

ENGRAMI

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU
PSIHOLOGIJU
I GRANIČNE DISCIPLINE

2



Volume 38 • Beograd, april-decembar 2016.

UDK 159.9+616.89

www.grami.rs

YU ISSN 0351-2665

ENGRAMI

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU
PSIHOLOGIJU
I GRANIČNE DISCIPLINE

2



Volume 37 • Beograd, april-decembar 2016.

UDK 159.9+616.89

www.grami.rs

YU ISSN 0351-2665

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU, PSIHOLOGIJU I GRANIČNE DİSCİPLİNE

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
SRĐAN D. MILOVANOVIĆ

*Zamenik glavnog i odgovornog urednika
Supplement editor in chief*
MILAN B. LATAS

Pomoćnici urednika / Associate editors
MAJA PANTOVIĆ STEFANOVIĆ
BOJANA DUNJIĆ KOSTIĆ
SREĆEN VIĆENTIĆ

Uredivački odbor / Editorial board
ALEKSANDAR JOVANOVIĆ
ALEKSANDAR DAMJANOVIĆ
MILICA PROSTRAN
ŽELJKO ŠPIRIĆ
MAJA IVKOVIĆ
NAĐA MARIĆ
DUBRAVKA BRITVIĆ
OLIVERA VUKOVIĆ
SRĐA ZLOPAŠA
DRAGANA DUIŠIN
JASMINA BARIŠIĆ
NADA JANKOVIĆ
DRAGAN PAVLOVIĆ
OLIVERA ŽIKIĆ
PETAR NASTASIĆ
DEJAN LALOVIĆ
VLADIMIR JANJIĆ
SVETLANA JOVANOVIĆ
BORJANKA BATINIĆ
MIRJANA DIVAC JOVANOVIĆ

Izdavački savet / Consulting board
LJUBIŠA RAKIĆ
MIROSLAV ANTONIJEVIĆ
MIRKO PEJOVIĆ
JOVAN MARIĆ
MIROSLAVA JAŠOVIĆ GAŠIĆ
SLAVICA ĐUKIĆ DEJANOVIĆ
DUŠICA LEČIĆ TOŠEVSKI
VLADIMIR KOSTIĆ
RATOMIR LISULOV (Novi Sad)
GORAN MIHAJLOVIĆ (Kragujevac)

Internacionalni redakcioni odbor
International editorial board
N. SARTORIUS (Geneve)
P. GASNER (Budapest)
D. ŠVRAKIĆ (St. Louis)
G. MILAVIĆ (London)
V. STARČEVIĆ (Sydney)
D. KARLOVIĆ (Zagreb)
M. JAKOVLJEVIĆ (Zagreb)
S. LOGA (Sarajevo)
A. NOVOTNI (Skopje)
J. SIMIĆ-BLAGOVČANIN (Banja Luka)
L. INJAC (Podgorica)
A. TOMČUK (Kotor)
A. MIHAJLOVIĆ (Chicago)
N. TRAJANOVIĆ (Toronto)

Sekretar / Secretary
GORDANA MARINKOVIĆ
Lektor za srpski i engleski jezik
SONJA ĐURIĆ

Časopis ENGRAMI izlazi dva 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 oporezivanju proizvoda i usluga u prometu za koji se ne plaća porez na promet proizvoda. • IZDAVAČ / PUBLISHED BY: KLINIKA ZA PSIHIJATRIJU KLINIČKOG CENTRA SRBIJE I UDRUŽENJE PSIHIJATARA SRBIJE; THE CLINIC FOR PSYCHIATRY CLINICAL CENTRE OF SERBIA AND SERBIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION • ADRESA UREDNIŠTVA / ADDRESS OF EDITORIAL BOARD: ENGRAMI, Klinika za psihijatriju KCS, Pasterova 2, 11000 Beograd, E-mail: klinikazapsihijatrijukcs@gmail.com • časopis ENGRAMI je referisan u SCIndeks bazi (Srpski nacionalni citatni indeks); Journal ENGRAMI is listed in SCIndeks (Serbian national citation index)• Copyright © 2016 ENGRAMI. Sva prava zaštićena.

SADRŽAJ

CONTENTS

ORIGINALNI RADOVI / ORIGINAL ARTICLES

Mirjana Divac Jovanović, Dragan Švrakic

REVISITING THE CONCEPTS OF NORMAL, ADAPTED, MATURE, AND DISORDERED PERSONALITY: TOWARDS A REDEFINITION OF PERSONALITY DISORDER	5
REVIZIJA KONCEPATA NORMALNE, ADAPTIRANE, ZRELE I POREMEĆENE LIČNOSTI: KA REDEFINISANJU POREMEĆAJA LIČNOSTI	19

Marija Spasić, Milan Latas, Srđan Milovanović

PSIHOPATOLOŠKO U LIKOVIMA U DELU "NA DRINI ĆUPRIJA" U SKLOPU MEĐUNARODNE KLASIFIKACIJE BOLESTI MKB-10.....	21
PSYCHOPATHOLOGY IN THE CHARACTERS OF "BRIDGE OVER DRINA" ACCORDING TO THE 10TH INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES	32

PREGLEDI LITERATURE / REVIEW ARTICLES

Stevan S. Jovanović, Dragan M. Pavlović

MOTORIC FUNCTIONS AND COGNITION IN ELDERLY.....	35
MOTORNE FUNKCIJE I KOGNICIJA KOD STARIH OSOBA.....	41

Nataša Dostanić

WOMEN'S HEALTH AND VIOLENCE AGAINST WOMEN BY SPOUSES WHO ARE ALCOHOLICS	45
ZDRAVLJE ŽENA I NASILJE NAD ŽENAMA ČJI SU PARTNERI ALKOHOLIČARI.....	52

Katarina Šmakić

ANALIZA UTICAJA DIGITALNIH TEHNOLOGIJA NA KRITIČKO PROMIŠLJANJE MLADIH.....	57
THE ANALYSIS OF DIGITAL TECHNOLOGIES' INFLUENCE ON CRITICAL THINKING OF YOUTH.....	68

<i>Snežana Svetozarević, Jasmina Barišić, Dragana Dušin</i>	
DISFUNKCIONALNOST PORODICE	71
FAMILY DYSFUNCTIONALITY	80
<i>Srđa Zlopaša</i>	
PSIHOANALITIČKA STUDIJA O IZVORIMA KREATIVNOSTI PETRA LUBARDE	85
A PSYCHOANALYTIC STUDY OF PETAR LAUBARDA'S GENESIS OF CREATIVITY.....	97
PRIKAZ SLUČAJA/CASE REPORT	
<i>Milan Latas, Suzana Perović, Vladimir Janjić, Branislav Radmanović</i>	
PREGABALIN U TERAPIJI PACIJENATA SA GENERALIZOVANIM ANKSIOZNIM POREMEĆAJEM – PILOT ISTRAŽIVANJE: PRIKAZ SERIJE PACIJENATA	99
USE OF PREGABALIN FOR THERAPY OF PATIENTS WITH GENERALISED ANXIETY DISORDER – PILOT INVESTIGATION REVIEW OF CASE STUDIES	105
PRO MEMORIA	
<i>Miroslava Jašović-Gašić</i>	
Prof. dr Josif Vesel	107
UPUTSTVO AUTORIMA	109

REVISITING THE CONCEPTS OF NORMAL, ADAPTED, MATURE, AND DISORDERED PERSONALITY: TOWARDS A REDEFINITION OF PERSONALITY DISORDER

Mirjana Divac Jovanović¹
Dragan Švrakić²

UDK: 615.851.1

- 1 Department for psychology
Faculty of Media and Communication
Belgrade, Serbia
- 2 Department of Psychiatry, Washington
University School of Medicine
in St Louis, St Louis, USA

Summary

In this paper we analyze the fundamental concepts of normalcy and psychopathology within the context of postmodern liberal culture and digital age of information. The adaptive task of “what to choose” among many acceptable lifestyle alternatives has been favoring the psychopathology personality disorder over the last 3–4 decades. Without strict guidance of the conservative era, individuals who are lacking the sense of internal direction (i.e., those with fragmented personality core), are feeling confused and lost. On the other hand, fragmented personality may appear as a new type of adaptation to the fragmented reality. Consequently, the prevalence of personality disorder is now estimated to be around 15–20% in the general population. Reflecting a significant impact on our daily lives, the postmodern culture has modified some fundamental concepts, such as personality, personality disorder, self, integrity, maturity, among others. These redefined concepts are discussed, especially the concept of personality disorder, which we understand as one core deficit of personality with variable clinical styles or subtypes (narcissistic, antisocial, histrionic, dependent, obsessive, among others). Finally, ethical aspects of behavior are discussed in detail from evolutionary, nosological, and sociological perspectives, as well as its influence on the development of personality and its disorders.

Key words: personality, personality disorder, adaptation, digital era, ethics.

INTRODUCTION

Modern psychology conceptualizes mental health and illness as “mental functioning or dysfunction” and defines them dynamically in time (when do they appear in relation to the stage in life) and context (cultural, historical, and religious, among others). The contemporary way of living, with the “acceleration of time” [1] and the explosive expansion of the virtual space of communication is redefining many fundamental concepts related to personality. Today, almost all aspects of identity, self, closeness, intimacy or community are perceived, experienced, and validated in a new way. [2]. The kinds of changes awaiting human personality are difficult to even hypothesize as “Generation Z” – that has no knowledge of the time before social networks, gets information with ultra-speed, and equally quickly (8 seconds?!?) loses interest in it – is coming of age. The uncertainty of the individual in the confusion of social transitions is reflected also in the concept of personality disorder which has become much more flexible. Mental symptoms which would have been diagnosed in psychiatry as borderline personality disorder only ten years ago are today seen as a normal expression of “fragmented self” [3]. This relativization of healthy versus ill or disordered, even though correct at a certain level of generalization, is not particularly informative in practical work as it may obscure the boundaries between mental disorder and mental health, and possibly result in an incorrect approach to the problem. We believe that a way out of this dilemma lies in

defining dimensions of personality, rather than categories of healthy and diseased personality. Dimensions and how they cross match enable us to locate the unique position of the individual in the coordinate system and possibly also determine a personalized (individual-specific) method of help [4].

DIGITAL REVOLUTION, LIFESTYLE AND ADAPTATION

How are current social changes influencing mental life in general, and adaptation strategies, and social and personal value systems, lifestyle and mental health in particular? At a global level, the contemporary society is going through changes that are so fast and so great and this has drastic implications for the contemporary existential milieu [5]. The digital revolution is introducing changes at an unprecedented rate, and is, figuratively, turning the generation gap into a generation abyss. The current socio cultural and technological changes have not been forcefully imposed on us, of course, but represent a natural continuation of evolution and social progress. In other words, on their own, the changes are neither positive nor negative; they are a spontaneous consequence of new technologies, digital revolution and the information age as a qualitative leap in the evolution of knowledge and people's capacities. All this can cause resistance due to inertia, fear of change and novelty, and/or nostalgia for the ways of old. The digital revolution, much like the two preceding socio-cultural revolutions in the history of mankind (agri-

cultural and industrial) fundamentally changes the way in which we live, communicate, work, learn, get news, shop, meet one another, socialize, find partners, etc. The digital revolution is sometimes also referred to as “the third industrial revolution” with the idea that in the first two industrial revolutions machines were introduced to replace manual work (cca. 1760–1840), while telegraph and railway networks, telephone, electrification and assembly lines were introduced into the everyday life of people (cca. 1870–1914). To put things in perspective, it was believed at the time that these technological innovations made possible previously unseen mobility of people and ideas, culminating in what were then described as a “new wave of globalization.” This sounds conspicuously similar to today’s hype of globalization. In other words, today’s new globalization is simply the continuation of the previous one and its outcomes are impossible to predict. As always throughout history, there is no final word or an end to development in the life of people.

With respect to the influence of the digital revolution on the humanities, including psychology and psychiatry, there is an evident need for new concepts which would help us define what is happening to us. The general organization of social structures has shifted from homogeneity to heterogeneity and the means of interpretation of social trends have changed accordingly. In view of these radical ongoing changes in the world, there seems to be a growing need for the classical particularized knowledge and super specialization to be re-

placed by a “neo-Renaissance” (general, summarizing) knowledge about psychological phenomena, while emotional “soft” management and intuitive anticipation represent adaptive advantages.

“NORMAL,” “ADAPTED,” “MATURE” PERSONALITY

Normality of personality and *maturity* of personality are not identical concepts. The first refers to the absence of disorder, and the latter to the quality of psychological health. Simply put, every mature personality is normal, but every normal personality need not necessarily be mature. On the continuum from mature to disordered personality, a part of the spectrum is occupied by the so-called normal personality as a variant of personality expression that is not pathological, but does not necessarily attain a high quality of psychological health. “Average” persons can have normal personality structure and intelligence, relatively well developed character traits, but may lack authenticity, creativity, independence, and a sense of satisfaction and fulfillment. Normality refers to a statistical mean or normative range, and the concept of maturity introduces additional criteria of internal harmony, capacity for close interpersonal relations or effectiveness in employing personal potentials, among others. How one relates to others is key to assessing normality; hence, external criteria are involved. In contrast to normality, maturity mostly refers to an internal level of personality integration and harmony; hence, to internal criteria. We do not argue that all those failing to attain a high

level mental development are immature. The dimension of maturity also includes persons with modest potentials who accept themselves as they are and are accepted by their environments as having attained the maximum (or optimum) of their potentials.

The question arises as to whether it makes any sense to talk about maturity as a separate psychological reality when there is already a veritable plethora of similar terms, such as, for example, good adaptation, self-actualization, and healthy personality, etc. These alternative concepts are not synonymous, even though they largely overlap with the notion of maturity. The concept of maturity has the longest tradition and is most widely accepted in non-psychological circles. Maturity implies developmental continuity, whereas two other concepts (healthy and self-actualized personality) describe a cross-section of a personality's state and lack the clear developmental connotation [6]. As another essential difference, maturity refers to the quality of adaptive processes in different life situations and is less burdened with value-laden hypotheses than the concepts of mental health or self-actualization [7]. As for the concepts of self-actualization and good adaptation, the relationship is much clearer because mature personality need not necessarily be well-adapted. The criterion of maturity does not imply blind conformity to the normative demands of the environment, but rather implies an attitude towards those demands. Extreme conformity and extreme negativity are only two faces of immaturity. With respect to terminology, in contrast to adjustment which repre-

sents a one-way process of adjusting one's personality, i.e., of internal needs, emotions, or motives, to temporary conditions in one's environment (personal loss, death of close persons, occupation change, etc.), adaptation is a two-way process of interacting with the environment in which both sides strive for a balance between getting and giving.

One of the most complex tasks in the development of personality is striking a balance between personal needs and the needs of others, expressing potentials, satisfying wishes or realizing ambitions without threatening or antagonizing one's environment, and, optimally, even inspiring it. This is by no means an easy task because of the natural conflict between personal needs and their deferred gratification in the process of adapting to social norms. Life in the group (civilization) is a consensual relationship in which the individual willingly gives up many aspects of his/her own personal interests and joins the group in order to deal more efficiently with the dangers posed by the outside world (forces of nature), other human beings (wars) and/or disease injury (organized systems of health care). Throughout history individual differences in personality expressed different ways in which individuals adjusted their biological needs to local socio-cultural norms. With the evolution of society towards high tolerance of many alternative life styles, towards nonviolence, and environmental protection, personality adaptation is no longer reflected in the specific solutions to biological needs, but, rather, in the readiness to internalize social trends into personal motivation and everyday

life. If the trend of the past couple of hundred years is anything to go by, a gradual reduction of primal biological behaviors and continued socialization of the self will be the direction of personality evolution in the future. The evolution of human communities is moving towards a complete socialization of the self, which means that personal needs and their gratification will be increasingly defined by social trends, outside the inner circle of personality.

A recent symposium devoted to "Semantics and Maturity of Personality" in Saint Louis, USA, concluded that a strong sense of community in society (reflected in the much more frequent use of the first person plural instead of the first person singular) is characteristic of self-actualized persons with rich internal life and stable self-respect. As concluded by one of the participants, "We is a mature I." Of course, it is necessary here to distinguish between a healthy connectedness to others and an over-dependence on others, or symbiotic relationships. In the case of excessive dependence on others (insisting on community as an expression of a dependent "I") there is no genuine interchange in the relationship, but the person maintains connection to others so that they can deal with this person's personal and practical problems. In contrast to the disquiet of dependence, the mature personality is mostly at peace with itself, its choices are natural and spontaneous, and is capable of supporting own decisions, its goals are focused and relatively stable. This operational definition of maturity is contained in Maslow's concept of the self-actualized personality and with this foundation; the mature personality can

genuinely and even passionately follow internal direction without impacting the environment, and may even be able to inspire it, but certainly never goes against it. This would be characteristic of immature personalities who, despite the degree of personal success or talent, feel mostly isolated, envious and/or dissatisfied, and in most cases also unaccepted, by their environments. We can pose the question whether this concept of "mature" is possible or even realistic today?

For years the mature personality has been defined as having a stable self-respect, accepting oneself as it is, with a *predominantly* positive perception, and a realistic perception of others as *mostly* positive persons. This personality can experience authentic interest in and satisfaction with its work and relationships (self-realization), that is, attach importance to the needs of others through prosocial emotions and activities undertaken for the common good ("extension of the self"). The mature personality spontaneously fits in its social environment, and its own needs are frequently identical to the needs of the environment. These descriptions sound almost utopian in the context of today's environment. In the postmodern age, the narrative of the quality of life has been redefined to the extent that requires contemporary psychiatry and clinical psychology to redefine their criteria of maturity and immaturity [8]. Still, the ideal of maturity as an ultimate quality remains attached to the concepts of integration, authenticity, fitting in with others and oneself, because these are the pillars of its functioning.

COMMON DIMENSIONS OF MATURE AND IMMATURE PERSONALITY

In most cases, persons with personality disorder (PD) manifest behaviors that are more or less also observed in mature personalities. Behaviors of the mature and the immature personalities vary along a continuum, and differ in terms of quantity and context, but most importantly, with respect to the level of personality organization underlying the behavior. We contend that a poorly integrated, fragmented personality structure, alternatively referred to as immature or borderline, underlies all true cases of personality disorder. [4]. Empirical research to date has failed to determine personality traits or behaviors specific to personality disorders. In other words, on the continuum of behavior there is no bimodal distribution of normal and pathological variants, which means that there is no clear boundary or natural cut off point where normality of a personality trait stops, and pathology begins. This way every attempt to separate the pathological from normal traits is arbitrary. With this in mind, it is clear that a simple quantification of the dimensions of behavior (extremes) it is not possible to separate the mature from the immature, that is, normal from pathological personalities. This is why we have sought for many years, along many other authors, a way to assess qualitative differences between the two levels of integration, of normal and pathological, primarily in terms of the levels of organization or functioning of personality.

Morality and violation of norms are the exceptions from other quantitative behavior traits. Here we notice discontinuous distribution along the continuous dimension of morality. Anyone can have immoral thoughts, want to create advantages for oneself through abuse or manipulation of others, or be tempted to do something illegal. All these are derivatives of the selfishness of our biological nature that was made to fit the mold of civilizational norms of life in the community. The question is: how often, in what context, and with what consequences to ourselves or to our community. Introjected moral norms at the moment of temptation activate internal control mechanisms which eliminate problematic behavior as a viable alternative. Where morality is controlled only externally (e.g. fear of punishment), the immature personality succumbs to temptation without experiencing any conflict within oneself, especially where conditions exist for the transgression to be made discreetly, without attracting social or legal stigma. The person with a developed moral integrity can occasionally engage in thoughts about various deviant behaviors, but because of the automatic activation of the internal control mechanism of guilt and punishment and the rational assessment of the immorality of the deviant behavior ("the internal censor"), they, as a rule, do not chose to act and cross the boundary, regardless of whether they would be caught or not. The two above examples illustrate discontinuous distribution on the continuous dimension of morality (non-offender versus offender).

Normal personalities are said to be well adapted, and immature personalities are said to be poorly adapted, disordered, or maladapted. Here we encounter the problem of defining good and poor adaptation. In our view and based on our experience, good adaptation is better defined as functional adaptation, that is, adaptation that fulfills its function in adapting one's internal needs to the social norms and context. Sometimes, however, good adaptation is confused with excessive adaptation (overadaptation) which effectively means unhealthy, excessive subjugation of one's needs to the socially acceptable norms. It is very important to distinguish overadaptation from functional adaptation in practice. As clinicians and therapists, we stress the importance of the danger of falling into a trap of expecting a person to inevitably adapt to one's own environment. There are numerous situations in which good adaptation to a bad environment can, in fact, mean unhealthy adaptation (the phenomenon known as "Catch 22" after the title of the movie and the book). Contemporary diagnosis has moved the boundaries of good and bad adaptation by viewing the problem of mental health through a social prism (context) as never before [9, 10]. This has not diminished the significance of the psychological-psychiatric aspect of the "normal-pathological" problem. The widely accepted discourse today takes into account the phenomena of unconscious motivation in personality dynamics and etiological multi-causality and functional autonomy in the dynamics of the disorder. The antipsychiatry movement of the 1960s was justified in

its criticism of the prevalent concept of mental health based on adaptation, but, on the other hand, exaggerated the relativity of mental illness.

Based on the characteristics of the mature and immature personality it follows that the so-called normal personality need not necessarily be mature, and equally, that the so-called disordered, maladapted personality is immature by definition. In this book, we examine the emotional, cognitive, and behavioral aspects of the development, structure, and dynamics of unintegrated personalities, that is, of personality disorders. The immaturity of personality is not synonymous with personality disorder. We would say that immaturity is always present in personality disorders, but personality disorders also include other characteristics of personality dynamics and structure (for example, the compensatory pathological self). However, since the unintegrated personality is characterized by the dominance of primitive (immature) defense mechanisms and partial object relations it can be regarded as a kind of synonym of PD.

ON ADAPTATION: ETHICAL ASPECTS OF BEHAVIOR

Persons with personality disorder are frequently believed to be amoral or, at best, to have "loose" permissive morals. This belief is not always justified and is, in fact, a remnant of the now outdated view equating personality disorder with antisocial disorder. We now know that many variants of personality disorder expression, the obsessive adaptation type, for example, need not necessarily

have significant defects in the domain of morality, even though they may meet the criteria for PD. Since character development includes the development, or acquisition, of morality, and since persons with PD have underdeveloped or not fully developed character, we shall now briefly review the developmental and phenomenological aspects of morality in order to explain the relationship between personality disorder and the pathology of morality.

The moral precepts of behavior such as "good-evil," "honest-dishonest," or "fair-unfair" are not merely the product of civilization, but constitute the essential *preconditions* of life in the group, that is, of development of civilization. This is the field of evolutionary psychology, a relatively new science that explores psychological phenomena from a modern evolutionary perspective. Robert Wright provided a brilliant introduction to evolutionary psychology in his book "The Moral Animal: Why We Are, the Way We Are" [11]. The phenomenon of morality of behavior emerged in the course of evolutionary development of man as one of the results of natural selection that optimizes life in the community, and increases chances for survival and reproduction of the individual within the group (group as an adaptive solution to the survival of individual members). In other words, in the course of the evolution of man, moral behavior developed because it increased the chances of survival and reproduction through reciprocity of actions, cooperation and a sense of fairness [12]. Figuratively speaking, the human brain is the arena where our animal nature faces our

social realities. Morality is, therefore, based on evolutionary instincts, and moral behaviors were promoted through natural selection because they facilitate survival, reproduction and the welfare of the group, and consequently of its individual members.

The evolutionary success of a species ultimately depends on its ability to leave the greatest possible number of its genetic specimens in a population. This is not accomplished only by direct reproduction, i.e., by passing on one's own gene variants to one's immediate progeny. As other members of the individual's group share the same or very similar genes (recognizable in their characteristics), DNA can increase its own evolutionary success by promoting the genes (i.e., reproduction and survival) of the individuals in its own group, who share similar characteristics (the so-called inclusive fitness). The most obvious category of these individuals is close genetic relatives. From their beginnings about 150 thousand years ago until the agricultural revolution some ten thousand years ago, our not so distant ancestors (*Homo sapiens*) lived in small polygamous groups of hunters and gatherers. In these environments it could never be quite clear who was related to whom and how close their blood ties were. However, a high degree of relatedness among all members could be expected in such small groups by definition. This is why genes promoting behaviors involving sacrifice for the sake of others had great chances of prospering because kin selection increased the chances of prosperity of the same genes and of passing on those same or similar

genes to the next generation. That is all a set of genes can do to survive: to increase the chances of being passed on through generations. Inclusive fitness is seen today as one of the two basic mechanisms through which pro-social behaviors emerge through evolution (reciprocal altruism is the second one).

In reciprocal altruism, an organism acts in a way in that temporarily reduces its own fitness (sacrifices itself) and increases the fitness of another organism in the expectation that the other organism will act in a similar way at a later time. The neurobiological basis of reciprocal altruism is the capacity for empathy, of feeling with others. Many authors hold that empathy is possible owing to the existence of the so-called "mirror" neurons in the brain of many higher animals, primarily the primates. These neurons are activated while an animal performs an action, as well as while it is merely watching others perform that same action. In humans, these neurons are primarily located in the cortex, and their presence is associated with our capacity to feel with others, to relate perception to action, to understand the intentions and activities of others (theory of mind), to learn new skills through imitation, or with our capacity for speech. Reciprocal altruism involves assistance to all members of the group, not just those that are related. Clearly, this is also a precondition of the success of life in a community (civilization) because it increases chances of survival, reproduction and welfare of the group. The majority of animal species living in organized groups have developed at least some behaviors of this type in the

course of their evolution (for example, wild dogs, wolves, ants, hyenas, some bird species, ants).

Human morality is therefore largely a phenomenon of biology and nature, an inherent adaptive characteristic of life in a community, developed to restrict extreme individualism within the community [13]. Extreme individualism undermines group cohesion and reduces the chances for adaptation and survival. In most people, during the stages of the development of moral reasoning (Kohlberg's well-known stages of moral development) intuitive biological morality and developed moral reasoning give rise to *universal morality*. As the culmination of moral development, universal morality ("if it's good for you, it's good for me") becomes an internal direction (principle) of behavior that guides the behavior of all or most reasonable individuals regardless of their culture, race, gender, sexual orientation, nationality, or any other personal characteristic. In contrast to moral relativism, i.e., the theory that morality varies over time and across cultures, Noam Chomsky developed the concept of universal morality as an inherent characteristic of human neuropsychology (similar to the capacity for language acquisition).

In contrast to biological, unwritten morality, there is also acquired morality, the explicit written and/or unwritten code set by the group within its local culture and institutions of society such as legislature or religion which is internalized in the course of development. An explicit moral code became necessary because of the increasing complexity and size of human communities

where reciprocal altruism (meaning intuitive, unwritten morality) could no longer sufficiently motivate individuals to behave in a socially-acceptable manner to the benefit of the larger group. In other words, in large groups where social roles are diverse and complex, direct observable reciprocity in our behaviors in social interactions becomes blurred (reciprocity is much more difficult to verify in larger than in smaller groups). This opens up space for manipulation, bypassing of rules, extreme egoism, and accumulation of privileges under the guise of morality, eventually creating the need for explicit rules for acceptable and unacceptable behaviors. Acquired morality involves internalization of moral norms of a local community and culture, of written legal norms (the so-called prescriptive, prohibitive, forbidding moral code) and, finally, internalization of the moral code of a given religion (the so-called prescriptive, recommending morality where, with the exception of the Inquisition, both the rewards for adherents and punishment for offenders are more subjective and ideological than concrete). In psychodynamic terms, de-personified acquired morality (meaning, principled, not personal, moral standards) becomes part of a well-integrated Superego. In essence, both the law and religion formulate a list of unacceptable behaviors that deviate from the norms of the group or threaten its cohesion, as well as a system of punishment or correction for those who fail to follow the prescribed norms. Much later, in the most recent past in the history of civilization, society introduced a system of medical treatment of deviant (immoral,

criminal) behaviors deemed to be the result of some mental disorder, rather than simply a matter of personal choice.

The evolution of human psychology recruits pro-social motives and emotions, such as altruism, compassion, empathy as emotional motivators of moral behaviors, and, on the other end, feelings of guilt as a consequence of a moral error in behavior. With their energy and motivation, pro-social emotions incorporate inborn and/or acquired moral standards into principled moral behavior.

In large groups, creating *an impression* of being reliable in interactions is one of the primary ways of ensuring that our sacrifice for such a person would be reciprocated later. This opens up room for fraud because creating the impression of morality can become an end in itself, a manipulative way of ensuring one-way interaction, of always getting and rarely giving (social "seduction"). We may well define this type of cheating as an abuse of the essence of human society ("social parasitism") because it is the very caricature of the fundamental premise of life in community: that the group would be equally good for all members who follow the principle of reciprocal altruism. We speak here about placing oneself above others in a calculated manner, into a position of authority, power and privilege, a position where the same rules that apply to the "masses" do not apply, while the person or the group poses as moral. These persons chronically break moral and/or legal norms, or fix them to their own advantage, even though they may frequently publicly express outrage at the same type of im-

morality of others (creating an impression of morality). Premeditation is manifested in the calculated assessment that the majority of humanity will be moral (which is statistically correct) and that the disguised individual immorality would go unnoticed (which is statistically probable). There are attempts in the psychological literature to differentiate “successful psychopaths” from “unsuccessful psychopaths” (the latter are colloquially known as “criminals”), with the implication that the former successfully mask their immorality and go unpunished, and may even attain high social status according to the formal standards of success (some politicians, tycoons, bankers, CEOs, among others). The latter (the “unsuccessful”) follow a completely different life scenario, and end up in corrective institutions and prisons. Both groups, however, have very similar personality characteristics, for example impulsivity, ruthlessness, lack of moral sense, undeveloped character. Significant differences between the two groups include higher IQ of “successful psychopaths,” their greater cardiovascular reaction to stress (a tendency to become aroused in emotionally charged situations), and normal fear processing [14] and are mostly involved in nonviolent crime (the so-called “white-collar”, i.e. higher order, crime). In contrast, “unsuccessful psychopaths” have lower IQs, impaired fear processing (due to dissociation of emotional and cognitive processing they do not anticipate problems and have a diminished sense of fear and are primarily engaged in “blue-collar,” i.e. lower order, crime [14]). How is the immorality of the privileged different

from the immorality of persons with PD? It is our understanding that persons with personality disorder or problems are not immoral by design or as a result of premeditation and that they not make a calculated choice to be selfish, inconsiderate, or manipulative. Their immoral actions are, at least in part, the consequence of immature personality structure or part of their chronic struggle against emptiness and fragmentation. There are views that defense mechanisms, which, as a reminder, are immature in personality disorders, might play a central role in moral functioning [6]. In other words, this may be viewed as the immorality of psychopathology in contrast to the immorality of arrogance, touchability, and strength.

Research has shown that feelings of guilt and shame do not derive only from transgression itself, but also from the chance that it would be discovered. In the pursuit of personal happiness (as a common denominator in the life of all people) the majority of people behave in a way that “is to the good of all,” but do not always live completely in harmony with own moral rules (they “cheat” to a lesser or greater extent). Cheating is particularly frequent when chances of a reward are great and risks of punishment low. We are all biased with regard to our own profit or, on a larger scale, the profit of the group to which we belong and which defines us socially. The consensus among evolutionary psychologists is that this type of bias is built into our species by natural selection. The key point here is that the majority of people are capable of minor moral transgressions (e.g., harmless

"white lies") while a minority is capable of serious violations of moral norms, including abuse or physical endangerment of others.

ADAPTIVE TASKS REVISITED

With regard to statistical indicators, the rise in the incidence of PDs, interestingly, is concomitant with the evolution of society. Today, personality disorders are relatively frequent in the general population (cca. 10 to 15%) and the population of psychiatric patients (cca. 50%) [15, 16]. We believe that the prevalence of PD has not always been so high. At the beginning of the 20th century, anxiety and neuroses were the dominant "psychopathology of everyday life." At the time, the religious and social conservatism provided suitable ground for the development of anxiety and neuroses, primarily feeding the feelings of sinfulness and guilt. The central adaptive task facing people at the age of conservatism was to find acceptable ways of expressing their "unacceptable," asocial impulses, mainly relating to aggression and sexual drives. As an expression of internal conflicts, neuroses appear when powerful, but unacceptable impulses and instinctual needs, otherwise suppressed in the unconscious, try to break into the conscious experience. This is followed with anxiety, sense of guilt, and a feeling of inadequacy. Neurotic defense mechanisms suppress the impulses back into the unconscious and thus protect the person from a negative experience of oneself. The crucial task in the psychological adaptation of people

was the question of how to fit personal impulses, needs, or preferences into a relatively limited spectrum of acceptable variants of behavior. The chances of not being able to fit in were great, of course, in view of the limited choice of acceptable standards of living according to the criteria adopted by the conservative society and/or the strict religious dogma at the time. Conservatism was a period of anxiety because of the sense of inadequacy and suitable for the development of neurotic disorders characterized by guilt ("gateway to neurosis") and suppression of conflicts.

On the other hand, religious liberalism and ethical-social pluralism at the end of the 20th century and the beginning of the 21st century offer a multitude of acceptable choices, a high tolerance of differences with far less limitations and directions. The new generations dethroned sexuality and aggression as primary adaptive themes through a multitude of forms of expression socially acceptable today (personal rights to a lifestyle, emancipation, homosexual marriages, decriminalization of prostitution, etc.). With the rise of social liberalism and the waning influence of religion on defining personal choices and lifestyles the primary tasks of adaptation quickly centered on the questions of meaning and choice. The central question no longer is *how* to express an unacceptable impulse since almost all obstacles have been removed, but *what* to choose from the multitude of acceptable alternatives. The paradox today is that people are flooded with options and that this wealth of alternatives is precisely what makes the choice more difficult. "The

uneasiness in civilization," once linked to the conflict between individual and the repressive pressures of society, today stems from the wealth of possibilities and acceptable alternatives that create uncertainty, as well as ambivalence as to the validity of choice. At the same time, individuals are constantly under commercial pressure to produce new wishes and needs, and this, in turn, gives rise to new uncertainties about the right choices. The endless flood of novelty reduces the space for authentic wishes and interests and undermines the human aspiration for profound knowledge and expertise [17]. In this way, contemporary existential dilemmas about choice, meaning, purpose and identity favor psychopathology of personality.

Compared to the non-psychotic psychopathology of neuroses of Freud's time, today people are more likely to feel "empty" than sad, tense ("nervous") rather than anxious, ambivalent rather than inhibited. In her book "The Neurotic Personality of Our Time" written in 1937 Karen Horney described personality characteristics that clearly foreshadowed the change in the main problems in the non-psychotic psychopathology, a transition from the age of neuroses to the age of personality disorders. Instead of attempting an analysis of neurotic conflicts defense mechanisms that was customary at the time, Horney focused on the fixed behavior characteristics of neurotic personalities such as the quest for power, social recognition, narcissism and alienation. The title itself "The Neurotic Personality..." is illustrative of this transition. The same text written today with the title changed to "The Frag-

mented Personality of Our Time" would be no less topical or precise in its description of personality disorders.

Following the period of conservatism and transition to the period of liberalism and pluralism of the 1960s, normative pressures concerning personal choices and lifestyle were relaxed, but this was not the case with regard to even the minor forms of antisocial behavior. In addition to all old forms of antisocial behavior, the new categories of antisocial behavior now include hate speech, political incorrectness, and violence on the internet, among others. It is ironic that even countries professing complete freedom of speech have legal provisions against hate speech. A cynic in us might be prompted to ask whether the whole legal concept of hate speech was introduced to protect endangered minority groups in earnest, or was this done by the privileged groups, in power or behind it, to criminalize criticism directed at them. It may well be that the truth includes both hypotheses.

