni prediktivni faktori su rani početak dermatoze i proširenost zahvaćenih područja. Patogeneza AA do danas je nerazjašnjena [3]. Nasledni faktori imaju značajan uticaj, ali istovremeno nije zanemarljiv ni udeo autoimunih mehanizama, kao ni infekcije mada je razmatranje poslednjeg faktora još uvek kontroverzno. Mnogi bolesnici ističu da je delovanje emocionalnog stresora prethodilo manifestaciji bolesti [4, 5]. Gubitak, separacija, depresivnost i stresogeni događaji u poslednjih šest meseci, uz vulnerabilnost i elemente personalne maladaptacije, su najčešći psihijatrijsko-psihološki nalaz kod obolelih [6]. U nekim studijama se ukazuje na značaj psihoterapijskih tehnika u lečenje alopecije areate, uz napomenu da je individualna predispozicija za AA uključuje i karakteristike ličnosti tj. aleksitimičan sklop [7]. Po Sifneosu [8], Nemiah-u [9] i Martyju [10], karakteristike aleksitimične osobe, koje predisponiraju nastanak psihosomatske bolesti, su sledeće:

- Upadljiva teškoća izražavanja i opisivanja svojih osećanja; ispoljavanje nediferenciranih telesnih senzacija umesto psiholoških procesa i doživljaja.

- Oskudna sposobnost fantazmatškog predstavljanja, siromašni snovi, skućena jezička izražajnost, tehničko-pragmatičan stil (*“pen-see operatoire”*).
- Objektni odnosi simbiotski i zavisi; nisko osećanje unutrašnjeg identiteta, sklonost pasivno-depresivnoj zavisnosti; gubitak prati bespomoćno očajavanje koje se manifestuje kroz izbijanje telesne simptomatologije.
- Hiperadaptacija (*“pseudonormalnost”, “hipernormalnost”*); bolesnička uloga psihosocijalno oštećenog kao telesnog bolesnika sasvim odgovara očekivanjima društva, obezbeđujući saglasnost sa normama društva i po cenu autodestrukcije.
- Često korišćenje projekcije, negacije i izolacije, redje pomeranja, potiskivanja i simboličnog predstavljanja.

Specifičan PTH za osobe sa aleksitimijom i posledicama koje dolaze do izražaja pri suočavanju sa stresom (jedna od njih je i AA) još uvek nema, ali postoji hipoteza da treba ići ka tehnikama koje uključuju reprocresiranje afekata [11].

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) – „Terapija desenzitizacije i re-procesiranja uz pomoć pokreta očiju“ je integrativna psihoterapijska metoda bazirana na re-procesiranju informacija i desenzitizaciji anksioznosti vezane za stresogena iskustva u uslovima bilaterane stimulacije (vizuelna, taktilna ili auditivna), uz koje se mogu primenjivati i drugi psihoterapijski pristupi: psihodinamski, KBT, ili telesna, interaktivna i i na klijente orjentisana psihoterapija [12]. Smatra se da EMDR pristup omogućuje aktivaciju adaptivnih neurofizioloških mehanizama koji obezbeđuju funkcio-



nalniju obradu informacija preko procesa rekonsolidacije memorije vezane za stresogene doživljaje (difunkcionalno pohranjena memorija). Terapija EMDR tako dovodi ne samo do redukcije anksioznosti i simptomatskog poboljšanja, već i do pojave pozitivnog afekta, stvaranja uvida, kao i izmene uverenja i ponašanja. Standardni protokol EMDR terapije sastoji se iz osam faza [13, 14].

Faza 1- Anamneza;

Faza 2- Priprema: Učvršćivanje terapijskog odnosa, psihoedukacija i procena očekivanja, plan tretmana, relaksacione tehnike;

Faza 3- Procena (*Assessment*): Cilj ove faze je da se omogući pristup targetu za EMDR procesiranje stimulišući primarne aspekte memorije;

Faza 4- Desenzitizacija: Reprocesiranje mreže ciljane memorije;

Faza 5- Instaliranje: Razvijanje pozitivnih kognicija i potom potpuna integracija njihovih pozitivnih efekata preko vezivanja za originalnu - targetovanu situaciju;

Faza 6- Pretraga za telesnim senzacijama (*Body Scan*);

Faza 7- Završavanje seanse: Stabilizacija klijenta i kompletiranje EMDR seanse;

Faza 8- Reevaluacija: Procena rezultata i njihovo održavanje.

Osnovna indikacija EMDR je lečenje širokog spektra sa stresom povezanih poremećaja.

U aktuelnom prikazu pažnja je fokusirana na primenu EMDR tehnike u lečenju AA, koja je dovela do prevazilaženja aleksitimije kod bolesnice i uspostavljanja solidne psihofizičke ravnoteže nakon deset nedelja terapije. Fokus prikaza je na dinamici psiholoških promena i detaljnijem upoznavanju čitalaca sa tehnikama EMDR primenjenih u akutnoj fazi lečenja.

## PRIKAZ SLUČAJA

Klijentkinja stara 47 godina, visoke stručne spreme, zaposlena kao službenica u policiji, živi u nevenčanom braku 20 godina sa suprugom sa kojim ima dvoje maloletne dece. Prvi put dolazi kod psihijatra, po uputu dermatologa, zbog razvijene slike AA. Klijentkinja navodi da su se prvi simptomi dermatoze javili pre šest meseci, da je na klinici za kožne bolesti detaljno ispitana i da nije utvrđen somatski etiološki faktor.

Prilikom prvog susreta uzeta je detaljna psihosocijalna anamneza, napravljen plan rada i dogovorena dinamika viđanja u trajanju od 60 minuta, jednom nedeljno. Tokom prvog intervjua kod klijentkinje u psihičkom statusu dominirala je aleksitimija i povišena anksioznost sa somatizacijom prvenstveno u vidu želučanih tegoba.

Na prvim seansama Racionalno emotivno bihevioralne terapije (REBT) sa klijentkinjom je radjeno na problemu konstantne brige koja je praćena anksioznošću, sa napomenom da je terapijski rad otežavala njena nemogućnost prepoznavanja sopstvenih emocija i otpor u izvršavanju domaćih zadataka u vidu pisanja liste traumatskih iskustava [15]. . Na petoj seansi, kada je donela listu traumatskih životnih iskustava, predočena joj je mogućnost primene EMDR tehnike koju je prihvatila.

Nakon upućivanja klijentkinje u tehniku i mogućnosti EMDR-a, pristupljeno je vežbama relaksacije („Sigurno mesto“ i „Dijafragmalno disanje“) i dat joj je zadatak da ih primenjuje do sledeće seanse u situacijama povišenog stresa i beleži njihov učinak. Na sledećoj seansi definisan je standardni EMDR plan targetiranja i započet rad na polaznom bazič-



nom događaju (*Touchstone Event*). Prezentirana tema je bila bolest majke kada je klijentkinja imala šest godina, a za sliku koja je najviše uznemiruje u tom događaju izabrala je povratak oca iz bolnice i trenutak saznanja o bolesti majke. Navedena negativna kognicija bila je „*Ja nisam dovoljno dobra*“, a pozitivna „*Ja zavređujem dobro*“ tj. „*Ja vredim*“. Nivo pozitivne kognicije na Skali validnosti kognicije (*Validity of cognition*) iznosio je tri [16], dok je nivo uznemirenosti na Skali subjektivnih jedinica uznemirenosti (*Subjective unit of disturbance - SUD*) iznosio šest [17]. Prateća emocija bila je tuga, a mesto telesne senzacije u želucu.

Započeto je sa bilateralnom stimulacijom pokretima očiju (PO). Posle par početnih setova PO nije bilo promena, da bi nakon četvrtog seta PO uznemirenje poraslo, klijentkinja je otežano disala, izjavljivala je da joj „počinje astmatični napad“ i da joj je „pred očima nova slika koja je dodatno uznemiruje“ (asocijacija na jutro nakon saznanja o majčinoj bolesti). Započet je rad PO na novom otvorenom kanalu, uznemirenje je bilo praćeno burnim emotivnim reagovanjem pacijentkinje i variralo je iz seta u set, da bi po promeni pravca i brzine PO postepeno počelo da se smiruje. Nakon dvanestog seta PO nivo uznemirenja na SUD skali je iznosio 0. Imajući u vidu da je isticalo vreme određeno za trajanje seanse pristupljeno je standardnoj EMDR proceduri za zatvaranje nekompletne seanse u vidu objašnjenja klijentkinji za prekid terapije, gratifikovanja klijentkinje za do sada postignuto i vežbe relaksacije.

Na sledeću seansu kroz nedelju dana klijentkinja je došla primetno raspoložena, zainteresovanija za rad, optimističnija u vezi prognoze svoje bolesti, dono-

seći čitavu listu životnih događaja kojom dominiraju brojni gubici bliskih osoba (smrt bake, smrt komšinice i bliske prijateljice, pogibija rođene sestre i brata od strica, pogibija bivšeg momka). Navela je da ni jedan od tih gubitaka nije „otpatila kako treba“ i da godinama „nije mislila o njima jer nema vremena od obaveza koje je pritiskaju sa svih strana“. Nastavljeno je sa radom na bazičnom događaju (bolest majke) vraćanjem na sliku tog događaja koja je najviše uznemiruje (sam trenutak saznavanja i započeta je bilateralna stimulacija pokretima očiju (PO). Iz seta u set PO uznemirenje je opadalo, tako da je nakon petog seta SUD iznosio nula. Zatim je urađen još jedan set PO i prešlo se na instalaciju. Proverena je validnost pozitivne kognicije sa predhodne seanse („*Ja zavređujem dobro*“), povezana je sa bazičnim događajem i nakon toga radjena je bilateralna stimulacija pokretima očiju sve dok nakon nekoliko setova nivo pozitivne kognicije na skali validnosti kognicije nije iznosio 7. Nakon opisane procedure prešlo se na fazu skeniranja tela, tokom koje je klijentkinja prijavila osećaj prijetnosti i toplote u predelu stomaka, kao i relaksiranost. Urađen je još jedan set PO u cilju učvršćivanja tog prijatnog osećanja i zatim je seansa završena, pripremom plana za sledeću seansu. Smrt komšinice i bliske prijateljice kao trigger događaj koji je predhodio nastanku AA na kome ćemo raditi tokom sledeće seanse odabran je za sledeći korak u terapijskom radu.

Terapija akutne faze bolesti trajala je deset nedelja (od pete nedelje lečenje je sprovedeno prema principima EMDR). Po okončanju rada na bazičnom događaju, kao na trigger događaju, prešlo se na fazu stabilizacije, koja je podrazume-

vala terapijske seanse na dve nedelje tokom kojih je rađeno na jačanju racionalnih uverenja putem *copying*-obrazaca i stvaranja potpunijeg uvida, povezivanjem intelektualnog i iskustveno-emocionalnog aspekta. Ujedno, uvedeni su psihofarmaci indikovani u lečenju poremećaja tipa blage depresivne epizode.

Aktuelno dolazi na preglede jednom mesečno, a EMDR plan obuhvata rad na aspektima vezanim za budućnost, procesiranjem šema vezanih za budućnost sa fokusom na poboljšavanje opšteg nivoa funkcionisanja.

## DISKUSIJA

Iako su rezultati pojedinih studija oprečni [18], uticaj psiholoških faktora u nastanku, razvoju i terapijskom tretmanu alopecije areate je dobro dokumentovan [4, 5, 7]. Životni događaji i konstatno povišena intrapsihička tenzija imaju važnu ulogu u okidanju određenih epizoda bolesti. Učestalost konkomitantnih psihijatrijskih poremećaja kod osoba sa AA, pre svega generalizovanog anksioznog poremećaja, depresije i fobija, ocenjuje se kao visoka [19], zbog čega je pravovremeni tretman osoba sa AA od esencijalnog značaja za prevenciju komplikacija. EMDR je upravo jedna od tehnika koja može da omogući pacijentovo bolje razumevanje simptoma, njihovo značenje i prihvatanje, kao i prihvatanje

same bolesti, dok ujedno menja kličku sliku AA i poboljšava ukupnu, psihijatrijsku i dermatološku prognozu. U procesu stabilizacije emocionalnog procesiranja smatra se da su ključne promene u prednjoj cingularnoj kori (prvenstveno rostralno i dorzolateralno) [20].

U aktuelnom prikazu slučaja psihoterapijski rad sa klijentkinjom je započet REBT-om, da bi po uključivanju EMDR tehnike (u petoj nedelji) bolesnica lakše otvarala intrapsihičke sadržaje i prepoznavala svoje emocije, prihvatila bolest adekvatnije i poboljšala sferu socijalnog funkcionisanja. Remisija promena na kosmatom delu glave započela je u devetoj nedelji terapije, a u periodu faze stabilizacije tretmana konstatovali smo da se površina kapilicijuma bez dlake redukovala za oko 70-80%. Klijentkinja je dostigla solidne radne i socijalne performanse oko tri meseca nakon započetog psihoterapijskog lečenja.

## ZAKLJUČAK

Aktuelni prikaz slučaja sugerise da je EMDR (Terapija desenzitizacije i re-procesiranja uz pomoć pokreta očiju) tehnika čije efekte pri postizanju asistiranje homeostaze kod osoba sa alopecijom areatom, čestom psihodermatozom čije je lečenje još uvek teško i delikatno, treba sistematično ispitivati kontrolisanim studijama.

# EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING – EMDR IN THERAPY OF ALOPECIA AREATA – A CASE REPORT

Kolja Kontić<sup>1</sup>  
Vesna Bogdanović<sup>2</sup>  
Nadja P. Marić<sup>3,4</sup>

## Summary

Introduction: Psychodermatoses are disorders with skin manifestations or lesions, which aetiology and/or major triggering factors are of psychological nature. A neuro-immunoendocrine circuitry underlies the complex interaction between two bodily systems. Psychotherapy (PTH) has been considered as potentially effective for patients with psychodermatoses, one of them being alopecia areata (AA).

„Eye Movement Desensitization and Reprocessing“ – EMDR is an integrative approach that combines a range of therapeutic techniques with eye movements or other forms of rhythmical stimulation (e.g., sound and touch) to activate the brain's information processing system. The eye movements, or other bilateral stimulation, seem to stimulate the information and allow the brain to reprocess the "stuck" situation. Indications for EMDR are variety of the stress related disorders.

Case outline: Female patient, age 47, university degree, two children from 20 yrs long common-low marriage, came to psychiatrist after being recommended by dermatologist. Dermatologist found no particular somatic dysfunction in relation to AA, but noticed that AA appeared after traumatic experience. During ten PTH treatments the therapeutic focus was on the traumatic event, as well as on similar emotional states during her childhood. During the first few REBT therapies (Rational Emotive Behaviour Therapy), the most prominent limitation came from patient's deficiency in understanding, processing, or describing emotions (alexithymia). With EMDR therapy, the patient shared her inner feelings and thoughts, become open, she recognized better her emotional states and accepted the illness, followed by AA symptoms reduction.

Conclusion: The presented successful application of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in patient with alopecia areata is the finding that should be investigated in larger studies.

**Key words:** EMDR, psychodermatology, alopecia areata

- 1 Clinic for Psychiatry Clinical Center " Dr Dragiša Mišović", Belgrade, Serbia
- 2 Ospedale „S. Raffaele“, Psichiatria Generale, Milano, Italy
- 3 Clinic for Psychiatry Clinical Center of Serbia, Belgrade, Serbia
- 4 School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

## Literatura:

1. Koo JY, Lebwhol A. Psychodermatology: Mind and skin connection. *Am Fam Physician* 2001; 64:1173-8.
2. Alexis AF, Dudda-Subramanya R, Sinha AA. Alopecia areata: autoimmune basis of hair loss. *Eur J Dermatol* 2004;14:364-70.
3. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS et al. Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosomatics* 2003;44:374-81.
4. Griesemer RD. Emotionally triggered disease in a dermatologic practise. *Psychiatr Ann* 1978;8:49-57.
5. Al Abadie MS, Kent GG, Gawkrödger DJ. The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. *Br J Dermatol* 1994;130:199-203.
6. Jašović-Gašić M, Marić N, Milojević M. Psihodermatologija. U: Karadaglić Dj, ur. Osnovi dermatologije. Beograd: Vojnoizdavački zavod; 2000.
7. Willemsen R, Roseeuw D, Vanderlinden J. Alexithymia and dermatology: the state of the art. *Int J Dermatol* 2008;47:903-10.
8. Sifneos P. Problem of psychotherapy of patients with alexithymia. *Psychoter Psychosom* 1975;26:65-70.
9. Nemiah J. Alexithymia: Teoretical consideraton. *Psychoter Psychosom* 1977;28:199-206.
10. Marty P. A major process of somatization. The progressive desorganization. *Int J Psychoanal* 1968;49:246-9.
11. Taylor GJ, Bagby RM. New trends in alexithymia research. *Psychoter Psychosom* 2004;73:68-77.
12. Shapiro F. EMDR 12 years after its introduction: past and future research. *J Clin Psychol* 2002;58:1-22.
13. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols and procedures. New York: Guilford Press; 1995.
14. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and the Anxiety Disorders Clinical and Research Implications of an Integrated Psychotherapy Treatment. *J Anxiety Disor* 1999;13:35-67.
15. Zebić M, Janković N. Pristup racionalno emocionalno bihevioralne psihoterapije depresiji. *Engrami - časopis za kliničku psihijatriju, psihologiju i granične discipline* 2003; 25(4) 59-64.
16. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing procedure: from EMD to EMDR- a new treatment for anxiety and related traumata. *Behavior Therapist* 1991;12:133-5.
17. Wolpe J. Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford CA: Stanford University Press; 1958.
18. van der Steen P, Boezeman J, Duller P, Happle R. Can alopecia areata be triggered by emotional stress? An uncontrolled evaluation of 178 patients with extensive hair loss. *Acta Derm Venereol* 1992;72:279-80.
19. Koo JY, Shellow WV, Hallman CP, Edwards JE. Alopecia areata and increased prevalence of psychiatric disorders. *Int J Dermatol* 1994;33:849-50.
20. Corrigan FM. Psychotherapy as assisted homeostasis: activation of emotional processing mediated by the anterior cingulate cortex. *Med Hypotheses* 2004;63:968-73.

---

Nadja P Marić  
Klinika za psihijatriju KCS, Pasterova 2  
Beograd, 11000 Srbija  
Email:nadjamaric@yahoo.com



SUPLEMENT

APSTRAKTI IZLAGANJA

XL EDUKATIVNI SIMPOZIJUM KLINIKE  
ZA PSIHIJATRIJU KCS

**SPEKTAR ANKSIOZNIH POREMEĆAJA  
– IZAZOV SAVREMENOG DOBA**

u saradnji sa  
Društvom za biološku psihijatriju i Udruženjem psihijatara Srbije





## NAUČNI ODBOR

Nadja Marić Bojović, predsednik  
Aleksandar Damjanović  
Ivan Dimitrijević  
Nikola Ilanković  
Ivan Ilić  
Nada Janković  
Aleksandar Jovanović  
Ljubica Leposavić  
Dragan Marinković  
Srdjan Milovanović  
Gordana Nikolić-Balkoski  
Tana Stanković  
Dragana Stojanović  
Dragan Tošić  
Sanja Totić-Poznanović  
Olivera Vuković

## ORGANIZACIONI ODBOR

Milan Latas, predsednik  
Borjanka Batinić  
Saša Branković  
Dubravka Britvić  
Dragana Duišin  
Maja Ivković  
Maja Lačković  
Danica Mamula-Mijalković  
Zorana Pavlović  
Slobodanka Pejović-Nikollić  
Srdja Zlopaša

**Udruženje psihijatara Srbije  
Izvršni odbor**

Prof. dr Slavica Djukic-Dejanović, predsednik  
Akad. Prof. dr Dušica Lečić-Toševski, zamenik predsednika  
Doc. dr Nadja Marić Bojović, generalni sekretar  
Doc. Dr Mirjana Jovanović, sekretar za publikacije  
As. Dr Cvetana Crnobarić, sekretar za finansije  
Prof. Dr Željko Špirić, sekretar za edukaciju  
Prof. Dr Aleksandra Nedić, sekretar za edukaciju  
Dr Bojana Dunjić Kostić, predsednik Sekcije mladih psihijatara UPS

**Društvo za biološku psihijatriju  
Izvršni odbor**

Nadja Marić Bojović  
Saša Branković  
Maja Ivković  
Milan Latas

**DOSADAŠNJI EDUKATIVNI SIMPOZIJUMI INSTITUTA-KLINIKE Z  
A PSIHIJATRIJU**

Engrami • vol. 34 • april-jun 2012. • br. 2

1. Osnovni pravci kliničke psihijatrije, 1976
2. Aktuelnosti u psihofarmakoterapiji, 1978.
3. Bihejvior psihoterapija, 1978.
4. Forenzička psihijatrija, 1979.
5. Normalnost i psihijatrija, 1979.
6. Psihijatrija i antipsihijatrija, 1980.
7. Novi grupni pravci, 1980.
8. O shizofreniji, 1981.
9. Psihopatologija neuroza danas, 1981.
10. Depresija, 1982.
11. Psihologija, psihijatrija i interpersonalni odnosi, 1982.
12. Psihoorganski sindromi, 1983.
13. Terapija psihijatrijskog koncepta krize i psihijatrijske intervencije, 1983.

14. Manična stanja, 1984.
15. Interdisciplinarni pristup u psihijatriji, 1985.
16. Paranoidna stanja, 1986.
17. Poremećaji ličnosti, 1987.
18. Reaktivne psihoze, 1988.
19. Psihoterapija: nedoumice i perspektive, 1989.
20. Alkoholizam: aktuelni problemi, 1990.
21. Psihoterapija: doktrina, eklektika, integracija, 1991.
22. Sudska psihijatrija: simpozijum posvećen dr V. Subotiću, prvom sudskom psihijatru, 1992.
23. Mržnja i mentalno zdravlje, 1993.
24. Psihijatrija u drugim medicinskim disciplinama, 1994.
25. Bračni i porodični poremećaji: prevencija i terapija, 1995.
26. Shizofrenija, na pragu trećeg milenijuma: vreme sadašnje, dileme, najave za budućnost, 1996.
27. Kognitivni procesi i mogućnost kognitivne terapije, 1997.
28. Mentalno zdravlje i psihički poremećaji kod žena, 1998.
29. Svest, spavanje, snovi: čovek između stvarnosti i mašte na pragu 21. Veka, 1999.
30. Problemi mentalnog zdravlja izbeglog, raseljenog i prognanog stanovništva, 2001.
31. Normalno i poremećeno polno ponašanje, 2002.
32. Dileme i perspektive psihijatrije u novoj epohi, 2003.
33. Poremećaji raspoloženja: od dijagnostike do terapije, 2004.
34. O suicidu, 2005.
35. Racionalna terapija mentalnih poremećaja, 2006.
36. Aktuelni problemi i trendovi sudske psihijatrije u Srbiji, 2007
37. Antipsihotici-Put ka reintegraciji, 2009.
38. Rane psihoze-izazov za prevenciju, dijagnostiku i terapiju 2010.
39. Stigma kao prepreka u prevenciji i lečenju mentalnih poremećaja, 2011.