CONCLUSION

The pathway to functional adaptation to environment has changed with the liberalization and pluralism of acceptable alternatives. The only thing left from the past is the imperative to obey law and order, now more forcefully enforced than ever before. How personal success or happiness is achieved is left to the individual to choose. The pluralism of acceptable choices may favor fragmentation of the self. In this light, fragmented self can be viewed as some sort of adaptation to the tremendous so-

cial changes and the pluralism of choice and not as a sign of disordered personality [4]. In contrast to normal adaptation, which optimizes the fit between one's internal needs and normative social pressures, the maladaptation of individuals with personality disorder mainly serves the purpose of organizing the internal fragments.

As recently as 50 years ago, the ultimate ideals of mental health were stability and integrity. In the context of the postmodern world, these ideals may sound outdated, perhaps even implying inflexibility and narrow mindedness. We are referring here to the phenomenon of postmodern fragmented self, widely considered to be a natural adaptive answer to the changing cultural and technological milieu of humans. In contrast to the essential (trans-situational, consistent) self of the modern era, the postmodern fragmented self consists of unrelated and abstract signs and symbols created by the semantics of postmodern culture (aka "decentered self"). The fragmentation is occurring in the outer circle of the conscious self, while the inner core of largely unconscious self-integrations is

usually intact. We agree with a number of other authors that the postmodern fragmented self has evolved as a social construction, a natural outcome of the psyche-environment interaction (as the self has always been), created by the same social processes that produced the essential self of the modern era, now defined by abstract symbols created by the media and divorced from traditional face-to-face interpersonal interactions and rituals. Indeed, social rituals are increasingly more occurring in cyberspace while people are becoming increasingly more disconnected in the real world. The postmodern fragmentation of self can be thought of as a form of psycho-plasticity. Thus far, the postmodern fragmented self does not appear to be impacting mental health of the citizens. In contrast, fragmentation of the largely unconscious personality core (referred to as fragmented personality) results in specific intrapersonal and interpersonal psychopathologies and the increased prevalence of personality disorder, now estimated at 15–20% of the general population, may be in part a pathological response to the postmodern era.

REVIZIJA KONCEPATA NORMALNE, ADAPTIRANE, ZRELE I POREMEĆENE LIČNOSTI: KA REDEFINISANJU POREMEĆAJA LIČNOSTI

Mirjana Divac Jovanović¹
Dragan Švrakić²

Kratak sadržaj

U ovom radu autori analiziraju i redefinišu osnovne koncepte normalnosti i patologije u kontekstu postmoderne liberalne kulture i digitalne informacione ere. Promenjeni adaptivni zadaci koji se tiču izbora između mnogobrojnih prihvatljivih alternativa, favorizuju psihopatologiju poremećaja ličnosti u poslednje 3 do 4 decenije. Bez striktnih pravila o tome šta izabratiti kao životni vodič, koja su postojala u konzervativnoj eri, individue kojima nedostaje unutrašnja direkcija (fragmentisane lilmnosti) mogu da se osećaju konfuzno i izgubljeno. S druge strane, fragmentacija ličnosti može da se shvati i kao novi vid adaptacije na fragmentisanu realnost. Kao posledica, prevalenca poremećaja ličnosti se danas procenjuje oko 15–20% u opštoj populaciji. Postmoderna kultura i digitalna umreženost komunikacija modifikovali su fundamentalne koncepte koji se tiču ličnosti, poremećaja ličnosti, selfa, integriteta i zrelosti između ostalih. U radu se diskutuju redefinicije ovih koncepata, a posebno koncepta poremećaja ličnosti, koji autori razumeju kao jedinstven bazični deficit u organizaciji ličnosti, sa varijabilnim kliničkim stilovima ili podtipovima adaptacije (narcističnim, antisocijalnim, histrioničnim, zavisnim, opsessivnim itd.). Konačno, diskutuju se detaljno etički aspekti ponašanja, iz evolucione, nozološke i sociološke perspektive i njihov uticaj na razvoj ličnosti i poremećaja ličnosti.

Ključne reči: ličnost, poremećaji ličnosti, adaptacija, digitalna era, etika.

1 Departman za psihologiju, Fakultet za medije i komunikacije Beograd, Srbija

2 Departman za psihijatriju, Medicinski fakultet, Vašington, Univerzitet u Sent Luisu, Sent Luis, SAD

References:

1. Zimbardo P, Boy J. *The Time Paradox: The New Psychology of Time That Will Change Your Life*. New York. Simon and Schuster; 2008.
2. Divac Jovanović M, Švrakić D. The future of Psychotherapy: Is there a crisis of paradigm? *Engrami* 2011; 33 (4):5 -18.
3. Dimitrijević A. *Multiphrenia chronica (in obs)*. Psihijatrija danas 2009; 41(1-2): 5–16.
4. Divac Jovanović M, Švrakić D. *Granična ličnost i njena različita lica*. Beograd. Clio; 2016.
5. Terkl Š. *Sami zajedno*. Beograd. Clio; 2011.
6. Haan N, editor. *Coping and defending: processes of self-environment organization*. New York. Academic Press; 1977.
7. Hrnjica S. *Zrelost ličnosti*. Beograd. Zavod za udžbenike; 2008.
8. Freeman M, Brockmeier J. *Narrative integrity. Autobiographical identity and the meaning of the „good life“*. In: Brockmeier J, Carbaugh D (ed.). *Narrative and Identity. Studies in Autobiography, Self and Culture*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company; 2001: p.75-9.
9. Gergen KJ. *The Saturated Self. Dilemmas of Identity in Contemporary Life*. New York. Basic Books; 1991.
10. Gottschalk S. *Escape from Insanity: „Mental Disorder“ in the Postmodern Moment*. In: Fee D, editor. *Pathology and the Postmodern. Mental Illness as Discourse and Experience*. Thousand Oaks, California: SAGE; 2000: p. 18–48.
11. Wright R. *The moral animal: why are we the way we are*. New York. Vintage; 1994.
12. Bekoff M, Pierce J. *Wild Justice: The Moral Lives of Animals*. Chicago. The University of Chicago Press; 2009.
13. Shermer M. *Transcendent Morality. The Science of Good and Evil*. New York. Times Books, Henry Holt & Co; 2004.
14. Birbaumer N, Veit R, Lotze M, Erb M, Hermann C, Grodd W, Flor H. Deficient fear conditioning in psychopathy: a functional magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:799-805.
15. Švrakić DM, Whitehead CA, Przybeck TR, Cloninger CR. Differential Diagnosis of Personality Disorders by the Seven-Factor Temperament and Character Inventory. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:991–9.
16. Švrakić DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Przybeck TR, Cloninger CR. *Temperament, Character, and Personality Disorders: Etiologic, Diagnostic, Treatment issues*. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; 106: 189–95.
17. Prochaska JO, Norcross JC. *Systems of psychotherapy. A transtheoretical analysis*. Stamford, CN. Thompson, Brooks/Cole; 2003.

PSIHOPATOLOŠKO U LIKOVIMA U DELU “NA DRINI ĆUPRIJA” U SKLOPU MEĐUNARODNE KLASIFIKACIJE BOLESTI MKB-10

Marija Spasić¹

Milan Lataš^{1,2}

Srdjan Milovanović^{1,2}

UDK: 616.89-008.441.1-02-056.7

1 Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

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

Kratak sadržaj

„Na Drini ćuprija“ je delo Ive Andrića za koje je dobio Nobelovu nagradu za književnost 1961. U njemu su opisani mnogobrojni likovi, od kojih neki pokazuju elemente psihopatologije i predstavljaju ilustraciju određenih psihijatrijskih dijagnoza. Karakterističnost Andrićevog povedanja i raspon njegove vizije koji proistичe iz širine i bogatstva piščevog životnog iskustva i njegovog talenta da isto pretoči u priču omogućavaju verne i temeljne opise portreta i karaktera ljudi u određenim psihičkim stanjima. Ovaj rad predstavlja pregled elemenata psihopatologije u romanu „Na Drini ćuprija“, na osnovu dijagnostičkih kriterijuma Međunarodne klasifikacije bolesti, povreda i uzroka smrti, desete revizije (MKB-10). Ovi opisi, sem što su zanimljivi sami po sebi, mogu biti korisni i u didaktičke svrhe.

Ključne reči: Andrić, Drina, psihopatologija, MKB 10, didaktika

“Od svega što čovek u životnom nagonu podiže i gradi, ništa nije u mojim očima bolje i vrednije od mostova. Oni su važniji od kuća, svetiji, opštiji od hramova. Svačiji i prema svakom jednaki, korisni, podignuti uvek smisleno, na mestu gde se ukrštava najveći broj ljudskih potreba, istrajniji su od drugih građevina i ne služe ničem što je tajno ili зло.”

Ivo Andrić (Politika, 6. januar, 1933)

UVOD

„Na Drini ćuprija“ je roman koji je napisao Ivo Andrić i za koji je dobio Nobelovu nagradu za književnost 1961. godine. Roman pripoveda o građenju mosta čija je gradnja počela po nalogu Mehemed paše Sokolovića u XVI veku, preko reke Drine u Višegradu, kao i o događajima i likovima koji su se preplitali oko mosta tokom četiri veka njegovog postojanja, dok nije bio srušen u

osvit Prvog svetskog rata. Kameni most predstavlja tačku okosnicu i glavni simbol naracije, suprotnost ljudskoj sudsibini koja je, za razliku od večne kamene građevine, prolazna.

Ivo Andrić je izrazito epski pripovedač. U svom delu je distanciran od likova i događaja, pripoveda u trećem licu, između sebe i tih događaja stavlja još jedno lice – pripovedača, a često i nekoliko lica odjednom, te na taj način dobijamo više viđenja jednog događaja. Likove nastale u fikciji pripovedača, nam predstavlja onim što oni govore ili misle za sebe, onim kako ih vide i kako na njih reaguju drugi ljudi, i opisima njihovih postupaka kada su suočeni sa različitim situacijama. Te tri dimenzije predstavljanja likova pružaju dragocen uvid koji je osnov prefinjene psihološke analize – jedne od najizrazitijih vestina Andrića kao pripovedača. Zahvaljujući tome, on je uspešno i precizno opisao, potrete i karakter ljudi u određenim psihičkim stanjima i oboljenjima, čime se ovaj rad i bavi – izdvajanjem elemenata psihopatologije u delu „Na Drini čuprija“ a na osnovu dijagnostičkih kriterijuma Međunarodne klasifikacije bolesti, povreda i uzroka smrti, desete revizije (MKB-10) [1].

Sa aspekta biografske književne kritike, za raspon Andrićeve vizije od nesumnjivog je značaja bogatstvo njegovog ličnog iskustva. Od siročeta školskog poslužitelja, do diplomatskih funkcija i života u visokom društvu, preko tamovanja zbog članstva u Mladoj Bosni, užasa rata, života na mnogo različitih mesta zbog posla i školovanja, na kraju do Nobelove nagrade – uzbudljivi život Ive Andrića dao mu je priliku da upozna

i osmotri najrazličitije ljude i situacije. Upravo je raspon te vizije ono što mu omogućava predstavljanje tolikih i toliko različitih sudsibina i ljudi, umeo je da pretače „gradivo življenog života“ u iskušto izloženo u obliku priče [2].

S druge strane, pored samog Andrića i osobenosti njegovog pripovedanja, valja razmotriti neke od elemenata veze između književnosti i medicine. Uloga književnosti kao stimulativnog resursa za učenje je davno prihvaćena, i književnost se, kao predmet, izučava na mnogim medicinskim fakultetima širom sveta [3]. Pogotovo u psihijatriji, književnost je korisna jer pokazuje iskustva i pacijenata, i njihovih porodica i staratelja, i šireg društva. Smatra se da čitanje fikcije poboljšava kapacitet za empatiju i etičnost kod lekara, kao i razumevanje pacijentovog narativa [4]. Mentalna obožijenja su opisana u književnosti mnogo pre nego što su formirani psihijatrijski dijagnostički sistemi, što znači da je ona koristan medijum za prikaz psihopatologije [5].

I MENTALNI POREMEĆAJI UZROKOVANI UPOTREBOM ALKOHOOLA

Akutna intoksikacija alkoholom – Ejub, mladi beg iz Crnče, Lotikin gost

Pod pojmom intoksikacije podrazumeva se prolazno stanje koje prati unošenje alkohola i rezultira smetnjama nivoa svesti, kognicije, percepcije, emocija ili ponašanja ili drugih psihofizioloških funkcija i odgovora [5,1]. Elementi koji ukazuju da Ejub-beg zadovoljava dijagnostičke kriterijume za akutnu intoksi-

kaciju alkoholom su sledeći. Unosi alkohol („*I razgovor pijanog čoveka i trezne žene nastavlja se bez kraja i konca, bez smisla i ishoda pored flaše nekog skupog vina i pored dve čaše; jedne, Lotikine, koja je uvek puna, i druge. Ejubove, koja se neprestano puni i prazni.*“), tokom čega pokazuje agresivno i neadekvatno ponašanje („*prosipa svako piće koje mu donesu, nalazi manu svemu i traži kavge sa ukućanima ili gostima.*“), ima smanjenu moć rasuđivanja, zapliće jezikom. („*Mladi begovski nehljebović plete i trabunja odeblijalim jezikom o ljubavi, o smrti, o dertu bez leka, i sličnim stvarima.*“) [8,9].

Prema MKB 10, opisano stanje bi odgovaralo dijagnozi F 10.0 –Akutna intoksikacija alkoholom - *Disordines mentales et disordines morum usu alcohol provocati, Intoxicatio acuta.* [1].

Hronični alkoholizam – Salko Ćorkan

Alkoholizam je poremećaj u kom ponovljena upotreba alkoholnih pića ima nepovoljan efekat na telesno i psihičko zdravlje, socijalno prilagođavanje i radnu sposobnost onog ko ih uzima [6].

U knjizi su temeljno opisani postupci i stanja Salka Ćorkana koji zadovoljavaju dijagnostičke kriterijume za hronični alkoholizam [7]. Uzima alkohol u velikim količinama, svaki dan, tokom dužeg vremenskog perioda (nekoliko generacija kasabalija piće sa njim). Skoro sve svoje vreme provodi u aktivnostima neophodnim da dođe do alkohola, konzumirajući ga i od alkohola se oporavljajući (u knjizi je stalno opisan ili kako predstavlja predmet razbibrige gazdama i begovima za džumbus pri piću, što je

način na koji on dolazi do alkohola; ili kako ga piće; ili kako je mamuran). Smanjena mu je tolerancija (prešao je na rum, koji je jači od rakije: „*Jer, u poslednje vreme Ćorkan piće, kad god može, rum umesto rakije. To novo piće kao da je stvoreno za ovakve kao što je on; jače je, brže po dejstvu, i prijatno drugaćije od rakije.* (...) Ta egzotika za Bošnjake u poslednjem stadiju alkoholizma, neposredno pre delirijuma, fabrikuje se u Slavonskom Brodu...“). Razvio je psihološku zavisnost, povezuje konzumaciju alkohola sa osećajem zadovoljstva i olakšanja („*Kad ugleda sliku mulatkinje, Ćorkan već oseća vatru i miris novoga pića, i odmah pomisli da za ovo blago zemaljsko ne bi nikad znao da je umro samo pre godinu dana.* »A koliko je takve ljepote u svijetu!« Razneži se pri toj pomisli i zato uvek zastane nekoliko trenutaka, zamišljen, kad otvorit flašu ruma. A posle zadovoljstva koje ima od te misli dolazi slast od pića samog.“); „*Čim padne noć, zapale se lampe u Zarijevoj mehani, neko vikne: »Rum za Ćorkana!«, (...) Sve se tada odjednom izmeni. Nema više treta, ni otresanja ramenima, nema ni kasabe ni mehane ni Ćorkana samog ovakvog kakav je, prozebao, neobrijan, umotan u krpe i ostatke tuđeg odela.*“). Iako skoro svaki dan odlučuje da neće učestvovati u grubim šalama na svoj računa (koje mu donose alkohol), nikad ne izdrži, poklekne, i opet piće. („*Neka govore što god hoće; on je tvrdio rešio, i to upravo jutros, u jednom teškom mamurluku, da na njihova bockanja i podrugivanja ne odgovara i da ne dopusti da se sa njim tera onako bezdušna šala kao što su sinoć radile gazde u ovoj istoj mehani.* (...) Ćorkan se usiljava da ostane nepomičan, ali ga taj razgovor o njemu dira i uzbuduje, kao da mu sunce golica lice. (...) Ćorkan je već na nogama i prilazi njihovom stolu. Za

boravio je i san i umor i svoju jutrošnju odluku da se ne da zavesti na razgovor. (...) On seda pored gazdinskog stola: — Rum za Ćorkana, — viče Santo Papo.”). Sve manje je u stanju da ispunjava profesionalne zahteve usled pića i njegovih posledica (“Sad je već iznuren i prerano ostareo; mnogo je više u mehani nego na poslu, i živi ne toliko od zarade koliko od milostinje i gazdinskog pića i mezeta.”). Pod dejstvom alkohola izlaže sebe rizičnim situacijama, pokazuje nekritičko ponašanje (jedan od primera: kada je ugrozio svoj život hodajući po uskoj ogradi mosta) [7,8].

Prema MKB 10, gore opisano stanje bi se moglo klasifikovati kao F10.2 – Hronični alkoholizam – *Alcoholismus chronicus* [1].

II POREMEĆAJI RASPOLOŽENJA

Manična epizoda – Pljevljak, starešina sejmena

Maničnu epizodu karakteriše povišeno raspoloženje koje je van konteksta okolnosti vezanih za osobu. Praćeno je povećanjem u kvanitetu i brzini mentalne i fizičke aktivnosti (Pljevljak igra, peva, priča, ne prestaje). Od psihičkih funkcija, promene se kod Pljevljaka vide u sledećim segmentima. Emocije su izmenjene u smislu povišenog raspoloženja (Neopravдано и екстремно је еуфоријан), javlja se emocionalna labilnost (kad se seti Abidage pada u tešku замисљеност). Misaoni tok је убрзан, а прати га и израžена logoreja (Pljevljaku “same teku obilne reči”), у садржају mišljenja preovlađuju ideje veličine и omnipotencije, које су праћене доživljajem povišenog samopouzdanja (он се осећа као

da može sve jer nije nabijen na kolac). Postoje promene percepcije (он уобраžava на момente да га набијају на колац). Што се тиче нagona,javlja се hiposumnija, и у својој hiperaktivnosti zaboravlja да jede (Pljevljak нити jede, нити спава, неколико дана). Izostanak uvida u bolest je karakterističan za manične bolesnike, što se javlja i kod Pljevljaka, koga moraju da vezuju jer он nema ideju da нешто nije u redu sa njim. [8,9].

Prema MKB 10, gore opisano stanje se може класификовати као F30.2 – Manična epizода са psihotičkim simptomima, *Mania psychotica* [1].

Distimija – Nikola Glasinčanin

Distimija predstavlja hroničни и trajни poremećaj raspoloženja. Kod Nikole Glasinčanina depresivno raspoloženje traje скоро читавог дана, и скоро свакодневно („*Taj jednolični posao, među sitnim ljudima, bez poleta i šireg vidika, on oseća kao muku i poniženje, a odsustvo svakog izgleda da bi mogao ili promeniti svoj društveni položaj ili napredovati u njemu, stvarilo je od osetljivog mladića prerano zrelog, žučnog i čutljivog čoveka.*“). Све му представља напор и ништа му не доноси уživanje („*On čita mnogo u slobodnim časovima ali ga ta duševna hrana ne snaži i ne podiže jer sve to prozukne u njemu*“, „...ali i najlepše misli i najdragocenija saznanja mogu само da ga još više obeshrabre i ogorče.“). Тмuran је, pun ѡалби, осећа се беспомоћно и има доživljaj смиженог саопштovanja . Ово stanje mu se javilo u ranom odrasлом dobu, као што се уobičajeno иjavља, и траје у континуитету. У складу са клиничком slikom karakterističnom за distimiju је још и то што Nikoli Glasinčaninu социјално функционисање nije narušено а njegov poremećaj nije

dovoljno težak da bi ispunio kriterijume za rekurentni depresivni poremećaj [8,9]. Interesantno je naglasiti da on ima pozitivnu porodičnu anamnezu za mentalna oboljenja, jer je unuk kockara Milana Glasinčanina, koji je skončao u ludnici u Sarajevu.

Prema MKB 10, opisano stanje se može klasifikovati kao F34.1 – Distimija, hronično depresivno raspoloženje, *Dysthymia* [1].

Depresija – Lotikina sinovica

Elementi koji govore u prilog tome da mлада ће pati od hronične depresije su sledeći: njena potištenost ne popušta iako je prošlo četiri godine od smrti muža, njena pažnja je fokusirana na sopstvenu patnju, pokojnika, smrt, groblje, ništa je ne interesuje i ništa je ne može trgnuti iz letargije u koju je zapala, pisac njenog stanja opisuje sintagmom „*mirno ludilo*“. Njeni tugovanje prema današnjim kriterijumima prevazilazi prirodan žal za gubitkom bližnjeg [8,9].

Prema MKB 10, Lotikina sinovica se nalazi u stanju koje se može svrstati kao F33 Povratni depresijski poremećaj, *Depressio recurrens*. [1]

III SUMANUTI POREMEĆAJI

Paranoična psihoza – fanatični idealista – Osman-efendija Karamanlija

Osman-efendija Karamanlija je verski i politički fanatik, bori se za opstanak turske vlasti na teritoriji Bosne, za otpor austrijskoj okupaciji po svaku cenu. Uprkos razumnim razuveravanjima da takav otpor nije moguć i da će dovesti

samo do masovnog stradanja, i dalje insistira na borbi, po cenu opšte pogibije i gubitka imetka. Na konkretna pitanja o načinu i sredstvima na koji bi se taj otpor i pobeda sproveli se ljuti, odgovara apstraktno, ili kaže „*Svi ćemo izginuti*“ kao da smatra da je opravdano da se izgine za tu borbu bez rezultata. [8]

Ovakav opis odgovarao bi nekome ko ima precenjene ideje. Ima autora koji smatraju da su precenjene ideje prodrom sumanutih ideja. [10]

Upravo to se desilo Karamanliji. I nakon pretrpljenog gorkog poraza, koji bi kod zdrave osobe bio dovoljan dokaz da je uspešan otpor nemoguć, nastavio je da veruje u svoju ideju i da agituje. Postao je prenaglašeno agresivan u delovanju - neprestano govori o tome, ubeduje sve, drži javne govore, kad priča jednom kao da priča stotinama, koluta očima, zapenio koliko priča. Granicu sumanutosti je prešao kada je razvio verovanje u legendu o šeh-Turhaniji - da će šeh-Turhanija ustati iz groba da brani veru i tursku vlast čim nogu hršćanskog vojnika kroči na čupriju. To uverenje propoveda javno. Uporan je, egzaltiran, borben, ima veliku želju za sukobljavanjem, i sukobljava se sa svakim ko mu se suprotstavi, i ko pokušava da mu, argumentima dovoljnim da razuvere zdravu osobu, ukaže na besmisao njezinih uverenja. Toliko je besan na Alihodžu Mutevelića koji mu najotvorenije pruža kontraargumente, da naređuje da se Alihodža prikuje uhom za dasku na mostu.[8]

Fanatični idealisti se najčešće ispoljavaju kao verski i politički fanatici. Zajedničke osobine su im prenaglašena agresivnost u delovanju, upornost, eg-

zaltiranost, borbenost i želja za sukobljavanjem. Mogu da sprovode propagandne kampanje, ali i da budu organizatori i izvršiocati atentata. [11]

S obzirom na to da nismo upućeni u detalje o ličnosti i ponašanju Osman efendije pre i posle opisane epizode, njegovo stanje možemo prema MKB 10 klasifikovati kao F23.3 – Druga akutna pretežno sumanuta duševna oboljenja, *Psychoses acutae praedominanter paranoides aliae*. To su akutni psihotički poremećaji sa relativno stabilnim sumanutim idejama ili halucinacijama u kliničkoj slici, ali koji ne opravdavaju dijagnozu shizofrenije. Ukoliko bi sumanute ideje persistirale, prema MKB 10, njegovo stanje bi odgovaralo F60 – Paranoidni poremećaj ličnosti, fanatična ličnost, *Disordo personae paranoides, Persona fanatica*. Karakteristike ovog poremećaja ličnosti su: preterana osjetljivost na odbacivanje-sujećivanje; nezaboravljanje uvreda; sumnjičavost i tendencija da se doživljava iskrivi i pogrešno tumače neutralni i prijateljski postupci drugih kao neprijateljski ili puni prezira; sklonost patološkoj ljubomori i ratoborno i preterano doživljavanje svojih prava. Mogu postojati precenjivanja sopstvene važnosti i često, sopstvene obaveštenosti. [1]

IV POREMEĆAJI LIČNOSTI I POREMEĆAJI PONAŠANJA ODRASLIH

Patološko kockanje – Milan Glasinčanin i Bukus Gaon

Patološko kockanje karakteriše uporno i neprimereno kockanje koje uzrokuje ekonomski probleme i poremećaje u ličnom, socijalnom ili profesio-

nalnom funkcionisanju ličnosti. [12] Primeri patološkog kockanja iz knjige su Milan Glasinčanin i Bukus Gaon. Za Milana Glasinčanina piše: „*Imanje bi mu do teklo i preteklo da nije imao jednu, jednu jedinu, ali svemoćnu strast – kocku. (...) Od najranije mladosti on se sav predao kocki.*“ Za Bukus Gaona: „*Još te iste jeseni Bukus je, iako mlad i zelen, postao skitnica i kockar od zanata i napustio roditeljsku kuću.*“ [8].

Prema MKB 10, klasificuje se kao F63.0 – Patološko kockanje, *Alea pathologica*. [1]

Trajne promene ličnosti posle psihiatrijske bolesti – Milan Glasinčanin

Kockanje Milana Glasinčanina nije imalo za posledicu samo njegovu materijalnu propast, već je ostavilo traga i na njegovu ličnost i na psihičko zdravlje. Nakon jedne sudbonosne večeri, on je doživeo katarzu posle koje se više nikada nije prepustio svom poroku, i više nikad nije bio isti. Igrao je sam sa nepoznatim strancem koji je već nekoliko dana pobedjivao sve kockare u Ustamuljića hanu. Nakon što je Milan Glasinčanin izgubio prvo sav novac, pa svo ime, nepoznati stranac mu je predložio da igra u poslednje što mu je ostalo – u svoj život. Ako dobije – stranac mu vraća sve, a ako izgubi – mora da skače s mosta u Drinu. Milan Glasinčanin je tu ruku izgubio. Zatvorio je i otvorio oči, i njegov protivnik, karte i novac su nestali. Nakon toga je klonuo, i bolovao mesecima. Kada se oporavio, bio je potpuno izmijenjen.

Trajne promene ličnosti predstavljaju poremećaj koji se razvio posle katastro-

fičnog stresogenog iskustva, ili psihijatrijske bolesti, kod osoba koje ranije nisu imale poremećaj ličnosti, pa se etiološki povezuje sa egzistencijalno ekstremnim iskustvom. Promena se odnosi na trajno izmenjen obrazac mišljenja, komuniciranja sa ljudima i percipiranja sebe i okoline („*Pa ipak je došao sebi i pridigao se, ali kao drugi čovek.*“). Manifestuje se malaadaptivnim i nefleksibilnim ponašanjem koje narušava socijalno, interpersonalno i radno funkcionisanje osobe („*To je sada bio starac pre vremena i osobenjak koji živi povučeno, govori malo i ne druži se s ljudima više nego što mora.*“). Za dijagnozu poremećaja potrebno je da traje najmanje dve godine, potrebni su i heteroanamnestički podaci. („*Tako ovo što je ostalo od nekadašnjeg Milana Glasinčanina živi, radi i kreće se među kasabljama. Mlađi naraštaj ga zna samo ovakvog kakav je sada i ne sluti da je ikad bio drugaćiji.*“) [8,13].

Pored svega navedenog, u knjizi se navodi da je Milan Glasinčanin umro mnogo godina kasnije, „*u Sarajevskoj ludnici*“. [8]

Prema MKB 10, opisano stanje bi se moglo klasifikovati kao F62.1 Trajna promena ličnosti posle psihijatrijske bolesti, *Disordo personae persistens post morbum psychiatricum* [1].

Narcistični poremećaj ličnosti – Janko Stiković

O Stikovićevom ponašanju i ličnosti saznajemo iz izlaganja njegovog druga iz detinjstva, već pomenutog Nikole Glasinčanina. Iz tog izlaganja se vidi da Stiković pokazuje osobine karakteristične za narcistički poremećaj ličnosti. Pored šarmantnog izgleda, njegov unutrašnji

svet je duboko patološki. Ima krhko samopouzdanje sa stalnom potrebom za dobijanje pažnje, divljenja i potvrde sopstvene vrednosti iz spoljašnjeg sveta, kao i grandiozni doživljaj sebe (Stiković o sebi: „*E pa, kad hočeš baš da znaš, tako je: pored prirodnih nauka, ja se bavim i političkim i istorijskim i socijalnim pitanjima.*“). Njegova uspešnost (socijalna kao i profesionalna) je u funkciji egzibicionizma („*Sve twoje teorije, sva twoja mnogobrojna duhovna zanimanja, kao i twoje ljubavi i twoja priateljstva, sve to proizlazi iz twoje ambicije, a twoja ambicija je lažna i nezdrava, jer dolazi od twoje sujetе, samo i jedino od sujetе.*“). Pokazuje nedostatak empatije za druge („*Tebe tudi jad ne može ni da dirne a kamoli da zaboli; pa ni tvoj rođeni, samo ako laska twojoj sujetu. Ti čak nisi ni zavidljiv, ali ne od dobrote, nego od bezgranične samozivosti, jer ne primjećuješ tuđu sreću kao ni tuđu nesreću.*“). Nesposoban je da voli („*Jer ti ne možeš da voliš ni svoju majku ni svoje sestre ni rođenog brata, a kamoli jednu ideju.*“). Ljutnja i bes se javljaju kao reakcija na povredu njegovog bazično krhkog samopoštovanja, i pokazuje hipersenzitivnost u odnosu na procenu drugih („*Ti ne cijeniš ni svoje rođene sposobnosti...)* Ti sve potčinjavaš svojoj sujetu, ali ti si njen prvi rob i najveći mučenik. Može biti da ćeš ti još mnogo slave i uspjeha imati, i većih uspjeha nego što je slabost zaluđenih žena, ali ni u jednom nećeš naći zadovoljstva, jer će te twoja sujetu šibati da ideš dalje, jer ona guta sve, i najveće uspjeha, i zaboravlja ih odmah, ali svaki i najmanji neuspjeh i uvredu pamti dovjeka.“). Instrumentalizovana je seksualnost, postoji obezvređivanje drugih i osećaj dosade u relacijama sa drugima, hladni i površni odnosi sa drugima („*Jest, ti osvajaš sirote,*

zbunjene i neiskusne učiteljice, kao što pišeš članke i pjesme, držiš govore i predavanja. I još ih nisi potpuno ni osvojio, a već su ti teške, jer već twoja sujeta zja i pohlepno gleda dalje. Ali to je i twoje prokletstvo da se nigdje ne možeš zaustaviti i nikad nasititi i zadovoljiti.”). Stiković uživa u izlaganju ovog svog prijatelja, iako je sadržaj izlaganja uvredljiv, jer mu prija ta količina pažnje i što se on toliko bavi njime [8,13].

Opisano stanje se prema MKB 10 može klasifikovati kao F60.8 – Drugi označeni poremećaji ličnosti, narcisoidna ličnost, *Disordines personae alii, persona narcissoides* [1].

V MENTALNA RETARDACIJA

Laka mentalna retardacija – Murat, zvani Muta

“Neki Murat, zvani Muta, malouman mladić iz aginske porodice Turkovića iz Nezuka, sa kojim su u kasabi često terali šegu, odjednom se ispeo na kamenu ogradu mosta. Začula se dečija cika, udiviljeni i uplašeni uzvici starijih, a idiot je, kao vilen, raširenih ruku i zabačene glave, išao uskim pločama, nogu pred nogu, kao da ne lebdi nad vodom i dubinom, nego kao da učestvuje u najlepšoj igri. Uporedo sa njim išla je gomila dečurlije i besposlenjaka i hrabrla ga. A na drugom kraju mosta sačekao ga je njegov brat Aliaga i išibao kao malo dete.” [8]

Tvrđnja da je on mentalno retardiran ovde proistiće na osnovu toga što ga je pisac nazvao “maloumnim” i “idiotom” jer ga je društvo kao takvog procenilo. Njegova mentalna retardacija se može klasifikovati kao laka jer su mu motorne funkcije dovoljno razvijene da izvede koordinaciono zahtevnu radnju – hoda-

nje po ogradi mosta. Prema MKB 10, to odgovara F70 – Laka mentalna zaostalost, *Retardatio mentalis levis* [1].

Valja uzeti u obzir i mogućnost da je ono što je društvo smatralo mentalnom zaostalošću kod Mute (radnja se dešava u 16. veku), možda ipak neprepoznati mentalni poremećaj, s obzirom na to se u to doba mentalna retardiranost i mentalni poremećaji često nisu razlikovali usled nepostojanja metoda za kvantifikaciju odnosa umnog i kalendarskog uzrasta [8,16].

U obzir takođe mogu doći, prema MKB 10 i Poremećaji razvoja psihe (F80-89). Poremećaji obuhvaćeni u ovoj podgrupi imaju sledeće zajedničke karakteristike: (a) početak je uvek u detinjstvu; (b) oštećenje ili zaostajanje u razvoju funkcija koje su čvrsto povezane sa biološkim sazrevanjem centralnog nervnog sistema; i (c) stabilan tok, bez remisija i recidiva. U većini slučajeva oštećene funkcije govora, vizuo spacialne sposobnosti i motorna koordinacija. Obično, zaostajanje ili oštećenje postoji od ranog uzrasta, što se pouzdano može otkriti i što će usporiti normalan razvoj, te blaži deficiti ostaju i u odraslo doba osobe [1].

Teška mentalna zaostalost – Deborin sin koga je kasno dobila

Za ovo dete se može reći da pati od teške mentalne retardacije jer do svoje desete godine nije steklo sposobnost da hoda i govori, dok kod lake i umerene mentalne zaostalosti deca ipak uspevaju da razviju te veštine. [8,16] Prema MKB 10, kod teške duševne zaostalosti (F72) - IQ se kreće približno od 20 do 34 (u odrasлом dobu duševni razvoj odgovara uzrastu od 3 do 6 godina). Neophodna su stalna pomoć i nega. Deborin sin

može da odgovara i dubokoj mentalnoj zaostalosti (F73). IQ je ispod 20 (u odraslotu životnom dobu, duševni razvoj odgovara uzrastu ispod 3 godine). Uzrokuje veoma ograničenu, praktično nemoguću samozaštitu, kontrolu sfinktera, komunikaciju i pokretljivost [1].

Psihijatrijski poremećaji kod mentalno retardiranih osoba – Luda Ilinka

Luda Ilinka je bila lako mentalno retardirana, jer je bila u stanju da ima posao i služi u tuđoj kući. Ona je nakon porođaja razvila sumanutu ideju da su joj deca, inače mrtvorodeni blizanci, uzdana u čupriju, i ne da se razuveriti razumnim objašnjavanjem. Ponašanje joj je postalo dezorganizovano – zbog čega je i dobila nadimak „Luda Ilinka“ [8].

Njeno stanje bi se prema MKB 10 moglo klasifikovati kao F70.1 – Laka mentalna retardacija sa značajnim poremećajem ponašanja koji zahteva pažnju i tretman [1].

Početak Ilinkinog psihotičnog poremećaja, koincidira sa peripartalnim periodom – što je razlog zbog koga može da se kaže da ona pati od postpartalne psihoze [17]. Prema MKB 10, to bi odgovaralo F53.1 – *Psychosis puerperalis* [1].

VI SUICID Avdagina Fata

Avdagina Fata je bila devojka stasala za udaju, čuvena po svojoj lepoti i pameti, o kojima su i pesme spevane. Kada joj je u šali mladić iz kuće Hamzića nagovestio da će je oženiti, ona mu je drsko odgovorila da će se to dogoditi “Kad Velji lug u Nezuke siđe”, odnosno nikad.