## SAŽETAK PROGRAMA

Četrdeseti Simpozijim Klinike za psihijatriju Kliničkog centra Srbije (svojevrsni jubilej najstarije univerzitetske psihijatrijske ustanove u našoj zemlji) posvetićemo spektru poremećaja koji su nesumnjivo rasprostranjeni u velikom obimu, jer podaci iz naše prakse, ali i iz sveta, podudarni su u oceni da anksiozni poremećaji ne samo što imaju najveću prevalencu, već postaju sve učestaliji i sve češće su praćeni komorbiditetom. Međutim, iako anksiozni poremećaji u velikoj meri sputavaju lične kapacitete kroz duži vremenski period, važno je naglasiti da se danas mogu vrlo efikasno lečiti. Kroz pravovremenu dijagnostiku i pažljiv izbor terapijskih metoda, u relativno kratkom periodu osobe koje se jave za pomoć mogu očekivati ne samo poboljšanje, već i razvijanje zaštitnih mehanizama za suočavanje sa svakodnevicom i jačanje sopstvenih adaptivnih potencijala. U vreme napretka psihijatrije kao naučne discipline smatramo da je osvrst na etiologiju, fenomenologiju i terapiju poremećaja iz anksioznog spektra nezaobilazan korak u edukaciji za sve koji razvijaju dimenzionalni pristup u dijagnostici i lečenju pacijenata i spremni su da prate dostignuća savremenih neuronauka i neuropsihofarmakologije.

# ČETIRI DECENIJE KONTINUIRANE EDUKACIJE NA SIMPOZIJUMIMA KLINIKE ZA PSIHIJATRIJU KCS

*Nađa Marić Bojović<sup>1,2</sup>, Miroslava Jašović-Gašić, Jovan Marić, Mirko Pejović*

<sup>1</sup> *Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu*

<sup>2</sup> *Klinika za psihijatriju KCS, Beograd*

**K**linika za psihijatriju Kliničkog centra Srbije, kao najstarija akademska psihijatrijska institucija u Srbiji već četrdeset godina unazad jednom godišnje okuplja sve koji se bave zaštitom duševnog zdravlja iz naše zemlje, ali i iz regiona, birajući jednu u nizu intrigantnih psihijatrijskih tema i otvorenih pitanja. Uz pažljiv odabir a i detaljnu analizu svih aspekata teme odabrane za tu godinu, stotine učesnika Simpozijuma Klinike za psihijatriju svake godine dobijalo je šansu da započne ili nastavi svoje profesionalno usavršavanje, koje je neretko i poteklo sa specijalizacije na Klinici.

Za prvi simpozijum davne 1976. godine izabrana je najopštija tema – Osnovni pravci kliničke psihijatrije, a u narednih desetak godina u centru pažnje našle su se svi najmarkantniji psihijatrijski poremećaji: psihoorganski sindromi, shizofrenija, manija, depresija, alkoholizam itd, terapijski pravci: psihofarmakoterapija, bihejvior psihoterapija, grupna psihoterapija, ali i pitanja kao što su normalnost u psihijatriji, psihijatrija i antipsihijatrija itd. Izbor teme simpozijuma određivale su i neposredne potrebe u datim okolnostima, pa je u vreme ratnih dešavanja jedan od simpozijuma bio posvećen problemima mentalnog zdravlja izbeglog, raseljenog i prognanog stanovništva (2001). Radovi prikazani na simpozijumima bili su određeno vreme štampani u Avalskim sveskama (Normalnost i psihijatrija 1979, Psihologija, psihijatrija i interpersonalni odnosi 1982, Interdisciplinarni pristup u psihijatriji 1985, Poremećaji ličnosti 1987, Mržnja i mentalno zdravlje 1993 itd), a kasnije većinom kroz sažetke u suplementu *Engrama*, časopisa za kliničku psihijatriju, psihologiju i granične discipline, ali i kroz mogonrafije koje su postale nezaobilazni edukativni material mnogih generacija psihijatara (Shizofrenija na pragu III milenijuma, ur. V. Pاونović). Kvalitetu pomenute monografije osim autora sa Klinike značajno su doprineli i autori iz inostranstva, a sve bogatija saradnja sa vodećim Evropskim i svetskim stručnjcima iz pojedinih oblasti doprinela je da je njihovo učešće na edukativnim simpozijumima Klinike poslednjih 5-6 godina postane uobičajena pojava.

Naš ovogodišnji simpozijum posvetićemo spektru poremećaja koji su nesumnjivo rasprostranjeni u XL („eXtra Large”) obimu, jer podaci iz naše prak-

se, ali i iz sveta, slični su u oceni da anksiozni poremećaji ne samo što imaju najveću prevalencu, već postaju sve učestaliji i sve češće su praćeni komorbiditetom. Međutim, iako anksiozni poremećaji u velikoj meri sputavaju lične kapacitete kroz duži vremenski period, danas se mogu vrlo efikasno lečiti. Kroz pravovremenu dijagnostiku i pažljiv izbor terapijskih metoda, u relativno kratkom periodu osobe koje se jave za pomoć mogu očekivati ne samo poboljšanje, već i razvijanje zaštitnih mehanizama za suočavanje sa svakodnevicom i jačanje sopstvenih adaptivnih potencijala.

Kako četrdeset godina traje Fest u Beogradu, a isto toliko i Simpozijum naše Škole “Stremljenja i novine u medicini”, ulazeći u ovo cenjeno XL društvo naš Simpozijum dodatno dobija na značaju, a mi kao organizatori osećamo veliku odgovornosti prema svim generacijama kolega i naših učitelja koje su svojim velikim zalaganjem doprineli da se jedinstvena nacionalna tradicija Klinike u edukaciji psihijatara održi i obogaćuje.

# SUDSKO-PSIHIJATRIJSKI ASPEKTI ANKSIOZNIH POREMEĆAJA

*Miroslava Jašović Gašić<sup>1</sup>, Aleksandar Jovanović<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup> *Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu*

<sup>2</sup> *Klinika za psihijatriju KCS, Beograd*

**S**a stanovišta sudske psihijatrije i aktuelnih klasifikacionih sistema anksiozni poremećaji se klasifikuju u dve velike grupe: 1) neurotski poremećaji, tj. fobijski i drugi anksiozni poremećaji, a prema DSM-IV i opsesivno-kompulzivni poremećaj i 2) stresogeni (sa stresom povezani) poremećaji, tj. akutna reakcija na stres, posttraumatski stresni poremećaj i poremećaji prilagođavanja.

Sa krivično pravnog aspekta, osobe sa anksioznim poremećajima mogu biti izvršioци različitih krivičnih dela. Njihova zastupljenost u kriminalitetu relativno je mala, a forenzička procena je uvek individualna i zavisi od: ličnosti, vrste delikta, situacionih faktora, konstelativnih i drugih faktora. Doktrinarno, ovi poremećaji nemaju karakter bilo kakve „teže duževne poremećenosti“ koja bi dovela u pitanje uračunljivost ili procesnu sposobnost i ne predstavljaju razlog zbog koga bi eventualno postojale medicinske indikacije da se izrekne neka od „mera bezbednosti medicinskog karaktera“.

Sa građansko-pravnog stanovišta, anksiozni poremećaji nisu razlog ni za lišavanje poslovne sposobnosti, niti su indikacija za prisilnu hospitalizaciju. U predmetima gde se traži psihijatrijsko-psihološka procena podobnosti za roditeljstvo, postojanje anksioznog poremećaja kod jednog od roditelja, mada ne može biti razlog apsolutne nepodobnosti, jeste okolnost koja daje izvesnu prednost na strani drugog, psihički zdravog roditelja. Mentalni poremećaji vezani za stres češće se javljaju u postupcima naknade neimovinske štete Reč je o poremećajima psihičke ravnoteže koji nastaju direktnim uticajem štetnog događaja kao stresogenog faktora. Od medicinskog veštačenja očekuje se da pruži odgovor na pitanje o načinu ispoljavanja, odnosno sadržaju emocionalnog poremećaja, tj. straha, uzrocima njegove pojave, o njegovom intenzitetu, trajanju, eventualnim propratnim pojavama, meri psihičkog opterećenja i njegovom značaju za život dotične osobe, a sve u vezi sa štetnim, predmetnim okolnostima i sledstvenim povredjivanjem. Psihijatrijsko ispitivanje mora da obuhvata prirodu navodnog straha i sa njim udruženih oštećenja zdravlja te da odgovori na pitanje da li su ona u neposrednoj vezi sa izlaganjem štetnom događaju.



# PRECLINICAL STUDIES ON POST-TRAUMATIC STRESS SYNDROME (PTSD): MOLECULAR MECHANISMS AND NOVEL TREATMENT OPTIONS

*Jelena Radulovic*

*Northwestern University, Feinberg School of Medicine, Chicago*

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a major anxiety disorder characterized by protrusive memories of stressful events accompanied by excessive arousal, apprehension, and fear. PTSD is one of the most prevalent and debilitating mental illnesses of military and civilian populations experiencing war-related trauma, and exhibits high co-morbidity with depression. Enhanced excitatory transmission mediated by N-methyl-D-aspartate receptors (NMDAR) or reduced inhibitory transmission mediated by g-amino-butyric acid receptors (GABAR) has been strongly implicated in anxiety and depression. On this basis, the major conceptual framework for treatment of these disorders has been to either block NMDAR or enhance GABAR function. Paradoxically, constraining glutamatergic transmission by known anxiolytic drugs shows little efficacy and even prevents recovery of major PTSD symptoms. Similarly, benzodiazepines, the most potent known GABAR-acting anxiolytics, prolong the duration of PTSD symptoms. This presentation will discuss preclinical findings from my laboratory addressing two important questions: (1) Why does PTSD require different treatments from other anxiety and mood disorders? and (2) Can we design therapies to improve PTSD without worsening other anxiety and depression symptoms? I will first present data demonstrating that enhanced and persistent fear can be induced by acute and unpredictable stress, respectively, and that such response is predominantly based on stress effects on cognitive rather than affective processes. Second, I will show, using targeted pharmacological, genetic, and microRNA manipulations, that specific NMDAR and GABAR subunits and their scaffolding and signaling complexes distinctively contribute to the formation, retrieval, and extinction of aversive episodic memory, and thus play a principal role in PTSD. Specifically, I will show that elevated GABAR inhibitory tone induces persistent fear by blocking extinction learning. On the other hand, NMDAR subunits can either enhance fear, by enabling persistent retrieval of the aversive memory (NR2A), or reduce fear (NR2B) by facilitating extinction. Overall, the findings suggest that increasing the actions of specific NMDAR subunits or decreasing tonic GABA-ergic inhibition are promising novel treatment approaches for PTSD.