Otatku je ipak dao tom mladiću. Njoj je bilo neprihvatljivo da pogazi svoju reč, ali i da pogazi očevu reč i da se ne uđa kako je on obećao. Kao rešenje videla je da se nakon ceremonije venčanja, a na putu ka Nezukama, ubije – ispoštovavši i svoju i očevu reč. Ta tačka između kadije i Nezuka bio je most, s kog je skocila.[8]

Za Fatu bi se moglo reći da je patila od precenjene ideje ponosa i date reči – pogažen ponos ne bi trebalo da predstavlja gubitak razloga za život.

Gregor Fedun, štrajfkor, stražar na mostu

Gregor Fedun je, prevaren od strane jedne žene, dok je bio na straži, prevideo da je u kasabu ušao hajduk za kojim je bila raspisana poternica. Hajduk i njegova pomoćnica su uhvaćeni, i Fedunova nepažnja i odgovornost u ovom slučaju su bile otkrivene. Čekala ga je kazna. Zbog griže savesti a u okviru stresne reakcije sa simptomima depresije (vidi kasnije), on odlučuje da se ubije [8,18].

VII NEUROTSKI I SOMATOFORMNI POREMEĆAJI I POREMEĆAJI IZAZVANI STRESOM

Stresna reakcija sa simptomima depresije – Gregor Fedun

Za ovaj poremećaj karakteristično je konstantno neraspoloženje čiji je početak vezan za jasan stresni događaj. Kod Feduna je taj događaj bio kada je otkriven njegov propust na stražarskom mestu, pa je traženi hajduk uspeo da uđe u kasabu.

"Kao pred prizorom neslućene veličine, mladić je stajao pred neobuhvatnim saznanjem: šta može da znači nekoliko trenutaka zaborava, u zlom času i na opasnom mestu. Da su preživjeni i ostali nepoznati, tamo na kapiji, ti trenuci ne bi značili ništa. Jedan od onih mladičkih nestašluka koji se docnije pričaju drugovima za vreme dosadnih patroliranja u noći. Ali ovako, svedeni na tle konkretnih odgovornosti, znače sve. Više nego smrt, znaće: kraj svega, i to neželjen i nedostojan kraj. Nikad više punog i pravog objašnjenja ni pred sobom ni pred drugima. Nikad pisama iz Kolomeje, ni porodičnih fotografija, ni poštanskih uputnica koje je sa toliko ponosa slao kući. Kraj čoveka koji se prevario i dopustio da ga prevare." [8]

Jasna je uzročna povezanost između spoljnog stresora i depresivnog ispoljavanja. Osećanje krivice, udruženo sa osećanjem neadekvatnosti, gubitak samopštovanja, beznaděžnost, i zabrinutost zbog ličnih problema dovode do manifestacije pogrešnih interpretacija realiteta u smislu psihotičnog odnosa prema okolini, čak iako nedostaju prave sumanute ideje ili perceptivni poremećaji [20].

Prema MKB 10, njegovo stanje se može klasifikovati kao F43.0 *Reactio stressogenes acuta* [1].

Interesantno, zajedno sa Fedunom stražario još jedan čovek, Stevan, za koga bi se moglo reći da je podjedako odgovoran za prodor hajduka u kasabu. On je dremao skoro sve vreme svog stražarskog posla. Ipak, on niti snosi ovoliku odgovornost niti se oseća krivim [8]. Njegov primer dobro ilustruje da je za reakciju na stres sa simptomima depresije potreban određeni stepen predispozicije, sam stresor nije dovoljan – imamo dva stražara, podjednako odgovorna, jedan nema nikakve posledice, a drugi izvršava samoubistvo.

Socijalna fobija – David Levi

Kod mladog rabina se iskazuje intenzivna iracionalna anksioznost od moguće negativne procene i kritike drugih ljudi, strah od poniženja sramotećenja. On pati kad treba da učestvuje u razgovorima i odlukama, jer očekuje da bi tu mogao biti procenjen kao neadekvatan. To su sve karakteristike socijalne fobije. "Bio je neizrecivo bojažljiv i čutljiv (...) On je strahovito patio u sebi kad god bi morao da izđe među ljude i učestvuje u razgovorima i odlukama, osećajući se stalno malen, slab i nedorastao." [8,21].

Prema MKB 10, opisano stanje odgovara F40.1 – Socijalna fobija [1].

Opsesivno-kompulsivni poremećaj – Majstor Pero

Opsesivno kompulsivni poremećaj karakterišu opsesivne misli i kompulzivno ponašanje koji su praćeni visokim stepenom anksioznosti [21]. Kod majstora Pere postoji opsesivni simptom u vidu dugotrajne i ponavljajuće misli da je on kriv za atentat na caricu samo zato što je Italijan (kao i atentator, Lukeni) i da on može da povredi druge. Ponavlja kompulsivnu radnju u vidu razuveravanja svojih sugrađana da on nema никакве veze sa atentatom, ubicama itd. Poremećaj se javio se kao posledica stresogenog događaja i kod njega je dobio hroničan tok (mnogo godina nakon atentata: "Ostareo je i još više pognut, skroman i bojažljiv. Kao i prilikom Lukenijevog atentata na caricu, po nekoj njemu nerazumljivoj logici, i opet je on kriv za nešto što su negde u svetu uradili njegovi zemljaci Italijani sa kojima on već odavno nema никакве veze.") [8,21].

Prema MKB 10, njegovo stanje se može opisati kao F42 – Opsesivno-kom pulsivni poremećaj [1].

Posttraumatski stresni poremećaj – Lotika

Nakon što je izgubila veliku količinu novca na berzi, Lotika je, po rečima pisca „*pretrpela težak živčani slom koji je trajao pune dve godine. Bila je kao luda od bola.*“ Ono što pisac naziva „živčanim slomom“ ima karakteristike posttraumat skog stresnog poremećaja. Simptomi su se javili nakon stresnog događaja – gubitka novca na berzi. Neprekidno ponovo proživljava događaj tako što joj stalno pred očima igraju stine rubrike Merkura sa kursevima berze. Pokazuje reagovanje na okolinu redukovanim emocijama, otupelost. Pokazuje i znake anksioznosti, tj rasejanost i lošu koncentraciju. „*Razgovara s ljudima, a ne sluša šta kažu niti misli na ono što sama govor. Gleda ih pravo u lice, ali ne vidi njih, nego sitne rubrike Merkura koje treba da donesu njenu sreću ili nesreću*“ [8,22].

Prema MKB 10, njeno stanje se može klasifikovati kao F43.1 *Disordo posttraumaticus stressogenes*, Stresni poremećaj posle traume [1].

Disocijativni poremećaj – Lotika

Disocijativni poremećaj karakteriše se delimičnim ili potpunim gubitkom integracije između sećanja na prošle do gađaje (po pravilu traumatske), svesnosti o sopstvenom identitetu i neposrednih senzacijama, kao i kontrole pokreta tela.[23] Nakon početka Prvog svetskog rata, prinuđena da napusti svoj hotel koji više ne radi, i skloni se sa porodicom u napuštenu tursku kuću na periferiji

kasabe, Lotika doživljava, po rečima pi scu, „*potpuni slom živaca*“ – koji ima niz elemenata disocijativnog poremećaja. To su: disocijativni poremećaj motorike („*Lotika leži kao uzeta*“), mimogovor („*na svom slikovitom i mešanom jeziku izgovara nepovezane reči krajnjeg očaja, straha i gnušanja.*“), detaljno opisane halucinacije („*Strahovito pati od čudnih predstava čisto fizičkih stradanja.*“), dezorientisanost, uz nemirenost – njeno ispoljavanje najviše odgovara reakciji po tipu reaktivne konfuzije [8,18].

Prema MKB 10, njeno stanje se može klasifikovati kao F44.8 Drugi psihogeni konverzivni poremećaji, *Disordines dissociativi (conversivi) alii, Psychogenes confusio* [1].

Zaključak

Kao što se iz ovog rada može videti, impresivan je broj elemenata psihopatologije koje je Ivo Andrić opisao u svom romanu „Na Drini ćuprija“. Interesantno je naglasiti da je Andrić ovu knjigu pisao za vreme Drugog svetskog rata, kada mnogi od ovde navedenih psihopatoloških entiteta nisu postojali kao definisane dijagnoze. Ako tome dodamo činjenicu da Andrić nema formalno medicinsko obrazovanje, a ipak je tako precizno i u skladu sa današnjim dijagnostičkim kriterijumima opisao ovoliki broj patoloških psihičkih stanja – možemo zaključiti da je on bio vrstan posmatrač ljudi, sa odličnom moći zapožanja, i istančanom veštinom pripovedanja. Snaga integracije mesta, atmosfere, okolnosti i karakterologije ne samo da daje literaturnu moć, nego se u kontekstu sagledavanja psihopatologije može sagledati kao odlično uzeta anamneza.

Delo "Na Drini čuprija" može biti korisno u didaktičke svrhe. S jedne strane, ovako inspirativni opisi psihičkih stanja mogu se koristiti kao kliničke vinjete za učenje psihijatrije. S druge strane, omogućava uvid u psihopatologiju u kontekstu totaliteta života pojedinca, što studenti u kliničkom okruženju ili formalnim udžbenicima psihijatrije mogu da vide na ograničen

i fragmentisan način. Elementi psihopatologije su u ovoj knjizi prikazani i u širem socijalnom, i kulturnom kontekstu, kao i u kontekstu dinamike multikulturalne sredine, u kojoj se radnja romana dešava. Na kraju, od posebnog je značaja istorijska dimenzija i vremenjska i uzročna veza istorijskih događaja sa pojavom određenih stanja kod određenih likova.

PSYCHOPATHOLOGY IN THE CHARACTERS OF "BRIDGE OVER DRINA" ACCORDING TO THE 10TH INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES

Marija Spasić¹

Milan Latas^{1,2}

Srdjan Milovanović^{1,2}

1 Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

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

Summary

"The Bridge on the Drina" is a novel by Ivo Andrić, for which he was awarded a Nobel prize for literature in 1961. Numerous characters are described in the novel, and some of them show elements of psychopathology and provide illustrations of particular psychiatric diagnoses. Distinctive features of Andrić's storytelling abilities and broad range of his vision, both stemming from his rich life experience and his talent to convert that experience into literature, enable him to provide us with thorough and realistic descriptions of portraits and characters of people in particular psychiatric states. This article reviews the elements of psychopathology in "The Bridge on the Drina", according to diagnostic criteria stated in ICD 10. These descriptions are not only interesting as such, but may also prove didactically useful for both students and clinicians.

Key words: Andrić, Drina, psychopathology, ICD 10, didactic

Literatura

1. Svetska zdravstvena organizacija. Međunarodna klasifikacija bolesti, ICD-10. Knjiga 1. Beograd. Savezni zavod za zaštitu i unapređenje zdravlja, Savremena administracija; 1996.
2. Zoran Milutinović. Efekat mudrosti: Ivo Andrić pripovedač. Sveske Zadužbine Ive Andrića, 28/2011, pp. 121-137
3. Charon R, Banks JT, Connnelly JE, Hawkins AH, Hunter KM, Jones AH, Montello M, Poirier S. Literature and medicine: contributions to clinical practice. Ann Intern Med 1995; 122: 599–606.
4. Beveridge A. Should psychiatrists read fiction? BJPsych 2003;182:385–7
5. Douglas BC Dickens' characters on the couch: an example of teaching psychiatry using literature, *Medical Humanities* 2008;34:64-69.
6. Marić J. Alkoholizam. In: Marić J. Klinička psihijatrija. Beograd: Naša knjiga; 2005. p256-8.
7. American Psychiatric Association. Alcohol related disorders. In: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). Washington DC: American Psychiatric Association ; 2013. p490-509.
8. Andrić I. Na Drini čuprija (5. izd.). Zrenjanin. Sezam Book; 2014.
9. Timotijević I., Draganić Gajić S. Poremećaji raspoloženja. In: Psihijatrija udžbenik za studente medicine. Beograd: CIBID; 2010. p139-54
10. Marić J. Psihičke funkcije. In: Klinička psihijatrija. Beograd: Naša knjiga; 2005. p9-47.
11. Nikolić Balkoski G, Leposavić Lj. Poremećaji sa sumanutošću. In: Psihijatrija udžbenik za studente medicine. Beograd: CIBID; 2010. p129-38.
12. Pejović Milovančević M, Lečić Toševski D. Poremećaji kontrole impulsa. In: Psihijatrija udžbenik za studente medicine. Beograd: CIBID; 2010. p208.
13. Lečić Toševski D, Draganić Gajić S. Poremećaji ličnosti. In: Psihijatrija udžbenik za studente medicine. Beograd: CIBID; 2010. p200-7.
14. Victoroff J. Human Aggression. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
15. Cloninger R, Svrakic D. Personaloty Disorders. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
16. Popović Deušić S. Mentalna retardacija In: Psihijatrija udžbenik za studente medicine. Beograd: CIBID; 2010. p210-3.
17. Marić J. MOPS u generativnim fazama kod žena. In: Marić J. Klinička psihijatrija. Beograd: Naša knjiga; 2005. p251.
18. Marić J. Psihopatološke reakcije na stresne situacije. In: Marić J. Klinička psihijatrija. Beograd: Naša knjiga; 2005. p304-13.
19. Jašović Gašić M, Marić N. Suicidnost i suicid. In: Psihijatrija udžbenik za studente medicine. Beograd: CIBID; 2010. p251-4.
20. Marić J. Psihotične depresivne reakcije. In: Marić J. Klinička psihijatrija. Beograd: Naša knjiga; 2005. p143
21. Latas M, Jašović Gašić M. Anksiozni poremećaji In: Psihijatrija udžbenik za studente medicine. Beograd: CIBID; 2010. p155-68.

22. Lečić Toševski D, Draganić Gajić S. Reakcija na težak stres – posttraumatski stresni poremećaj i akutna stresna reakcija. In: Psihijatrija udžbenik za studente medicine. Beograd: CIBID; 2010. p169-75.
23. Lečić Toševski D, Draganić Gajić S. Dizocijativni (konverzivni) poremećaj – posttraumatski stresni poremećaj i akutna stresna reakcija. In: Psihijatrija udžbenik za studente medicine. Beograd: CIBID; 2010. p176-83.

Milan Latas
Klinika za psihiatriju
Klinički centar Srbije
Pasterova 2, 1100 Beograd
e mail latasm@eunet.rs

MOTORIC FUNCTIONS AND COGNITION IN ELDERLY

Stevan S. Jovanović¹

Dragan M. Pavlović²

UDK: 615.851.1:159.964.2:130.1

- 1 Higher Education School of Professional Health Studies
- 2 Faculty for special education and rehabilitation, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

FINANCIAL DISCLOSURE

This article is partially financed by the Ministry of Science, Republic of Serbia, Project No 175033

Summary

The prolonging of a lifespan and the increasing proportion of elderly people in general population are setting new healthcare tasks. One of them is researching and clarifying the relations and links between motoric and cognitive functions in elderly. "Impoverishment" of cognitive capacities occurs during the aging process. Many studies show a strong link between cognition and the function of walking. There is growing evidence that the decline in cognitive functions is resulting in deterioration of walking. Usually described as characteristic of the later stages of dementia, the distortion of ambulation may also be present in the earlier stages, even before the prodromal stage of mild cognitive impairment. Speed and temporal and spatial variability of steps are the main gait characteristics which are connected to the degree of decline in cognitive processes. Those characteristics are motor phenotype that reflects the deterioration of cognitive performance and which can be used for prediction of dementia.

It is assumed that physical activity provides beneficial effects at cognitive and psychological levels, including prevention and improvement of depressive states and anxiety disorders, enhancing stress reduction, improved self-confidence and above all it delays cognitive decline in the elderly. Disruption of axons and myelin in the cerebral white matter is considered one of the primary mechanisms underlying age-related cognitive decline. Therefore, maintaining white matter structural connectivity in the old age may be one of the key factors in preserving brain function and high cognitive performance necessary for independent living. Physical activity also influences cerebrovascular mechanisms, such as preserving higher blood vessel elasticity and wall integrity.

Moreover, there is an association between light physical activity and white matter integrity especially in the temporal lobe. The conclusion of some studies shows a relationship between the ε4 allele and brain derived neurotrophic factor (BDNF) response to physiologic adaptation which likely impacts the extent of neuroprotective benefit gained from engagement in physical exercise. Some authors propose a program of exercises which consist of a combined aerobic and resistance training. Motoric function and cognition are closely related and using regular physical activity is important for maintaining physical and mental health in the elderly.

Keywords: locomotion, physical activity, cognition, elderly.

AGEING AND COGNITION

During the history of human beings, reaching the old age was more the exception than the rule. In India, the impact of aging on physical and cognitive disorders and their treatment is described back in Ayurveda [1]. Experts estimate that life expectancy at a global level, in the mid-18th century was only 25 years [2]. Today, demographers note that the aging population is expanding on global scale. In the mid 20th century life expectancy was 47 years worldwide and today it increased to 67 years but in 2050 it is expected to exceed 75 years [3].

There are two separate systems of memory: declarative/explicit that is conscious and nondeclarative or procedural/implicit memory that is unconscious [4]. Both types of memory change throughout the life cycle [5]. According to the hypothesis of cognitive perceptual load, mental functioning depends on cognitive tasks or needs that individuals should perform. "Impoverishment" of cognitive capacities occurs during the aging process [6]. The information degradation hypothesis claims that perceptual degradation of signal inputs caused by neurobiological processes connected with aging cause errors in the processing of perceptual information finally leading to disruption of higher order cognitive processes [7]. Reduced capacity for discrimination or differentiation stimulus causes damage in a large number of aspects of cognitive function associated with aging.

The literature cites very interesting opinion of Salthouse who believes that

the "speed of processing" is the key reason for the decline of cognitive function in the aging process, including memory. According to the model of information processing, in the processes of perception, decision-making and response selection, that occur in the serial manner, the problem arises with reduced time to perform these processes due to slow or extended time for performing thinking operations that are already supposed to be completed [8]. In addition, it is assumed that the "cascade effect" along the process may result in loss of the results of previous cognitive processes before they are brought to the finalization and integration operations with the thought that arise in the coming time of sequences [8].

LINK BETWEEN LOCOMOTOR AND COGNITIVE FUNCTION IN OLD AGE

Locomotion is described as an automatic rhythmic activity that characterizes alternative coordinated movements of crossed flexion and extension of the lower extremities [9]. It is considered to be a simple motor activity in healthy individuals because of its predominantly subcortical character. Adoption of locomotor automatisms relies on motor procedural memory which allows the gradual emergence of automated processes in healthy individuals. The automated nature of walk relies on ready-made motor programs meaning that locomotion in healthy subjects requires a minimum degree of attention and cognitive resources [10].

Attention is a complex multidimensional cognitive function that overlaps with executive functions and contribute to information processing. It has limitations and can be "overwhelmed" by the existence of two tasks that are performed at the same time leading to an inability to adequately perform one or both tasks [10]. Many studies show a strong link between cognitive processes and ambulation due to the fact that walking is performed in a very variable space-time conditions. There is growing evidence that a decline in cognitive functions result in deterioration of walking. Impaired devived attention significantly undermines the ability of patients with Alzheimer's disease to regulate the variability of steps and leads to instability as the risk factor for falls [11]. These results support the concept that people with impaired cognitive functions are impaired in domains of attention and executive functions important for the ambulation [12].

A prospective, longitudinal observational study was conducted during the period of 6 years, on participants older than 65 years without comorbid conditions and cognitive impairment with the aim to unite all important predicting factors for the development of cognitive dysfunction [13]. The data indicated that the results of the tests of cognitive function and the volume of the hippocampus were significant predictive indicators of the occurrence of mild dementia regardless of sex and age. Test of amblatory function showed that walk is another independent risk factor which can predict the occurrence of persistent cognitive impairment [13].

One of the important preconditions for normal movement or motor function

is the ability to orientate in space. It is known that the factor of aging affects this ability. In the study by Leon et al. [14], the ability of spatial memory and orientation in people of different age groups and sex, were assessed. The results showed that men were more successful in carrying out the tasks than women and that the ability of spatial memory declines with age. Usually described as characteristic in the later stages of dementia, the distortion of walking function may also be disclosed in the earlier stages, even before the prodromal stage of mild cognitive impairment [15], [16]. There are two main parameters of locomotor function which are connected to the degree of decline in cognitive processes. These are the speed and the temporal and spatial variability of steps [16].

Zimmerman et al. [17] investigated the relationship between volume and neurochemical hippocampal features with locomotor function. Their study was designed to investigate the hippocampal volume and neurochemical characteristics of the hippocampus (the ratio of N-acetylaspartata and creatine) by magnetic resonance imaging (MRI) and proton magnetic resonance spectroscopy (MRS) as a walk quantitative features which includes stride length and duration of swinging phase during a single support. The subjects were cognitively preserved, nondemented people, average age of 81. The results pointed to the fact that the increased variability in the length of the steps was associated with lower hippocampal metabolism, while the reduced stride length was associated with smaller hippocampal volume but not hippocampal neurochemistry [17].

MOTOR FUNCTION AS A BIOMARKER OF COGNITIVE DECLINE

Because of this prognostic heterogeneity, researchers are trying to define certain indicators or the so-called "biomarkers" that would serve for predictive purposes. Particularly interesting are the markers relating to the motor function [18]. It is concluded that placing dual tasks while walking allows the component to isolate the cognitive control of locomotion and provide insight into the mechanisms of motor control [11], [19]. The dual motor task is a task that requires divided attention during which participants perform locomotor action while performing demanding cognitive tasks (computing, or reciting etc.). Thus, it can detect latent disorders of walk that are evident only during the state that the authors refer to as "cognitive stress" [20].

Montero et al. [20] conducted a study in participants aged 65 years and over with amnestic and nonamnestic mild cognitive impairment, who were able to walk without help and independently, and who did not have neurological disease with residual motor deficits or severe musculoskeletal dysfunction. These two subtypes of cognitive impairment were compared with a control group of healthy elderly. The study showed that subjects with amnestic mild cognitive impairment have reduced walking speed and increased variability in the duration of the steps in relation to people with mild nonamnestic disorder. This difference increased particularly during the performance of dual tasks. Patients with amnestic and nonamnestic cognitive impairment do have a diffe-

rent "motor signature" of locomotion compared with a group of intellectually preserved persons [20]. Episodic memory relies on neural networks which include the hippocampus whose parts have a role in spatial orientation and management of movement in space [21] and has the role in locomotor function [17]. The hippocampus also provides links with basal ganglia including the corpus striatum, which plays an important role in controlling automated movements as those involved in locomotion. Neurodegenerative and microvascular changes associated with the aging process can affect the pathways and structures which reduces their functional capacity.

Several studies conclude that reduced aging-related functioning capacities can be latent and become overt only during the performance of dual tasks [20], [18]. It is obvious that assessment of motoric functions especially locomotor is a very valuable tool in predicting the onset of dementia. Of importance is also the link between cognition and locomotion in elderly people making them prone to falls as one in three persons over the age of 65 years living in their own homes, experience an accidental fall at least once a year [22].

POSITIVE INFLUENCE OF PHYSICAL ACTIVITY AND EXERCISES ON COGNITION IN ELDERLY

According to the World Health Organization, sedentarism is considered to be a risk factor for cardiovascular and metabolic diseases and premature mortality [23]. It is assumed that physical

activity provides beneficial effects at cognitive and psychological levels, including prevention and improvement of depressive and anxiety disorders, enhanced stress reduction, improved self-confidence and delays cognitive decline in the elderly.

Hippocampal and medial temporal lobe has larger volume in adults who are healthy and in good physical shape [24], [25]. The authors point out that physical activity and training stimulate hippocampal perfusion. Aerobic training increases the size of the anterior hippocampus in elderly which is accompanied by improvements in spatial memory. Also, the study has shown that the increase in the volume of the hippocampus is associated with higher levels of serum mediator of neurogenesis in the dentate gyrus. These important findings indicate that aerobic physical exercise can restore lost volume of the hippocampus in later adulthood, followed by improvement of memory function [26].

Cerebrovascular disorders such as cerebral small vessel disease with white matter lesions, and reduced white matter integrity have been linked to reduced cognitive function [27]. It has been suggested that white matter lesions and brain atrophy are strongly associated. Disruption of axons and myelin in white matter is considered one of the primary mechanisms underlying age-related cognitive decline [28], [29]. Therefore, maintaining white matter structural connectivity may be one of the key factors for preserving brain function and high cognitive performance necessary for independent living in old age.

In the study that recruited 103 com-

munity-dwelling healthy, older adults, the authors explored the associations of objective measures of cardiorespiratory fitness and physical activity with measures of brain and white matter health [30]. Their findings highlight that engaging in physical activity of various intensity in parallel with avoiding sedentariness are important factors in maintaining white matter health in older age. They propose that physical activity allows keeping white matter under control via cerebrovascular mechanisms, such as preserving higher blood vessel elasticity and wall integrity. Also, they propose an association between light physical activity and white matter integrity in the temporal lobe. There is a speculation that these associations are related to neurotrophic, cerebrovascular, lipid and insulin metabolic mechanisms related to physical activity [30].

MOLECULAR MECHANISMS

It has been known that brain-derived neurotrophic factor (BDNF) is critically important for neuronal differentiation, synaptic plasticity and neuron survival [31], [32]. Thus, BDNF upregulation is proposed mechanism for the cognitive-enhancement triggered by physical exercise.

Allard, et al.[33] proposed that an increase in aerobic capacity would result in a parallel increase in BDNF levels. They conducted a pilot study designed to analyze exercise-induced BDNF upregulation in the population of African Americans, age 55 years and older, diagnosed with mild cognitive impairment

who participated in a six-month, supervised program of either stretch (control treatment) or aerobic (experimental treatment) exercise. They examined the effects of Apolipoprotein E (EAPOE) gene $\epsilon 4$ carrier status on changes in BDNF expression after a standardized exercise program. They identified a relationship between the $\epsilon 4$ allele and BDNF response to physiologic adaptation which likely impacts the extent of neuroprotective benefit gained from engagement in physical exercise.

EXERCISE INTERVENTIONS

A program of exercise intervention to improve cognition in people with mild to moderate dementia was developed [34]. The program consists of two parts: a supervised part lasting 4 months and an unsupervised one lasting an additional 8 months. The supervised part includes a pre-exercise assessment, twice-weekly exercise classes of approximately one hour duration (including 50 min of exercise at the target intensity) for 4 months with a target of at least 50 min of unsupervised activity at moderate intensity, to achieve a grand total of 150 min per week. The exercises classes are a combined aerobic and resistance training schedule, delivered in groups of up to 8 participants. An aerobic exercises consisted of cycling at a low intensity depending upon the initial fitness of the participant. The aerobic challenge then progressed up to 25 min, as well as the duration spent at moderate and high intensity. Progression was in-

dividually tailored. The weight lifted was increased, with participants performing 15 repetitions for three weeks into classes and 10 repetitions at a higher weight again at seven weeks. The weight was subsequently increased if the participant was able to perform two additional repetitions with good form, or decreased if the participant could not perform the required number of repetitions. A systematic review concluded that long intervention duration, high exercise intensity and good adherence all appear to be important in obtaining cognitive benefits in people with dementia or mild cognitive impairment [35].

CONCLUSION

Motoric function and cognition are closely related. Lack of physical activity reduces the natural protective resources for cognition and increases the risk of falls in elderly. As the ageing population increases worldwide, this becomes a growing healthcare problem. Locomotion is sensitive to cognitive decline and can be used as a marker of mild cognitive impairment of dementia. Assessment of motoric functions especially locomotor is a very valuable tool in predicting the onset of dementia. The main interface between physical exercise and cognition is supposed to be hippocampus, and on molecular level BDNF. Structured physical exercise, individually tailored is proven to be of benefit for cognitive functions both in healthy old people and those with cognitive impairments.

MOTORNE FUNKCIJE I KOGNICIJA KOD STARIH OSOBA

Stevan S. Jovanović¹
Dragan M. Pavlović²

Kratak sadržaj

Producetak životnog veka i povećanje udela starijih ljudi u opštoj populaciji postavlja nove zadatake za zdravstvene službe. Jedan od njih je istraživanje i razjašnjavanje odnosa i povezanosti između motoričkih i kognitivnih funkcija kod osoba starijeg životnog doba. Tokom procesa starenja odigrava se "osiromašenje" kognitivnih kapaciteta. Mnoge studije ukazuju na postojanje izrazite povezanosti između kognitivnih funkcija i funkcije hoda. Postoji sve više dokaza da opadanje kognitivnih funkcija rezultuje deterioracijom funkcije hoda. Poremećaj funkcije hoda se obično povezuje sa kasnijim stadijumima demencije, međutim, ona može biti narušena i u ranijim stadijumima pa čak i pre nastanka prodromalnog stadijuma tj. blagog kognitivnog poremećaja. Brzina koraka i vremenska i prostorna varijabilnost koraka su glavne karakteristike koje se povezuju sa stepenom pada kognitivnih procesa. Ove karakteristike su motorni fenotip koji reflektuje stepen deterioracije kognitivnog funkcionisanja i koji može biti upotrebljen kao prediktivni pokazatelj nastanka demencija.

Prepostavlja se da fizička aktivnost obezbeđuje pozitivne efekte na kognitivnom i psihološkom planu, uključujući prevenciju i poboljšanje depresivnih i anksioznih stanja, da redukuje stres, unapređuje samopouzdanje i končno, odlaze nastanak procesa opadanja kognitivnih funkcija kod osoba starijeg doba. Prekidi aksonskih puteva i mijelina u beloj masi se smatraju jednim od primarnih mehanizama za nastanak opadanja kognitivnih funkcija tokom procesa starenja. Zbog toga se prepostavlja da je održavanje strukturalne celovitosti bele mase jedan od ključnih faktora koji doprinose očuvanju viših kognitivnih funkcija koje su neophodne za nezavisno funkcionisanje u starijem životnom dobu. Fizička aktivnost takođe deluje preko cerebrovaskulnih mehanizama kao što su očuvanost elastičnosti i integriteta zidova krvnih sudova.

Osim pomenutog, postoji povezanost između lagane fizičke aktivnosti i integriteta bele mase posebno u temporalnom lobusu. Zaključci pojedinih istraživanja ukazuju na postojanje odnosa između ε4 genskog alela i brain derived neurotrophic factor (BDNF) odgovora na fiziološku adaptaciju nastalu fizičkim vežbanjem, za koju se prepostavlja da pozitivno utiče na neuroprotekciju. Neki autori predlažu program fizičkog vežbanja kao kombinaciju aerobnog i treninga sa primenjenim otporom. Motorička funkcija i kognicija su blisko povezani, a redovna fizička aktivnost i vežbanje je važno za održavanje fizičkog i mentalnog zdravlja.

Ključne reči: kretanje, fizička aktivnost, kognicija, starije osobe.

- 1 Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu, Beograd, Srbija
- 2 Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

NAPOMENA

Ovaj rad je finansiran sredstvima iz projekta broj 175033 Ministarstva za nauku i tehnološki razvoj Republike Srbije.

References

1. Yeolekar ME, Sukumaran S. Frailty Syndrome: A review. *Journal of Association of Physicians India* 2014;62(11):34-8.
2. Vallin J. The end of the demographic transition: Relief or concern? *Population and Development Review* 2002;28(1):105–12.
3. AARP International. Major developments and trends in global aging. United Nations Headquarters 2007;77–9.
4. Pavloviæ DM, Pavloviæ AM. Higher cortical functions. *Basics of behavioral neurology and neuropsychology*. Belgrade, Serbia:Orion Art 2016.
5. Thomas KM, Hunt RH, Vizueta N, Sommer T, Durston S, Yang Y, Worden MS. Evidence of developmental differences In implicit sequence learning: an fMRI study of children and adults. *Journal of Cognitive Neuroscience* 2004;16:1339–51.
6. Li KZH, Krampe RT, Bondar A. An Ecological Approach to Studying Aging and Dual-Task Performance. In: Engle RW, et al. *Cognitive limitations in aging and psychopathology*. New York, NY, USA: Cambridge University Press 2005:190–218.
7. Monge ZA, Madden DJ. Linking visual perceptual and cognitive decline in healthy aging: The information degradation hypothesis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2016;69:166-73.
8. Kramer A.F, Bherer L, Colcombe S.J, Dong W, Greenough WT. Environmental Influences on Cognitive and Brain Plasticity During Aging. *Journal of Gerontology Gerontological Society of America* 2004;59(9):940–57.
9. Nutt JG, Marsden CD, Thompson PD. Human walking and higher-level gait disorders, particularly in the elderly. *Neurology* 1993;43:268-79.
10. Beauchet O, Allali G, Berrut G, Hommet C, Dubost V, Assal F. Gait analysis in demented subjects: Interests and perspectives, *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2008;4(1):155-60.
11. Montero-Odasso M, Vergheze J, Beauchet O, Hausdorff JM. Gait and cognition: a complementary approach to understanding brain function and the risk of falling. *Journal of the American Geriatrics Society* 2012;60:2127-36.
12. Sheridan PL, Solomont J, Kowall N, Hausdorff JM. Influence of executive function on locomotor function: divided attention increases gait variability in Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003;51:1633–37.
13. Marquis S, Moore MM, Howieson DB, Sexton M, Payami H, Kaye JA, Camicoli R. Independent predictors of Cognitive Decline in Healthy Elderly Persons. *Archives of Neurology* 2002;59(4):601-06.
14. León I, Tascón L, Cimadevilla JM. Research report: Age and gender-related differences in a spatial memory task in humans. *Behavioural Brain Research* 2016;306:8-12.
15. Olivier G, Allali B, Montero-Odasso M, Sejdic E, Fantino B, Annweiler C. Motor Phenotype of Cognitive Decline in Performance among Community-Dwellers without Dementia: Population-Based Study and Meta-Analysis. *Preuzeto nov. 2016. Dostupno na: PLoS ONE | www.plosone.org June 2014 | Volume 9 | Issue 6 | e99318.*

16. Verghese J, Wang C, Lipton RB, Holtzer R. Motoric cognitive risk syndrome and the risk of dementia. *The Journals of Gerontology A Biological Sciences and Medical Sciences* 2013;68:412-18.
17. Zimmerman ME, Lipton RB, Pan JW, Hetherington HP, Verghese J. MRI- and MRS-derived hippocampal correlates of quantitative locomotor function in older adults. *Brain Research* 2009;1291:73–81.
18. Montero-Odasso M, Bergman H, Phillips NA, Wong CH, Souria N. Dual-tasking and gait in people with mild cognitive impairment. The effect of working memory. *Bio-Med Central Geriatrics* 2009;9(1):41.
19. Verghese J, Robbins M, Holtzer R, Zimmerman M, Wang C, Xue X, Lipton RB. Gait dysfunction and mild cognitive impairment syndromes. *Journal of the American Geriatrics Society* 2008;56:1244-51.
20. Montero-Odasso M, Oteng-Amoako A, Speechley M, Gopaul K, Beauchet O, Annweiler C, Muir-Hunter SW. The Motor Signature of Mild Cognitive Impairment: Results From the Gait and Brain Study. *The Journals of Gerontology A Biological Sciences and Medical Sciences* 2014;69(11):1415–21.
21. Burgess N, Maguire AE, O'Keefe J. The Human Hippocampus and Spatial and Episodic Memory *Neuron* 2002;35(4):625-41.
22. Liu-Ambrose T, Ashe MC, Graf P, Beattie BL, Khan KM. Increased risk of falling in community-dwelling older women with mild cognitive impairment. *Physical Therapy* 2008;88:1482-91.
23. Kaliman P, Párrizas M, Lalanza JF, Camins A, Escorihuela RM, Pallàs M. Neurophysiological and epigenetic effects of physical exercise on the aging process. *Ageing Research Reviews* 2011;10(4):475–86.
24. Fotuhi M, Do D, Clifford J. Modifiable factors that alter the size of the hippocampus with aging. *Nature Reviews Neurology* 2012;8:189-202.
25. Erickson Kl, Prakash RS, Voss MW, Chaddock L, Hu L, Morris KS, et al. Aerobic fitness is associated with hippocampal volume and elderly humans. *Hippocampus* 2009;19(10):1030-39.
26. Erickson K, Voss MW, Prakash RS, Basak C, Szabo A, Chaddock L, et al. Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 2011;108:3017–22.
27. Haight TJ, Bryan RN, Erus G, Davatzikos C, Jacobs DR, D'Esposito M, et al. Vascular risk factors, cerebrovascular reactivity, and the default-mode brain network *Neuroimage* 2015;115:7–16.
28. Madden DJ, Bennett IJ, Burzynska A, Potter GG, Chen N-K, Song AW. Diffusion tensor imaging of cerebral white matter integrity in cognitive aging. *Biochimia et Biophysica Acta* 2012;1822:386–400.
29. Raz N, Rodrigue KM. Differential aging of the brain: patterns, cognitive correlates and modifiers. *Neurosci Biobehav Rev* 2006;30:730–48.
30. Burzynska AZ, Chaddock-Heyman L, Voss MW, WongCN., Gothe NP, Olson EA, et al. Physical activity and cardiopulmonary fitness are beneficial for white matter in low-fit older adults. *A Peer-Reviewed Open Access Journal* 2014;9(9):e107413.

31. Mariga A, Zavadil J, Ginsberg S.D, Chao M.V. Withdrawal of BDNF from hippocampal cultures leads to changes in genes involved in synaptic function. *Developmental Neurobiology* 2015;75:173–92.
32. Vilar M, Mira H. Regulation of neurogenesis by neurotrophins during adulthood: expected and unexpected roles. *Frontiers in Neuroscience* 2016;10:26.
33. Allard JS, Ntekim O, Johnson SP, Ngwa JS, Bond V, Pinder D, et al. APOE impacts up-regulation of brain-derived neurotrophic factor after a six-month stretch and aerobic exercise intervention in mild cognitively impaired elderly African Americans: A pilot study. *Experimental Gerontology* 2017;87:129–36.
34. Brown D, Spanjers K, Atherton N, Lowe J, Stonehewer L, Bridle C, et al. Development of an exercise intervention to improve cognition in people with mild to moderate dementia: *Dementia And Physical Activity (DAPA) Trial*, registration ISRCTN32612072 *Physiotherapy* 2015;101(2):126–34.
35. Ohman H, Savikko N, Strandberg TE, Pitkala KH. Effect of physical exercise on cognitive performance in older adults with mild cognitive impairment or dementia: a systematic review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2014;38(5–6):347–65.

Dragan M. Pavlović

Faculty for special education
and rehabilitation, University of Belgrade
Visokog Stevana 2, 11000 Belgrade, Serbia,
Email: dpavlovic53@hotmail.com

WOMEN'S HEALTH AND VIOLENCE AGAINST WOMEN BY SPOUSES WHO ARE ALCOHOLICS

Nataša Dostanić

UDK: 616.89-008.441.3-07:613.83

Special Hospital for Addiction Diseases,
Belgrade, Serbia

Summary

Violence against women is a major problem around the world. There is approximately one in four chance that women will experience intimate partner violence. The consequences of intimate partner violence may be various: immediate and direct (injury or death), direct and long term (chronic illness and disability), indirect (self-perceived health and health activities), or all three. Depression and post-traumatic stress disorder are the most common mental-health consequence of intimate partner violence.

Alcohol consumption presents a significant factor in the development of intimate partner violence. Alcohol use, especially heavy drinking, is one of the individual factors. The aim of this paper is to establish a link between the alcohol consumption and occurrences of intimate partner violence and a portrait of health consequences of intimate partner violence on women. Furthermore, it is meant for the clinicians who deal with alcohol addicts since the treatment program should include the recognition and monitoring of health consequences women suffered by their partners.

Keywords: violence, women, partner, health, alcoholism

INTRODUCTION

The World Health Organization (WHO) defines intimate partner violence (IPV) as “any behavior within an intimate relationship that cause physical, psychological or sexual harm to those in the relationship” [1]. IPV perpetrators seek to maintain control over their partners, not only through episodes of physical violence, but also through psychological and emotional abuse of their partners [2]. The WHO includes the following behaviors into its definition of IPV: Physical aggression, psychological abuse, forced intercourse or sexual compulsion, and various other controlling behaviors [1]. Physical violence presume slapping, hitting, kicking and beating. Sexual violence is forced sexual intercourse and other forms of sexual coercion. Emotional (psychological) abuse, involves insults, belittling, constant humiliation, intimidation, threats of harm, threats to take away the children. Controlling behaviors means isolating a person from her family and friends; following their moves; and restricting financial resources access, education, medical care or employment [1].

Sometimes intimate partner violence is more broadly referred to as family violence, spouse abuse, domestic violence, battering or violence against women.

Still, it is a prevalent problem around the world. There is one in four chance that a woman will experience intimate partner violence. Alcohol use, particularly heavy drinking, is associated to male-female partner violence. Alcohol abuse is one of the individual factors as-

sociated with a man’s increased probability of committing violence against his partner [1].

Prevalence of intimate partner violence

It is difficult to establish the prevalence of IPV due to a number of factors that among other include under-reporting, inconsistent definitions used in studies and surveys, and the source of the data (community crime victim survey or clinical and community samples) [3]. The WHO in 48 population based surveys from around the world, reports that between 10 and 69% of women stated that they have been physically abused by an intimate partner at some point in their lives [1]. A survey study in general practice in Australia (2002), discovered that out of 37% of women who reported IPV 1 in 4 (8.6%) reported undergoing physical abuse, 1 in 3 (12.5%) emotional abuse, while 1 in 10 (4%) reported experiencing sexual abuse. However, it is quite common for women, the IPV victims, to experience all three types of abuse during their lifetime. [3]. This fact has been confirmed by a Japanese study that noted that 57% of women who reported the IPV experience had in fact suffered all three types of abuse [4]. In the WHO multi-country study, 23–56% of women who reported ever experiencing physical or sexual IPV had experienced both [5]. A comparative analysis of Demographic and Health Data from 12 Latin American and Caribbean countries found that the vast majority (61–93%) of women who reported physical IPV in the past 12 months also reported facing emotional abuse [6]. The

lowest prevalence of IPV is found to occur in mid-level socioeconomic and well educated social groups, while it is the highest among poorer women [7]. Better economic and educational grounds might not act as a protective factor for women from being abused, but it certainly influences the escape opportunity or the end to the violence, besides it a factor that makes them less likely to be abused in the first place.[7].

The first Serbian national study in gathering data on IPV was done in 2001 and was organized by Victimology Society of Serbia [8]. This study, which collected data from 700 women in 7 towns and 40 villages, found that 30,6% women had experienced physical violence from a family member. Majority of them (74,8%) had the IPV experience [8]. In the WHO multi-country study, that included data for Serbia, 6,3% of women had experienced sexual violence at least once, 22,8% of women had experienced physical violence at least once, and 3,7% women had experienced physical violence in the past 12 month [5]. According to the last data from 2010, which included part of Serbia (APVojvodina), every second woman had experienced some kind of psychological violence, and every third had experienced physical violence, 9% of women had experienced sexual violence, and 18,6% of women had experience controlling behaviors [9]. The actual family violence against women prevalence rate (during the last 12 months) in Serbia, without Vojvodina, is 37.5%, while overall prevalence (during lifetime) is 54.2%. The most frequent form of violence against women in central Serbia is psychological (31.8% in past 12 months and 48.7% during the life-

time), followed by physical (10.1% and 21.6%) and economical (11.4% and 15.8.6%), while the sexual violence is the least frequent (1.2% and 3.8%) [10].

Physical violence and women's health

The IPV- physical health relationship is complex. The consequences of intimate partner violence may be immediate and direct (injury or death), direct and long term (chronic illness and disability), indirect (self-perceived health and health activities), or all three.

The short-term physical impact of IPV is the most visible and has an important role on women's health. Direct physical health consequence of IPV is physical injury, with fractures, lacerations, contusions, damage to the face, upper torso, breast and abdomen being the most common [11]. The most common cause of injuries in women is the IPV [12]. The estimate is that even half of women who have suffered the IPV have been physically harmed by it. [13]. Early studies in the United States show that 2.2% of women seek help in the emergency rooms because of acute trauma resulting from intimate partner violence [14]. In two large case-control studies of women in the USA accident and emergency rooms, risk factors for injury by an intimate partner were male rather than female characteristics including histories of arrest, substance abuse, poor education, unemployment and ex-partner status [15, 16]. The most evident and severe health consequence of IPV is homicide, with, for example, IPV accounting for just under half (49%) of the homicides of women in Australia yearly [17]. As per a 1997 study, 40–60% of mur-

ders of women in North America are done by intimate partner [18]. In less-industrialized countries, percentages might be even higher. Mortality rate associated with IPV includes suicide of women in non-industrialized as well as industrialized societies [19].

Some of the long-term physical health sequelae tightly connected to the IPV are traumatic brain injury (TBI), memory loss, seizures, gynecological disorders, adverse pregnancy outcomes, arthritis, sexually-transmitted disease, and chronic pain syndromes [7,20,21,22,23,24]. Women who have experienced the IPV have also reported to have more than average gastrointestinal symptoms (loss of appetite, eating disorders) and diagnosed functional gastrointestinal disorder (chronic irritable bowel syndrome) that are associated with chronic stress. More so, hypertension and chest pain as cardiac symptoms have been self-reported by battered women. The IPV physical health consequences often remain present long after the abuse has ended. These consequences are often manifested as poor health status, poor quality of life, and an increased use of health services [20]. Research suggests that women who experience IPV are at higher risk of TBI and central nervous system (CNS) symptoms. Head injuries are reported as one of the most frequent type of injuries sustained, with up to 36% of victims suffering damage to the head, face or neck [25]. However, not many research relates to the consequences of these injuries and the percentage that result in association with TBI or disability due to post-concussive syndrome [26]. Corrigan et al. conducted a study involving women

who registered to hospital emergency rooms due to IPV, and found that out of 51 women sampled, 30% had experienced a loss of consciousness at least once, and 67% reported health problems consistent with a head injury, such as headaches, dizziness, memory loss, and concentration difficulties [26]. According to Campbell & et al.[20] CNS symptoms including fainting, headaches and seizures were more commonly found in women who had experienced the IPV than in those with no IPV experience. The gynecological problems present the most consistent, long lasting, and the most substantial physical health difference between battered and non-battered women as Campbell noted. The most common differential symptoms and conditions are sexually-transmitted diseases, vaginal bleeding or infection, fibroids, decreased sexual desire, genital irritation, pain and urinary tract infection [7]. As mentioned earlier, it is rather common for women suffering the IPV to experience both psychical and sexual abuse. At least 40 – 45% of women who experienced the IPV have suffered both physical and sexual abuse that puts them at even higher risk for health problems than those women who had faced only physical violence[27].

Pregnancy and IPV

The prevalence of IPV during pregnancy has been estimated at 1–20% in the general population, however, majority of studies report the prevalence to be between 4 and 8% [28]. Furthermore, adolescent women are at a higher risk of facing IPV during pregnancy than adult women [29]. Curry, Perrin, and

Wall found that 38% of adolescents, compared to 23% of adult women, experience IPV during pregnancy.

Physical violence in pregnancy causes decreased maternal health during pregnancy, also affliction with sexually-transmitted diseases, urinary-tract infections, high blood pressure, and other infections [7, 30]. Hutch-Bocks et al. (2002) found that women who had suffered IPV during pregnancy were more likely to go into a premature labor and remain in hospital after the birth for the reason of health problems. According to them, infants born to women experiencing IPV during pregnancy showed more signs of health problems during the first 2 months postpartum in comparison to infants born to women with no such experience. [30]. Other complications associated with IPV during pregnancy include low birth weight [31], increased risk of antepartum hemorrhage, intrauterine growth restrictions, and perinatal death [32].

Mental-health effects of IPV

The most prevalent mental-health sequelae of intimate partner violence are depression and post-traumatic stress disorder [7, 20, 33]. It is considered that the IPV could represent a significant depression risk factor IPV. Golding [34] noted that average prevalence of depression among women who had experienced IPV was 47,6%, while Cascardi et al. [33] reported rates between 38 and 83%; rates that significantly exceed depression rates among women in general population. Dienemann et al. [35] states that 63% of women diagnosed with depression, sampled from hospital or community treatment programs, had

suffered IPV at some point in their lifetime: 12.2% of women had experienced IPV within the past year, and 6.1% had experienced sexual abuse by an intimate partner in the past year. Depression in women who experienced violence from their partners have also been connected with other life stressors often accompanying domestic violence, such as childhood abuse, daily stressors, number of children, changing residence, forced sex with an intimate partner, marital separations, negative life events, and child behavior problems. Adding to depression, they also suffered more commonly from anxiety, insomnia, and social dysfunction than non-abused women [7]. Average prevalence of PTSD for women with an IPV experience, reported by across studies, was 63,8% compared to 1,3–12,3% in general population [34]. Women experiencing IPV met the PTSD criteria between 31 and 84% [33, 34]. Severity of abuse, previous trauma, and partner domination have been identified as critical precursors of post-traumatic stress disorder emerging from the IPV.

Alcoholism and IPV

The most common model used for understanding violence is the ecological model, which suggests that violence is a result of factors acting at four levels: individual, relationship, community and societal. Alcohol and drug abuse belong to a group of individual factors related to a man's increased probability of committing violence against his partner(s) [1, 36]. Alcohol use, heavy drinking in particular and drinking large amounts per occasion, is associated to man against woman violence [37]. It is suggested by Meta-analyses that alcohol

plays an important contributing role in aggression seen overall [38]; however, the extent to which the role of alcohol in IPV is causal is multilayered and contested [39]. Although the experiments have shown that alcohol increases aggression in both men and women [40], the effect is stronger for men, and drinking by men has been noted to play a more important part in committing the IPV perpetration than has drinking by women [41]. When one of the partners has been drinking, either she or he will not be fully able to address the possible conflict in a constructive manner since the alcohol had affected the cognitive functioning and judgment, the drinking partner may be more likely to lose the focus on giving an appropriate response to a perceived situation, insult or other wrongdoing by a partner and less likely to perceive the situation, insult or apparent wrongdoing from the partners perspective, or to note the situational or environmental factors that may have had the effect on the given situation, therefore the drinking partner might take a highly provocative and aggressive stance and act accordingly without thinking about consequences of such behavior, for men in particular the possible aggressive behaviours by a partner is perceived as threat to masculinity or social identity in general and thus it requires equal answer. [42,43]. Social and cultural perceptions of alcohol can also be influential where the acceptance and tolerance of alcohol-related misbehavior (aggression included), can impact drinkers' expectations about their behavior when drinking [44]. Meaning that with no regard to the effects, there are people who after drinking intentionally behave aggressively or violently since they be-

lieve, or more so expect, to be excused by their partner for such actions due to prior drinking at the time.

In studies of individuals and couples receiving treatment for alcohol or other substance problems, or both, the pre-treatment IPV prevalence has been in the range of approximately 50%–65% [45, 46, 47]. Treatment samples data indicate that male-to-female violence is on a raise on drinking days [48, 49], alcohol use is linked to the likelihood of violent nature conflicts [50], and the probability of male-perpetrated IPV is positively correlated with the seriousness of man's alcohol problems [51]. Case-control studies of emergency-rooms/trauma centers patients [52, 53, 54] and victims of criminal IPV [55, 56] points to more evidence that male-partner alcohol abuse and heavy drinking represent strong predictors of injuries related to male-perpetrated IPV. According to the analysis based on data from the 2001–2002 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, a national comorbidity study carried out by the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (USA); women who described their partners as having current alcohol problems were at increased risk of numerous health problems. Rates of any or multiple victimizations for those women were just as twice high as for women who had no partner with alcohol problem, thus their rate of various and multiple injuries were more than double. Their rates of any and multiple victimizations were as high as three times as those for women without partner encountering alcohol problems, and their rate of multiple injuries was more than twice as high. Any injury rate was as doubled. Additionally, rates of mood

and anxiety disorders were three and two times as high as for women without partners with alcohol problems. Alcohol problems of a partner were also tied to a higher probability of fair or poor health state, with more past-year stressors, and with a lower mean psychological quality-of-life score. Women with partners suffering from problems with alcohol experienced 46% more negative life events during the past year and their mean psychological and physical quality of life scores were lower by 11% and 5%, respectively than in women whose partners had no alcohol use problems [57].

Even though drinking and IPV can occur independently of each other they are sufficiently inter-related that the World Health Organization gave a proposal for primary interventions which are meant to reduce the harm caused by alcohol that could possibly reduce the IPV occurrence [58]. Since it has been shown that direct interventions addressing violence against women had had a limited effect further investigation on the effects of alcohol on IPV occurrence is needed and of major importance[59]. Recognizing the multi-dimensional and complex nature of IPV, The WHO, identifying that the issue is multi-dimensional and of a complex nature, recommends an ecological framework for violence prevention where the factors influencing the violent behavior act separately and cumulatively at the individual, relationship, community and societal levels [1, 36]. Although the majority of reviews of alcohol interventions have focused primarily on the individual or relationship level [60, 61] (e.g., individual or couple treatment for alcohol dependency), as suggested by this model, alcohol interventions relating

to alcohol-related IPV can similarly arise at the community and population level. Community-level interventions are distinguished from population-level interventions in that they pertain to a specific community or area, and are often developed to answer the local needs and problems and involve community members in their development and management [62]. Population or societal-level interventions, on the other hand, are implemented at the broad population level (country, state, region) and may be more likely to involve more formal mechanisms such as taxation, although similar interventions can take place at both community and population levels.

Conclusion

The estimates have it that one in four women are probable to experience one or other type of abuse from an intimate partner during their lifetime. The consequences of abuse can be serious and prolonged. Alcohol abuse is one of the individual factors connected to a man's increased probability of committing violent acts against his partner. Despite the obvious link between alcohol consumption and IPV and evidence that alcohol abuse contributes to increased risk of violence, there are only a few studies that have clearly pointed to alcohol treatment interventions that could be applied to reduce the male-female violence. Further research should concentrate on defining the appropriate therapeutic treatments and interventions and their application on alcohol addicts who have committed violence against their partners.

ZDRAVLJE ŽENA I NASILJE NAD ŽENAMA ČIJI PARTNERI SU ALKOHOLIČARI

Nataša Dostanić

Specijalna bolnica za bolesti zavisnosti,
Beograd, Srbija

Kratak sadržaj

Nasilje nad ženama je značajan problem širom sveta. Svaka četvrta žena može da doživi partnersko nasilje. Posledice partnerskog nasilja mogu biti različite: neposredne i direktnе (kao što su povrede ili smrt), dugoročne i direktne (kao što su invalidnost ili hronične bolesti), indirektnе (kao što je izmenjeni doživljaj sopstvenog zdravlja i ponašanja u vezi sa zdravlјem) ili se mogu javiti sve tri vrste posledica. Najčešće mentalne posledice partnerskog nasilja su depresija i post-traumatski stresni sindrom. Konzumiranje alkohola, načito teška pijanstva su povezana sa partnerskim nasiljem muškarca prema ženama. Prekomerno konzumiranje alkohola spada u individualne faktore rizika, koji povećavaju mogućnost javljanja partnerskog nasilja. Cilj ovog rada je da se ustanovi veza između pijenja alkohola i pojave partnerskog nasilja i da se prikazu zdravstvene posledice partnerskog nasilja nad ženama. Ovaj rad je namenjen kliničarima koji rade sa alkoholnim zavisnicima, jer bi program lečenja trebalo da obuhvata i prepoznavanje i praćenje zdravstvenih posledica njihovih partnerki.

Ključne reči: nasilje, žene, partner, zdravlje, alkoholizam

References

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. Sasseti M. Domestic violence. Primary Care 1993;20:289-305.
3. Hegarty KL, Bush R. Prevalence and associations of partner abuse in women attending general practice: A cross-sectional survey. Australian and a New Zealand Journal of Public Health 2002;26:347-442.
4. Yoshihama M, Serenson SB. Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates: Experience of women in Japan. Violence and Victims 1994;9:63-77.
5. Garcia-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO multi-country study on women health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women responses. Geneva: World Health Organization; 2005.
6. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza JA. Violence against women in Latin America and Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington DC: Pan American Health Organization; 2012.
7. Campell CJ. Health Consequences of intimate Partner Violence. Lancet 2002;359:1331-6.
8. Nikoliæ-Ristanoviæ V. Domestic violence in Serbia. Belgrade: Victimology Society of Serbia; 2002.
9. Nikoliæ-Ristanoviæ V. Domestic violence in Vojvodina. Novi Sad: Provincial Secretariat for Economy, Employment and Gender Equality; 2010.
10. Babovic M, Ginic K, Vukovic O. Mapping family violence in central Serbia. Project: Combating sexual and gender based violence. Belgrade: Directorate for Gender Equity, Ministry of Labour and Social Policy; 2010.
11. Grisso JA, Schwarz DF, Hirschinger N, Sammel M, Brensinger C, Santanna J, Teeple L. Violent injures among women in an urban area. The New England Journal of Medicine 1994;331:1899-905.
12. Rand MR. Violence related injuries treated in hospital emergency departments: Bureau of justice statistics special report. Washington DC: US Department of Justice; 1997.
13. Harrykisson SD, Rickert VI, Wiemann CM. Prevalence and patterns of intimate partner violence among adolescent mothers during the postpartum period. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 2002;156:325-30.
14. Dearwater SR, Coben JH, Campell JC, Nah G, Glass N, McLoughlin E, Beke-meier B. Prevalence of intimate partner abuse in women treated at community hospital emergency departments. Journal of American Medical Association 1998;280:433-8.
15. Grisso JA, Schwarz DF, Hirschinger N, et al. Violent injures among women in an urban area. The New England Journal of Medicine 1999;341:1899-905.
16. Kyriacou DN, Anglin D, Taliaferro E, et al. Risk factors for injury to women from domestic violence against women. The New England Journal of Medicine 1999;341:1892-8.
17. Mozous J. Homicide in Australia: 2003-2004 national homicide monitoring program (NHMP) annual report. Canberra ACT: Australian Institute of Criminology; 2005.

18. Crawford M, Gartner R, Dawson M. Intimate femicide in Ontario, 1991-1994. Toronto: Women We Honor Action Committee; 1997.
19. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorder: a meta analysis. *Journal of Family Violence* 1999;14:99-132.
20. Campell JC, Snow A, Dienemann J, Kub J, Schollenberg J, OCampo P, Wynne C. Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine* 2002;162:1157-63.
21. Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, Smith PH. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine* 2002;23:260-8.
22. Ellsberg M, Janse H, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: An observational study. *Lancet* 2008;317:1165-72.
23. Plichta SB. Intimate partner violence and physical health consequences: Policy and practice implications. *Journal of Interpersonal Violence* 2004;19:1296-323.
24. Vos T, Astbury J, Piers LS, Magnus A, Heenan M, Stanley L, Webster K. Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. *Bulletin of the World Health Organization* 2006;84:739-44.
25. Varvaro FF, Lasko DL. Physical abuse as cause of injury in women: Information for orthopedic nurses. *Orthopedic Nursing* 1993;12:37-41.
26. Corrigan JD, Wolfe M, Mysiw WJ, Jackson RD, Bogner JA. Early identification of mild traumatic brain injury in female victims of domestic violence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2003;188:184-90.
27. Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine* 2000;9:454-7.
28. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. *Journal of the American Medical Association* 1996;275:1915-20.
29. Curry MA, Perrin N, Wall E. Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women. *Obstetrics and Gynecology* 1998;92:530-4.
30. Hutch-Bocks AC, Levendosky AA, Bogat GA. The effects of domestic violence during pregnancy on maternal and infant health. *Violence and Victims* 2002;17:169-85.
31. Campbell JC, Lewandowski LA. Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *The Psychiatric Clinics of North America* 1997;20:353-74.
32. Janssen PA, Holt VL, Sugg NK, Emanuel I, Critchlow CM, Henderson AD. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: A population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2003;188:1341-7.
33. Cascardi M, Olery KD, Schlee KA. Co-occurrence and correlates of posttraumatic stress disorder and major depression in physically abused women. *Journal of Family Violence* 1999;14:227-50.
34. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A metaanalysis. *Journal of Family Violence* 1999;14:99-132.
35. Dienemann J, Boyle E, Baker D, Resnick W, Wiederhorn N, Campbell J. Intimate partner abuse among women diagnosed with depression. *Issues in Mental Health Nursing* 2000;21:499-513.

36. Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.
37. Foran HM, O Lary KD. Alcohol and intimate partner violence: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2008;28(7):1222-34.
38. Bushman BJ. Effects of Alcohol on Human Aggression: Validity of Proposed Explanations. In: Galanter M. (Ed.) *Recent Developments in Alcoholism*. New York: Plenum Press, 1997, pp.227-43.
39. Leonard KE. Alcohol and intimate partner violence: when can we say that heavy drinking is a contributing cause of violence? *Addiction* 2005;100(4):422-5.
40. Giancola PR, Levinson CA, Corman MD, Godlaski AJ, Morris DH, Phillips JP, Holt JC. Men and women, alcohol and aggression. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 2009;17(3):154-64.
41. White HR, Chen PH. Problem drinking and intimate partner violence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2002;63(2):205-14.
42. Felson RB. Aggression as impression management. *Journal of Social Psychology* 1978;41(3):205-13.
43. Graham K, Bernards S, Osgood DW, Park M, Abbey A, Felson RB, Saltz RF, Wells S. Apparent motives for aggression in the social context of the bar. *Psychology of Violence* 2013;3(3):218-32.
44. Graham K, Leonard KE, Room R, Wild TC, Pihl RO, Bois C, Single E. Current directions in research on understanding and preventing intoxicated aggression. *Addiction* 1998;93(5):659-76.
45. Chase KA, O'Farrell TJ, Murphy CM, Fals-Stewart W, Murphy M. Factors associated with partner violence among female alcoholic patients and their male partners. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2003;64:137-49.
46. Chermack ST, Fuller BE, Blow FC. Predictors of expressed partner and non-partner violence among patients in substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence* 2000;58:43-54.
47. Murphy CM, O'Farrell TJ. Factors associated with marital aggression in male alcoholics. *Journal of Family Psychology* 1994;8:321-35.
48. Fals-Stewart W. The occurrence of partner physical aggression on days of alcohol consumption: A longitudinal diary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003;71:41-52.
49. Fals-Stewart W, Golden J, Schumacher JA. Intimate partner violence and substance use: A longitudinal day-to-day examination. *Addictive Behaviors* 2003;28:1555-74.
50. Murphy CM, Winters J, O'Farrell TJ, Fals-Stewart W, Murphy M. Alcohol consumption and intimate partner violence by alcoholic men: Comparing violent and nonviolent conflicts. *Psychology of Addictive Behaviors* 2005;19:35-42.
51. Murphy CM, O'Farrell TJ, Fals-Stewart W, Feehan M. Correlates of intimate partner violence among male alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001;69:528-40.
52. Lipsky S, Caetano R, Field CA, Larkin GL. Is there a relationship between victim and partner alcohol use during an intimate partner violence event? Findings from an urban emergency department study of abused women. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2006;66:407-12.
53. Kyriacou DN, McCabe F, Anglin D, Lapeyrade K, Winer MR. Emergency department-based study of risk factors for acute injury from domestic violence against women. *Annals of Emergency Medicine* 1998;31:502-6.

54. Weinsheimer RL, Schermer CR, Malcoe LH, Balduf LM, Bloomfield LA. Severe intimate partner violence and alcohol use among female trauma patients. *Journal of Trauma* 2005;58:22-9.
55. Walton-Moss BJ, Manganello J, Frye V, Campell, JC. Risk factors for intimate partner violence and associated injury among urban women. *Journal of Community Health* 2005;30:377-89.
56. Martin SE, Bachman R. The relationship of alcohol to injury in assault cases. In: Galanter M. (Ed.) Recent Developments in Alcoholism. Alcoholism and Violence. New York: Plenum Press, 1997;(13):41-56.
57. Dawson DA, Grant BF, Chou SP, Stinson FS. The impact of partner alcohol problems on women physical and mental health. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2007 Jan;68(1):66-75.
58. World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing Intimate Partner and Sexual Violence against Women: Taking Action and Generating Evidence. Geneva: World Health Organization; 2010.
59. Wathen C, MacMillan HL. Interventions for violence against women: scientific review. *JAMA* 2003;289(5):589-600.
60. Stuart GL, O'Farrell TJ, Temple JR. Review of the association between treatment for substance misuse and reductions in intimate partner violence. *Substance Use and Misuse* 2009;44(9-10):1298-317.
61. Murphy CM, Ting L. The effects of treatment for substance use problems on intimate partner violence: a review of empirical data. *Aggression and Violent Behavior* 2010;15(5):325-33.
62. Allamani A, Casswell S, Graham K, Holder HD, Holmila M, Larsson S, Nygaard P. Introduction: community action research and the prevention of alcohol problems at the local level. *Substance Use and Misuse* 2000;35(1-2):1-10.

Nataša Dostanić
Special Hospital for Addiction Diseases
Teodora Dražera 44
Belgrade, Srbija
nakidostanic@gmail.com

ANALIZA UTICAJA DIGITALNIH TEHNOLOGIJA NA KRITIČKO PROMIŠLJANJE MLADIH

Katarina Šmakić

UDK: 613.71:612.7

Poljoprivredni fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

Kratak sadržaj

U radu se posmatra proces implementacije digitalnih tehnologija tokom proteklih par decenija i njihov uticaj na kritičko promišljanje kod mlađe populacije koja raste uz upotrebu digitalnih tehnologija. Činjenica da televizijski program, a kasnije i Internet, preuzima primat od roditelja u vaspitanju i postavljanju normativnih životnih vrednosti postaje od presudnog značaja za dalji sistem obrazovanja i delovanja u njemu. Kritičko promišljanje stvari je osnova uspešnog raspoznavanja medijskog sadržaja iz različitih izvora, a upoznavanje zaposlenih u obrazovnom sistemu sa načinom funkcionisanja i razumevanja medijskog sadržaja je ključno. Naučni progres i obrazovni koncept kreiran za današnju mlađu populaciju koja raste uz upotrebu digitalnih tehnologija ukazuje na interdisciplinarno učenje, a medijsko obrazovanje se nameće kao neophodno za dobijanje informacija koje će podići kapacitet društva da kritikuje medijski sadržaj i pravilno ga percipira. Znanja i kompetencije koje medijski opis menjen pojedinac ima svakako će ga otrgnuti od medijskog zavodjenja. Građanstvo treba da ima pun uvid u medijsku pismenost jer na taj način može da koristi medije, kao i da razvija kritičko mišljenje i učešće u javnom životu kroz medije. Medijska pismenost predstavlja osnovni doprinos kulturnom razvoju i napredovanju demokratskog društva, jer pojedinac dobiće mogućnost da kritički analizira i adekvatano tumači dobijene informacije.

Ključne reči: digitalne tehnologije, kritičko promišljanje, medijski sadržaj, medijska pismenost.

UVOD

Pojam kibernetika je ušao u rečnik modernog čoveka 1948. godine, a njegovo određivanje krije i pitanje samog dometa kibernetike. Skoro sto godina pre pojavljanja ovog termina, Andre-Mari Amper je isti pojam iskoristio da bi označio nauku koja se bavi proučavanjem političkih procesa i upravljanjem društvenim sistemima [1]. Glavni cilj ovog pristupa je da se primenom različitih metoda omogući čoveku da pronađe adekvatan cilj u haosu koji ga okružuje, da prvo prepozna ciljeve, a potom i da preduzme aktivnosti kojima će te ciljeve i da ostvari. „Može izgledati da je sve što nas okružuje u stanju haosa i, u najvećoj meri, ono to i jeste. Haos je bitna komponenta promene. Bez njega univerzum bi bio mrtvo mesto i život bi bio nemoguć. Iz haosa nastaju nove ideje koje menjaju i oživljavaju sisteme“ [2].

Rečnik računarskih termina u SAD-u navodi da se kibernetika bavi proučavanjem kontrole složenih sistema, a pokriva i komparativno izučavanje funkcionalisanja računara i ljudskog nervnog sistema [3]. Definiciju pojma kibernetika nije moguće precizno dati, ali najopširniju definiciju je dao Norbert Wiener koji je opisao kibernetiku kao pojam koji pokriva celu oblast teorije upravljanja i komunikacije kako kod mašina tako i kod živih bića [4].

Jedna od disciplina nastalih zahvaljujući kibernetici je informatika. Određivanje informatike kao discipline mora da sadrži nekoliko elementa, a to su proizvodnja informacija, konstruisanje i funkcionalisanje informacionih sistema i operacionalna primena informatike. Usled razvoja informacionih tehnologije savremeno društvo biva okarakterisano

kao informatičko društvo u kome je glavna pogonska snaga intelektualni rad [1]. U takvom društvu sve više dominiraju informacioni sistemi koji pokrivaju sve procese u društvu, a oni se nalaze u svakom segmentu, kao i u obrazovanju. U XXI veku sastavni deo svakog obrazovnog sistema jeste rad na računarima i korišćenje Interneta. Međutim, Internet i računari ulaze u život od najranije dobi, i upravo putem zabave. Još šezdesetih godina prošlog veka Daglas Engelbert je shvatio da poznate povezujuće metafore mogu da budu moćno oruđe u zaboravljanju tržišta [2]. Kompjuteri toga vremena su zahtevali poznavanje složenih instrukcija i unosa šifara, gde je samo jedan pogrešno uneti znak značio veliki gubitak vremena ili podataka. „Grafički korisnički interfejsi prevazišli su ovaj problem tako što su korisnicima pružili prepoznatljive vizuelne i audio oznake.“

Treba napomenuti da je Svetska Internet mreža (World Wide Web) kreirana 1990. godine u Evropskoj organizaciji za nuklearno istraživanje (CERN) sa ciljem da omogući naučnicima iz različitih zemalja da rade zajedno. U trenutku kada je svetska internet mreža otvorena za javnost došlo je do revolucije u svetskoj komunikaciji. Upotrebo ove mreže nestale su granice i nastao je slobodan tok informacija. Tim Berners Li (Tim Berners Lee) je razvio concept hiperteksta (Hypertext Markup Language) poznatijeg pod akronimom HTML, koji je dopustio kretanje sa jednog mesta u okviru svetske mreže do sledećeg, kao i protokola (Hypertext Transfer Protocol), poznatog kao HTTP, koji dopušta komunikaciju između različitih kompjutera koji imaju pristup na Internet. Takođe je bio i stvaralač URL-a (Universal Resource Localisers), si-

stema za dodeljivanje jedinstvene adrese svakoj veb strani. Kao pronalazač on se odrekao intelektualnog prava na svoju izum jer je težio ka tome da obezbedi da Internet ostane otvoren za svakoga i da ne postane ničija imovina [5]. Prema Fidleru, odrasli su putem štampanih medija mogli da cenzurišu surovu realnost i sakriju je od svoje dece, sa televizijskim programom tako nešto nije bilo moguće. Deca, s obzirom na dostupnost informacije neodgovarajućeg sadržaja, postaju ranije zrela i imaju uvid u stvari o kojima su njihovi vršnjaci prethodnih generacija mogli da saznaju samo od odraslih. Deca tek negde oko sedme godine stiču sposobnost razlikovanja „realnog“ od nerealnog jer im to u ranijem dobu nije dostupno i to je početak čuvengog „doba razuma“ [6]. Dejvid Bakengem (David Buckingham) pokazuje da mladi gledaoci televizije uopšte nisu spremni da lakoverno prihvate specijalne efekte i da su ti efekti često rasprava među njima, te da oni odlučuju o naklonosti mlađih prema određenoj televizijskoj seriji. Činjenica da televizijski program, a kasnije i Internet, preuzima primat od roditelja u vaspitanju i postavljanju normativnih životnih vrednosti postaje od presudnog značaja za dalji sistem obrazovanja i delovanja u njemu.