# UNUTRAŠNJA PSIHOFIZIKA PANIČNOG POREMEĆAJA

*Saša Branković*

*Klinika za psihijatriju KCS, Beograd*

Pre jednog i po veka jedan od osnivača naučne psihologije, Gustav Teodor Fehner, ponovo je predložio shemu psihološke reaktivnosti koju je jedan vek pre njega opisao Dejvid Hjum. Radi se o lancu: stimulus – unutrašnja (telesna) aktivnost – osećaj. Proučavanje funkcionalnog odnosa između krajeva ovog lanca, zakonitosti veze između stimulusa i osećaja, Fehner je označio istraživačkim poljem spoljne psihofizike. Smatrao je da je ona samo osnova i priprema za „na dubljem nivou delujuću“ unutrašnju psihofiziku koja bi se bavila srednjom karikom u opisanom lancu, tzv. telesnim (psihofizičkim) procesom i njenim odnosom prema mentalnom (osećaju).

Konceptima savremene nauke spoljna psihofizika može se razumeti kao metod „crne kutije“ primenjen u proučavanju psihološkog reagovanja na stimuluše. Unutrašnjoj psihofizici odgovarale bi metode savremene neuronauke koje „otvaraju“ ovu crnu kutiju identifikujući odgovorni neuralni proces. Radi se o metodama elektro- i magnetoencefalografije (EEG, MEG), funkcionalne nuklearne magnetne rezonance (fNMR), pozitronske emisione tomografije (PET), ali i metodi psihofiziološkog sondiranja limbičkog sistema putem matematičkog modeliranja odgovora kožne provodljivosti na emocionalne stimuluše koju poslednjih godina razvijamo.

Dijagnostički princip dosadašnje psihijatrije odgovara načelu spoljne psihofizike Fehnera: pretpostavlja se određena zakonitost i „normalnost“ odnosa između stimulusa i osećaja (i njegovog ispoljavanja u vidu verbalnog odgovora i ponašanja). Razvoj savremenih metoda neuronauke (elektrofizioloških, vizualizacije mozga i psihofiziološkog sondiranja) mogao bi u skorjoj budućnosti da omogućí zasnivanje psihijatrijske dijagnostike na uvidu u izmenjenu „srednju kariku“ Fehnerovog lanca, neuralni proces psihološkog reagovanja i funkcionisanja. Drugim rečima, nova era u psihijatriji odgovarala bi Fehnerovom programu unutrašnje psihofizike.

U ovom radu prikazuju se rezultati studija fNMR koje otkrivaju proces neuralne obrade stimulusa u mozgu osoba sa paničnim poremećajem. Takođe, izlažu se rezultati naših istraživanja primenom metode psihofiziološkog sondiranja centralne monoaminergičke neurotransmisije i neuralne reaktivnosti limbičkog sistema u paničnom poremećaju. Novina koju ova neinvazivna metoda u razvoju donosi je mogućnost zasebne procene tonične i fazične funkcije monoaminergičke neurotransmisije i na osnovu toga planiranje individualne psihofarmakološke terapijske intervencije.

# POSTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ I INVALIDNOST: PSIHIJATRIJSKI, SOCIJALNI I PRAVNI ASPEKTI

*Radomir Samardžić, Željko Špirić*

*VMA, Klinika za psihijatriju, Beograd*

**U**vod: Mnogi pacijenti sa posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP) imaju značajno oštećenu funkcionalnu sposobnost koja može da dosegne nivo invalidnosti. U nekim istraživanjima nađeno je da je stepen oštećenja funkcionalnosti i kvaliteta života ovih pacijenata veći nego kod pacijenata sa drugim anksioznim poremećajima ili sa poremećajima raspoloženja. Dosta pacijenata sa PTSP traži kompenzaciju za traumatska iskustva kojima su bili izloženi kroz različite vidove beneficija, finansijsku nadoknadu, invalidske penzije ili druge vidove socijalne zaštite. Ovo je posebno karakteristično za ratne veterane koji su bili izloženi i fizičkim i psihološkim traumatskim stresorima. Cilj: Analizira se proces revizije invalidnosti uzrokovane posttraumatskim stresnim poremećajem kod veterana rata na prostorima prethodne Jugoslavije. Metod: Retrospektivna analiza medicinske dokumentacije i kliničke procene 237 ratnih vojnih invalida. Korišćeni su klinički intervjui, strukturisani klinički intervjui (CAPS), skala samoprocene posttraumatskih simptoma (IES-R) i observacija tokom kratkotrajne hospitalizacije. Rezultati: Kod 90 (38%) veterana potvrđena je dijagnoza PTSP, od toga je 18 imalo prebolovani tip poremećaja. U ispitivanoj grupi bilo je 121 (51.1%) ranjenika. Nije nađena statistički značajna razlika u zastupljenosti PTSP između onih koji su bili ili nisu bili ranjeni. Svi ispitivani veterani bili su procenjeni određenim stepenom invalidnosti i u odnosu na to dobijali su finansijsku kompenzaciju od strane države. Analizom medicinske dokumentacije, na osnovu kliničke procene i uvidom u kontekstualne faktore, registrovane su najčešće greške u dijagnostičkim procedurama koje su prethodile ponovnoj proceni invalidnosti. Zaključak: Adekvatna dijagnostička procena funkcionalne sposobnosti pacijenata sa PTSP važna je iz više razloga. Ona omogućava identifikaciju očuvanih potencijala koji olakšavaju terapiju i rehabilitaciju ali i rentnih tendencija, i tendencija za kompenzacijom, koje češće ometaju nego što promovišu ovaj proces.

## Literatura

1. Allen JG. Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders. John Wiley & Sons Ltd. West Sussex, England. 2001.
2. Figley CR, Nash W. Combat Stress Injury: Theory, Research, and Management. Routledge. New York. 2007.
3. Benedek DM., Wyn GH. Clinical manual for Management of PTSD. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington. 2011.
4. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, et al: Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems and barriers to care. N Engl J med 2004; 351:13-22.
5. Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and society. J Clin Psychiatry 2000; 61: 4-12.

# SAVREMENI PRISTUP OPSESIVNO -KOMPULZIVNOM POREMEĆAJU: DIJAGNOZA, KLASIFIKACIJA I TERAPIJA

*Olivera Žikić*

*Katedra za psihijatriju, Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu*

**O**psesivno kompulzivni poremećaj (OKP) spada u grupu neurotičnih poremećaja i karakteriše se prisustvom opsesija i/ili kompulzija. Najčešće opsesije su opsesije kontaminacije i povređivanja, ali se mogu javiti i seksualne, somatske i religiozne. Po pitanju kompulzija, najučestalije su kompulzije pranja i proveravanja, dok su nešto ređe dovođenja u red, brojanja, sakupljanja, dodirivanja i sl. Životna prevalenca OKP je 1,6%, dok je 12-to mesečna prevalenca 1%.

U poslednjih dvadesetak godina zahvaljujući razvoju neuroimidžing tehnika, genetskih i imunoloških metoda, došlo je do značajnih izmena u pristupu i tretmanu OKP. Najznačajniji doprinos je svakako u razumevanju etiologije i bioloških procesa koji dovode do nastanka i održavanja bolesti, što je uticalo na razvoj novih, savremenih stavova u terapijskom pristupu, ali i klasifikaciji OKP. Utvrđeno je da postoje različiti subtipovi OKP koji pored toga što se razlikuju u prezentaciji opsesivnih i kompulzivnih simptoma, često zahtevaju i drugačiji terapijski pristup. Takođe, jedan broj zasebnih poremećaja imaju veoma sličnu simptomatologiju kao i OKP, reaguju slično na medikamentoznu terapiju i imaju slične biohemijske i funkcionalne izmene u centralnom nervnom sistemu. Zbog toga ih mnogi autori svrstavaju u opsesivno kompulzivni spektar poremećaja. Jedna od najznačajnijih debata oko izmena u novim revizijama klasifikacionih sistema MKB -11 i DSM-5 je upravo pitanje da li opsesivno kompulzivni poremećaj treba i dalje biti u sklopu anksioznih poremećaja ili ga treba izdvojiti u posebnu kategoriju (Opsesivno kompulzivni spektar) sa grupom oboljenja poput dismorfofobije, hipohondrije, tik poremećaja, Touretovim sindrom.

Tretman OKP može biti veoma problematičan i težak. Kao lek izbora se navode antidepresivi sa dominantnim uticajem na serotonergički sistem (SSRI i kломipramin), ali se zavisno od tipa, rezistencije na terapiju, kliničke slike mogu primeniti u malim dozama i medikamenti koji deluju na dopaminergički neurotransmiterski sistem s obzirom da je utvrđen poremećaj i na ovom nivou (haloperidol, risperidon). Od psihoterapijskih metoda, metoda izbora je svakako kognitivno bihevioralna terapija a posebno metoda - ekspozicija i prevencija

odgovora. U pojedinim zemljama se rade i hiruške intervencije koje mogu donekle pomoći u otklanjanju rezistentnih simptoma OKP.

U radu će biti prezentovani aktuelni stavovi po pitanju kliničke procene, terapije, etiologije i klasifikacije koji su bazirani na dosadašnjim naučnim saznanjima iz ove oblasti.

## Literatura

1. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Moller HJ, WFSBP task force on treatment guidelines. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders - First Revision. *The world journal of biological psychiatry*, 2008; 9(4): 248-312.
2. Phillips KA, Stein DJ, Rauch SL, Hollander E, Fallon BA, Barsky A, Fineberg N, Mataix-Cols M, Ferrao YA, Saxena S, Wilhelm S, Kelly MM, Clark LA, Pinto A, Bienvenu J, Farrow J, Leckman J. Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V? *Depression and anxiety* 27 : 528-555 (2010).
3. National Clinical Practice Guideline. Obsessive compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2006.
4. Stein DJ, Fineberg NA, Bienvenu J, Denys D, Lochner C, Nestadt G, Leckman JF, Rauch SL, Phillips KA. Should ocd be classified as an anxiety disorder in DSM-V? *Depression and anxiety* 27 : 495-506 (2010).
5. Graybiel AM, Rauch SL. Toward a Neurobiology of Obsessive-Compulsive Disorder. *Neuron*, 2000; 28, 343-347.

# SPECIFIČNOSTI ANSKIOZNIH POREMEĆAJA KOD MLADIH

*Biljana Šaula Marojević, Ivan Ilić, Jelena Popović*

*Klinika za psihijatriju KCS, Beograd*

**A**nskioznost je normalna reakcija na biološke, psihološke, socijalne promene karakteristične za adolescentni razvojni period. Predstavlja signalnu reakciju koja mladu osobu pokreće ka integraciji ovih promena u svoje ličnosne strukture u procesu formiranju autonomnog identiteta. Može se, međutim, ispoljiti i u patološkoj formi kroz različite modaliteta anksioznih poremećaja, najčešćih mentalnih poremećaja u adolescenciji. Patološka anksioznost može biti uslovljena nemoći mlade osobe da odgovori na razvojne zadatke, ali i intrapsihičkim i eksternim događajima koji samo koincidiraju sa razvojnog fazom. Iako se smatraju lakšim poremećajima, u periodu mladalaštva mogu imati ozbiljne nepovoljne posledice po razvojni tok i biti prediktori mentalnih poremećaja u odraslom dobu. Kliničke karakteristike ovih poremećaja bitno su uslovljene prirodom samih razvojnih promena i procesa tokom ovog formativnog perioda.