UTICAJ DIGITALNIH TEHNOLOGIJA NA OPŠTE OBRAZOVANJE I SOCIJALIZACIJU ADOLESCENATA

Udruživanjem elektronskih tehnologija, njihovo korišćenje dovodi do pomjeranja prioriteta, ali i na izmenu definicije „obrazovana osoba“. „Umesto

sticanja specijalizovanog znanja kroz intenzivno čitanje, od učenika se očekivalo da steknu uopšteni pogled na svet kroz ekstenzivno čitanje. Naglasak je takodje počeo da se pomera s ciljanog analiziranja informacija i kritičkog mišljenja na brzu procenu i obradu informacija“ [2]. U poslednjih trideset godina sve veći broj školaraca je elementarno nepismeno, što izaziva sve veću brigu stručnjaka. Fidler navodi da definicija pismenosti koja je nama poznata više neće biti od značaja zbog toga što će novi oblici kompjuterskih audio/vizuelnih medija svrstati pisani jezik i štampane medije medju elitne oblike komunikacije [2]. Primer koji se navodi je poznati između Fedra i Sokrata, napisan u Platonovom Fedru (oko 370. g.p.n.e), gde je pisana reč „farmakon“, droga koja sa sobom donosi gubitak pamćenja i čije su posledice nesagledive, jer ljudi dolaze u opasnost da pisana poruka nosi potpunu nezavisnost i samostalnost, jer kada se odvoji od namere svoga autora može imati raznorazne interpretacije i pogrešna tumačenja [6]. Mediji u obrazovanju imaju veliku važnost jer omogućavaju položaj izučavanja medija približan onim u izučavanju temeljnih znanja, isto kao učenje čitanja, pisanja i računanja, jer mediji su istinski izvor znanja, ali i manipulacija. Proučavanje medija je nastavak temeljnih znanja, a to proučavanje je neophodno zbog toga što često verujemo da već poznajemo medije [6]. Digitalni mediji menjaju način socijalizacije ljudi i način na koji oni vide sebe. Dvadeseti vek je, osim velikog napretka u svim oblastima naučnog istraživanja, svakako iznedrio i niz kulturnih generacija koje su imale drugačije

socijalne kontekste. Vekovima su stariji ljudi bili na položajima, zbog svoga iskustva i znanja, bili su nosioci političke i ekonomske moći [7]. Mladi dobijaju sve veći broj informacija putem medija i postaju nosioci političkih promena, i tada pojam generacija dobija sasvim novo značenje i socijalnu konotaciju. Generacija „Z“, poznata i kao Digital natives i iGen, odrasta u eri masovne internet komunikacije. Osobe ove generacije su rođene u drugoj polovini devedestih godina prošlog veka pa do kraja prve decenije XXI veka [8].

Osobe rođene od početka osamdesetih godina prošlog veka pa do kraja devedesetih godina XX veka se nazivaju još i generacijom „M“ što označava da su njihove karakteristike da su mobilni, multifunkcionalni i da se koriste multimedijima. Gugl (Google) je nastao 1997. godine nastao pa se pravi još jedna generacijska distinkcija na B.G. (pre Googl-a) i A.G. (posle Googl-a). Generacija rođena posle 1997. godine je rođena u vreme digitalne tehnologije, i za njih možemo reći da su istinska deca digitalnih kolonija. Za tvorca termina „digitalni domoroci“ (Digital natives) smatra se pisac i dizajner softvera za učenje Mark Prenski. Mark Prenski u svom radu opisuje promenu današnjih generacija ne kao stilsku, jezičku ili bilo koju promenu koja je bila osnovna karakteristika promena prethodnih generacija [9]. Prenski opisuje kao jedinstvenu promenu koja je usledila usled brzog rasta i upotrebe digitalne tehnologije tokom poslednje decenije XX veka. Napominje i da obrazovni sistem koji postoji više nije pogodan za ove generacije jer one jednostavno ne pripadaju nijednom šablonu koji je vladao u prošlosti.

EFEKTI KONZUMIRANJA DIGITALNOG OKRUŽENJA

Današnji adolescenti pričaju digitalnim jezikom i tumače informacije veoma različito od prethodnih generacija. Generacije rođene pre generacije „Digitalnih domorodaca“, Mark Prenski naziva „Digitalnim imigrantima“, zato što se „Digitalni imigranti“ prilagođavaju novom okruženju, za razliku od „Digitalnih domorodaca“ koji su rođeni u takvom okruženju.

Prenski navodi da je neophodno izumeti nove metodologije za sve predmete na svim nivoima obrazovanja, a sve u cilju prelaska generacijskog jaza. Osim promena u metodologiji, predavači treba da imaju na umu da se i mozak današnjih generacija promeni. Bazirano na istraživanjima u oblasti neurobiologije mozak kao organ se stalno nanovo organizuje. Stara ideja da ljudi imaju ograničen broj moždanih ćelija koje izumiru jedna po jedna je zamenjena istraživanjem koje pokazuje da se moždane ćelije konstantno obnavljaju [10]. Ovakav fenomen je tehnički poznat kao neruoplastičnost [9]. „Digitalni domoroci“ različito razmišljaju jer odrastaju uz kompjuter i ostale digitalne tehnologije koje ih praktično uvežbavaju da misle multidimenzionalno, da preklapaju svoje misli, da rade stvari paralelno, a ne redom, jednu po jednu. Ukoliko im pažnja na času opada to nije zato što su nezainteresovani ili nekoncentrisani, već zato što im takav način prezentovanja gradiva „nije prihvatljiv“.

„Nije ovde reč o tome da nastavnik treba da postane Hari Poter, a nastavnica Lara Kroft. Ali, ako treba da prenose or-

ganizovane informacije, to će najlakše učiniti ako i sami postanu lik za identifikaciju učenika” [11]. Prema izveštaju Centra za obrazovno istraživanje i inovacije (CERI) [12], koji se bavio temom efekata tehnologija na razvoj kognitivnih veština, socijalnih vrednosti, životnog stila i obrazovanja, pojavile su se četiri jasne poruke o uticaju tehnologija na te oblasti:

1. Postoje čvrsti dokazi za efekte tehnologija na razvoj kognitivnih veština, naročito u oblastima vezanim za vizuelno prostorne veštine i neverbalne forme inteligencije.
2. Digitalne tehnologije su pridodate već složenoj slici izlaganju medijima, tako da njihov efekat na socijalizaciju varira. Pokazano je da vreme koje se posvećuje digitalnim tehnologijama, kao i vreme koje se posvećuje drugim medijima, smanjuje vreme koje se provodi u krugu porodice gde se interakcija odvija licem u lice. Vreme provedeno uz digitalne tehnologije omogućuje razvijanje drugih forma socijalizacije u sajber prostoru, koji nije pod nadzorom odraslih osoba. U komunikaciji posredstvom kompjutera fizičko prisustvo nije zahtevano te stoga retko dolazi do pozitivnih i bliskih veza, poruke mogu biti shvaćene pogrešno ili nejasno, a uviđamo i nedostatak relacionih znakova koji proističu iz fizičkog konteksta, kao i neverbalnih znakova koji su u vezi sa glasom, pokretima tela, izrazima lica i fizičkim izgledom [13].

3. Dato je više empirijskih dokaza koji podržavaju ideju da igranje video igrica koje podražavaju nasilje ili seksualne stereotipe ima negativan uticaj na mlade ljude, naročito ukoliko se preterano koriste.
4. Postoje poteškoće kada je u pitanju istraživanje efekata tehnologije na obrazovanje. U praksi ne postoji dokaz o efektima tehnologije u odnosu na akademsko unapređivanje, verovatno zbog toga što se u obrazovanju može koristiti veliki broj metodologija i strategija, kao i zbog toga što još nije uradjen dobar metodološki pristup ovoj temi.

Digitalni mediji sadrže karakteristike koje daju mogućnost za poboljšanje različitih kognitivnih sposobnosti.

Konstantno poboljšavanje grafičkog dizajna i sve realističnije video igrice poslednjih godina predstavljaju nove dimenzije prostora, koje pružaju uvid u novo okruženje omladine gde oni razvijaju veštine koje se tiču vizuelne pažnje, orijentacije i prostorne prezentacije. Istraživanje o unapređivanju prostornih sposobnosti putem kompjuterskih igara je dalo dokaze da takve veštine mogu da se poboljšaju kroz vežbanje putem video igara [14]. Masovni mediji se utrkuju u osvajanju oblasti koje se tiču znanja i zabave, pa nastaje novi termin *education*, dobijen sažimanjem *education* i *entertainment*, termin koji nije moguće prevesti sem kao uopšteni pristup znanju putem sveta zabave i igara [15]. Druga interesantna tema je uticaj digitalnih medija na veštine pamćenja, koja je obrađivana u odnosu na istraživanje

koje se bavilo uticajem nasilnog sadržaja u medijima na mlade ljude. Glavna zabiljnost je u tome što današnje kompjuterske igre i filmovi i jesu napravljeni da izazovu snažne emotivne odgovore, što u velikoj meri utiče na naučeno u školi ili kod kuće.

Nijedno se istaživanje nije specijalno fokusiralo na efekte medija koje se tiču obavljanja više stvari odjednom, mada neurološka istraživanja predlažu da je kapacitet mozga ograničen i da pažnja koju držimo prilikom jedne radnje opada kada se u to uključi još jedna radnja [16]. Način na koji mladi ljudi rade više stvari u isto vreme dok sede za kompjuterom se razlikuje, jer oni ne pokušavaju da rade više stvari odjednom, nego se prebacuju sa različitih aktivnosti. Ono što je očigledno kada je ovaj fenomen u pitanju jeste da on postaje glavno obeležje mlade generacije.

Nikolas Kar objašnjava da je štampana knjiga bila u službi usredsređivanja naše pažnje, dok suprotno od toga Internet podstiče užurbano i napeto prikupljanje delova informacija iz različitih izvora [17]. Zahvaljujući korišćenju Interneta učenici su postali veštiji kada je u pitanju pretraživanje informacija, ali kako njegovo korišćenje utiče na moć koncentracije i dubokog promišljanja. Internet menjanjem naših sposobnosti otežava mogućnost kritičkog sagledavanja sveta oko nas, te stoga prema Lovinku moramo uspostaviti novu veštinu „postavljanja pravog pitanja“ [18]. Lovink predlaže i pripremu korisnika Interneta putem adekvatne edukacije gde bi dobili znanja i kompetencije da formulišu odgovarajuću pretragu informacija na Internetu.

Postoji dovoljno dokaza koji potvrđuju da je pitanje uticaja digitalnih tehnologija na omladinu i procese učenja nepravedno zapostavljeno i da se obrazovne institucije i nadležni organi moraju ozbiljno posvetiti izučavanju ove oblasti. „Obrazovanje, kao prirodno izvorište kulture, ne može se, mimo kompjuterske mreže i virtuelnog komuniciranja, zasnivati samo na linearnoj logičnosti govora i fonetskog pisma. Savremeno obrazovanje traži novi ambijent, jer nije pasivan prijem informacija, već prvenstveno – učestvovanje. Zato odgovor na pitanje: kakve socijalne posledice će izazvati novi medij i novi oblik komuniciranja, zavisi ponajpre od spremnosti svake zajednice da kompjutersku mrežu i virtualno komuniciranje uključe u institucionalizovani obrazovno-vaspitni proces: (1) teorijski – kao predmet istraživanja i izučavanja i (2) praktično – kao obrazovni medij i komunikacionu praksu u obrazovno-vaspitnom procesu“ [19]. Nema obrazovanja bez komunikacije, ali kakvu komunikaciju obezbediti u obrazovnom sistemu koji se nalazi u digitalnom dobu. Digitalno doba donelo je sa sobom izučavanje veština kao što su procena, analiza, pristup, učestvovanje i kreativnost, a koje su od značaja tokom rešavanja problema koji se javljaju u svakodnevnom životu. Brojna empirijska istraživanja pokazuju da nijedna druga aktivnost ne zaokuplja toliko našu pažnju i vreme kao masmedijski sadržaji i kako to iskoristiti u korist obrazovanja [20]?

Prednosti življenja u digitalnom dobu prvo su uvideli proizvođači koji posluju na tržištu kao idealan prostor za reklamiranje svojih proizvoda. Još je-

dan od ciljeva obrazovanja u digitalnom dobu jeste razvijanje medijske kompetentnosti kod dece kao uslova u razumevanju medijskih poruka kojima se zatravaju svakog dana. Pored škole kao institucije obrazovanja, deca digitalnih kolonija dodatno se obrazuju vaninstitucionalno kroz medije masovnih komunikacija.

MEDIJSKA I DIGITALNA PISMENOST KAO OSNOV ZA PODSTICAJ KRITIČKOG PROMIŠLJANJA KOD ADOLESCENATA

Masmedijsko obrazovanje je dokaz edukativne funkcije medija i jedina zaštita dece jest da se kroz procese učenja različitih veština u obradi masmedijskih poruka razvije kritičko promišljanje o datom sadržaju. Međutim, Dejvid Bakingem (David Buckingham) navodi da stav razvojnih teorija o nekompetentnosti dece, koji je argumentovan njihovom nezrelošću, neiskustvom, kognitivnom nerazvijenošću, decu čini manje sposobnom da se odupru štetnim sadržajem [21]. Raspravljujući o ograničenjima medijske kompetencije kroz reklamiranje brze hrane on navodi činjenicu da ni većina odraslih nije u stanju da se odupre i svesno sagleda tehnike stvaranja medijskog sadržaja, tako da se nekompetencija ne odnosi samo na decu [22]. Bakingem smatra da medijski kompetentan korisnik može doneti racionalnu odluku samo ako je adekvatnog obrazovanja i informisanosti.

Mediji masovnog komuniciranja proizvode, simuliraju, oponašaju stvarnost. Medijska stvarnost je uvek druga i

kao takva postaje deo prirodne stvarnosti [20]. Kompjuterska pismenost zahteva upotrebu određenih kompjuterskih konfiguracija i računarskih aplikacija, dok informatička pismenost zahteva poznavanje i izradu operativnih, aplikativnih i pomoćnih kompjuterskih programa.

Prvi korak je uvid u svesnost o masmedijima do koje se dolazi učenjem, njihovim tehničko tehnološkim karakteristikama, „jezicima“ koje koriste, interakciji sa društvom, trenutnim efektima i posledicama njihovog delovanja. Ovo je korak istraživanja, učesnici istražuju temu, otkrivajući tačke tenzije između ličnih vrednosti i masovnih medija. Druga faza je razvijanje sposobnosti analize medijskih sadržaja. Ova faza podrazumeva razlaganje medijskih sadržaja na motive njihovog nastanka, sintaktičku, semantičku, pragmatičku i sadržajnu strukturu. Uključuje okruženje u kojima medij funkcioniše i njegovu organizacionu strukturu, način upravljanja i finansiranja tog medija, kao i socijalni kontekst (ekonomski, politički, kulturni, demografski i druge). Treća faza razvija sposobnosti vezane za promišljanje medija u njihovom saznajnom, aksioškom, etičkom i estetičkom obliku njihovog društvenog delovanja jer „kada se (mas)medijima ovlađa kao činjenicama stvarnosti i shvati kako proizvode – oponašaju/simuliraju/udvajaju – novu stvarnost, šireći „prividnom stvarnošću“ granice „stvarne stvarnosti“, postavlja se pitanje, centralno za medijsku pismenost, uspostavljanja kritičke distance ...“ [20]. Poslednja faza ovog modela medijskog opismenjavanja je delanje, jer medijski pismen pojedinac

biće svestan uloge masmedija i načina na koje one oblikuju stvarnost.

Neophodnost medijskog opismenjavanja nalazi se i u činjenici da „onaj koji koristi masovne medije bez njihovog razumevanja biće i sam iskorisćen od njihovih gospodara „skrivenih komunikatora“ s one strane štamparija, antena radija i svetlucavih ekrana. Nerazvijenost adekvatnog obrazovanja nije slučajna i sasvim se uklapa u vidljivi problem – u opštu krizu humanističkog obrazovanja svuda u svetu. Modernim državama više je na duši pojedinac funkcionalno upodobljen u privredne mehanizme nego samostalan i kritički nastrojen gradjanin“ [11]. Pitanje prezentovanja i uvođenja medijske pismenosti u institucionalne okvire obrazovanja današnjih digitalnih domorodaca jeste od velikog značaja, Tesa Džols (Tessa Jolls), predsednica centra za medijsku pismenost, navodi da je medijska pismenost sposobnost da se pristupi, analizira, proceni i kreira medijski sadržaj u svim njegovim formama [23]. Ovakva sposobnost nam pomaže da zaista razumemo odnose medija prema i unutar društva, i to je veoma važna veste za gradjanstvo, kao i za to da se bude mudar konzument i odgovoran kreator medijskog sadržaja. Ona ističe pet ključnih pitanja medijske pismenosti:

1. Ko šalje poruku? Spoznaja o tome ko je autor medijskog sadržaja, šta se nalazi iza kreiranja te poruke, i ko je zadužen za izbor tke poruke.
2. Koje tehničke su korišćene da bi se privukla pažnja auditorijumu? Korišćenje umetnosti u cilju privlačenja pažnje auditorijuma, razumevanje tehnika i njihov uticaj.

3. Kako će ostali ljudi razumeti poruku? Različiti ljudi različito razumeju medijski sadržaj.
4. Koje vrednosti medijski sadržaj promoviše ili opstruira? Koje će se vrednosti usvajati auditorijum mora sam da odluči, jer nijedna medijska poruka nije „objektivna“ i koliko god da autori medijskog sadržaja pokušavaju da daju legitiman objektivizam to jednostavno nije moguće učiniti, uvek će nečiji stav biti izuzet.
5. Zašto je poruka poslata? Sve medijske poruke, kako navodi Tesi Džols, su poslate da bi ostvarile profit i/ili moć, tj. da utiču na nečije mišljenje.

Auditorijum je učesnik u medijskom sadržaju, on doprinosi i nije samo pasivni gledalač, njegova moć je u tome što može da otkloni sadržaj za koji misli da nije adekvatan.

Kris Vorsnop (Chris Worsnop) navodi dvadeset razloga zašto je neophodno izučavati medijsku pismenost i uključiti je u sve nivo obrazovanja kroz prikaz predmeta koji su tradicionalno uspostavljeni u sistemima institucionalnog obrazovanja. Medijsku pismenost treba izučavati kao i:

- istoriju, zbog toga što mediji prezentuju istoriju i pokazuju nam šta smo prošli da bi postali ovakvi kakvi smo danas,
- geografiju, zato što nam mediji definišu naše mesto u svetu,
- građansko vaspitanje, zato što nam mediji pomažu da razumemo svet i naše mesto u njemu,
- književnost, zato što su nam mediji glavni izvor moderne kulture i zabave, zato što zahtevaju od nas da učimo i kritikujemo,

- ekonomija, mediji su glavne industrije koje su uključene u ekonomiju,
- jezik, zato što nam mediji pomažu da definišemo kako ćemo da komuniciramo međusobno,
- nauka i tehnologija, zato što nam mediji pomažu da naučimo tehnologiju tako što usvajamo vodeće tehnološke inovacije,
- zaštita okoline, zbog toga što su mediji veliki deo našeg svakodnevног okruženja kao što je i drveće, planine, reke, gradovi i države,
- filozofija, zato što mediji daju značenje našem svetu, njegovim vrednostima i idejama,
- nauka, zato što nam objašnjavaju kako stvari rade,
- retorika, zato što mediji koriste specijalne kodove sopstvenog jezika koje mi moramo da razumemo [24].

Komunikacione tehnologije u digitalnom dobu su suština političkog, ekonomskog i kulturnog okruženja, mada je medijska pismenost ostavljena po strani. U digitalnom dobu mediji je i poruka, kako kaže Makluan (McLuhan), i znanje, i moć, medij postaje produžetak ljudskog uma i njegovog bivstvovanja. „Mediji, potpomognuti kamufliranim tržišnim mehanizmima delovanja, upravljavaju i opštim i pojedinačnim poнаšanjem korsinika/potrošača. U današnjem „globalnom selu“ svaki pojedinac ima priliku da na ovaj ili onaj način, participira u svetu medija, ali na tome se ujedno i završava ova tehnicistički projektovana demokratija, odnosno kolektivna utopija“ [25]. Manipulativni me-

hanizmi kontrole elektronske medijske sfere postaju očigledni već na prvi pogled na elektronske prezentacije i linkeove čiji kreatori se rukovode primenom određenih znanja i veština već vidjenih u marketingu. Pojam "digitalna/medijska pismenost" se javlja kao rešenje u vidu kritičkog promišljanja onlajn sadržaja. Pokret koji se zalagao za uspostavljanje digitalne pismenosti činio je grupe koje su vodjene Asocijacijom bibliotekara Amerike, Nacionalnog instituta za pismenost, različitim agencijama u domenu zdravstva, kao i pokretima potrošača, a cilj im je bio da asistiraju korisnicima interneta u cilju savladavanja veština koje su neophodne za kritičko promišljanje onlajn sadržaja [26, 27]. Roditelji, zajednica, nastavnici i svi ostali postaju svesni važnosti medijskog opismenjavanja. Prosečan stanovnik u SAD-u dnevno je izložen gledanju preko 1500 reklama, dok prosečno američko domaćinstvo u proseku televiziju gleda preko sedam sati. Mediji snažno utiču na oblikovanje uverenja i stavova kod stanovništva, tako da bi uvodjenje medijske pismenosti moglo da pomogne nastavnicima i učenicima da razumeju ko poseduje i kontroliše medije i informacije. Važnost medija u centralnim demokratskim procesima, kao što su izbori, koji su postali medijski dogdaji upotpunjeni fotografijama. Uvođenjem medijske pismenosti stekla bi se znanja osnovna za donošenje racionalnih odluka i aktivno učestvovanje u sistemu. Uočeno je pet kriterijuma koje je neophodno ispuniti da bi se došlo do saznanja o kredibilnosti informacije na internetu i ti kriterijumi obuhvataju tačnost, autoritet, objektivnost, ažuriranost po-

dataka i opseg [28]. Naši životi su postali vođeni vizuelnim efektima, gde više ne prepoznajemo razliku između realnih i virtuelnih, a nemamo mogućnosti da ih pravilno prepoznamo. Digitalni mediji su nam otvorili prostor nepresušnog izvora informacija u količini koja nikad pre nije bila dostupna, troškovi proizvodnje i širenja informacionog sadržaja su veoma niski, tako da na internetu svako može biti autor, te je s druge strane teško odrediti koliko se takvim informacijama može verovati i ko je odgovoran za informacije date u digitalnom okruženju. Od današnjeg korisnika digitalnog sadržaja na mreži se očekuje da samoinicijativno radi na tome da proceni koje su informacije njemu neophodne i da li su takve informacije po njegovoj proceni validne. Rezultati studije Foga i saradnika (Fogg et al., 2003) su slični rezultatima studije Reih (Rieh, 2002) i Ejasnbaha i Kolera (Eysenbacha i Kohler, 2002) [31] u delu koji se odnosi na sam izvor [29, 30, 31]. Dizajneri i programeri koji usvajaju strategije ubedjivanja i implementiraju ih u svoje aplikacije, svesni njihovih efekata na korisnike, svakako trebaju da imaju na umu pitanje etike. Keri Hekmen i njegovi saradnici (Carey Heckman et al.) su se fokusirali na pitanja etike prilikom primene ovakvih tehnologija i predložili da svi kreatori ovakvih sadržaja moraju da procene da li su strategije ubedjivanja koje koriste u korist dobrobiti korisnika i da korisnici budu krajnji dobitnici upotrebe ovakvih tehnologija [32]. „Percepcija nije jednostavno slika fizičkih nadražaja, već je ona strukturisani doživljaj koji je nastao procesom selekcije, integracije i organizacije nadržaja“, što go-

vari o značaju pravilnog vizuelnog istupanja organizacije i moći uticaja na potrošača elementima vizuelizacije identiteta [33]. Pojedinci i masa vrednuju ne samo ono šta neko kaže nego i ko to govori, a to bi značilo da individue i masa reaguju ne samo na sadržaj poruke, nego i na izvor odakle dolazi poruka. Dve poruke istog sadržaja mogu da izazovu sasvim nejednak uticaj, ukoliko jednu promoviše autoritet, a drugu neko za koga se ne može smatrati da je autoritet [34]. Ukoliko poruka dolazi iz nekog autoritativnog izvora, onda i sadržaj poruke ima adekvatno značenje kod recepijenata. Dugo su nosioci moći u svim društvenim uredjenjima tokom vekova bazirali svoje sposobnosti na takvoj vrsti autoriteta [35]. Kritičko promišljanje stvari je osnova uspešnog raspoznavanja medijskog sadržaja iz različitih izvora, a upoznavanje nastavnika sa načinom funkcionisanja i razumevanje medijskog sadržaja je ključno, jer razvoj kritičkog mišljenja danas predstavlja neizostavan i eksplikiran cilj obrazovanju razvijenim zemljama, kao i ambiciju obrazovnih reformi u mnogim zemljama koje to nisu [36]. Vreme naučno-tehnološke revolucije u velikoj meri povećava krug ljudi koji moraju biti sposobni da shvate i razumeju apstrakcije koje su proizvod sa vremenog društva [37]. Nastavnici treba da procene način na koji njihovi učenici razumeju medijski sadržaj. Digitalni sadržaj treba posmatrati u okviru šireg društvenog i kulturnog prostora, koji ih ne samo oblikuje i daje im smisao, već i sugerije, zagovara i distribuira određene vrednosne stavove i sudove, stil života, ponašanja i delovanja [38].

ZAKLJUČAK

Naučni progres i obrazovni koncept ukazuju na interdisciplinarno učenje, a medijsko obrazovanje definiše kapacitet društva da kritikuje medijski sadržaj, da podstakne omladinu da pronadje svoj sopstveni glas kroz kritiku medijske kulture [39]. Znanja i kompetencije koje medijski opismenjen pojedinac ima svakako će ga otrgnuti od medijskog zavodenja, a građansko obrazovanje podrazumeva shvatanje medijskog obrazovanja kao sredstva za društvenu transformaciju [40]. Medijska pismenost predstavlja

osnovni doprinos kulturnom razvoju i napredovanju demokratskog društva, kao što je i nerazdvojni deo savremenog uspešnog obrazovanja, kulturni i obrazovni sadržaj postavljen putem digitalnih tehnologija prati sopstvene trendove i dinamiku, a samim tim i svoja pravila, te usled medijskog opismenjavanja pojedinač dobija mogućnost da kritički analizira i da na adekvatan tumači dobijene informacije. Jedan od preduslova razvoja na ovom polju jeste i rad na promenama u sferi obrazovanja, kako bi se i napredak u društvu ostvario brže i efikasnije [41, 42, 43].

THE ANALYSIS OF DIGITAL TECHNOLOGIES' INFLUENCE ON CRITICAL THINKING OF YOUTH

Katarina Šmakić

Summary

The paper discusses the process of implementing the digital technology over the past few decades and their influence on critical thinking of younger population that is growing in the digital environment. The fact that the television program, and later the Internet, take over the role of parents in the education and set the normative values of life, which becomes crucial for the further educational system and functioning in it. Critical thinking is the basis of successful identification of media content from a variety of sources, and the introduction of such an approach is the key for understanding the media content. Scientific progress and educational concept designed for today's younger population that is growing with the use of digital technologies indicates the interdisciplinary learning and media literacy is imposed as necessary to obtain information that will increase the capacity of society to criticize media content and correctly perceive it. Knowledge and competencies that media a literate individual has is definitely going to open the mind from the seduction of the media. People should have full insight into media literacy, so they can be protected, as well as to develop the critical thinking and participation in public life through the media. Media literacy is a basic contribution to the cultural development and promotion of a democratic society.

Key words: digital technology, critical thinking, media content, media literacy.

Literatura

1. Štambuk V. Kibernetika, informatika, internet. Fakultet političkih nauka. Beograd: Čigoja štampa; 1998.
2. Fidler R. Mediаmorphosis, razumevanje novih medija. Beograd: Clio; 2004.
3. Snow B. Dve kulture. U: Štambuk V. Kibernetika, informatika, internet. Beograd: Fakultet političkih nauka, Čigoja štampa; 1998. p. 60.
4. Viner N. Kibernetika. U: U: Štambuk V. Kibernetika, informatika, internet. Beograd: Fakultet političkih nauka, Čigoja štampa; 1998. p. 47.
5. Science in the Information Society, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), 2003, (152). Posećeno 12.03.2012. URL:<http://portal.unesco.org/ci/en/files/12852/10704633955science.pdf/science.pdf>.
6. Goni Ž. Obrazovanje i mediji. Beograd: Clio; 1998.
7. Bubonjić M. Sajbersvet kao alegorijska paradigma nove civilizacije. U: Časopis za upravljanje komuniciranjem. Fakultet političkih nauka Univerziteta u Beogradu 2010; 17:69.
8. McCrindle Research Study (2006). U: Časopis za upravljanje komuniciranjem. Fakultet političkih nauka Univerziteta u Beogradu 2010; 17:70.
9. Prensky M. Digital Natives, Digital Immigrant. On the Horizon. MCB University Press, Vol. 9 No. 5; 2001, Visited 22.02.2012. URL: <http://www.marcprensky.com/writing/> Prensky%20-%20Digital%20Natives,%20Digital%20Immigrants%20-%20Part1.pdf.
10. Paul P. In: American Way. Prensky M. (2001). Digital Natives, Digital Immigrant, Part II: Do They Really Think Differently?. On the Horizon. MCB University Press, Vol.9 No.6; 2001, Visited 22.02.2012. URL: <http://www.marcprensky.com/writing/> Prensky%20%20Digital%20Natives,%20Digital%20Immigrants%20-%20Part2.pdf.
11. Radojković M. Medium sindrom. Novi Sad: Protocol; 2006.
12. OECD. New Millennium Learners: Initial findings on the effects of digital technologies on school-age learners. OECD/CERI International Conference „Learning in the 21st Century: Research, Innovation and Policy“, Paris, 2008. Visited 29.02.2012. URL:<http://www.oecd.org/dataoecd/39/51/40554230.pdf>.
13. Milutinović I. Izmedju utopije i moralne panike: o društvenoj vrednosti Interneta. Časopis za upravljanje komuniciranjem. Fakultet političkih nauka Univerziteta u Beogradu; 2011; 18:39.
14. Souvignier E. Training räumlicher Fähigkeiten. In K.Klauer (Ed.), Handbuch Kognitives Training, Göttingen:Hogrefe, 293-319; 2001.
15. Bal F. Moć medija. Beograd: Clio; 1997.
16. Just MA, Carpenter PA, Keller TA, Emery L, Zajac H, Thulborn KR. (2001). Interdependence of Nonoverlapping Cortical systems in Dual Cognitive Tasks. Neuroimage 2001; 14(2),417-26.
17. Lazić M. Da li nas Gugl zaista zaglupljuje?. Časopis za upravljanje komuniciranjem. Fakultet političkih nauka Univerziteta u Beogradu 2011; 20:75.
18. Lovink G. The society of the Query and the Googlization of our Lives, Eurozine. 2008. Visited 06. 03. 2012. URL: <http://www.eurozine.com/pdf/2008-09-05-lovink-en.pdf>.
19. Radojković M., Miletić M. Komuniciranje mediji i društvo. Beograd: Učiteljski fakultet, Univerzitet u Beogradu; 2008.
20. Miletić M. Resetovanje stvarnosti. Novi Sad: Protocol; 2008.
21. Buckingham D. Children and New Media. In: Leah AL, Livingstone S. The Handbook of New Media. London: Sage Publications; p.75-91.
22. Matović M. Medijska pismenost i deca u novom medijskom okruženju. Časopis za upravljanje komuniciranjem - Fakultet političkih nauka Univerziteta u Beogradu 2011;19:61.

23. Posećeno 09.03.2012. <http://www.media-lit.org/media-education-foundation-media-literacy-education-and-choice>.
24. Posećeno 09.03.2012. <http://www.media-lit.org/reading-room/20-important-reasons-study-media>.
25. Vuksanović D. Medijska inteligencija i kreativnost u transhumanom dobu. *Zbornik radova Fakulteta dramskih umetnosti* 2009; 15:130.
26. Kapoun J. Teaching undergrads WEB evaluation: A guide for library instruction. 1998. Visited 20.02.2014 <http://www.uliberta.ca/~dmiall/Brazil/Kapoun.html>.
27. Freeman KS, Spyridakis JH. An examination of factors that affect the credibility of online health information. *Technical Communication* 2004; 51(2), 239–63.
28. Alexander JE, Tate MA. Web wisdom: How to evaluate and create information quality on the Web. Hillsdale: NJ: Erlbaum;1999.
29. Fogg BJ. Persuasive technology: Using computers to change whatwe think and do. San Francisco: Kaufmann; 2003.
30. Rieh SY. Judgment of information quality and cognitive authority in the Web. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*. 53(2):145–61.
31. Eysenbach G, Kohler C. How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews. *British Medical Journal* 2002; 573–7.
32. Heckman CE, Wobbrock JO. Put Your Best Face Forward: Anthropomorphic Agents, E-Commerce Consumers, and the Law. Proceedings of the fourth international conference on Autonomous agents:2002; 435 – 42.
33. Trandafilović I. Ime, logo, boja. Beograd. BIGZ; 2006.
34. Šušnjić Dj. Ribari ljudskih duša – Ideja manipulacije i manipulacija idejama. Beograd:NIP „Mladost“;
35. Šmakić K. Generisanje propagandnog diskursa posredstvom estetske forme političkopropagandnog oglasa. *Zbornik radova Fakulteta dramskih umetnosti u Beogradu* 2009; 15: 1450-81.
36. Pešić J. Kritičko mišljenje između pomoćdarstva i promišljanja: ka teorijskom ute-meljenju koncepta. *Psihologija* 2003;36 (4): 412.
37. Pljakić G. Kultura korišćenja slobodnog vremena. *Fakultet za sport i turizam, Novi Sad*: 2013.
38. Bašaragin M. TV reklama kao ogledalo stereotipne miozginje – kritička analiza re-klamnog TV diskursa iz rodne perspektive. *Medijska istraživanja – Zbornik V. Filozof-ski fakultet Univerziteta u Novom Sadu:* 2013;5:290.
39. Bulatović Lj, BulatovićG, Arsenijević O. Indikatori multimedijijske pismenosti kao osnova medijskog obrazovanja. *Medijska istraživanja – Zbornik V. Filozofski fakultet Univerziteta u Novom Sadu:* 2013;5:155.
40. Karanović B. Nova medijska pismenost i socijalni aktivizam: problemi i perspektive, *Medijska istraživanja – Zbornik V. Filozof-ski fakultet Univerziteta u Novom Sadu:* 2013;5:176.
41. Košničar S. Komplementarnost medijskog obrazovanja i nastavnog kurikuluma na primeru obrazovnog sistema BBC. *Medijska istraživanja – Zbornik V. Filozofski fakultet Univerziteta u Novom Sadu:* 2013; 5:181.
42. Šmakić K. (Ne)kultura digitalnog doba. *Kultura* 2012; 137:99-109.
43. Grubić-Nešić ŽL, Duđak Lj, Jakovljević N. Stav studenata o ulozi digitalnih tehnolo-gija u obrazovnom procesu. *Medijska istraživanja – Zbornik V. Filozofski fakultet Uni-verziteta u Novom Sadu:* 2013;5:239.

Katarina Šmakić
Bulevar despota Stefana 3/6,
Beograd, Srbija.
tel: +381 11 44 13 420
fax: +381 11 44 13 420,
public@agrif.bg.ac.rs.

DISFUNKCIONALNOST PORODICE

Snežana Svetozarević¹

Jasmina Barišić²

Dragana Dušin²

UDK: 616.89:614.2[497.11]

Kratak sadržaj

Pojam disfunkcionalnost porodice uveden je u domen bavljenja porodicom kako bi se jasnije i preciznije odredilo odstupanje porodice od zdravlja, tj. normalnosti. Za razliku od pređašnjih određenja porodične patologije, on pretenduje da uvaži jedinstvenost fenomena porodice, njenu složenost i interaktivnu prirodu odnosa u njoj, što omogućava individualizaciju pristupa porodicama. Pozivanje na disfunkciju, kao stanje koje je podložno vraćanju na prethodno postojeći, funkcionalni nivo, ili pak ono koje može voditi i višim nivoima adaptacije i funkcionalne organizacije, a ne samo patologiji, sadrži u sebi jasan desigmatizacioni potencijal.

Analiza dostupne teorijske i empirijske građe upućuje na to da je disfunkcionalnost porodice aktuelno prilično heterogen koncept. Odgovor na pitanje šta je svrha postojanja i delovanja porodice, kao osnov za određenje njenog opozita odnosno disfunkcionalnosti, pre svega čini kompleksnim to što u vremenu u kojem živimo pojam porodica obuhvata sasvim različite forme zajedništva (npr. porodica s roditeljima istog pola ili surrogat roditeljima). Šta je funkcija porodice određeno je i oblašću društvene i naučne delatnosti, paradigme ili pristupa u okviru kojih se porodica definiše, kao i toga da li joj se pristupa prevashodno iz perspektive teorije ili prakse. Relaciona priroda porodične (dis)funkcionalnosti odnosno činjenica da se uvek definiše u odnosu na nešto, dodatno usložnjava dobijenu sliku.

Konceptualna nejasnoća i neodređenost ovoga pojma nepovoljno se reflektuju na istraživačku, preventivnu i terapijsku delatnost, te razmenu iskustava među stručnjacima. Kreiraju mogućnost regresije na same početke naučnog bavljenja ovim fenomenom, budući da je (dis)funkciju porodice, pod takvim okolnostima, veoma teško odrediti. Stoga, u radu su rezimirana obeležja strukture i funkcija porodice koja se, prema uverenju autora, izdvajaju kao ključna za određenje disfunkcionalnosti porodice.

Ključne reči: porodica, disfunkcionalnost, zdravlje, pristup

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

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

UVOD

Brojni su empirijski dokazi o objektivno postojeočoj i snažnoj povezanosti ponašanja člana porodice i porodice u totalitetu.

U relevantnoj literaturi, porodica se kao činilac psihopatologije pojedinca, iako neretko, pretežno uzgred pominje [1]. To pozivanje na porodicu najčešće ima kvalitet deklarativnog. Akcenat je na individui, ili se pak individua redukuje na intrapsihološke činioce i procese, dok su kontekstualne i relacione varijable marginalizovane, ako su uopšte i pomenuće [2]. S druge strane, socijalni činioci, uključujući i porodicu, postaju „regrutovani“ u trenutku kada izostaju supstancialni fizički ili fiziološki dokazi osnova psihopatoloških stanja.

Pod okolnostima kada se porodica uključi u etiopatogenetska razmatranja, njoj se pripisuju različite funkcije – predispesirajućeg, uzročnog ili patoplastičnog činioča individualne patologije. Prilikom, istovetni elementi porodične strukture, obrazaca i odnosa mogu se, za istovetni nozološki entitet, zateći u svim navedenim funkcijama. To je dik-tirano teoretskim zaleđem autora istraživanja odnosno opredeljenjem za jedan (od više desetina) modela porodičnog funkcionisanja. Takvo nesaglasje pokazuje tendenciju da relativizuje značaj porodice za funkcionisanje pojedinaca, jer njena uloga deluje – krajnje neodređeno i nejasno.

U izvesnom periodu delovalo je da će konstituisanje pojma *disfunkcionalnost porodice* omogućiti jasnu distinkciju porodičnog zdravlja i patologije. Takođe, da će pružiti osnov za utvrđivanje slo-

ženih interaktivnih obrazaca (dis)funkcionalnosti porodice i (dis)funkcionalnosti pojedinaca koji čine porodicu. Međutim, razvoj ideje o disfunkcionalnosti porodice, a posebno njegova primena i razrada u različitim oblastima društvene i naučne delatnosti, doneli su sa sobom nove poteškoće.

POREKLO KONCEPTA

Pojam *disfunkcionalnost porodice* je tekovina sistemskog pristupa porodici. Prema sistemskim teoretičarima, porodična disfunkcionalnost uključuje različite i brojne obrasce poteškoća i problema koji se prepoznaju u funkcionisanju a) supsistema u okviru porodice (pojedinac, par), b) porodice u totalitetu, ili c) porodice u odnosu na druge socijalne sisteme u koje je uključena odnosno kojima pripada (npr. škola, radna organizacija, ustanove socijalne i zdravstvene zaštite, institucije umetnosti i kulture, regija, nacija, država, društvo...).

Sistemski pristup porodici definiše pojam „disfunkcionalno“ kao porodični obrazac koji nije u stanju da odgovori na razvojne potrebe svojih članova i kojim se ne ispunjava zadatok iz nekog životnog ciklusa porodice, već se javljaju *simptomi* ili nezadovoljstva [3, 4]. Dakle, kao moguće prolazni fenomen, razvojne prirode, koji sa sobom nosi potencijal za dalji razvoj porodice i koji ima prepoznatljive manifestacije. Pojava simptoma ili nezadovoljstava shvaćenih kao manifestacije krize u porodičnom sistemu tumači se relaciono i iz perspektive funkcija koje imaju. Smatra se da oni nastaju u odnosu na nešto (problem),

u odnosu na nekoga (pojedinac, dijada) i da imaju svoju funkciju u porodici (održanje homeostaze, tj. odlaganje promene u porodičnom sistemu).

Uvođenje upravo navedenog određenja pojma *disfunktionalnost porodice* u oblast bavljenja porodicom imalo je više ciljeva od kojih su, prema uverenju autora ovog teksta, posebno značajni:

1. razrešavanje diskutabilnih aspekata određenja šta je *normalna porodica*, a šta nije,
2. *individualizacija* pristupa porodicama i
3. *destigmatizacija*.

AD 1. Pokušaj utvrđivanja normi u odnosu na koje bi se procenjivalo funkcionisanje porodice nosio je sa sobom istovetne poteškoće kao i određenje normi mentalnog zdravlja pojedinaca. Naime, poznato je da je norma, kao socijalni konstrukt [5], determinisana brojnim društveno-istorijskim, kulturnim i političkim činiocima. To u značajnoj meri otežava njenu primenljivost u različitim kontekstima, za različite grupacije porodica, posebno porodica iz manjinskih grupa. Dosadašnja rešenja, koja su se sastojala u primeni „oprobanih“ normi iz srodnih naučnih disciplina, pokazala su se nedostatnim budući da su neretko vodila tendencama ka potcenjivanju ili precenjivanju porodične patologije. Radi ilustracije, razmotrimo ovom prilikom globalni pristup pri definisanju normalnosti porodice, koji se bavi načelnim pitanjima normalnosti porodice [6]. U okviru njega, moguće je razlikovati sledeća određenja:

- a) normalna porodica kao **asimptomatska**, tj. ona u kojoj nema simptoma ili poremećaja ni kod jednog

člana porodice. Ipak, zdravo porodično funkcionisanje pretpostavlja više od odsustva simptoma, a prisustvo poremećaja kod člana porodice samo po sebi nije nužan i dovoljan dokaz patologije porodice. Naime, sistemski pristup upućuje na to da su krize, stresogene okolnosti i periodi manje adaptivnog funkcionisanja razvojno očekivan nalaz u porodicama [4]. Zatim, da simptom u pojedincu ne mora biti nužno i odraz disfunktionalnosti porodičnog sistema, već može biti efekat dejstva nekih bioloških i psiholoških činilaca, situiranih u samom pojedincu [7]. Koncept rezilijentnosti upućuje i na to da zdravi pojedinci, „prosečni“ pripadnici neke populacije, kao i oni koji su periorno funkcionisu, mogu poticati iz disfunktionalnih porodica [8].

- b) normalna porodica kao **prosečna**, tipična za određeno podneblje, tj. podudarna s modelom koji je zajednički i očekivan u „običnim“ porodicama. U sklopu ovog određenja, i periorno funkcionisuće i ozbiljno disfunktionalne porodice mogu biti svrstane u kategoriju abnormalnosti, budući da značajno odstupaju od proseka. Povrh toga, deluje sasvim opravданo postaviti i pitanje šta činiti u sredinama gde su ozbiljno disfunktionalne porodice najučestaliji tip porodica.
- c) normalna porodica kao **optimalna**, tj. ona koja poseduje **idealne crte**. U sklopu ovog odre-

đenja, suočavamo se s time da su socijalne norme i kriterijumi idealne porodice kulturalno konstruisane vrednosti. Te vrednosti propisuju kakve bi porodice, u stvari, trebalo da budu. Usled toga, obrasci koji mogu biti optimalni za jednu porodicu, a pritom se ne podudaraju s propisanim standardima i idealima, mogu voditi tome da porodica bude sagedana kao „nenormalna“.

- d) normalna porodica jeste ona u kojoj vladaju **normalni porodični procesi**. Ovo određenje konceptualno je najbliže učenju o (*dis*)funkcionalnosti porodice. Zastupljeno je u sistemskoj i biopsihosocijalnoj orientaciji. U okviru njega, normalnost porodice definiše se u zavisnosti od različitih razvojnih zahteva koji se pred porodicu postavljaju, kao i u zavisnosti od strukturalne konfiguracije porodice.

Ad 2. Potreba za individualizacijom pristupa porodici svakako je pokrenuta istorijskom, društvenom i kulturološkom varijabilnošću fenomena porodice. Činjenice o tome „gde“, „kada“ i pod kojim društvenim uslovima posmatramo porodicu, svakako određuju šta smatramo funkcionalnim [7]. Međutim, potreba za individualizacijom pristupa pokrenuta je i jednom esencijalnom osobenošću porodice. Naime, iskustvo iz rada s porodicama upućuje na to da je, prilikom procene porodičnog funkcionisanja, važno uzeti u obzir brojne varijable i njihove složene interaktivne odnose. Dakle, porodica je, po sebi, veoma kompleksan sistem, čije je funkcionisanje višestruko determinisano. Razmotrimo,

na primer, jednu tradicionalnu nuklearnu porodicu, tj. porodicu koju čine roditelji u prvom braku i njihova biološka deca. Ona je sačinjena od pojedinaca od kojih se svako nalazi u određenoj fazi individualnog životnog ciklusa. Ta porodica u sebi sadrži i bračnu dijadu koja, prema učenju o bračnom životnom ciklusu, takođe podleže izvesnim zakonitostima razvoja. Povrh toga, porodica kao celina zauzima određeno mesto u sopstvenom životnom ciklusu, životnom ciklusu porodice. Svaki od navedenih razvojnih ciklusa (individualni, bračni, porodični) poseduje određene razvojne zadatke i specifičnosti u funkcionisanju [9]. Ti razvojni zadaci mogu, ali i ne moraju biti kompatibilni. Stoga, kada se analizira porodični sistem, važno je proceniti kako se oni međusobno odnose, te kako kreiraju specifičnu mrežu zahteva i obrazaca funkcionisanja, koji čine svaku porodicu jedinstvenom i posebnom [10].

Ad 3. Pozivanje na pojam disfunkcionalnosti prepostavlja da smetnje u porodičnom funkcionisanju mogu biti prolaznog karaktera, te da mogu predstavljati razvojni fenomen. Dakle, da mogu podstići razvoj adaptivnih kapaciteta i voditi unapređenju adaptivnih odgovora, kao i poboljšanju organizacione strukture i funkcionalnih kompetenci porodice, a ne samo patološkim obrascima [11]. U tome se ogleda njegov destigmatizacioni potencijal.

AKTUELNI STATUS POJMA

Analiza dostupne literature upućuje na to da *disfunkcionalnost porodice* aktuelno predstavlja prilično heterogen koncept.

Brojni su razlozi za takav status ovog pojma.

Pođimo od određenja toga šta se smatra funkcionalnim. Na primer, da li podatak o ukupnom broju porodica u RS 2011. godine (2.125.772), koji je manji za 89.500 nego 2002. god., a 2002. god. znatno manji nego 1991. god., govori o tome da porodice nestaju, budući da nisu ispunile svoju funkciju odnosno funkcije [12]?

Pitanje koje sledi jeste – šta je svrha ili funkcija porodice? Najjednostavije rečeno, funkcionalnim se smatra nešto što jeste u stanju da ispuni svoju svrhu ili funkciju.

Određenje svrhe ili funkcije porodice uslovljeno je brojnim činiocima [13]. Ono zavisi od ciljeva koje porodica sebi postavlja, pozicije u životnom ciklusu porodice koju ona zauzima, kao i sposobnosti porodice da zadovolji potrebe svojih članova. Njegovo određenje, baš kao i određenje porodice po sebi, varira pod dejstvom transformacije porodice u društvu koje se neprestano menja. Takođe, od uticaja su i naša lična iskustva, jezik i profesionalna orientacija.

Dalje, značenje i sadržaj toga šta je funkcija porodice varira u zavisnosti od društvene i naučne oblasti u okviru koje se porodica izučava [14]. *Pedagozi* u centru pažnje postavljaju vaspitnu funkciju porodice. *Sociolozi* određuju porodicu kao najznačajniji agens podruštvljavanja i produžetka kontinuiteta društva. *Ekonomisti* definišu porodicu na osnovu proizvodnih odnosa, te načina pribavljanja i raspodele materijalnih sredstava. *Pravnici*, razmatrajući porodicu, kao posebno značajne fenomene uzimaju sistem dužnosti, odgovornosti, prava i

obaveza, no pre svega nastoje da pronađu legitiman osnov definisanja porodice, koji bi bio neosporno biološki ute-meljen, te tako opšte prisutan i prihvacen. *Psihološke definicije* mogu biti usmerene na (intra)psihološke procese, akcije, interakcije i transakcije, porodični sastav i strukturu, uloge, individuu u porodici, porodicu kao grupu, ili interaktivni spoj jedinica porodice.

Kompleksnost određenja pojma *funkcionalnost porodice* uslovljena je i kompleksnošću određenja pojma porodice po sebi. Poznato je da je uspostavljanje definicije nekog konstrukta – stvar autoriteta. Kada je u pitanju porodica, to su autoriteti u polju društvenih nauka, čije teorije realiteta neminovno određuju razumevanje pojava kojima se bave. Pitanje koje iz ovoga proističe jeste – ko su ti autoriteti? Osim malog broja izuzetaka, to su decenijama bili formalno edukovani muškarci iz viših klasa dominantne kulture, koji su predstavljali mali procenat populacije [15, 16]. Efekti ovog fenomena jesu ti da je tipična porodica u Sjedinjenim Američkim Državama, daleko najučestalije definisana kao tradicionalna, nuklearna [16]. No, da li je to zaista tako? Da li možemo izjednačiti pojam tipične porodice s pojmom tradicionalne nuklearne porodice? Pre svega, promena strukture i sastava porodica pod uticajem različitih društvenih činilaca, ogleda se u sve učestalijim porodicama bez dece i jednoroditeljskim porodicama. Na primer, poređenje rezultata popisa stanovništva Srbije iz 2011. godine, s rezultatima prethodnih popisa [12], upućuje na to da su na teritoriji Republike Srbije sve učestalija samačka domaćinstva, kao i jedno-

roditeljske porodice (najčešće majka s detetom). Dalje, sve se učestalije susrećemo s porodicama ponovnog braka, fenomenom „serijskih brakova“ i porodicama s roditeljima istog pola [14]. Sada već postoje brojni programi i agencije koji se bave pripremom partnera iz LGBT populacije za hraniteljstvo i adopciju dece [17]. Dostignuća na polju medicine, pre svega procedure artefijalne reproduktivne tehnologije, uvode dodatne ne samo etičke nego i bazične logičke dileme u naizgled jednostavno pitanje – „Ko je roditelj detetu?“ [18], s brojnim praktičnim implikacijama [19-20].

Određenje šta je funkcionalno, a šta disfunkcionalno u porodici, varira i u zavisnosti od paradigme odnosno pristupa [6, 21] u okviru kojih se (dis)funkcionalnost porodice definiše. *Dubinsko-psihološka paradigma* fokusirana je, pre svega, na ličnosti članova porodice i njihove međusobne odnose. Pažnja se pridaje tome da li su ličnosti pojedinaca dobro diferencirane i da li se percepcija odnosa zasniva na realitetu, ili na odbranama (npr. disocijacija, projekcija, fantazija...). Nesvesno, osujećenja i konflikti imaju presudnu ulogu u razumevanju dinamike porodičnih odnosa. Dalje, (dis)funkcionalnost porodice određuje se i u odnosu na to do koje mere porodica pruža kontekst sigurnosti i poverenja, negujući istovremeno i vezanost i individuaciju. *Bihevioralna paradigma* polazi od toga kakvo se ponašanje u porodici nagrađuje ili kažnjava – adaptivno ili maladaptivno. U okviru nje, posmatra se recipročnost razmene u porodicama. Realističnost percepcija i uverenja uzima se kao bitan kriterijum (dis)funkcionalnosti porodičnih odnosa.

Od posebnog su značaja i veštine komunikacije, sposobnost rešavanja problema, fleksibilnost uloga i odnosa, i primerenost i adekvatnost modela ponašanja. *Sistemski pristup* (dis)funkcionalnost porodice se definiše preko mogućnosti savladavanja stresa ili krize. Funkcionalnost porodice, u okviru ovoga pristupa, ogleda se u fluktuiranju između perioda homeostaze i krize, dok se kontinuirano održavanje homeostatičkog stanja smatra odrazom disfunkcionalnosti. Patologija se, dakle, ispoljava odsustvom krize u sistemu. *Strukturalni pristup* u okviru sistemskog, kao kriterijum određenja (dis)funkcionalnosti porodice postulira odsustvo/prisustvo generacijske hijerarhije, i jasnoću roditeljskog autoriteta. Posmatra se da li su granice i supsistemi jasno određeni, te da li je sistem fleksibilan za: a) autonomiju i nezavisnost članova porodice i b) kontinuitet i adaptivno restrukturiranje primereno promenama unutrašnjih i spoljašnjih zahteva. *Strateški pristup*, takođe podtip sistemskog, za kriterijum (dis)funkcionalnosti porodice uzima fleksibilnost porodice. U skladu s tim, procenjuje se da li postoji širok ponašajni repertoar za: a) rešavanje problema i b) prekretnice u životnom ciklusu. Smatra se da maladaptivni obrasci i kada se javе predstavljaju prolazan fenomen, tj. ne zapaža se tendenca ka „upetljavanju“ članova u njih [4].

Šta porodicu čini disfunkcionalnom odrediće i to da li se porodici predominantno pristupa iz perspektive teorije, ili pak praktičnog rada s porodicom. Teorije porodičnog zdravlja i funkcionisanja svakako su nastale kao pokušaj uobičavanja zapažanja iz prakse, ali je

njihov razvoj tekao od teorije ka praksi. Znanja iz različitih oblasti psihologije (razvojna psihologija, psihologija ličnosti, socijalna psihologija, opšta psihologija, psihopatologija...) i srodnih disciplina (sociologija, pedagogija, andragogija, medicina...), činile su osnov koncipiranja teorija i modela porodične strukture i funkcija, a samim tim i normalnosti odnosno funkcionalnosti porodice. Mek Mastersov *Model porodičnog funkcionisanja*, Skinerov *Model porodičnih procesa* i Biversov *Sistemski model porodičnog funkcionisanja* samo su neki od njih [22]. Naknadno su teorije i njima pripadajući modeli porodičnog funkcionisanja testirani u praksi i to, pre svega, u pogledu njihove mogućnosti da razlikuju funkcionalne od disfunkcionalnih porodica. Pritom, brojnost modela porodičnog funkcionisanja nosi sa sobom i prednosti, i nedostatke. Ona olakšava izbor modela u zavisnosti od cilja nameravanog istraživanja. Dalje, pojedini modeli pokazuju veću diskriminativnost za određene forme porodične disfunkcionalnosti. Međutim, uopštavanje rezultata dobijenih prilikom istovremene primene više modela zahtevna je aktivnost. Modeli se međusobno značajno razlikuju u pogledu toga koje elemente strukture i dinamike porodice smatraju ključnim. Isto tako, iako pojedine dimenzije porodičnog funkcionisanja nose isti naziv pod različitim modelima, njihov sadržaj i operacionalna definicija mogu se bitno razlikovati - npr. dimenzija *kommunikacije* u domenu Olsonovog Cirkumpleks modela i Skinerovog Modela porodičnih procesa [22]. Što se tiče praktičnog rada s porodicama, disfunkcionalnost porodice najčešće je bivala defi-

nisana sekundarno, nakon što su isključeni potencijalni biološki i individualnopshološki, etiološki činioci tegoba, teškoća i poremećaja pojedinca. Tek tada bi praktičari usmeravali pažnju na porodično zalede ispitniku, poredeći relevantne elemente porodične strukture i funkcionisanja s postojećim normama, u potrazi za odgovorom na pitanje šta je specifično za datu porodicu, a što se može dovesti u vezu s trpjnjom pojedinca. Tim putem, kao jasno disfunkcionalne porodice, sagledane su porodice s članom obolelim od bolesti zavisnosti, nelečene duševne bolesti i s poremećajima ličnosti [13]. U ovoj kategoriji jesu i porodice koje odlikuje transgeneracijska transmisija disfunkcionalnih obrazaca i porodičnih iskustava roditelja iz primarne porodice [13]. U svojoj tipologizaciji, Jamiolkovski [23] se fokusirao na specifičnije aspekte porodičnog funkcionisanja. On navodi da su u toj kategoriji i porodice u kojima postoji emocionalna zloupotreba, zanemarivanje, prezaštićivanje, seksualna zloupotreba, perfekcionizam roditelja, preokupiranost roditelja poslom/karijerom, zlostavljujući siblinzi, kao i duševno ili fizički izmenjeni siblinzi. On smatra da je u grupu disfunkcionalnih porodica potrebno uključiti i one gde je prisutan religiozni ili politički fanatizam, budući da vodi zastoju emocionalnog i intelektualnog razvoja članova, kao i socijalnoj problematici, tj. izolaciji takve porodice u odnosu na socijalno okruženje, kao i netoleranciji neistomišljenika. U brojnim radovima, porodična disfunkcionalnost dovodi se u vezu i s poremećajima prilagodavanja i ishrane kod mladih [24-25], različitim psihijatrijskim

poremećajima [14, 26-30] uključujući i psihičke [31-32], kao i s telesnim bolestima i to prevashodno dece [33].

Napošteku, teško je obezbediti potrebnu iscrpnost i isključivost pojmu disfunkcionalnost porodice i usled njegove relacione prirode. Naime, uvek postoji nešto ili neko u odnosu na što se ili na koga se disfunkcionalnost određuje. Na primer, disfunkcionalni obrasci na jednom nivou porodice (npr. održavanje nestabilnog braka), mogu biti disfunkcionalni i za drugi nivo (supsistem dece). S druge strane, superiorno funkcionisanje jednog člana (npr. akademska uspešnost deteta) može biti zalog za održanje integriteta nekog drugog supsistema u porodici, koji je disfunkcionalan (npr. brak roditelja). Isto tako, adekvatno funkcionisanje porodice može se dostizati preko preopterećenosti jednog člana (npr. supruge odnosno majke u alkoholičarskoj porodici). Ukoliko u ovu sliku uključimo i elemente širih sistema kojima porodica pripada (npr. ekomska kriza u društvu dovodi u pitanje dalju mogućnost finansiranja studija mlade osobe čija je akademska uspešnost bila zalog za održanje integriteta braka roditelja), ovaj set okolnosti dodatno dobija na kompleksnosti.

OSVRT NA POSTOJEĆE DEFINICIJE

U brojnim postojećim definicijama *disfunkcionalnosti porodice*, jasno se odražavaju škole, teorije, orientacije i uverenja njihovih autora. Samim tim, opravданo je postaviti pitanje mogućnosti generalizacije i univerzalnosti tih pojmovnih određenja u susretu s istorijski,

socijalno, politički, nacionalno i strukturalno različitim formama porodice.

To svakako nije neuobičajen i neočekivan nalaz. Pojam *disfunkcionalnost porodice* deluje da pripada obimnom skupu kapitalnih pojmoveva, gde izostaje konsenzus u pogledu određenja značenja i sadržaja tih pojmoveva. Pojmoveva kao što su mentalno zdravlje/mentalna bolest, poremećaj ili štetna disfunkcija, normalnost/abnormalnost... Froma Volš, u četvrtom izdanju svoje knjige "Normalni porodični procesi" [34] skreće pažnju na suštinski deskriptivnu prirodu pojma disfunkcionalnost porodice odnosno na to da on nudi odgovore na to kako se ispoljava nešto a ne što je to nešto po svojoj prirodi. Ovaj pojam, prema Volšovoj, ne poseduje etiološke implikacije, bez obzira na to da li posmatramo nastanak porodične disfunkcionalnosti, ili pak njene ishode.

Jedan od vodećih teoretičara u oblasti bavljenja porodicom, Labate, ide i korak dalje – on postavlja niz uslova koji moraju biti ispunjeni da bismo uopšte govorili o disfunkcionalnosti porodice, a to su [1]:

- da je osporena i opovrgнутa pretpostavka da disfunkcionalni pojedinci uopšteno odrastaju u disfunkcionalnim porodicama i da funkcionalni pojedinci uopšteno odrastaju u funkcionalnim porodicama;
- da se porodice s disfunkcionalnim članom značajno razlikuju od onih gde su svi članovi „normalni“ i da se međusobno značajno razlikuju porodice čiji članovi ispoljavaju različite forme psihopatologije (npr. porodica sa shizofrenim članom i porodica s depresivnim članom).

Kao pretpostavku takvog nečega, on navodi da je nužno pokazati da disfunkcionalne individue odrastaju u funkcionalnim porodicama i obratno.

ZAKLJUČAK

Ukoliko bismo rezimirali prethodno navedene činioce, kao ključna obeležja strukture i funkcionisanja *disfunkcionalne porodice* mogli bismo izdvojiti sledeće:

- te porodice su neuspešne u zadovoljavajućem potreba za opstankom, sigurnošću, ljubavlju i pripadanjem, samopoštovanjem, razvojem i razvojem veština samostalnog življenja jednog i/ili više svojih članova [23, 35];
- zbivanja u disfunkcionalnom porodičnom sistemu jesu inkonistentna i nepredvidiva [36-37];
- problematični obrasci (konflikti, neprihvatljivo i neprimereno ponašanje, zanemarivanje/zlostavljanje) u takvim porodicama odvijaju se kontinuirano [13];
- vidljivo je odsustvo empatije za članove porodice [38-39];
- disocijacija se javlja kao učestao mehanizam odbrane članova porodice od traumatizujućih efekata porodične disfunkcionalnosti, a poricanje kao aktivran čin negledanja prisutnog alkoholizma i zlostavljanja [40-41];
- zapažaju se zamene uloga (npr. dete preuzima ulogu roditelja), ili pak specifični tipovi uloga koji izostaju u funkcionalnim porodicama („žrtveno jagnje“ itd.) [42-43];
- granice unutar porodice ozbiljno su izremećene – ili prekomerno rigidne ili odsutne [44];
- takvi porodični sistemi zatvoreni su za uticaje iz socijalne sredine [45-46];
- problemi u komunikaciji odvijaju se u formi plasiranja izmešanih, indirektnih, neuvremenjenih, neusklađenih, nejasnih poruka [9, 47];
- visok je iznos konflikata u porodičnom sistemu [48, 49] i u odnosu na njih zapažaju se ekstremi (ili ih ima previše, ili ih nema uopšte, tj. nisu uočljivi)[34];
- vidljiva je neumerenost u domenu emocija - od prekomerne snage osećanja koja može voditi prekidima relacija ili bezuspešnim pokušajima separacije, prenaglašene emocionalne reaktivnosti, nepredvidivosti emocionalnih odgovora, do emocionalne distance i/ili odbijanja učešća u emocionalnoj razmeni...[34];
- kao učestao obrazac na nivou porodice zapaža se problem kohezivnosti – od neuključenosti članova u življenje porodice, do totaliteta umreženosti [50].
- članovi porodice pokazuju tendenciju da se akomodiraju na takvo stanje, čak se takvo ponašanje može percipirati kao nešto normalno [13, 39].

Mišljenja smo da navedeni elementi mogu u potrebnoj meri obezbediti iscrpnost i isključivost pojmu *disfunkcionalnost porodice*, a da pritom ne dovedu do prekomerne simplifikacije i sužavanja njezivog obima do mera da „previdi“ svu kompleksnost fenomena porodice.

FAMILY DYSFUNCTIONALITY

Snežana Svetozarević¹

Jasmina Barišić²

Dragana Dušin²

Summary

The concept of family dysfunctionality has been introduced into the domain of family studies in order to define the divergence of family from sanity, i.e. from normality, more clearly and precisely. Unlike the former characterisation of family pathology, the concept of dysfunctionality tends to regard the phenomenon of family as being unique and complex, marked by an interactive nature of inter-relationships, which allows for an individualized approach to family research. Invoking the concept of dysfunctionality as a state susceptible of returning to the pre-existent, functional level, or as a state that could lead towards higher levels of adaptation and functional organization (and not necessarily to pathology), contains in itself a clear desigmatizing potential.

A thorough analysis of both theoretical and empirical findings indicates that family dysfunctionality tends to be a rather heterogeneous concept. The answer to the question of what the purpose of the family's existence and functioning is, which forms the basis for defining its opposite i.e. dysfunctionality, appears to be a complex issue due to the fact that nowadays the notion of family comprises of different forms of union (e.g. same-sex parents' unions, surrogate parent unions etc.) Furthermore, the function of the family can also be defined against the background of social and scientific frameworks, paradigms or approaches, or depending on the nature of the approach itself, which could be either theoretical or practical. The relational nature of family (dys)functionality – namely the fact that it is always defined in relation to something – makes the overall picture only more complex.

The conceptual ambiguity and vagueness of the term reflect unfavourably on the research, prevention and therapy efforts, as well as on the exchange of theoretical and practical experience among the experts. The possibility of regression to the very beginnings of scientific research of the phenomenon inevitably arises, as the family (dys)function remains too difficult an issue to determine under such conditions.

Therefore, the paper summarizes certain aspects of family structure and functions which the authors consider to be the key factors in defining family dysfunctionality.

Key words: family, dysfunctionality, health, approach

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

Literatura

1. L'Abate L. Family psychopathology: The relational roots of dysfunctional behavior. New York (NY): The Guilford Press; 1998.
2. Mischel W, Shoda Y. Reconciling processing dynamics and personality dispositions. *Annu Rev Psychol* 1998; 49:229-58.
3. Minuchin S, Nichols M, Lee WY. Assessing families and couples: From symptom to system. Boston: Allyn & Bacon; 2007.
4. Svetozarević S. Šta je novo u narativnoj terapiji? U: Ćorić B, urednik. Psihijatrija i psihoterapija između humanosti, neutralnosti i profesionalnosti. Zbornik saopštenja sa 15. seminara nacionalnog nivoa "Ljudi govore"; 12.-13. decembra 2011; Beograd, Srbija. Beograd: Društvo psihanalitičkih psihoterapeuta Srbije; 2012. str.157-68.
5. Stojnov D. Od psihologije ličnosti ka psihologiji osoba: konstruktivizam kao nova platforma u obrazovanju i vaspitanju. Beograd: Institut za pedagoška istraživanja; 2005.
6. Mitić M. Porodica i stres – između poraza i nade. Beograd: Institut za psihologiju i „Žarko Albul“; 1997.
7. Svetozarević S. Modernizacija psihoterapije: u korak sa vremenom (promene, odbacivanje, novine, poređenje unazad). U: Ćorić B, urednik. Šta ne valja u savremenoj psihoterapiji-Dinamika savremenih porodica. Zbornik saopštenja sa 18. seminara nacionalnog nivoa "Ljudi govore" i 19. Međunarodnog seminara "Ljudi govore"; 08.-09. decembra 2014. godine i 14.-15. decembra 2015. godine; Beograd, Srbija. Beograd: Društvo psihanalitičkih psihoterapeuta Srbije; 2016. str.35-48.
8. Wolin SJ, Wolin S. The resilient self: How survivors of troubled families rise above adversity. New York City (NY): Villard; 2010.
9. McGoldrick M, Carter B, Garcia-Preto N. The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives. 4th ed. Boston: Pearson; 2011.
10. Svetozarević S. Bolesti zavisnosti i grupa – sličnosti i razlike u odnosu na uzrast. U: Ćorić B, urednik. Dramatični i neurotični danas - Društvo, grupa i grupna terapija. Zbornik saopštenja sa 16. seminara nacionalnog nivoa "Ljudi govore" i 17. međunarodnog seminara "Ljudi govore"; 10.-11. decembra 2012. godine i 9.-10. decembra 2013. godine; Beograd, Srbija. Beograd: Društvo psihanalitičkih psihoterapeuta Srbije; 2014. str.193-209.
11. Srna J. Psihoterapija i savetovanje: teorija, praksa, istraživanje. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 2012.
12. Republički zavod za statistiku Srbije. Po-pulacija Srbije početkom 21. veka [Internet]. Beograd: Republički zavod za statistiku Srbije; 2015 [citirano 20. novembra 2016]. Preuzeto sa: <http://webrzs.stat.gov.rs/WebSite/userFiles/file/Stanovnistvo/SpecPubli/POPULACIJA%20SRBIJE%20POCETKOM%2021%20VEKA.pdf>
13. Stoop D, Masteller J. Forgiving our parents, forgiving ourselves: Healing adult children of dysfunctional families. Ventura (CA): Regal Books; 2004.
14. Svetozarević S. Novi pristupi u otkrivanju psiholoških faktora rizika življenja u alkoholičarskim porodicama [doktorska disertacija na internetu]. [Beograd (Srbija)]: Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu; 2013 [citirano 15. oktobra 2015]. Preuzeto sa: file:///C:/Users/Korisnik/Downloads/snezana_svetozarevic.pdf

15. Fridman Dž, Kombs Dž. Narativna terapija: socijalna konstrukcija omiljenih stvarnosti. Novi Sad: Psihopolis Institut; 2009.
16. Black DA, Lebow J. Systemic research controversies and challenges. In: Bray JH, Stanton M, editors. *The Wiley-Blackwell handbook of family psychology*. Oxford (UK): Blackwell Publishing Ltd.; 2009. p.100-12.
17. Montero D. Attitudes toward same-gender adoption and parenting: An analysis of surveys from 16 countries. *Advances in Social Work* 2014; 15(2):444-59.
18. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Defining embryo donation: An Ethics Committee opinion. *Fertil Steril* 2016; 106(1):56-8.
19. Bos HMW, Van Balen F. Children of the new reproductive technologies: Social and genetic parenthood. *Patient Educ Couns* 2010; 81:429-35.
20. Golombok S, Readings J, Blake L, Casey P, Marks A, Jadva V. Families created through surrogacy: Mother-child relationships and children's psychological adjustment at age 7. *Dev Psychol* 2011; 47(6):1579-88.
21. Mitić M. Sistemski pristup. U: Biro M, Buttolo W, urednici. *Klinička psihologija*. München: Ludwig Maximilians Universität, Novi Sad: Futura publikacije; 2003. str.59-67.
22. Baršić J, Svetozarević S, Duišin D. Modeli porodičnog funkcionisanja - novine, preporuke, mogućnosti i ograničenja. *Engrami - časopis za kliničku psihijatriju, psihologiju i granične discipline* 2011; 33(1):47-60.
23. Jamiolkowski RM. Coping in a dysfunctional family. New York: Rosen Publishing Group; 1993.
24. Marković J, Mitrović D, Ivanović-Kovačević S, Šobot V, Srđanović J. Karakteristike porodične strukture i komunikacije u porodicama sa decom sa poremećajima ponašanja. *Aktuelnosti iz neurologije, psihijatrije i graničnih područja* 2008; 16(3-4):24-31.
25. Le Grange D, Lock J, Loeb K, Nicholls D. Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders [Internet]. *Int J Eat Disord* 2009; [citrirano 10. oktobra 2016]. Preuzeto sa: http://www.maudsleyparents.org/images/Role_of_Family.pdf
26. Lažetić G, Panoski R, Filipović S, Svetozarević S. Značaj primarne porodice u rehabilitacionoj fazi lečenja zavisnika od psihoaktivnih supstanci. *Psihijatrija danas* 2010; 42:127-35.
27. Ammerman RT, editor. *Comprehensive handbook of personality and psychopathology*. *Child psychopathology*. Vol. 3. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons; 2005.
28. Miklowitz DJ. The role of family systems in severe and recurrent psychiatric disorders: A developmental psychopathology view. *Dev Psychopathol* 2004; 16(3):667-88.
29. Flores SM, Salum GA, Manfro GG. Dysfunctional family environments and childhood psychopathology: The role of psychiatric comorbidity. *Trends Psychiatry Psychother* 2014; 36(3):147-51.
30. Murphy YE, Flessner CA. Family functioning in paediatric obsessive compulsive and related disorders. *Br J Clin Psychol* 2015; 54(4):414-34.
31. Koutra K, Triliva S, Roumeliotaki T, et al. Impaired family functioning in psychosis and its relevance to relapse: a two-year follow-up study. *Compr Psychiatry* 2015; 62:1-12.
32. Hesse K, Kriston L, Mehl S, et al. The vicious cycle of family atmosphere, interpersonal self-concepts, and paranoia in schizophrenia: A longitudinal study. *Schizophr Bull* 2015; 41:1403-12.