U radu su opisani i razmatrani normativni generatori anksioznosti u adolescenciji. Takođe, razmatraju se problemi razgraničenja normalne i patološke anksioznosti kod mladih. Opisane su kliničke specifičnosti anksioznih poremećaja u ovom periodu: priroda, tok, manifestacije, karakteristični periodi javljanja, predisponirajući faktori za njihov razvoj, odnos između različitih formi poremećaja unutar anksioznog spektra, kao i sa drugim mentalnim poremećajima. Razmatrane su posledice poremećaja po razvojni tok, i njihov odnos sa poremećajima u odraslom dobu. Izloženi su problemi psihološke procene anksioznih poremećaja u kontekstu ličnosti, kognitivnih specifičnosti adolescenata, kao i njihovih interakcija sa sredinom. Prodiskutovani su tipični diferencijalno-dijagnostički problemi i specifičnost metodskog pristupa u procesu procene. Na kraju se razmatraju terapijski modaliteti i implikacije.



## Literatura

1. Banchroft J, Machover J. (edit.). Adolescence and Puberty. Oxford, New Yourk; Oxford University Press,1990.
2. Šaula-Marojević B. PSIHOLOŠKA DIJAGNOSTIKA U ADOLESCENCIJI; Praktikum psihodijagnostičke metode – udžbenik za posle diplomsku nastavu iz medicinske psihologije. Janković N, Jovanović A (ured.). Beograd ; Narodna knjiga, Medicinski fakultet, 2003: 239-256
3. Vasey MW, Dadds MR (edit.). Developmental Psychology of Anxiety. Oxford, New Yourk; Oxford University Press,1990.
4. Walker RD, Elaine F (edit.). Adolescent Psychopathology and the Developing Brain: integrating Brain and Prevention Science. Cary NC, USA; Oxford University Press,2007.

# NOVINE I NEDOUMICE U DOMENU STANJA STRAHA

*Vladan Starčević*

*University of Sydney  
Nepean Hospital, Sydney, Australia*

**O**bjective: To review and critically examine the place of anxiety disorders in contemporary psychiatry, options for their future classification and implications of anxiety disorders for the future of psychiatry.

Conclusions: There is a strong trend towards the narrowing of the current DSM group of anxiety disorders. A future conceptualisation of the conditions currently classified as anxiety disorders will be useful to the extent that it espouses a longitudinal diagnostic approach and acknowledges a lack of clear boundaries between anxiety and related disorders. Several factors have led psychiatry away from neuroses and anxiety disorders and towards depression as a social paradigm of distress: a perception that anxiety disorders have relatively little relevance, decline of psychoanalysis and rise of biological psychiatry, the downfall of the benzodiazepines and a failure to replace them with better anxiolytics, and development of newer antidepressants. The subsequent imposition of the rigid conceptual dichotomy between depression and anxiety strengthened a notion that the focus of psychiatry should be on the “depression side” of this divide. Having promoted cognitive-behavioural therapy as the best treatment for anxiety disorders, clinical psychologists have largely “taken over” the anxiety disorders from psychiatrists. It is suggested that psychiatrists’ surrender of the anxiety disorders may have negative consequences for the future of psychiatry.

## Literatura

1. Portman ME, Starcevic V, Beck AT (2011). Challenges in assessment and diagnosis of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Annals*, 41:79-85.
2. Starcevic V (2008). Anxiety disorders no more? *Australasian Psychiatry*, 16:317-321.
3. Starcevic V (2011). Have anxiety disorders been disowned by psychiatrists? *Australasian Psychiatry*, 19:12-16.
4. Starcevic V, Janca A (2011). Obsessive-compulsive spectrum disorders: still in search of the concept-affirming boundaries. *Current Opinion in Psychiatry*, 24:55-60.
5. Starcevic V, Portman ME, Beck AT. Generalized anxiety disorder: Between neglect and an epidemic. *Journal of Nervous and Mental Disease* (in press).

# PSYCHOPATHOLOGY OF ALCOHOL ADDICTION AND ANXIETY DISORDERS

*Michael Musalek*

*University of Vienna & Anton Proksch Institute, Vienna, Austria*

Dealing with the possible connections between anxiety states and alcohol addiction we are confronted with three main questions. Firstly: Do occur anxiety states and addiction more frequently than expected by chance. If such a close connection between pain and depression may be found the second question arises: What comes first: anxiety states or addiction. Is addiction only the effect of anxiety states (which is quite understandable, as alcohol is a potent anxiolytic agent) or could it also be the other way around: are alcohol abuse or addiction one of the starting points of anxiety states? In this case the third question will be: what is the background, what could be the explanation for such an effect – which psychopathological mechanisms may be responsible for the occurrence of anxiety states in alcohol addiction?

It is quite well known and proofed by empirical data that in patients suffering from alcohol addiction states of anxiety and/or anxiety disorders are much more often found than predicted by chance; sometimes the anxiety syndrome is in the foreground of the clinical picture, sometimes it is only an accompanying phenomenon. But the high percentage of anxiety syndromes in patients suffering from alcohol addiction does not answer the question, what comes first: anxiety or addiction. Of course, it is well-documented that anxiety states and syndromes play a major role in the development of high dosage and long-lasting drinking because of the anxiolytic effects of alcohol. There are also some strong hints that anxiety syndromes and/or disorders may be a result of addiction processes. Therefore the question arises what are the psychopathological processes behind such developments. Clinical as well as analytic psychopathological studies showed that one of the missing links between addiction and anxiety states may be depression. As long-lasting and high-dosage alcohol use provokes and promotes depressive symptomatology/disorders and as anxiety states/disorders are closely connected with depression, the complex interaction of addictive behaviour, pharmacological effects of alcohol, depressive symptomatology and their effects to and the reactions of the suffering patient may explain the development of anxiety states/disorders in alcohol addicted patients. The complex interactions between anxiety, depression and alcohol addiction will be reflected and illustrated by a cybernetic pathogenetic model. With the help of such a cybernetic model we may not only succeed in understanding the complex psychopathological mechanisms behind the occurrence of anxiety states within the frame of alcohol addiction but also help in developing effective pharmacological and psychotherapeutic treatment strategies.

# POZICIJA ANKSIOZNIH POREMEĆAJA U SPEKTRU POREMEĆAJA AFEKTA

*Aleksandra Nedić, Olga Živanović*

*Klinika za psihijatriju, KC Vojvodine  
Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu, Novi Sad*

**K**ontroverze oko pozicije/klasifikovanja anksioznih poremećaja mogu se posmatrati u sklopu opšte poznatih problema klasifikovanja mentalnih poremećaja (npr komorbiditet, relijabilnost i validnost dijagnostičkih kategorija) sa jedne strane, kao i principa /kriterijuma/metoda klasifikovanja (dimenzije, kategorije, spektri) s druge strane. Različite studije ukazuju na prepostrivanje određenih dijagnostičkih kategorija anksioznih poremećaja, pa i čitavog „anksioznog spektra“, kako medjusobno tako i sa drugim grupama/dijagnostičkim kategorijama mentalnih poremećaja, predominantno sa poremećajima raspoloženja. Biće prikazana istraživanja koja pokušavaju da, sa različitih aspekata i na različite načine, sagledaju kontroverze oko savremene pozicije anksioznih poremećaja u spektru poremećaja afekta. S jedne strane neka od njih ukazuju na postojanje emocionalnog klastera ili internalizirajućih poremećaja – prepostrivanje stanja koje danas nazivamo anksioznim i depresivnih poremećaja . S druge strane biće prikazana istraživanja koja direktno povezuju neke dijagnostičke kategorije anksioznih poremećaja (npr panični poremećaj) sa dijagnostičkom grupom bipolarnih poremećaja. Cilj je sagledavanje pozicije anksioznih poremećaja u odnosu na novija epidemiološka, biološka i klinička istraživanja u „realnom svetu“, na aktuelnom nivou znanja. Takodje, biće prikazani pokušaji da se rasvetli praktičan značaj prepostrivanja anksioznog spektra poremećaja i poremećaja raspoloženja (spektar poremećaja afekta).

## Literatura

1. Goldberg D, Krueger R, Andrews G, Hobbs M. Emotional disorders: Cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological medicine*, 2009, 39: 2043-2059
2. MacKinnon D, Zandi P, Cooper J et al. Comorbid bipolar disorder and panic disorder in families with a high prevalence of bipolar disorder. *Am. J Psychiatry*, January 2002, 159: 30-35
3. Merikangas K, Akiskal H, Angst J et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*, 2007; 64:543-552
4. Hofmann S, Sawyer A, Fang A, Asnaani A. Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 2012; 29: 409-416
5. Joffe H, Chang Y, Dhaliwal S. Et al. Lifetime history of depression and anxiety disorders as a predictor of quality of life in midlife women in the absence of current illness episodes. *Arch Gen Psychiatry*, 2012; 69 (5):484-492

# OSETLJIVOST NA ANKSIOZNOST

*Tatjana Vukosavljević-Gvozden<sup>1</sup>, Borjanka Batinić<sup>1,2</sup>, Ivana Peruničić<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> *Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd*

<sup>2</sup> *Klinika za psihijatriju KCS, Beograd*

<sup>3</sup> *Institut za mentalno zdravlje, Beograd*

**P**od osetljivošću na anksioznost podrazumeva se strah od anksioznosti koji predstavlja značajan faktor rizika za razvoj paničnih napada i anksiozne patologije generalno (Reiss, McNally, 1985). Iako je ovaj koncept veoma mnogo istraživan u inostranstvu (vidi Taylor, 1999) kod nas su ova istraživanja još uvek veoma retka. S obzirom na to, cilj ovog istraživanja bila je eksploracija koncepta osetljivost na anksioznost na našoj populaciji i ispitivanje razlika u njenom prisustvu kod kliničke (N=104) i nekliničke (N=102) populacije uz korišćenje Indeksa osetljivosti na anksioznost (ASI) i Spilbergerovog testa anksioznosti kao crte i kao stanja (STAI).

Rezultati ukazuju da je Indeks osetljivosti na anksioznost pouzdana mera ovog konstrukta na našoj populaciji (Kronbahov alfa koeficijent= 0.923). Dobijena je očekivana trofaktorska struktura koju čine strahovi u vezi sa somatskim, psihološkim i socijalnim aspektima anksioznosti. Utvrđena je značajna razlika između kliničkog i nekliničkog uzorka na celoj skali koja je najveća na dimenziji straha od somatskih simptoma anksioznosti. Takođe su utvrđene pozitivne i značajne korelacije između faktora osetljivosti na anksioznost i anksioznosti kao crte. Na osnovu analize t-testa utvrđene su statistički značajne razlike po polu samo na kliničkom uzorku, u pravcu u kome žene postižu više skorove na faktoru psihološke zabrinutosti i crte anksioznosti.