33. Miller SM, McDaniel SH, Rolland JS, Feetham SL, editors. Individuals, families and the new era of genetics: Biopsychosocial perspective. New York: Norton; 2006.
34. Walsh F, editor. Normal family processes: Growing diversity and complexity. 4th ed. New York: Guilford Press; 2012.
35. Friedman E, Billick S. Unintentional child neglect: Literature review and observational study. *Psychiatr Q* 2015; 86:253-9.
36. Ross LT, Hill EM. Drinking and parental unpredictability among adult children of alcoholics: A pilot study. *Subst Use Misuse* 2001; 36:609-38.
37. Shamir-Essakow G, Ungerer JA, Rapee RM. Attachment, behavioral inhibition, and anxiety in preschool children. *J Abnorm Child Psychol* 2005; 33:131-43.
38. Engel B. Breaking the cycle of abuse: How to move beyond your past to create an abuse-free future. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons; 2004.
39. Draucker CB, Martsolf DS. Counselling survivors of childhood sexual abuse. 3rd Ed. London-Thousand Oaks-New Delhi: Sage publications; 2006.
40. Allen DM. How dysfunctional families spur mental disorders: A balanced approach to resolve problems and reconcile relationships (Childhood in America). Santa Barbara-Denver-Oxford: Praeger; 2010.
41. Becker-Blease KA, Freyd JJ. Beyond PTSD: An evolving relationship between trauma theory and family violence research. *J Interpers Violence* 2005; 20(4):403-11.
42. Kilpatrick AC, Holland TP. Working with families: An integrative model by level of need. Boston (MA): Allyn and Bacon; 2006.
43. Sanders A, Szymanski K, Fiori K. The family roles of siblings of people diagnosed with a mental disorder: Heroes and lost children. *Int J Psychol* 2014; 49:257-62.
44. McGoldrick M, Gerson R, Petry S. Genograms: Assessment and intervention. 3rd ed. New York: Norton; 2008.
45. Nichols M. Family therapy: Concepts and methods. 10th ed. Boston: Pearson; 2012.
46. Tucker MC, Rodriguez CM. Family dysfunction and social isolation as moderators between stress and child physical abuse risk. *J Fam Viol* 2014; 29:175-86.
47. Bellack AS, Haas GL, Scholer NR, Flory JD. Effect of behavioral family management on family communication and patient outcomes in a schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000; 177:434-39.
48. Cummings EM, Davies PT, Campbell SB. Developmental psychopathology and family process: Theory, research and clinical implications. New York: The Guilford Press; 2002.
49. Booth A, Amato PR. Parental predivorce relations and offspring postdivorce well-being. *J Marriage Fam* 2001; 63(1):197-212.
50. Olson DH. Circumplex Model of Family Systems. *J Fam Ther* 2000; 22:144-67.

PSIHOANALITIČKA STUDIJA O IZVORIMA KREATIVNOSTI PETRA LUBARDE

Srđa Zlopaša

UDK: 614.253:616.89-008.44

Kratak sadržaj

Petar Lubarda spada u red najvećih jugo-slovenskih i evropskih slikara XX veka. Jedini je jugoslovenski umetnik čiji je rad reprodukovani u „*Istoriji modernog slikearstva*“ Herberta Rida. Petar Lubarda je jedan od primera kako rana obilježenost može biti plodan izvor stvaralaštva. Lubardina tematska preokupiranost krševitim prede-lima svog rodnog kraja Ljubotinja i stare Crne Gore je nešto po čemu je Lubarda bio i ostao prepoznatljiv. Rodni kraj nije puki geografski lokalitet već je to složen amalgam potisnutih sećanja, likova, emocija, slika, kolorita, scena, zvukova i glasova, fragmenata predstava i još mnogo čega. Ljudi se razlikuju i prema tome kakav odnos gaje prema rodnom kraju. Jedni negiraju tu vezanost, drugi ostaju zarobljeni u okvirima lokalnog a retki uspevaju da kreativno prorađuju rane i temeljne utiske potekle iz najranijeg perioda života, Lubarda nesumnjivo spadaju ove poslednje te kako sam kaže- „*To viđenje djetinstva zauvijek ostaje, taj pečat..I umjetnik se sam uviјek vraća tim svojim korijenima. Dolazi u zavičaj jer ga to vuče. Taj svijet djetinstva, ta etika, čine mu suštinu stvari.*“ Frojd se u svom najranijem i najinspirativnijem delu „*Pesnik i fantaziranje*“ iz 1908. bavi pore-kлом umetničke kreativnosti. Na samom početku Frojd se pita- „*Odakle ta čudnovata ličnost, pesnik, uzima svoju građu..?*“ i traži odgovore u dečjoj igri, dnevnim snovima, fantaziji. Tako u umetničkom delu Frojd prepoznaće „*...elemente nedavnog povoda, kao i stare uspomene.*“ Analiza dela Petra Lubarde uporedo sa značajnim biografskim podacima otvara inspirativno interpre-tativno polje. Cilj ovog rada je da baci svetlo na određene aspekte Lubardine kreativnosti, premda bi detaljna studija analize ovog područja zahtevala mnogo više vre-mena i prostora.

Ključne reči: psihanaliza, kreativnost, Petar Lubarda, psihobiografija

Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Srbija



Petar Lubarda (1907-1974)

IZ BIOGRAFIJE

Petar Lubarda spada u red najvećih jugoslovenskih i evropskih slikara XX veka. Po narodnosti se izjašnjavao kao Srbin što je imao potrebu da naglasi u više pismenih dokumenata kao u pismu koje se danas čuva u arhivu SANU čiji je član bio. Rođen je 27.7.1907 u Ljubotinju na prostoru Riječke nafije na teritoriji Stare Crne Gore. Rođen je kao prvo od šestoro dece Đura, oficira crnogorske vojske i Marije Lubarde, domaćice [1]. Školovao se u rodnom Ljubotinju, Cetinju, Splitu, Sinju, Nikšiću, Herceg Novom. Prvu samostalnu izložbu ima kao đak gimnazije u Nikšiću 1925 [1]. Pohađa *Umetničku školu* u Beogradu ali ubrzo odlazi u Pariz gde isto tako kraće pohađa *Akademiju lepih umetnosti*. Nikada nije kompletirao formalno slikarsk obrazovanje što dosta govori o njegovoj prirodi. Prvi put samostalno izlaže u Rimu 1929. Godine 1932 vraća se u Jugoslaviju, ženi se Jelenom Jovanović studentkinjom istorije umetnosti. Izlaže u paviljonu „*Cvijeta Zuzorić*“. Na *Svetskoj izložbi* u Parizu 1937. dobija nagradu *Grand Prix*. U Hagu na internacionalnoj izložbi 1939. Dobija prvu nagradu. Po izbijanju Drugog svetskog rata biva mobiliziran u Jugoslovensku Kraljevsku Vojsku kada je zarobljen. Ratne godine provodi u logorima u Austriji i Italiji. Kraj rata označava povratak u domovinu i niz tragičnih gubitaka. 1945. od tuberkuloze mu umire brat Veljko. Iste noći po rođenju umire mu i muško dete rođeno u vanbračnoj zajednici. Komunističke vlasti ubijaju Petra oca Đura Lubardu oficira Kraljevske vojske. Razvodi se od Jelene Jo-

vanović Lubarda. Posle rata radi kao profesor na Akademiji likovnih umetnosti do 1946. Ženi se mladom Verom Protić tada studentkinjom slikarstva. Vraća se kratko na Cetinje gde je prvi direktor *Umjetničke škole*. Od 1950. Živi u Beogradu. Te godine izlaže na XXV *Bijenalnu u Veneciji*. Priređuje samostalnu izložbu u Parizu 1952. Završava veliku zidnu kompoziciju *Boj na Kosovu* za svečanu dvoranu NR Srbije. Za sliku *Borba konja* dobija nagradu 1953. u Sao Paolu, 1953. Gdje je proglašen za glavno otkriće bijenala. Dobija nagradu u Tokiju za sliku *Noć u Crnoj Gori* i veliki broj internacionalnih i domaćih priznanja. Postaje najistaknutiji moderni slikar tog vremena. Jedini je jugoslovenski umetnik čiji je rad reprodukovani u „*Istoriji modernog slikarstva*“ Herberta Rida. Umro je 13. februara 1974. godine u Beogradu [1].

UVOD

Uporedna analiza uticaja psiholoških faktora i biografskih podataka na kreativni proces i stvaranje umetničkog dela zahtevan je i izazovan posao iz više razloga, zbog obilja asocijacija koje te iz neminovnosti redukcije složenih psiholoških procesa, neizbežnih zamki, identifikacije idealizacije, preterane kritičnostinaspram osobina autora čije se delo proučava. Kao peteča svih savremenih psihobiografskih studija uzima se „Jedna uspomena iz detinjstva Leonarda Da Vinčija“ Sigmunda Frojda iz 1910 [2]. Od tada se psihobiografske tendencije razvijaju u više pravaca kao psihanalitičke studije umetnikovog nesvesnog i analize reprezenata psihoseksualnih

stadijuma razvoja ličnosti u umetničkom delu, zatim, psihobiografske studije o uticaju duševnih bolesti na stvaralaštvo, te razmatranje večne dileme odnosa „genija i ludila”. Frojd je hrabro iskoračio u tumačenju odnosa biografija umetnika i njihovih dela. Prvenstveno je odabrao stvaraoca za koje je smatrao da predstavljaju vrhunac svetske misli i estetičke-Dostojevski, Gete, Mikelanđelo [3]. Taj hrabar iskorak nije prošao bez rizika i neminovnih grešaka. Premda Frojd nije pisao celovite psihobiografije, već je uzimao markantne segmente koje je smatrao za bremenite nesvesnim psihološkim značenjem. Najveća zamerka Frojdovoj analizi života dela velikih

umjetnika je redupcionistički pristup koji je proistekao iz njegove fascinacije tada sveže formulisanim psihoseksalnim stadijima razvoja ličnosti. Redukcionizam, u ovom slučaju predstavlja svođenje i objašnjenje složenih psihičkih fenomena oralnim, analnim, uretralnim, falusnim i edipalnim karakteristikama. Međutim, savremena psihanaliza ne negirajući validnost osnovnih gradivnih blokova psihoseksualnog razvoja ističe važnost nadgradnje i multifaktorijalnost u oblikovanju psihičkog života i stvaralaštva. Premda obilježena neizbežnim redupcionizmom Frojdova psihanalitička tumačenja biografskih podataka velikih umetnika su kamen temeljac i nepresušni



*Kompozicija/ 1952. / ulje na platnu / 98×79 cm /
Composition 1952. / oil on canvas / 98×79 cm /*

izvor psihobiografskih studija. Frojd se u svom najranijem i najinspirativnijem delu "Pesnik i fantaziranje" iz 1908. bavi poreklom umetničke kreativnosti. Na samom početku Frojd se pita- "*Odakle ta čudnovata lćnost, pesnik, uzima svoju građu..?*" i traži odgovore u dečijoj igri, dnevnim snovima, fantaziji [4]. Tako u umetničkom delu Frojd prepoznaće "... elemente nedavnog povoda, kao i stare uspomene." Analiza dela Petra Lubarde uporedno sa značajnim biografskim podacima otvara inspirativno interpretativno polje.

Prateći Frojdovo traganje za izvorištima kreativnosti u detinjstvu postavljamo pitanje- kada se umjetnik rađa i kada se javlja ta prva "iskra koja pronalazi svoj udar u kamenu?" [4]. Njegoševa misao kaže da nije udarca o kamen, iskre koja iz kamena zaiskri ne bi ni bilo, jer bi "*u kam očajala*" iskra bi bez udarca ostala potencijal zarobljen u kamenu. Prirodnjačkim rečnikom izraženo Njegoševa misao se može transponovati u odnosu urođenog i sredinskog (*nature vs. nurture*) u čijem susretu se odvija život i kreativnost. Ne slučajno, kreativnost Petra Lubarde se prvo izrazila u kamenu da bi kroz kasniji opus kamen ostao njegova primarna fascinacija. Lubardin svet kao da počinje u kamenu. "*Petar je prvo crtao po kamenu*" [5]. Premda je sam Frojd bio skeptičan po pitanju mogućnosti potpunog psihološkog razumevanja fenomena umetničke kreativnosti nije odoleo da kroz optiku psihoanalyse-discipline koju je stvorio baci pogled na tu neosvojenu teritoriju ljudske duše. Tako je i ova kratka studija o izvorima kreativnosti Petra Lubarde, pokušaj čitanja kroz Frojdovu optiku u kombinaciji sa savremenim psihoanaliti-

čkim stremljenjima uz priznavanje neizbežne interpretativne subjektivnosti.

RODNI KRAJ

Petar Lubarda je jedan od primera kako rana obilježenost može biti plodan izvor stvaralaštva. I laiku je poznata tematska preokupiranost krševitim predelima svog rodnog kraja Ljubotinja i stare Crne Gore. Rodni kraj nije puki geografski lokalitet već je to složen amalgam potisnutih sećanja, likova, emocija, slika, kolorita, scena, zvukova i glasova, fragmenata predstava i još mnogo čega. Ljudi se razlikuju i prema tome kakav odnos gaje prema rodnom kraju. Jedni negiraju tu vezanost, drugi ostaju zaroobljeni u okvirima lokalnog a retki uspevaju da kreativno prorađuju rane i temeljne utiske potekle iz najranijeg perioda života [6], Lubarda nesumnjivo spada u ove poslednje. "*To viđenje djetinstva zauvijek ostaje, taj pečat...I umjetnik se sam uvijek vraća tim svojim korijenima. Dolazi u zavičaj jer ga to vuče. Taj svijet djetinjstva, ta etika, čine mu suštinu stvari.*" [7]. Lubardino vraćanje u rodni kraj je ponajmanje fizičko, ono je duhovno, pogotovo u svojoj kasnijoj najmarkantijoj fazi stvaralaštva koja je prezasićena "kamenim morem" njegovog rodnog kraja. Psihološko vraćanje prošle stadijume koji pripadaju prošlosti otvara i pitanje složenog fenomena regresije. Lubarda ima potrebu za intenzivnom vizuelnom, likovnom i emotivnom komunikacijom sa osnovnim vizurama krajolika u kojima je proteklo njegovo rano formiranje. Komunikacija sa prošlim je jedna vrsta vraćanja ili regresije. Stvaralački proces podrazumeva dinamičnu fluktuaciju,

alternaciju između svesnih i nesvesnih procesa. Regresija koja je kanalisana i koja ima (pa makar i nejasnu ciljnu predstavu) dozvoljava proboj nesvesnih sadržaja [8]. U čemu bi bila važnost, specifičnost i uloga regresivnih elemenata u Lubardinom stvaralaštvu? Pre svega potreba zavraćanjem ali u cilju prorade i restrukturiracije prošlog a ne u cilju pukog reprodukovanja zapamćenog. Poznato je da je veliki broj slika u njegovoj najpoznatijoj fazi prikazivao krš crnogorskih planina. Pre svega ovde primećujemo repetitivnost određene teme što ukazuje ukazuje na subjektivnu važnost iste za autora. Repetitivnost, dalje, upućuje na vezanost i kompulziju ka vraćanju, a sve u cilju prorađivanja primarnih ličnih datosti. Zamislimo samo koliko vremena je Lubarda morao provoditi slikajući krš, biti suočen sa tom svojom temom koja se ponavlja. Ovdje se naravno objektivno hronološko vrijeme ne podudara sa subjektivnim psihološkim vremenom. U procesu kreativnog stvaranja subjektivno vrijeme zauzima primat, tako da trajanje suočnosti sa temom koja se obrađuje prima aspekte nesvesnog koje ne poznaće protok vremena. Kako sam Lubarda kaže – “U jezgru života vreme je nemerljivo. Sadržaji nesvesnog žive onoliko koliko i njihov vlasnik. “ Znate, ako se zaledate ko šta radi, još je to uvijek jedan zid, jedan kamen. Uvijek kao jedan zapis.” [8].

Lubardini povratci su kreativni, oni kao koriste osnovnu građu ranih impresija da bi je dekonstruisali, preoblikovali i dozvolili jači proboj unutrašnjeg doživljaja od onog vizuelnog. “Umjetnik možda ne mora biti fizički u sredini gdje je rođen ali crpe snagu iz te sredine. To umjet-

nika manje više prati i, zapravo to mu je neki praizvor.” Praćenjem životnog puta Petra Lubarde kao da osjećamo neku vrstu unutrašnje predodređenosti za nezaustavljivo napredovanje a pri tom ne poštivanje formalnih obrazovnih zah-tijeva. Ta unutrašnja opredeljnost za sa-moostvarivanje morala je biti usađena jako rano, a to znači u odnosu sa pri-marnim objektom. Potraga i nepormir-ljivost za individualnim izrazom obi-jejžila je eitav Lubardin životni put, za-pažamo je još na samom početku ži-votnog puta koji je neodvojiv od umetnièkog traganja.

Dete se pre biološkog rođenja stvara u fantaziji roditelja, a te fantazije po-drazumijevaju i očekivanja vezana za izbor i nasleđivanje profesije. Petar Lu-barde je rođen kao najstarije muško dete u oficirskoj porodici, otac je očekivao da Petar krene njegovim stopama. Petar nije postao vojnik ali su teme njegovih najpoznatijih ostvarenja prikazivala ve-like nacionalne historijske bitke. Lubarda je bio fasciniran sukobom kao opštom ljudskim konstantnom. Druga tema koja ima svojstva repetitivnosti u njegovoj najprepoznatljivijoj fazi od kraja četre-detih su prikazi velikih bitaka i bojeva. Jedno od očiglednih objašnjenja jeste odrastanje na naraciji narodne epike ali pored toga tema sukoba mora imati važno unutrašnje individualno značenje. Slikar je prolazio kroz mnoge spoljne i unutrašnje bitke od kojih su neke završavale gubicima, ali nisu označavale predaju, Lubardina borba bila je večna. Lubardin likovni kosovski ciklus proističe iz fascinacije simbolikom ove isto-rijske bitke.

PRVA SEĆANJA

Dečije uspomene pokrivalice služe i kao paravan koji skriva moćna osećanja vezana za bolne i konfliktne teme koje osetljiva dečija duša ne može lako da podnese. „*Majka mu je govorila da je bio najosetljiviji od sve njene dece na udare groma i blesak munje, što ga je noću držalo budnim*“ [8]. Lubarda je èesto uspoređivao boje i zvukove, nije iskljuèeno da je posedovao osobine iz spektra sinestezija. „*Često, idući kroz pejzaž Crne Gore, koji ja rado slikam, vidim razne događaje. Ponekad mi se čini da se vrhovi brda i škarpe pretvaraju u zvuk*“ (P.Lubarda) [7]. Bazična osetljivost i plašljivost na spoljne podražaje upućuje na kasniju umetnièku senzibilnost sa kojom se preovladavaju ti strahovi. Ovladanjem svetlom i zvukom kreativnim preoblikovanjem suruvog sveta dete u umetniku izlazi na kraj sa onim što je strašno i preteće. Lubardina svedoèenja puna su slikovitih i intenzivnih sećanja iz ranog detinjstva. Tako upeèatljivo sećanje o orlu koji nosi u kljunu zmiju, podseća na mitologische scene, borbe dobra i zla, gde deèak doživljava fascinaciju snagom koja trijumfuje nad zlom zmijom, ali i po klasiènom frojdijanskom tumaèenju ukazuje na kastrativne strahove. Apstrahujući konkretne detalje, sećanje dakle poèinje borbom-konfliktom što je jedan od centralnih motiva Lubardinog slikarstva. Drugo sjećanje je kada mali Petar pita roðaka sa kojim putuje od Cetinja ka rodnom Ljubotinju kako to da je Lovćen drugaèiji, kako se oni pomeraju? Roðak pokušava da se našali odgovorom da ga Bog pomera i zaustavlja kada se oni osvrnu, na šta

dobija neoèekivano ljutit odgovor:”E, ti si budala.“ Ovde vidimo pre svega rane naznake vizuelne psihološke orientacije, osjetljivost i zapitanost nad fenomenima prostornosti, daljine i perspektive. Dalje, neoèekivano nepristajanje djeèaka na obmanu, laž i podcijevanje autoritetu što se kasnije sreće u razlièitim kontekstima u daljem umjetnikovom životu. Postoji još jedna interpretativni kanal, naime, mali Petar podizan na usmenoj narodnoj tradiciji osjeća veličinu i simboliku Lovćena i kao da se pita dalje kakvo je njegovo mjesto u svijetu i kosmosu i u kakvom je on odnosu sa njim. Nepristajenje na „pomjeranje Lovćena“ on mnogo godina kasnije izražava i svojim angažovanjem u peticiji protiv rušenja Njegoševe grobne kapele premda pokazuje poštovanje prema Meštrovièevoj umetnosti. Dakle ovde uviđamo izraženu ambivalenciju prema autoritetu. Ambivalencija može poticati i od dva lica oca koja je doživljavo, strogog čoveka, koji ga kori da se bavi nećim ozbiljnijim u životu od crtanja, ali isto tako onog koji mu poklanja bojice „*da bi se zadovoljio*“ kako otac govori. U ovoj dvosmislenoj poruci otac kao da stimuliše u sinu onaj dio koji kod sebe nije razvijao zbog vojne karijere (voleo je rezbarenje). Iza sećanja i portreta starog crnogorskog kapetana, a inače je nerado crtao portrete kao da se krije potraga za dobroèudnim autoritetom. Naime, stari penzionisani kapetan je primjetio deèakov dar u crtanju te mu je kupovao bojice koje su se teško u to vreme nalazile, iz zahvalnosti je nastao navedeni portret starog kapetana u crnogorskoj nošnji naslonjene glave ne koščatu desnicu, a što je sve Lubarda isprièao kasnije svom

starijem kolegi slikaru Milu Milunoviću [10].

Naslućujemo da su pitanja vezana za vizuelno i estetsko od egzistencijalnog značaja za budućeg umjetnika i da će tim putevima izražavati svoje najdublja osećanja, sukobe i doživljaj svijeta. Na ranim fragmentima Lubardinih sećanja uočavamo izraženu dječiju znatitelju i tragove jakog skopofilnog istraživačkog nagona koji predstavlja preduslov za bilo koji oblik kreativnosti. Na mestima koja su data „zdravo za gotovo“ budući umetnik, istraživač, prvo postavlja pitanje u fazi inkubacije koje dekonstruiše dato stanje i iz gradivnih blokova razgrađenih pojmoveva, ideja, utisaka gradi novu celinu [1].

STILSKI OBRT

Lubarda je u svom opusu prošao kroz više razvojnih faza a najznačajniji je stilski obrt u ranom posleratnom periodu gde se sve više udaljava od klasičnog ka ekspresivnom, modernom izrazu. Lubardina dekonstrukcija postaje osnova kasnjeg čuvenog obrta (1946-7) u stilu, koji teži da iz očigledne, zadate forme kreira individualno viđenje prebojeno dominantnim koloritom unutrašnjeg sveta, kako sam Lubarda kaže- „...da stvaram umjetnost, pravu umjetnost, a da govorim kroz nju što mi iznutra misao diriguje.“ [7]. Tako npr. klasične teme iz nacionalne istorije, pejzaže rodnog kraja Lubarda vidi na svoj osoben način te čini da i gledalac dela doživi na novi, drugačiji način, a što sve počiva na osobini da se usudi da razgradi očigledno i na razvalinama stvori svoju, novu monumentalnost. Iz ove anegdote koja se

urezala u sjećanje moglo bi sezvesti još predznaka kasnijih duševnih odlika, spomenuli smo odnos prema autoritetu, mali dječak se drčno suprostavlja starijem rođaku, a mnogo godina kasnije se čudi kako i batine nije dobio. Dete se prije biološkog rođenja stvara u fantaziji roditelja, ate fantazije podrazumevaju i očekivanja vezana za izbor i nasleđivanje profesije. Petar Lubarda je rođen kao najstarije muško dijete u oficirskoj porodici, otac je očekivao da Petar krene njegovim stopama. Petar nije postao vojnik ali su teme njegovih najpoznatijih ostvarenja prikazivala velike nacionalne bitke. Lubarda je bio fasciniran sukobom kao opštom ljudskim konstantnom. Ta tema koja ima svojstva repetitivnosti u njegovoj najprepoznatljivoj fazi od kraja četredesetih jesu prikazi velikih bitaka i bojeva. Jedno od očiglednih objašnjenja jeste odrastanje na naraciji narodne epike ali pored toga tema sukoba mora imati važno unutrašnje individualno značenje. Slikar je prolazio kroz mnoge spoljne i unutrašnje bitke od kojih su neke završavale gubicima, ali nisu označavale predaju, Lubardina borba bila je večna.

Prikazujući monumentalnost bitaka on platno koristi kao ekran za projekciju ličnih konfliktih sadržaja u sukob koji se odigrava u istorijskom kontekstu. Lični i opšti fatum ljudskog društva se kondenzuju u tematiki večnih sukoba. „Lubarda otkriva na svojim platnima ovu veliku istinu, i ovaj dramatični sukob.“ (P.Milosavljević, 1951). Dve prekretnice, lična i umetnička koincidiraju u nekoliko godina 1945 sa kulminacijom izložbom 1951. 1945. godina je obilježena sa više tragičnih gubitaka, a dolazi posle dugog

i iscrpljujućeg zarobljeništva obilježenog sa brutalnim suočenjem sa ljudskom bestijalnošću i smrću.

GUBICI

Streljanje nevinog oca, smrt brata, smrt muškog deteta na rođenju, zvanični razvod od dotadašnje supruge. Ovi gubici se dešavaju paradoksalno na završetku Drugog Svetskog rata, posle kulminacije destrukcije i smrti, u osjetljivom trenutku kada je iscrpljen i obilježen logorskim iskustvom mogao pomisliti da je najgore prošlo. Ovakava tragična koncidencija i broj gubitaka bitnih osoba kod prosečne osobe bi mogao izazvati depresivnu dekompenzaciju i stanje prolongiranog tugovanjasa inhibicijom produktivnosti. Ovo nije bio slučaj sa Lubardom, on kao da svoju unutrašnju tragediju rešava sublimacijom i bezpoštednim radom. Od tog perioda se postepeno smanjuje broj ljudskih figura i likova na Lubardinim slikama (sem kao učesnicima velikih bitaka). Lubarda u tom periodu gotovo da prestaje da se zanima ljudsku individu i telo, upadljivo je i odsustvo ženskog akta. Lubarda se strasno posvećuje krajolicima koji su pusti, psihanalitičkim rečnikom bezobjektni ili bi mogli reći kao da su arhaični unutrašnji objekti lišeni svesne nadgradnje. Nestajanje ljudskih bića sa platana odvija seantropomorfizacija kraljika, stene, planine, useci kao da preuzimaju ulogu ljudskih objekata. Strasan kolorit i zahvat četkicom nadomješćuju afektivnu izražajnost ljudske telesne i facialne ekspresije. Da li je Lubarda isprazio svoja platna od ljudi usled unutrašnje povređenosti i opustošenosti, ostaje otvoreno pitanje? Kada prikazuje sela svog rodnog kraja ne naziremo tra-

gove ljudskog prisustva, kuće postaju subjekti koji preuzimaju ulogu ljudi. Puste okućnice nastavljaju da pričaju price isčežlih stanara. Tako na primer "Kamena pučina" iz 1951. kao da prikazuje projekciju unutrašnje okamenjenosti i opustošenosti, ali tu na scenu opet stupa borba, jer Lubarda se ne predaje, svojim čuvenim koloritom vraća intenzivne emocije, njegova pobuna je pobuna bojom. Lubardin zaokret u stilu može se analizirati sa aspekta dešavanja u kontekstu ondašnjih svetskih likovnih trendova ali ta radikalna promena mora biti povezana i sa ličnim tokovima. Kaku sudbinu su u unutrašnjem slikarstvu životu imala osećanja besa i krivice zbog nepravednog ubistva oca, tuga zbog gubitka brata, muškog potomka i supruge? Takva osoba morala je upotrebiti jake psihološke odbrambene mehanizme. U osnovi svakog stvaralaštva nalazi se kapacitet za sublimacijom što predstavlja svojstvo da se sirova, intenzivna i preteća osećanja preoblikuju u umetničko delo. Lubarda posle ovih traumatičnih gubitaka ne prestaje da stvara, ova osećanja kao reka ponornica svom silinom izbijaju na površinu na njegovim platnima u vidu prepoznatljive oštре forme i snažnog kolorita. Gubitak bazičnih životnih struktura koincidira sa restrukturacijom slikarskog izraza koji traži novu komunikativnu dimenziju.

TAJNA SNAGE LUBARDINOG IZRAZA

To možda daje odgovor na pitanje u čemu je tajna komunikativnosti i intenzivnosti Lubardinih dela. Prigušena osećanja posle dubokog potiskivanja i unu-

trašnje elaboracije iskazuju se u svoj silini. Kada Predrag Milosavljević piše o Lubardinom drveću koje simbolizuje život koji crpi svoju snagu iz dubina, mraka, nepoznatog tj. nesvesnog kaže "...raste neko čuno drveće, mrkozeleno, skoro crno, i bujno i sočno kao da ga je napajala neka neizmerna podzemna voda." Ospoljavanje unutrašnjeg sukoba kod gledaoca i kritičara uspevaju da pobude čitav spektar kontrasnih osećanja. Tako opet Milosavljević piše: "Podjednako dramatično, elementarno, ozbiljno i strogo..." a Isidora Sekulić: "Njegov predeo zato stoji pred nama izazvan, razdražen i agresivan, ali osvojen i savladan...", dok Protić B. Miodrag nalazi: "U akordima plavog, belog i zlatnožutog, crvenog i zelenog ima toliko zdravlja mladosti i optimizma...". Zbog te svoje fascinacije kršem i epskim temama kritike pisane na račun Lubardinih dela često su znale da zapadnu u melodramatski ton u cilju glorifikacije nacionalne epopeje, međutim dubina, značenje sukoba imaju opštelijudski i kosmološki karakter. "Meni nije bio nikakav cilj da tokom ovih četrdeset godina rada napravim nekakvu nacionalnu umjetnost..." već umetnost kroz koju mu "misao iznutra diriguje". Zbog svoje vezanosti za rodni kraj i obradom tema nacionalne istorije već za života kao da se odvijala tiha kompeticija o prisvajanju Lubarde u neki nacionalni tabor. Dve psihološke karakteristike odlikovale su Petra Lubardu pijući prema stvarnim autoritetima što naravno potiče iz odnosa sa ocem, a druga osobina je sklonost ka dnevnom sanjarenju što je opet Frojd uzeo kao jedno od osnovnih odlika umetnika. Jaka sklonost ka dnevnom sanjarenju inzenzivira u trenutcima kada

je stvarnost posebno okrutna. To dnevno fantaziranje uvek ima jaku vizuelnu komponentu i predstavlja fazu pripreme i inkubacije za nastanak određenog dela. U isto vreme to sanjarenje vrsta bega od realnosti, umetnost je slikarev odbrambeni mehanizam i sredstvo da se sa surovom realnošću izade na kraj. To nije neka potreba za spoljnim estetizovanjem već dramatičan čin unutrašnje borbe koja biva ospoljena na platnu. "Umjetnost, ako želi da izrazi jednu stranu života, doživljaj, ne samo onaj optički nego i onaj psihički..." (P.Lubarda). Za vreme ograničene šetnje u logoru, zaboravio je kada se treba vratiti, zagledao se preko žica "...u neko cvijeće, i neku šumicu I tako nešto razmišlja, ili bolje reći gledao i ne razmišlja ništa..." kada ga je spazio logorski čuvan obratio mu se na njemačkom na šta je Petar odmahnuo rukom te se razbjesnio. Za takav incident se u logoru lako mogla izgubiti glava. Analizom drugih Lubardinih dnevnih sanjarenja uvidamo motive koji u kasnijoj fazi zauzimaju dominantno mesto, fantazije prirode te unutrašnja borba i etičke dileme. Sekundarnom revizijom primarnih emocionalnih konfliktata isti se pomeraju i rešavaju u arabeskima fantazijama prirode.

Pitamo se kojim psihološkim putevima pored slikarskih umeća Lubarda ostvaruje afektivnu komunikativnost i intenzitet doživljaja kod posmatrača? U specifičnoj moći neverbalne komunikacije narelaciji nesvjesno umetnika i nesvjesno pomatrača leži trajnost, bezvremenost snaga poruke. U tom leži večna svežina i intenzitet Lubardibih dela. Traženjem svog specifičnog izraza koji je kulminiralo čuvenim zaokretom

ka slobodnjem asocijativnom slikarstvu Lubarda pronalazi način da eksternalizuje snagu svog unutrašnjeg konflikta, neprestane borbe i da energija unutrašnjeg doživljaja bude vernije prenešena. Tu se traganje i razvoj sopstvenog ličnog i profesionalnog identiteta odvijaju ka slobodnijoj formi koja se postupno uđajava realističnog izraza. „*Za mene je bilo glavno odstraniti sve elemente koji tematski koče, da bi forma i boja bile u prvom planu.*“ Lubarda traži način da ispolji svoje unutrašnje afektivne i idejne vulkane, u èemu nesumljivo uspeva. Obrt iz pedesetih godina predstavlja sraz unutrašnje borbe i težnje da se oslobođi stega i izrazi snaga i težina unutrašnjeg sveta slikara koji je opet poprište sukoba slika i emocija iz prošlosti koje traže svoj izraz i razrešenje.” *To je rvanje sa nevidljivim koje mora postati vidljivo.*“ Tu kreativni proces ima svoje komunikativno ali katarktièko terapijsko dejstvo. Gledalac biva uvuèen u konflikt intenzivnije nego li da je prikaz realistièan. Snaga sukoba kome se prepuštamo omoguæuje prenošenje na unutrašnji svijet posmatraèa dela i otvara moguænost katarze. Lubarda pobuðuje temeljnju zapitanost; šta je to unutrašnji svet i u kakvom je odnosu sa spoljašnjom realnošæu? Nagomilano iskustvo kao

odraz kontakta i konflikata sa spoljnim svetom, složeni talozi odraza spoljašnjeg. Lubardine slike mogu da posluže kao dobra ilustracija I odgovor, kako izgleda taj unutrašnji svet? Slike deponovane u sjeæanju podležu složenim procesima obrade i transformacije, kao i u svetu snova. Dolazi do pomeranja, kondenzacije, sinteze predstava, misli ioseæanja koja se fuzionišu u potpuno novi konstrukt. Uzmimo na primjer poznatu sliku *guslara*. Lubarde se seæa kako je ova predstava iz ranog djetinjstva koja je bila realan doživljaj koji je kasnije transponovana u delo kakodanas vidi-mo. Oko jedne slike kao grozd se kupi mnoštvo drugih ideja koje su praæene razlièitim emotivnim nabojem, kasnija intelektualna elaboracija daje formu i objašnjenje jednom takvom utisku. Lubarda otvara moguænost da mimo optièke realne slike na platno izaðe ovaj nesvesni kontekst koji zapravo prenosi emotivnu poruku snage, krika, tragedije, patosa, dileme, smrtnosti... Tako je Lubarda svojim stilom uspeo da pronaðe izraz koji pomiruje zakone primarnog nesvesnog procesa i vidljivog, svesnog, vizuelnog, a taj njegov hod po granici je njegova specièna snaga izraza po kojoj je prepozнатljiv.