Za psihoterapijsku praksu od značaja je nalaz da osobe sa anksioznim poremećajima karakteriše zabrinutost u vezi sa somatskim, psihološkim i socijalnim aspektima simptoma anksioznosti, pri čemu je razlika sa nekliničkom populacijom najizrazitija u vezi sa strahom od fizičkih simptoma anksioznosti i njihovih posledica. Nalazi su u skladu sa postavkama Racionalno-emotivne bihejvioralne terapije koja je unutar kognitivno-bihejvioralne paradigme prva postulirala koncept straha od straha (tzv. „sekundarni emocionalni poremećaj“) (Ellis, 1979), kao i sa postavkama Klarkovog (Clark, 1986) modela paničnih poremećaja koji unutar Kognitivne terapije ukazuje na ključnu ulogu katastrofičnih interpretacija telesnih senzacija u razvoju paničnih napada.

## Reference:

1. Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic disorder, *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 24, 461-70.
2. Ellis, A. (1979). *The theory of rational-emotive therapy*. U: A. Ellis, J. M. Whiteley (Ur.): Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy (5–32). Brooks: Cole Publishing Company.
3. Reiss, S., McNally, R. J. (1985). Expectancy model of fear. U: S. Reiss, & R. R. Bortolin (Ur.), *Theoretical issues in behavior therapy* (107-121). San Diego: Academic Press.
4. Taylor, S. (Ur.) (1999), *Anxiety sensitivity theory, research and treatment of the fear of anxiety*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc Publisher

# ALGORITMI KCS ZA TERAPIJU ANKSIOZNIH I FOBIČNIH POREMEĆAJA

*Milan Latas<sup>1,2</sup>, Borjanka Batinić<sup>1,3</sup>, Dragana Stojanović<sup>1</sup>,  
Danica Mamula Mijalković<sup>1</sup>*

*1 Klinika za psihijatriju KCS, Beograd*

*2 Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd*

*3 Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd*

Planiranje i primena racionalnog lečenja kod pacijenata sa anksioznim i fobičnim poremećajima je kompleksna i treba da uzme u obzir specifične podatke o pacijentu (njegove somatske i psihijatrijske dijagnoze, demografske varijable, eventualnu prethodnu terapiju, hereditet, itd.), potom uslove lečenja (hospitalno ili dispanzersko), i na kraju generalnu terapijsku strategiju i oblike lečenja koji stoje na raspolaganju. Pored toga treba obratiti pažnju i na faktore, kao što su: kliničko iskustvo terapeuta sa različitim vidovima terapije, odnos pacijenata prema terapiji, neželjeni efekti, kontraindikacije za primenu psihofarmaka, efikasnost prethodne terapije i mnogi drugi faktori. Zbog toga je vrlo teško ukazati na jedinstvenu terapijsku strategiju koja bi bila primenljiva za sve terapeute i za sve pacijente pri čemu se pod efikasnim vidom terapije smatra anuliranje (ili značajna redukcija) simptoma anksioznosti i drugih psihopatoloških fenomena, uz omogućavanje boljeg opšteg funkcionisanja pacijenata. Sve ovo uslovljava potrebu za edukacijom svih praktičara -kliničara (pre svega psihijatara i lekara opšte medicine) o osnovnim smernicama tretmana anksioznih i fobičnih poremećaja.

Na osnovu brojnih studija kojima je ispitivana efikasnost različitih psihofarmaka kod pacijenata sa anksioznim i fobičnim poremećajima (Ravindran i sar., 2010), preporuka stručnih udruženja (Bandelow i sar., 2008), kliničkih studija koje su istraživale ishod tretmana na našoj populaciji pacijenata (Latas, 2005) izdvojene su smernice za efikasan farmakološki tretman pacijenata sa anksioznim i fobičnim poremećajima.

U planiranom izlaganju biće detaljnije opisani savremeni aspekti farmakoterapije pacijenata sa anksioznim i fobičnim poremećajima različitim grupama lekova. Naglasak će biti stavljen na primenu savremenih algoritama



koji su usklađeni sa domaćim potrebama i mogućnostima za lečenje, kao i na prikaz preporuka za doziranje i dužinu tretmana psihofarmacima, i na prikaz neželjenih dejstava koja se mogu pojaviti tokom lečenja lekovima. Na kraju izlaganja biće dat pregled mogućnosti kombinovanja psihoterapije i farmakoterapije u integrativni model lečenja pacijenata sa anksioznim i fobičnim poremećajima.

## Literatura

1. Ravindran LN, Stein MB. The pharmacologic treatment of anxiety disorders: a review of progress. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(7):839-54.
2. Bandelow B et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders - first revision. *World J Biol Psychiatry*. 2008;9(4):248-312
3. Latas M., Stojanović D., Mamula Mijalković D., Batinić B. (2005): Psihopatologija i terapija komorbiditeta anksioznih i afektivnih poremećaja. *Engrami*. 27(1-2):15-20.
4. Pull CB. Combined pharmacotherapy and cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(1):30-5.
5. Davidson JR, Feltner DE, Dugar A. Management of generalized anxiety disorder in primary care: identifying the challenges and unmet needs. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2010;12(2).

# KOGNITIVNI PROCESI I KOGNITIVNO-BIHEJVIOURALNI TRETMAN PANIČNOG POREMEĆAJA

*Borjanka Batinić<sup>1,2</sup>, Tatjana Vukosavljević-Gvozden<sup>2</sup>, Milan Latas<sup>1,3</sup>*

<sup>1</sup> *Klinika za psihijatriju KCS, Beograd*

<sup>2</sup> *Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd*

<sup>3</sup> *Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd*

Poremećene kognicije (uključujući pažnju, memoriju, maladaptivne kognicije i metakognicije) i kognitivni procesi (mehanizmi koji stoje u pozadini kognicija koje su uključene u detekciju, dešifrovanje, pohranjivanje, povratak i korišćenje informacija) imaju značajnu ulogu u održavanju i etiologiji “reakcije alarma” karakteristične za panični poremećaj. Visoko izražena anksiozna senzitivnost, anksioznost oko “nadolazeće opasnosti”, anksiozno iščekivanje i izraženo ponašanje traženja sigurnosti formiraju začarani krug panične anksioznosti. Distorzije u kognicijama i kognitivnim procesima (precenjivanje mogućnosti dešavanja pretećih događaja, upaničavajuće kognicije, potcenjivanje coping mogućnosti i mogućnosti izbacivanja) prave značajnu razliku između osoba sa paničnim poremećajem i neanksioznih osoba.

Kognitivno-bihejvioralna terapija usmerana na poremećene kognitivne procese pokazala je visoku efikasnost u lečenju paničnog poremećaja i kompleksna je mešavina edukacije, tehnika verbalne kognitivne restrukturacije, modifikacije imaginacije, manipulacije pažnjom, ekspozicije na anksiozene stimulse, modifikacije ponašanja izbegavanja, itd. Iako kognitivno-bihejvioralni tretman paničnog poremećaja pokazuje visoke stope uspeha, takodje visoke stope relapsa i hroniciteta ukazuju na ulogu karakteristika ličnosti obolelih u održavanju poremećaja, i neophodnost da poremećeni kognitivni procesi koji proističu iz personalnih karakteristika takodje budu cilj psihoterapijskih intervencija.

U radu su prikazani rezultati istraživanja autora i saradnika o profilima ličnosti pacijenata sa paničnim poremećajem i kontrolne grupe obolelih od distimije i zdravih ispitanika (N=120), koji su ukazali na globalno povećanje skala neurotskog trijasa (D-Hs-Hy). Diskutovana je implikacija ovakvih nalaza na kognitivne procese i predstavljene su kognitivno-bihejvioralne intervencije usmerene na kognitivne distorzije koje proističu iz bazičnih karakteristika ličnosti obolelih od paničnog poremećaja.

## Literatura

1. Grasko GM, Rauch LS, Ursano R. et al. What is an anxiety disorder? *Depression and Anxiety* 2009; 26:1066-1085.
2. Rosmarin HD, Antony MM. Interpretation Bias in Panic disorder: Self-Referential or Global? *Cog Ther Res* 2009; 33:624-632.
3. Ludewig, S, Geyer AM, Ramseier M, Vollenweider XF et al. Information-processing deficits and cognitive dysfunction in panic disorder *J Psychiatry Neurosci.* 2005 ; 30 (1): 37-43.

# ANKSIOZNOST IZ PERSPEKTIVE SAVREMENE PSIHOANALIZE

*Srđa Zlopaša<sup>1</sup>, Sanja Totić-Poznanović<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup> *Klinika za psihijatriju KCS, Beograd*

<sup>2</sup> *Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd*

**A** nksioznost kao ubikvitaran psihički i psihopatološki fenomen je od samog početka u samom središtu psihoanalitičkog interesa. Psihoanaliza se u odnosu na razumevanje anksioznosti menjala i evoluirala, a i delila na razne pravce koji su se kasnije razvijali kao odvojene škole ili nastavljale svoj put unutar psihoanalitičkog pokreta. Savremena psihoanaliza kao i psihijatrija nije dogmatski zatvorena i homogena disciplina, te unutar svojih graničnih područja interesovanja gaji plodni pluralizam.

Cilj našeg izlaganja je da upoznamo širu psihijatrijsku publiku sa nekim od savremenijih psihoanalitičkih teorija u razumevanju anksioznosti. Smatramo da je integrativni pristup u lečenju, definisanju, razumevanju, dijagnostičkom pozicioniranju itd. od koristi za sve praktičare koji se bave anksioznošću.

Cilj izlaganja je da u osnovnim odrednicama prikazemo razumevanje anksioznosti sa aspekta više psihoanalitičkih pravaca kao što su savremeni freudijanski pravac, škola objektnih odnosa, nezavisna britanska škola, teorije J. Laksana, V. Biona i D. Vinikota, teorije atačmenta, mentalizacije..

Sledeći cilj bi bio upoznati auditorij sa osnovnim perspektivama neuropsihoanalize i neurobiološkim osnovama psihoterapije. Ukazati na važnost pojedinih moždanih regiona za fenomen anksioznosti i kakve su implikacije poznavanja i razumevanja neurofunkcionalne organizacije u odnosu na psihoterapijski proces i ono što je potencijalno kurativno u njemu.

Dalji akcenat ćemo staviti na razliku između savremenih pacijenata “našeg doba” i klasičnih neurotičnih poremećaja na kojima je psihoterapija uopšte pa i psihoanaliza započela svoj razvoj, prvenstveno misleći na graničnu patologiju i sve moguće teorijske i tehničke implikacije.

Sledeća važna tema odnosi se na terapeutovo doživljavanje, razumevanje anksioznosti i kakve sve prednosti se otvaraju u dobrom kontratransfernom

baratanju sa pacijentovim anksioznostima sa posebnim akcentom na mehanizam projektivne identifikacije. Nadalje, kako terapeut izlazi na kraj sa anksioznošću koju pacijent ubacuje u njega te kako je razlikuje od svoje anksioznosti kao sastavnog dela psihoterapijskog odnosa.

Od velike važnosti je uslovno rečeno klasifikacija anksioznosti sa psihoanalitičkog stanovišta u odnosu na strukturnu i razvojnu tačku odakle anksioznost dolazi, i važnost razlikovanja vrsta anksioznosti (depresivna, anihilaciona, persekutorna, iz konflikta ili deficita itd.). Posebno u odnosu prevladavajuće odbrambene mehanizme neurotičnog, graničnog ili psihotičnog karaktera..

Rad otvara mogućnost daljeg interdisciplinarnog dijaloga u razumevanju i lečenju svih poremećaja čiji su sastavni deo anksiozna ispoljavanja.

## Literatura

1. Cozolino LJ. The neuroscience of psychotherapy. New York. W.W. Norton & Company, Inc; 2002.
2. Gabbard, Beck, Holmes. Oxford Textbook of Psychotherapy. London. Oxford University Press, 2005.
3. Greenberg JR, Mitchell SA. Object relations in Psychoanalytic Theory. Cambridge.England, 1983.
4. Kernberg.O et al. Transference focused psychotherapy: Overview and update. Int J Psychoanal 89:601-620 2008.
5. PDM Task Force, Psychodynamic Diagnostic manual. Silver Spring, MD:Alliance of Psychoanalytic Organisations. 2006.

# TEORIJE SOMATIZOVANE ANKSIOZNOSTI - OD NEUROBIOLOGIJE DO PONAŠANJA I TERAPIJE

*Natasa Šikanić*

*Bolnica za psihijatriju, KBC „Dr Dragiša Mišović-Dedinje“, Beograd*

Somatizacija anksioznosti se može predstaviti kao svesna ili nesvesna upotreba tela zbog psiholoških razloga. Telesna anksioznost je fenomen prisutan u celom svetu i manifestuje se brojnim i različitim somatskim simptomima, koji se ne mogu objasniti telesnim oboljenjem, niti zloupotrebom supstanci. Danas, somatizovana anksioznost predstavlja jedan od mnogih kontroverznih entiteta u psihijatriji. U kliničkoj praksi srećemo brojne pacijente koji se zale na brojne telesne simptome, za koje ne postoji telesni uzrok i sve zajedno nazivamo somatizeri. Ovaj naziv nije najsrećnije rešenje obzirom da obuhvata niz entiteta, koje je potrebno razlikovati, radi što boljeg lečenja ove velike grupe pacijenata. Pokušaćemo da objasnimo mehanizme koji stoje u pozadini ovih ispoljavanja. Somatizacija, aleksitimija, somatimija, neadekvatna mentalizacija, i somatoformna disocijacija su najčešći mehanizmi koji dovode do entiteta koje nedovoljno razlikujemo u kliničkoj praksi. Simptomi koji se manifestuju kroz različite telesne aspekte i manifestacije u ponašanju i funkcionalnosti nastaju kao rezultat nepotpune i neadekvatne integracije psihobioloških fenomena i funkcija. U brojnim studijama potvrđena je asocijacija gore pomenutih mehanizama, koji dovode do ispoljavanja telesne anksioznosti, sa strukturalnim i funkcionalnim izmenama nekih struktura CNS-a. Od velikog značaja je razlikovanje mehanizama koji stoje u pozadini telesnog ispoljavanja anksioznosti sa ciljem prepisivanja najadekvatnijih psihofarmaka kao i psihoterapijskih pravaca za svakog pacijenta, ponaosob. Integrativni pristup (psihofarmakoterapija-psihoterapija), daje najbolje rezultate u lečenju ovih, inače veoma zahtevnih, pacijenata.

## Literatura

1. Nijenhuis, E. R. S. (2004). Somatoform dissociation: Phenomena, measurement, and theoretical issues. New York: W. W. Norton.
2. Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. New York/London: W. W. Norton.
- 3) Fonagy,P.(2003). The development of psychopathology from infancy to adulthood. Infant Mental Health Journal, 24:212-239.
- 4) Stoudemire,A. (1991): Somatothymia: Parts 1 and 2. Psychosomatics 32:365-381.

# ANTIPSIHOTICI U TERAPIJI ANKSIZNIH POREMEĆAJA – OPCIJA ILI VITIUM ARTIS

*Srđan Milovanović, Aleksandar Damjanović*

*Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu  
Klinika za psihijatriju KCS, Beograd*

**Z**a anksiozne poremećaje se može reći da se radi o relativno učestaloj heterogenoj grupi poremećaja koja se ispoljava u širokom simptomatskom opsegu, od blagih poremećaja do teških funkcionalnih oštećenja. Standardan pristup se sastoji od psihofarmakoterapije, danas najčešće u sprezi sa kognitivno bihevioralnim intervencijama. Za većinu poremećaja se iskristalisala prva terapijska linija danas su to - selektivni inhibitori serotonina i inhibitori preuzimanja serotonina i noradrenalina. Udeo antipsihotika u tretmanu anksioznih poremećaja se i aktuelno teško definiše u domenu anksioznih poremećaja, jednim dobrim delom je to posledica malog broja dobro dizajniranih istraživanja primene ove grupe psihofarmaka, kada se radi o njihovoj bezbednosti i efikasnosti. Najviše se nalazi dokaza kada se radi o primeni ove grupe u domenu tretman refraktarnog opsesivno-kompulsivnog poremećaja, posttraumatskog stresnog poremećaja i paleti slučajeva gde je prisutan komorbiditet. Od primene prvih antipsihotika 50-tih godina prošlog veka se stiču klinička iskustva se velikim brojem proverenih antipsihotika u tretmanu anksiozno-depresivnih poremećaja, uglavnom kao dodatnom terapijom kod refraktarnih stanja, ali i u kao prva linija kod nediferenciranih, komplikovanih i atipičnih prezentacija slučajeva. Iako se podela antipsihotika na sedativne, intermedijarne i incizivne, tokom vremena nalazi pomalo zapostavljena, u domenu terapiji anksioznih poremećaja ona nalazi i danas svoje pravo mesto. Nadamo se perspektivi koja će na osnovu dobro postavljenih dobrih kliničkih i predkliničkih ispitivanja obogatiti znanja u vezi primene antipsihotika u tretmanu anksioznih poremećaja, kao i obezbediti praktične smernice za kliničku primenu kod ove velike grupe psihijatrijskih poremećaja.

# FARMAKOEKONOMIJA ANKSIOZNIH POREMEĆAJA

*Vladimir Janjić*

*Psijhijatriska klinika, Klinički centar Kragujevac  
Medicinski fakultet Kragujevac*

**A** nksiozni poremećaji su veoma česta oboljenja koja se javljaju kod približno jedne trećine do četvrtine ukupne populacije tokom života. Mnogi anksiozni poremećaji se javljaju rano, imaju hronički tok, i uzrokuju značajne tegobe, interferiraju sa svakodnevnim životnim aktivnostima i stvaraju ogromne ekonomske troškove. Procenjeno je da od 147.8 milijardi dolara ukupnih troškova SAD za sva mentalna oboljenja na anksiozne poremećaje otpada 46.6 milijardi, dok u Evropskoj uniji ti troškovi iznose preko 41 milijardu eura. Uprkos navedenom, farmakoekonomske aspekte ovih oboljenja su do sada privlačili znatno manje pažnje od tzv. velikih mentalnih oboljenja (shizofrenija, depresija), verovatno iz razloga što su se ranije u lečenju anksioznih poremećaja dominantno koristili relativno jeftini benzodiazepini. Međutim, u novije vreme prvi izbor za anksiozne poremećaje postaju antidepresivi, posebno oni iz grupe selektivnih blokatora preuzimanja serotonina (SSRI). Porast prevalence anksioznih poremećaja i izmene u savremenoj farmakoterapiji stvaraju povoljnu istraživačku klimu za započinjanje studija u oblasti farmakoekonomije kako u svetu tako i u našoj sredini.

## Literatura

1. Lepine JP. The epidemiology of anxiety disorders: Prevalence and societal costs. *The Journal of clinical psychiatry. Supplement* 2002, vol. 63: 24-8.
2. Andlin-Sobocki P. Cost of anxiety disorders in Europe. *European Journal of Neurology* 2005; 12: 12-6.
3. Janjić V, Đukić Dejanović S, Milovanović D, Bukumirić Z. Farmakoekonomske karakteristike anksioznih poremećaja. *Praxis medica* 2007; 35(3-4): 65-8.
4. Löthgren M. Economic evidence in anxiety disorders: a review. *The European Journal of Health Economics*. 2004;5 (S1):20-5.
5. Issakidis C, Sanderson K, Corry J, Andrews G, Lapsley H. Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence-based optimal treatment for anxiety disorders. *Psychol Med* 2004; 34: 19-35.



# KOMPLEMENTARNA I ALTERNATIVNA TERAPIJA ANKSIOZNIH POREMEĆAJA

*Dragana Stojanović*

*Klinika za psihijatriju KCS, Beograd*

**M**ineralni balans, kao i odsustvo toksičnih minerala, jedan je od brojnih preduslova homeostaze mentalnog funkcionisanja. Provera i praćenje mineralnog statusa često se ne izvrši na vreme ili se previdi za duži period, iako spada u važne laboratorijske parametre i od velikog je značaja za diferencijalnu i dopunsku dijagnostiku.

Na ovom stručnom sastanku se daje pregled najvažnijih i manje značajnih minerala koji utiču na mentalno funkcionisanje. Iznosi se pregled do sada ispitanih mehanizama dejstva na specifične sisteme kao što je na primer uticaj deficita magnezijuma na glutamatergičku transmisiju ( Siwek, M., 2005), zatim uticaj cinka na indukciju Brain derived neurothropic factor-a (BDNF), (Nowak, G., 2005), zaštitu od oksidativnog oštećenja membrane (O'Dell BL., 2000). Pored prikaza uticaja gvožđa izlaganje će se iz psihijatrijskog ugla baviti i mineralima koji su atraktivniji za druge grane medicine kao što su selen, hrom, jod, mangan i drugi. Poseban osvrt biće stavljen na mehanizam dejstva litijuma, razlike u farmakodinamici i farmakokinetici različitih litijumovih soli (litijum karbonat i litijum citrat su medicinski priznate soli litijuma i dozvoljene za upotrebu), a litijum orotat po nekima, najbezbednija litijumova so, još čeka dalje provere. Razmatra se postojanje litijumovog neuroprotektivnog potencijala (Gregory JM., et al. 2000), a posebno je značajno mesto ovog minerala kao esencijalnog, a ne samo kao terapijskog sredstva kod bipolarnog poremećaja, jer bi to značilo mogućnost njegovog uključivanja i u drugim indikacionim područjima (Ohgami, H. et al., 2009).

U nekim zemljama, biljni preparati kao što su Kantarion, Piper methisticum ili valeriana se koriste u lečenju anksioznih poremećaja. Dovoljan dokaz efikasnosti ipak nije dostupan za ove preparate. Takođe, postoje prikazi o efikasnosti za lečenje anksioznih poremećaja homeopatskim preparatima. Prvobitna poboljšanja sa ovim jedinjenjima mogu biti posledica placebo efekata, spontana poboljšanje ili tendencija regresije. Biljni i homeopatski preparati se nekada koriste u nadi da prednost može biti doneta nespecifičnim efektima a neželjena dejstva mogu biti minimizirana. Međutim, placebo efekt obično nije dugotrajan, i ponovna pojava ili pogoršanje simptomatologije može da dovede do gubitka poverenja u lekara. Takođe, ovi preparati nisu prošli bezbednosnu proceduru.

## Literatura

1. Siwek M, Wrobel A, Dudek D, Nowak G, Zieba A. The role of copper and magnesium in the pathogenesis and treatment of affective disorders. *Psychiatr Pol.* 2005 Sep-Oct;39(5):911-20.
2. Nowak G, Szewczyk B, Pilc A. Zinc and depression. An update. *Pharmacol Rep.* 2005 Nov-Dec;57(6):713-8.
3. O'Dell BL. Role of zinc in plasma membrane function. *J Nutr.* 2000;130(5S Suppl):1432S-1436S.
4. Sowa-Kućma M, Kowalska M, Szłószarczyk M, Gołombiowska K, Opoka W, Baś B, Pilc A, Nowak G. Chronic treatment with zinc and antidepressants induces enhancement of presynaptic/extracellular zinc concentration in the rat prefrontal cortex. *Amino Acids.* 2011 Jan; 40(1):249-58. Epub 2010 Jun 9.
5. Gregory J. Moore, Joseph M. Bebchuk, Ian B. Wilds, Guang Chen, and Husseini K. Manji, Lithium-Induced Increase in Human Brain Grey Matter, *The Lancet*, Oct. 7, 2000, vol. 356, pp. 1241-1242.
6. Ohgami H, Terao T, Shiotsuki I, Ishii N, Iwata N. Lithium levels in drinking water and risk of suicide. *Br J Psychiatry.* 2009 May; 194(5):464-5; discussion 446.

# BIOLOŠKE OSNOVE PLACEBO EFEKTA KOD ANKSIOZNIH POREMEĆAJA

*Maja Ivković*

*Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu  
Klinika za psihijatriju KCS, Beograd*

U potreba termina „placebo“ u medicinskoj literaturi u smislu bezazlenog, „lažnog“ tretmana, datira najmanje dvesta godina unazad. Današnje razumevanje ovog pojma uglavnom podrazumeva primenu inertne supstance, bez poznatih farmakoloških i biohemijskih efekata na stanje koje se tretira. Međutim, novija istraživanja nedvosmisleno ukazuju da je placebo efekat složeni psihobiološki fenomen, zasnovan na sveukupnom terapijskom kontekstu.

Mehanizmi putem kojih se ostvaruju placebo efekti su mnogobrojni i ne moraju biti istovetni kod svih poremećaja. Osobe koje boluju od anksioznih stanja pokazuju visok stepen placebo odgovora, kako u kliničkom tako i u istraživačkom kontekstu. Značajna redukcija simptoma na primenu placeba kod ovih osoba pripisuje se psihološkim i biološkim faktorima. S jedne strane prisutna su pacijentova uverenja, očekivanja, želja da simptomi nestanu, prethodna iskustva, koja su u interakciji sa lekarevom empatijom, razuveravanjem, entuzijazmom, terapijskim ritualom. Sam placebo je „inertan“ ali celokupni psihosocijalni kontekst tretmana koji uključuje, između ostalog, klasično uslovljavanje, učenje, motivaciju, sistem nagrade, nije inertan. Ovi mehanizmi pokreću brojne neurotransmitterske i neuromodulatorne procese koji su istovetni i u odgovoru na aktivni psihofarmak. Istraživanja pokazuju da primena placeba kod osoba sa anksioznim poremećajima dovodi do izmena električne i metaboličke aktivnosti u različitim zonama mozga, pre svega ventralnom strijatumu, prednjem cingulatnom i orbitofrontalnom korteksu. Varijacije gena za serotoninški transporter i triptofan hidrosilazu 2 izgleda da značajno modulišu kapacitet za placebo odgovor. Nivo monoamina koji igra značajnu ulogu u regulaciji anksioznosti podložan je izmenama pri primeni placeba.

Poznavanje i razumevanje bioloških osnova placebo efekta može biti od velikog značaja u klimičkom radu sa osobama obolelih od anksioznih poremećaja.

# NEGATIVNI AFEKTIVITET, STRES I KORONARNA BOLEST

*Olivera Vuković<sup>1,2</sup>, Dušica Lečić-Toševski<sup>1,3</sup>, Jelena Stepanović<sup>1,4</sup>*

<sup>1</sup>*Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu*

<sup>2</sup>*Klinika za psihijatriju KCS, Beograd*

<sup>3</sup>*Institut za mentalno zdravlje, Beograd*

<sup>4</sup>*Klinika za kardiologiju KCS, Beograd*

Poslednih godina posebna pažnja posvećuje se odnosu između negativnog afektiviteta, stresa i koronarne bolesti (KB). Dosadašnja istraživanja delimično potvrđuju pretpostavku da negativni afektivitet (emocionalna nestabilnost, neuroticizam) može biti prediktor koronarne bolesti (KB). Interpretaciju rezultata o udruženosti negativnog afektiviteta i KB otežava više faktora. Prvo, negativni afektivitet neretko je praćen ispoljavanjem simptoma nalik angini pektoris, koji nisu posledica KB. Drugo, negativni afektivitet pozitivno korelira sa većom brigom o zdravlju - osobe sa naglašenim negativnim afektivitetom češće odlaze lekaru, tako da se kod njih češće i postavlja dijagnoza KB. U raspoloživoj literaturi, međutim, postoje i istraživanja koja ne potvrđuju vezu između negativnog afektiviteta i KB, kao i ona koja ukazuju na inverzan odnos između navedenih varijabli. Kako su podaci o vezi između negativnog afektiviteta, stresa i KB koji potiču iz studija preseka kontradiktorni, istraživači u ovoj oblasti veruju da prospektivne i eksperimentalne studije mogu pružiti dokaze o kauzalnoj ulozi ove dimenzije ličnosti u etiologiji koronarne bolesti. U literaturi je predloženo više modela kojima se tumači međuigra stresa, specifičnih dimenzija ličnosti i KB. Postojeći modeli (model posrednika stresa, hiperreaktivnosti, rizičnog ponašanja i hiperreaktivnosti), pokazuju da negativni afektivitet igra značajnu ulogu u složenoj interakciji između ove dimenzije ličnosti, stresa i KB. U radu će biti prikazani rezultati dosadašnjih istraživanja koja ukazuju na potencijalne mehanizme kojim negativni afektivitet doprinosi razvoju i prognozi KB.

# RODNA I POLNA ANKSIOZNOST

*Dragana Duišin<sup>1</sup>, Jasmina Barišić<sup>1</sup>, Maja Pantović<sup>1</sup>,  
Gordana Nikolić-Balkoski<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>*Klinika za psihijatriju KCS, Beograd*

<sup>2</sup>*Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu*

Fenomenološki anksioznost je sveprisutna nezavisno od polnih i rodničkih odlika, kao i odlika identiteta (heteroseksualni, homoseksualni i transseksualni). Razlike su moguće u pogledu generatora odnosno trigerera anksioznosti, načina manifestovanja, coping strategija i sl.

Aktuelna teroretska polazišta naglašavaju razliku između pola i roda, tj. polni i rodni identitet se razlikuju. Izraz pol označava anatomsku strukturu, dok se rod odnosi na očekivana, nametnuta ili usvojena društvena ponašanja polova. Ne može se reći da žene ili muškarci imaju veći rizik za razvoj rodne anksioznosti, naprotiv oba pola su podjednako osetljiva. Rodni stresori su nezabežni, ali individualne coping strategije određuju efikasnost adaptacionog stila. Žene uglavnom traže savet, molitvu ili ventilaciju, dok se muškarci generalno okreću fizičkim rasterećenjima kao što su rad ili sportske aktivnosti. Ukoliko coping mehanizmi nisu efikasni i anksioznost i dalje perzistira, žene postaju sklone razvoju depresije, dok su muškarci sklone zloupotrebi PAS.

Postoji više tipova anksioznih poremećaja, a pojedini su uzrokovani pitanjima koja uključuju rod. Rodna anksioznost uključuje rodni anksiozni poremećaj, poremećaj rodne identiteta i konflikte rodne uloge. Rodne uloge značajno su determinisane društvenim i kulturnim očekivanjima. Neispunjavanje odnosno nezadovoljavanje tipiziranih "rodne odrednice" u ponašanju može rezultirati ličnim doživljajem visokog stepena distresa koji se manifestuje različitim nivoom i kvalitetom anksioznosti.

Rodne anksiozne poremećaje definiše kao „opsesivna briga u arbitriranju oko granice između muškog i ženskog“ koji je moguć od perioda najranijeg detinjstva“. Ovakva definicija praktično se odnosi ne samo na individualni, već i na globalni sociološki plan u smislu preteranih očekivanja i brige vezane za način oblačenja, frizure i druge spolne vidljive muške i ženske „odrednice“. Rodno atribuiranje i očekivanja svakako ne bi trebali da imaju stresni kvalitet ukoliko se kao takvi ne ispunjavaju.

Poremećaj rodne identiteta uključuje dva osnovna kriterijuma čije je prisustvo neophodno da bi se postavila dijagnoza, i to: insistiranje osobe na tome da ona zapravo jeste i pripada suprotnom polu i klinički dokazi o jasnom i sna-

žnom diskomforu vezanim za sopstveni telesni pol na rođenju. Diskomfor uključuje odvratnost prema telesnim organima i želju da se hirurškim putem promene polni organi.

Rodne uloge predstavljaju set faktora koji uključuju tradiciju, religiju, društvene norme i kulturu. Većina uloga individualno se inkorporira u detinjstvu. Ukoliko se tokom maturacije javi individualno uverenje o neispunjavaju očekivane uloge često ovo rezultira razvojem konflikata i porastom anksioznosti. Tradicionalne maskuline uloge uključuju asertivnost, nezavisnost i ambicioznost, dok feminine uključuju pasivnost, zavisnost i lepotu (estetiku).

U radu će biti eksplorisana i termin homoseksualna anksioznost u diferencijaciji biti homoseksualac ili imati homoseksualnu paniku (HOCD)

Značaj rodnog identiteta kao faktora za nastanak anksioznosti ili anksioznih poremećaja je nesumnjiv, ali ne i isključiv, i neophodno ga je posmatrati u širem kontekstu. Rana i ciljana detekcija poremećaja vezanih za rodnu ulogu i distinkcija između anksioznih poremećaja kao komorbidnih ili urokovanih rodnom ulogom jedna je od prvih stepenica ka adekvatnom tretmanu. U svetlu ovakve, pažljive fenomenološke procene, tretman baziran na savremenim terapijskim smernicama put je za dobru kliničku praksu i dobar terapijski odgovor.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Za nazive lekova koristiti prevashodno generička imena.

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Primeri:

#### 1. Članak u časopisu:

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

#### 2. Poglavlje u knjizi:

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

#### 3. Knjiga:

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

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

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

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

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

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



**25.OKTOBAR 2012.**

**SATELITSKI SIMPOZIJUM  
TERAPIJSKE OPCIJE KOJE ZASLUŽUJU  
POSEBNU PAŽNJU**

- A. JOVANOVIĆ**, moderator  
**S. DEUSIC-POPOVIĆ**: Anksioznost i depresivnost kod mladih – izazov u lečenju  
**M. LATAS**: Da li i kako lecimo GAD u nasoj zemlji?

**26. OKTOBAR 2012.**

**SATELITSKI SIMPOZIJUM  
I ANTIDEPRESIVI IMAJU SVOJE  
RODJENDANE, ZAR NE?**

- S. MILOVANOVIĆ**: Kada antidepresiv ulazi u najbolje godine?  
**N. MARIĆ BOJOVIĆ**: Najbolje godine su vreme za nove pohode