Kosovska bitka / 1953. / kombinovana tehnika/platno / 172,5×190,5 cm /
Battle of Kosovo / 1953. /combined technique /canvas / 172,5×190,5 cm /

A PSYCHOANALYTIC STUDY OF PETAR LAUBARDA'S GENESIS OF CREATIVITY

Srdja Zlopasa

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

Summary

Analysing how psychological factors and biographical data make an impact on the creative process and the creation of a work of art is a demanding and challenging task for many reasons: an abundance of associations emerging from an analysis of biographical data; the necessity to reduce complex psychological processes; an inevitable pitfall of idealisation or excessive criticism of an author and a work of art. The questions are: When is an artist born? When does that first "spark which finds in contact with a stone its way out" appear? Peter Lubarda is an example of how being predestined in early years of life can be a fruitful source of creativity. Our place of origin is not just a geographical point. It is a complex amalgam of repressed memories, personalities, emotions, images, colours, scenes, sounds and voices, fragments of conceptions and a lot more. People differ from one another also according to what kind of a stand they take on their place of origin. Some deny their attachment, whereas others remain trapped within the local. However, there are a few of those who manage to process their initial and crucial impressions from the earliest period of their lives creatively. Lubarda undoubtedly belongs to the last group. *"That vision of childhood always remains, that mark ... An artist always returns to his roots. He goes back to his place of origin because he is drawn by it. That world of childhood, those ethics, colour the essence of things."* Lubarda keeps going back to his homeland in a least physical way; it was spiritual, especially in the latter most significant phase of his creative work. Psychological regression to those previous life stages which belong to the past brings up the issue of the aforementioned complex psychological phenomenon. Lubarda had the need for an intensive visual, artistic and emotional communication with his initial visions of the landscape in which he had spent his early years growing up. Communication with the past is a kind of going back or regression. The process of creating involves a dynamic fluctuation of conscious and unconscious processes. When it is channelled and has even a vague target conception, regression allows those unconscious contents to come out to the

surface. What would be the relevance, distinctiveness and role of those regressive elements in Lubarda's creative work? First of all, his need to go back is for the purpose of processing and restructuring the past, and not for the purpose of reproducing simply what he had harboured as a memory. It is a well-known fact that a great number of his paintings from the most famous artistic period represent the Karst in Montenegro. To start with, here we notice repetitiveness of a subject. And this fact reveals subjective importance of that subject for the author. Furthermore, repetitiveness indicates his attachment and compulsion to go back, with the aim of processing his principal personal givens. Imagine how much time Lubarda had to spend painting the Krast and to face this repetitive subject of his. Here, of course, the objective chronological timeline does not coincide with his subjective psychological time. During the process of creating, the subjective time takes primacy. Therefore, the length of facing the subject one is working on takes on aspects of the unconscious which is unfamiliar with the passage of time. "*At the core of life, time is immeasurable.*" Contents of the unconscious live as long as their "owner" is alive. "*You know, if you observe carefully who is doing what, it is still a wall, a stone. Always in form of a record entry.*" (P. Lubarda, 1968).

Key words: psychobiography, Petar Lubarda, psychoanalysis, creativity

Literatura

1. Kuća Legata. Legat Petra Lubarde. Beograd. 2014.
2. Frojd S. Antropološki ogledi. Str 419. Prosveta, Beograd. 2005.
3. Frojd S. Antropološki ogledi. Str 353. Prosveta, Beograd. 2005.
4. Njegoš P.P Gorski vijenac. Čigoja, Beograd. 2001.
5. Doner Vera rođ.Lubarda. Video snimak za potrebe Legata Petra Lubarde, 2014.
6. Zlopaša S. Snovi, sjećanja i fantazije u filmovima Federika Felinija. Engrami 2010; 32 (1-2): 51-58.
7. Perović O. "Petar Lubarda 1907-1974" Galerija Todorović 2004
8. Zlopaša S.. On regression-many faces of one phenomenon. Engrami 2011: 33 (2): 73-84.
9. Živković S. "Lubarda Petar" Radionica duše, Beograd 2004.
10. Brajović A. "Slika i misao Petra Lubarde" Zvonik, Beograd, 2001

PREGABALIN U TERAPIJI PACIJENATA SA GENERALIZOVANIM ANKSIOZnim POREMEĆAJEM – PILOT ISTRAŽIVANJE: PRIKAZ SERIJE PACIJENATA

Milan Latas ^{1,2}

Suzana Perović ³

Vladimir Janjić ⁴

Branislav Radmanović ⁴

UDK: 616.89-008.454-02:616.24-008

- 1 Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija
- 2 Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija
- 3 Savetovalište za mentalno zdravlje Kragujevac, Srbija
- 4 Klinika za psihijatriju KC Kragujevac, Fakultet medicinskih nauka, Kragujevac, Srbija

Rad je prikazan kao poster prezentacija na XIII Kongresu Udruženja psihijatara Srbije

Kratak sadržaj

Uvod: Efikasnost pregabalinu kod pacijenata sa generalizovanim anksioznim poremećajem (GAP) prikazana je u nekoliko kontrolisanih kliničkih studija ali nedostaju podaci iz rutinske kliničke prakse. Cilj ovog rada je da ukaže na uspešnost terapije pregabalinom kod pacijenata sa GAP u svakodnevnoj kliničkoj praksi. **METHOD:** Prikaz serije pacijenata sa dijagnozom GAP koji su lečeni pregabalinom. Uzorak su činili pacijenti Savetovališta za mentalno zdravlje u Kragujevcu. Uzorak je formiran u periodu od 2014. do juna 2016. godine. Uzorak je obuhvatio je 57 pacijenata sa dijagnozom GAP i svi su bili tretirani pregabalinom. Njih 14 (24.6%) je, pored toga, bilo tretirano i nekim antidepresivom. Intenzitet simptoma GAP ispitivan je GAD-7 skalom procene pre početka terapije i na kontrolnom pregledu nakon mesec dana. Ova skala procenjuje 7 osnovnih dimenzija GAP a ukupan skor ukazuje na intenzitet simptoma GAP.

Rezultati: Aritmetička sredina vrednosti ukupnog skora GAD-7 skale na početku tretmana bila je 16,46 poena ($SD=3,17$) u rasponu od 10 do 21 poena. Aritmetička sredina vrednosti ukupnog skora GAD-7 skale na kontrolnom pregledu nakon mesec dana bila je 8,71 ($SD=4,03$) poena, u rasponu od 3 do 18 poena. T-test za vezani uzorak ($t=23,13$) ukazuje na statističku značajnost razlika između GAD-7 skorova u dva vremena ($p<0,001$). Razlika skorova nije u korelaciji sa skorom GAD-7 na početku lečenja i konkomitantnom primenom antidepresiva ($p>0,05$). **ZAKLJUČAK:** Pregabalin se pokazao kao uspešan lek u smanjivanju ukupnog skora GAD-7 skale kod pacijenata sa GAP te se na osnovu toga može zaključiti da je uspešan lek za terapiju pacijenata sa GAP.

Ključne reči: Anksioznost, pregabalin, generalizovani anksiozni poremećaj, farmakoterapija

UVOD

Generalizovani anksiozni poremećaj karakteriše stanje intenzivne i dugotrajne anksioznosti koja se manifestuje patološkom brigom, strepjom, iščekivanjem negativnog događaja, s jedne strane, i uznemirenošću i napetošću, s druge strane [1,2]. Dakle, prvi element psihopatologije generalizovanog anksioznog poremećaja je pojava brige/anksijsnosti oko problema svakodnevnog života. Drugi osnovni element psihopatologije koji karakteriše ovaj poremećaj je stanje intenzivne napetosti i uznemirenosti pri čemu se javljaju somatski simptomi anksioznosti. Sve ovo za obolelog predstavlja značajnu tegobu i uzrokuje probleme u svakodnevnom funkcionalisanju.

Generalizovani anksiozni poremećaj se vrlo često sreće, kako u opštoj tako i u kliničkoj populaciji, a smatra se da je jedan od najučestalijih anksioznih poremećaja. Istraživanja ukazuju da se prevalenca generalizovanog anksioznog poremećaja u opštoj populaciji kreće u rasponu od 3% do 6%, a da je godišnja prevalenca generalizovanog anksioznog poremećaja u rasponu od 1% do 4% [3,4].

Cilj terapije pacijenata sa generalizovanim anksioznim poremećajem je da se uklone svi znaci i simptomi osnovnog poremećaja (pre svega simptomi brige i simptomi napetosti) ali i svi znaci i simptomi komorbidnih poremećaja (pre svega depresije). Zbog toge postoji preporuka je da se pacijentima sa generalizovanim anksioznim poremećajem za početak lečenja odredi terapija koja je pokazala

efikasnost, a nema neželjena dejstva koja mogu da kompromituju tretman [5,6]. Pored toga, treba da se obrati pažnja na eventualno postojanje komorbidih obojenja (pre svega depresije), ali i na praktične aspekte – kao što su iskustva sa terapijom, dostupnost terapije i lekara za buduće kontrole, ekonomske mogućnosti pacijenta, preference samog pacijenta i slično.

Što se tiče farmakoterapije, na osnovu kliničkog iskustva i na osnovu rezultata kliničkih studija, a na bazi potvrđene efikasnosti i najbenignijeg profila neželjenih dejstava, preporuka je da se pacijenti sa generalizovanim anksioznim poremećajem tretiraju nekim lekom iz grupe SSRI antidepresiva (citalopram, escitalopram, fluoksetin, paroksetin, sertralin), nekim lekom iz grupe SNRI antidepresiva (duloksetin ili venlafaksin) ili pregabalinom, ukoliko ne postoje simptomi komorbidne depresije [5,6,7].

Pregabalin se pokazao kao izuzetno efikasan lek u terapiji pacijenata sa generalizovanim anksioznim poremećajem. Kliničke studije ukazuju da je efikasan i u uklanjanju kognitivnih i somatskih simptoma anksiznosti, a da mu je efikasnost uporediva sa efikasnošću benzodiazepina i antidepresiva [8,9,10,11,12]. Dobre osobine su mu to što ima blage sporedne efekte koje pacijenti lako podnose i to što može uspešno i sigurno da se kombinuje sa drugim lekovima koji se koriste kod pacijenata sa generalizovanim anksioznim poremećajem [13].

Efikasnost pregabalina kod pacijenata sa generalizovanim anksioznim poremećajem prikazana je u više kontrolisanih

kliničkih studija [8,9,10] ali nedostaju podaci o njegovoj efikasnosti i podnošljivosti iz rutinske kliničke prakse. Nai-me, jasno da se na osnovu kontrolisanih kliničkih studija ovaj lek pozicionirao u prvu liniju tretmana za pacijente sa generalizovanim anksioznim poremećajem ali se postavlja pitanje o korisnosti ovog leka u svakodnevnom kliničkom radu. Zbog toga je cilj ovog rada da ukaže na uspešnost terapije pregabalinom kod pacijenata sa generalizovanim anksioznim poremećajem u rutinskoj kliničkoj praksi.

METOD

Istraživanje je koncipirano kao pilot studija prikaza serije pacijenata sa dijagnozom generalizovanog anksioznog poremećaja koji su bili lečeni pregabalinom.

Uzorak istraživanja su činili pacijenti Savetovališta za mentalno zdravlje u Kragujevcu. Savetovalište za mentalno zdravlje se nalazi u okviru Doma zdravlja Kragujevac i bavi se promocijom mentalnog zdravlja i prevencijom mentalnih poremećaja ali i lečenjem i praćenjem pacijenata sa problemima mentalnog zdravlja. Pacijenti se u Savetovalište javljaju samovoljno ili po upitu lekara opšte medicine.

Uzorak istraživanja je formiran U Savetovalištu u periodu od 2014. do juna 2016. godine. U tom periodu bilo je lečeno ukupno 282 pacijenata. Istraživački uzorak je obuhvatio pacijente Savetovališta koji su imali dijagnozu generalizovanog anksioznog poremećaja (koja je postavljena na osnovu kriterijuma

MKB 10 klasifikacije) i koji su, na osnovu kliničke slike, bili tretirani pregbalinom. Protokol za primenu pregabalina podrazumevao je uključenje ovog leka u početnoj dozi od 75 mg dnevno, u večernjoj porciji. Nakon toga, usledilo je povećanje doze na 150 mg dnevno, podeljeno u dve porcije – ujutro i uveče, na prvoj kontroli nakon 7 dana od inicijacije tretmana. U slučaju postojanja klinički značajnih simptoma depresije pacijentima je bio uključen i neki antidepresiv iz grupe SSRI antidepresiva. Svi ispitanici su potpisali informisani pristanak za učešće u istraživanju nakon što im je objašnjena njegova svrha i način sprovođenja.

Praćenje efikasnosti lečenja podrazumevalo je prečenje promene skora na GAD-7 upitniku procene pre početka terapije i na kontrolnom pregledu nakon mesec dana. GAD-7 (puno ime instrumenta je *Generalized Anxiety Disorder-7*) je upitnik za samoprocenu intenziteta simptoma generalizovanog anksioznog poremećaja [14]. Sastoji se od sedam izjava koje se odnose na osnovne simptome poremećaja (na primer: *Previše brinem o različitim stvarima*). Zadatak ispitanika je da odgovori koliko je neki od navedenih simptoma bio prisutan tokom poslednje dve nedelje. Odgovori se daju na Likertovoj skali od 0 (*uošte ne*) do 3 (*skoro svaki dan*). Ukupan skor sa upitnika ukazuje na intenzitet simptoma generalizovanog anksioznog poremećaja. Rezultati su podeljeni u četiri kategorije na osnovu intenziteta simptoma anksioznosti. Skor od 0 do 4 ukazuje na minimalni nivo anksioznosti, skor od 5 do 9 na blagi, skor od 10 do 14 na ume-

reni, a skor od 15 do 21 na visok intenzitet simptoma anksioznosti. GAD-7 se pokazao kao senzitivan upitnik za procenu postojanja i intenziteta generalizovanog anksioznog poremećaja [15].

REZULTATI

Demografski podaci uzorka. Uzorak istraživanja obuhvatio je 57 pacijenata. Prosečna starost uzorka je bila 38,02 ($SD=12,12$) godina u rasponu od 19 do 65 godina. Struktura po polu ukazuje da je bilo 18 (31,6%) muškaraca i 39 (68,4%) žena. Pored pregabalina, 14 (24,6%) pacijenata je primalo i neki anti-depresiv iz grupe SSRI: 5 (9%) pacijenata sertralin, 5 (9%) pacijenta escitalopram, 3 (5%) pacijenata paroksetin i 1 (3%) pacijenat citalopram, sve u standardnim terapijskim dozama.

Početne vrednosti: Aritmetička sredina vrednosti ukupnog skora GAD-7 skale na početku tretmana bila je 16,46 poena ($SD=3,17$) u rasponu od 10 do 21 poena. Dvadeset (35,1%) pacijenata je imalo skorove od 10 do 14 poena a 37 (64,9%) pacijenata je imalo skorove od 15 do 21 poena. Nije bilo pacijenata sa skorovima ispod 10 poena.

Efekat tretmana: Na kontrolnom pregledu nakon mesec dana, aritmetička sredina vrednosti ukupnog skora GAD-7 skale je bila 8,71 ($SD=4,03$) poena, u rasponu od 3 do 18 poena. Šest (10,6%) pacijenata je imalo skorove do 4 poena a 29 (53,9%) pacijenata je imalo skorove od 5 do 9 poena. Četrnaest (24,6,1%) pacijenata je imalo skorove od 10 do 14 poena a 8 (14,1%) pacijenata je imalo skorove od 15 do 21 poen.

Kod svih pacijenata, pojedinačno, došlo je do umanjenja ukupnog skora GAD-7 a aritmetička sredina razlike skorova je 7,74 ($SD=2,52$) poena, u rasponu od 3 do 15 poena. T-test za vezani uzorak ($t=23,13$; $df=56$) ukazuje na statističku značajnost razlika između GAD-7 skorova u dva vremena ($p<0,001$). Aritmetička sredina procenta umanjenja skora GAD-7 upitnika sa početka terapije u odnosu na kontrolni pregled iznosila je 51,34% ($SD=16,56$) u rangu od 20,00% do 85,71%, sa vrednošću mediane=50% i moda=50%.

Razlika GAD-7 skorova sa početka terapije i nakon mesec dana terapije nije u korelaciji sa skorom GAD-7 na početku lečenja (koeficijent korelacije=0,013; $p=0,923$) i konkomitantnom primenom antidepresiva (koeficijent korelacije=-0,184; $p=0,170$). Postoji statistički značajna korelacija između varijabli. Ukupan skor GAD-7 na početku tretmana i primena antidepresiva (koeficijent korelacije=0,423; $p=0,001$).

Najčešći sporedni (neželjeni) efekti koji su sejavljaju tokom tretmana su bili mučnina – kod 7 (12%) pacijenata, osećaj vrtoglavice – kod 6 (10%) pacijenata i glavobolja – kod 3 (5%) pacijenta. Ni jedan pacijent nije prekinuo lečenje zbog navedenih efekata koji su sejavljali tokom tretmana.

DISKUSIJA

Rezultati prikazanog pilot istraživanja ukazuju da je pregabalin bio uspešan lek u umanjenju ukupnog skora GAD-7 upitnika koji se koristi za procenu intenziteta simptoma generalizovanog an-

ksioznog poremećaja ispitivanih pacijenata. Ovi rezultati, dalje, ukazuju da je pregabalin bio uspešan u početnom lečenju pacijenata sa generalizovanim anksioznim poremećajem. Na ovo ukazuje statistički značajno umanjenje skorova. Pored toga, na ovo ukazuje i značajno manji apsolutni broj pacijenata koji je nakon prvih mesec dana lečenja imao GAD-7 skorove veće od 10 (umereni intenzitet simptoma anksioznosti), odnosno 15 poena (visok intenzitet simptoma anksioznosti), tj značajno veći broj pacijenata čiji su skorovi nakon mesec dana lečenja ukazivali na minimalni ili blagi nivo anksioznosti.

Rezultate efekata pregabalina u umanjenju skorova treba razmatrati i u sklopu razlike skorova sa početka tretmana i nakon mesec dana lečenja a koji nisu bili povezani sa efektima konkomitatne primene antidepresiva i većeg intenziteta simptoma s početka lečenja. I ovi rezultati ukazuju na pozitivne efekte pregabalina. Ova razlika skorova od oko 50% umanjenja ukazuje na značajne efekte lečenja pregabalinom u ovom uzorku pacijenata.

Ukoliko se porede rezultati prikazane studije sa rezultatima publikovanih kontrolisanih – duplo slepih, randomizovanih, multicentričnih kliničkih studija koje ispitivale efikasnost pregabalina kod pacijenata sa generalizovanim anksioznim poremećajem uočava se da postoje značajne sličnosti. Naime, u većini navedenih studija došlo je do komparabilnog umanjenja skora na primenjenim instrumentima za procenu kliničkog stanja pacijenata [11,12,16]. Međutim, problem ovakvog tumačenja

rezultata je u tome što, do sada nije bilo publikovanih studija koje su ispitivale efikasnost pregabalina a da je u metodologiji procene stanja kod pacijenata prikazano u našem uzorku korišćen GAD-7 upitnik. Ipak, i ovakva vrsta komparacije, obzirom da je reč o instrumentima koji procenjuju istu psihopatologiju, može da ukaže na efikasnost pregabalina.

U razmatranju pojave neželjenih efekata, treba da se kaže da oni nisu doveli do prekida terapije ni kod jednog pacijenata a bili su blagog i umerenog intenziteta, slično kao i u drugim studijama [17].

Ipak, u tumačenju rezultata ovog istraživanja treba biti oprezan jer ono ima neka metodološka ograničenja. Između ostalog, uzorak je sastavljen od heterogene grupe pacijenata. Dalje, u okviru praćenja efekata tretmana nisu uzete u obzir mnoge važne kliničke varijable, na primer, intenzitet simptoma komorbidnih poremećaja, trajanje poremećaja, stepen disfunkcionalnosti i drugi elementi. Pored toga, neki ali ne svi pacijenti su bili uporedo lečeni i antidepresivima, što je, svakako moglo da utiče na rezultat istraživanja. Dalje, u okиру istraživanja nije postojala kontrolna grupa ispitanika (tretirana nekom drugom terapijom ili placeboom) što bi moglo da olakša tumečenje rezultata. Na kraju, efekti tretmana su posmatrani samo kroz prizmu jednog upitnika ali ne i drugih elemenata koji mogu da pomognu u proceni efikasnosti tretmana.

S druge strane, prednosti ovakve vrste istraživanja se odnose, pre svega, na način formiranja uzorka. U ovom

slučaju uzorak su činili pacijenti koji su konsekutivno dolazili na lečenje zbog postojanja generalizovanog anksioznog poremećaja, uključujući i sve komorbidne poremećaje. Dakle, pacijenti koji se najčešće viđaju u praksi. Za razliku od ovog načina formiranja uzorka, u kontrolisanim kliničkim studijama se izabaruju pacijenti sa „čistim“ poremećajima, bez komorbiditeta, koji se retko viđaju u kliničkoj praksi.

ZAKLJUČAK

Rezultati prikazanog preliminarnog pilot, istraživanja ukazuju da se pregabalin pokazao kao uspešan lek u smanjivanju ukupnog skora GAD-7 skale kod pacijenata sa generalizovanim anksioznim poremećajem. Na osnovu

toga se može zaključiti da je pregabalin uspešan lek za terapiju pacijenata sa generalizovanim anksioznim poremećajem u početnom periodu lečenja. Značaj rezultata ovog istraživanja je, pre svega, u tome što je ono urađeno u uslovima rutinske kliničke prakse, na uzorku pacijenata koji se svakodnevno viđaju u psihijatrijskim ambulatama. Ipak, da bi se doneo konačna potvrda o pregabalinu, kao uspešnom leku za lečenje pacijenata sa generalizovanim anksioznim poremećajem, potrebno je dalje dugotrajno praćenje ovih pacijenata uz uključivanje kontrolne grupe ispitanika, kao i ostalih varijabli koje se odnose, između ostalog, na postojanje sporednih efekata lek, simptome komorbidnih poremećaja i na druge elemente terapije pacijenata.

USE OF PREGABALIN FOR THERAPY OF PATIENTS WITH GENERALISED ANXIETY DISORDER – PILOT INVESTIGATION REVIEW OF CASE STUDIES

Milan Latas ^{1,2}

Suzana Perović ³

Vladimir Janjić ⁴

Branislav Radmanović ⁴

Abstract

Background: The efficacy of pregabalin in patients with generalized anxiety disorder (GAD) is shown in several controlled clinical studies but there is a lack of studies of pregabalin efficacy in routine clinical practice. The aim of this paper is to show the effectiveness of pregabalin therapy in GAD patients in everyday clinical practice. **METHOD:** Case serial of consecutive patients with diagnosis of GAD who were treated with pregabalin. The sample comprised of patients from Counseling center for mental health in Kragujevac who were treated from 2014 to 2016. The sample consisted of 57 patients. They have had diagnosis of GAD and all of them were treated with pregabalin. 14 (24.6%) patients were treated with SSRI antidepressants, also. Clinical severity was assessed with GAD-7 inventory before the treatment and one month after the beginning of it. GAD-7 assess 7 main dimensions of GAD. The overall score of the GAD-7 indicate the severity of GAD. **RESULTS:** The main score of GAD-7 before the treatment was 16,46 ($SD=3,17$) in the range from 10 to 21. The main score of GAD-7 after one month of treatment was 8,71 ($SD=4,03$) in the range from 3 to 18. The main value of the differences from the beginning of treatment and after the one month of treatment was 7,74 ($SD=2,52$) in the range from 3 to 15. T-test for the paired sample ($t=23,13$) shows the statically significant difference ($p<0,001$). The differences of the scores was not correlated with GAD-7 score on the beginning of treatment and concomitant antidepressant treatment ($p>0,05$). **CONCLUSION:** Pregabalin was shown as an efficient medicine in the treatment of patients with GAD.

Key words: Anxiety, pregabalin, generalized anxiety disorder, pharmacotherapy

Izjava o konfliktu interesa autora: Milan Latas, Vladimir Janjić i Branislav Radmanović su oržali više honorisanih predavanja za kompanije Actavis i Pfizer a Suzana Perović je oržala honorisana predavanja za kompaniju Pfizer.

Literatura

- 1 Međunarodna klasifikacija bolesti – 10. revizija. Beograd: Savremena administracija; 1996.
- 2 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
- 3 Wittchen HU. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety* 2002; 16:162–71.
- 4 Kessler RC, Keller MB, Wittchen HU. The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2001; 24(1):19-39.
- 5 Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, post-traumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry* 2014; 14 (Suppl. 1).
- 6 Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2014; 28:403–39.
- 7 Klinički centar Srbije. Klinički algoritmi. Beograd; 2010.
- 8 Montgomery SA, Tobias K, Zornberg GL, Kasper S, Pande AC. Efficacy and safety of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: a 6-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled comparison of pregabalin and venlafaxine. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:771-82.
- 9 Kasper S, Herman B, Nivoli G, Van Ameringen M, Petralia A, Mandel FS, Baldinetti F, Bandelow B. Efficacy of pregabalin and venlafaxine-XR in generalized anxiety disorder: results of a double-blind, placebo-controlled 8-week trial. *Int Clin Psychopharmacol* 2009; 24:87-96.
- 10 Lydiard RB, Rickels K, Herman B, Feltner DE. Comparative efficacy of pregabalin and benzodiazepines in treating the psychic and somatic symptoms of generalized anxiety disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2010; 13:229-41.
- 11 Rickels K, Pollack MH, Feltner DE, Lydiard RB, Zimbroff DL, Bielski RJ, Tobias K, Brock JD, Zornberg GL, Pande AC. Pregabalin for treatment of generalized anxiety disorder: a 4-week, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial of pregabalin and alprazolam. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62(9):1022-30.
- 12 Feltner DE, Crockatt JG, Dubovsky SJ, Cohn CK, Shrivastava RK, Targum SD, Liu-Dumaw M, Carter CM, Pande AC. A randomized, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose, multicenter study of pregabalin in patients with generalized anxiety disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2003; 23(3):240-9.
- 13 Latas M, Janjić V, Milovanović S. The use of Pregabalin in the treatment of patients with generalized anxiety disorder. *Engrami*. 2013; 35(1-2): 73-80.
- 14 Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006; 166(10):1092-7.
- 15 Löwe B, Decker O, Müller S, Brähler E, Schellberg D, Herzog W, Herzberg PY. Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Med Care*. 2008; 46(3):266–74.
- 16 Baldwin DS, Schweizer E, Xu Y, Lyndon G. Does early improvement predict endpoint response in patients with generalized anxiety disorder (GAD) treated with pregabalin or venlafaxine XR? *Eur Neuropsychopharmacol*. 2012; 22(2):137-42.
- 17 Cvjetkovic-Bosnjak M, Soldatovic-Stajic B, Babovic S, Boskovic K, Jovicevic M. Pregabalin versus sertraline in generalized anxiety disorder. An open label study. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2015; 19(11):2120-4.

Milan Latas
Klinika za psihiatriju KCS
Pasterova 2, Beograd
Tel: +381 11 366 2090
Fax: + 381 11 2645 543
e-mail: latasm@eunet.rs

Prof. Dr Josif Vesel



Dozvolite da Vam u nekoliko sledećih redova evociram uspomene na našeg dragog Profesora dr Josifa Vesela, kao saradnica koja je provela veliki deo svoje profesionalne aktivnosti radeći i učeći pod njegovim rukovodstvom, na način na koji je on to činio tokom svog života.

Profesor Vesel je bio jedinstvena osoba, izuzetno vezan za profesiju, odličan pedagog, psihijatar, humanista, literata, obrazovan u svakom smislu, tako da rad i delo koje je ostalo iza njega zaslужuju veliko poštovanje i divljenje. Najbolji opis njegovog dela su njegovi djaci, studenti, lekari, psihijatri, forenzičari, a pisac ovih redova je u deo svoje profesionalnosti, pedagogije i kompletne karijere na neki način ugradio sve ono što je naučeno od profesora Vesela, njegovih čuvenih "clinique lessons", utorkom popodne, kada je kroz prikaze slučajeva i njemu svojstvenih komentara učio generacije kako prepoznati mentalno oboljenje i kako najbolje lečiti. No to nisu bili suvoparni ča-

sovi, to su bile lekcije o životu, kako se suočiti sa preprekama, kako ih prevazići, a pri tome ostati netaknut, ili bolje reći suočiti se sa stresogenim faktorima bez velikih posledica. Umeo je kod svakog od nas da prepozna dobre osobine, i taj aspekt ličnosti je uvek forsirao. Nikada ni za koga nije rekao ružnu reč, niti je bio podložan diskusijama o privatnim stvarima, čudilo je njegovo nepokazivanje ljubomore zavisti, tako svojstvene osobama koje su u stalnim kompetitivnim odnosima. Uvek i u svakom trenutku je imao pravu reč i svi smo očekivali, kada se pojavi neki problem, da svojom izrazitom rečitošću i posebnom diplomatskom sve razreši, što se veoma često i dešavalo. Malo je reči kojima bi se moglo opisati njegovo fantastično umeće da razreši aktuelni problem bilo sa pacijentom, osobljem ili trivijalnim dogadjanjima na odeljenju. Pišući ove redove, setih se jednog nemilog dogadjaja, zapravo sastanka koji nije bio uspešan za mene, ne želeći da me povredi i znajući

koliko mi je taj dogadjaj značio, profesor je ponudio alternativno rešenje, da bi me uteslio. Znala sam o čemu je reč, ali njegov pristup koji je bio krajnje human često sam kasnije, koristila u prilikama u kojima sam bila kao rukovodilac ustanove. Na tome sam mu večno zahvalna. Retko je govorio o svom životu detinjstvu i mladosti, zapravo detalje sam čula tek kada je dao intervju na televiziji 2012 godine. Ni tada nije svoju veliku bol, gubitak kompletne porodice, strahote logora i holokausta, iskazao na patetičan način, bio je dostojanstven i gospodin kao i uvek do tada. Izuzetno je bio vezan za svoju suprugu, takodje koleginicu psihijatra, taštu o kojoj je najlepše i sa velikim poštovanjem uvek govorio, a posebno mesto je zauzimala njegova nećaka, na čiju inicijativu nastaju ovi redovi. Profesor Vesel je bio strog profesor, ali i veoma pravičan, niko nije dobijao ono što nije zaslужio. Na jedan moj komentar zašto nije preporučio moj rad za prezentaciju na nekom kongresu, odgovorio mi je da će biti vremena za to, jer ukoliko učini nešto što u datom trenutku nije primereno, svaki put kada ga se setim u budućnosti imaće negativan stav, zapravo videću sve one slabosti koje projektujem na njega, a zapravo su moje i time bi on izgubio saradnika i dobio potencijalnog neprijatelja. Koliko je ovom rečenicom profesor bio u pravu, uverila sam se mnogo puta u toku moje profesionalne aktivnosti. Profesor Vesel je bio jedan od najtraženijih konsulтанata, u drugim medicinskim disciplinama, što nije bio čest slučaj, jer su lekari uglavnom zazirali od psihijatrije i psihijatara, te je bio i pobornik osnivanja psihosomatike u našoj psihijatriji i mentor u mnogim magisterskim i doktorskim tezama koje su se bavile ovom problematikom. Poglavlje, u knjizi Profesora dr Dušana Djurića "Osnovi neuroendokrinologije" na ovu temu, a knjiga je bila kandidat za Oktobarsku nagradu Beograda, spada u često citirana dela. Njegovo poznavanje i bavljenje bolestima zavisnosti,

posebno alkoholizmom pripada oblasti koje je znatno, svojim radom, unapredio profesor Vesel. Takodje, bio je jedan od najistaknutijih suicidologa u bivšoj Jugoslaviji, veoma cenjen i osnivač suicidološke sekcije SLD-a. Njegov udžbenik "Medicinska psihologija sa psihopatologijom", ostao je do danas neprevaziđen i jednako aktuelan i primenjiv kada je i napisan. Ne mogu a da ne spomenem da je Profesor bio veliki poznavac literature, uvek je dolazio sa novim saznanjima iz nedavno pročitane knjige. Specijalizanti su morali da čitaju ponovo dela Dostojevskog, Henri Milera, pa i Eriku Jong, čiju poznatu knjigu "Strah od letenja" je medju nama prvi pročitao profesor. Voleo je da komentariše, razmenjuje utiske i da nas upućuje na one momente iz literature koji su vezani za psihijatrijsku misao. Prvi je objavio analizu čuvenog filma "Let iznad kukavičjeg gnezda", a bio je i veliki poznavac i ljubitelj dobrih filmskih ostvarenja. Voleo je da polemiše i vodi duge razgovore sa našim poznatim piscima i javnim ličnostima, tako da je bio omiljen medju njima. Prečizan, ne sećam se da je ikada zakasnio na posao ili neki sastanak, izuzetno pendantan, uvek prikladno i elegantno odevan izazivao je divljenje i poštovanje. Takav je bio naš profesor Vesel, kakvog ga se sećam, van biografskih i bibliografskih podataka, a ostaće upamćen kao veliki erudit, pedagog, humanista i veliki inovator u psihijatrijskoj misli i kao što rekoh na početku jedinstven i neponovljiv u svakom smislu ovih reči. Neka mu je večna slava i hvala.

U Beogradu, 02.06.2016.

*dr Miroslava Jašović-Gašić,
neropsihijatar
Profesor Medicinskog fakulteta
Univerziteta u Beogradu (u penziji)*

UPUTSTVO AUTORIMA

ENGRAMI su časopis za kliničku psihijatriju, psihologiju i granične discipline. ENGRAMI se izdaju kroz 2 sveske godišnje. Časopis objavljuje: originalne radove, saopštenja, prikaze bolesnika, pregledе iz literature, radove iz istorije medicine, radove za praksu, izveštaje s kongresa i stručnih sastanaka, stručne vesti, prikaze knjiga i dopise za rubrike Sećanje, In memoriam i Promemoria, kao i komentare i pisma Uredništvu u vezi s objavljenim radovima.

Prispeli rukopis Uređivački odbor šalje recenzentima radi stručne procene (period recenzije 4-8 nedelja). 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, najkasnije u periodu od dve nedelje. 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.

Radovi se štampaju na srpskom ili engleskom jeziku, sa naslovnom stranom i kratkim sadržajem na obe jeziku.

DOBRA NAUČNA PRAKSA

Podnošenje rukopisa podrazumeva: da rukopis nije objavljen ranije (osim u obliku apstrakta ili kao deo objavljenog predavanja ili teze); da nije u razmatranju za objavljivanje u drugom časopisu; da je autor(i) u potpunosti odgovoran za naučni sadržaj rada; da je objavljivanje odobreno od strane svih ko-autora, ako ih ima, kao i od strane nadležnih organa ustanove u okviru koje je istraživanje sprovedeno.

Kao uslov za razmatranje za objavljivanja, potrebna je registracija kliničkih ispitanja u javnom registru kliničkih studija za odredjena istraživanja koja svojim dizajnom to zahtevaju. Kliničko ispitanje je definisano od strane Međunarodnog komiteta urednika medicinskih časopisa (u skladu sa definici-

jom Svetske zdravstvene organizacije) kao i bilo koji istraživački projekat koji dodeljuje, učesniku ili grupi učesnika, jednu ili više intervencija u cilju procene zdravstvenog ishoda. Za više informacija posetite <http://clinicaltrials.gov/>

Neophodno je da originalni radovi, predati za publikaciju, koji uključuju humanu populaciju, sadrže, u okviru sekcije Materijal i metode, izjavu da je studija odobrena od strane odgovarajućeg etičkog komiteta i time izvedena u skladu sa Helsinškom dekleracijom iz 1995. Takođe je neophodno jasno nvesti da su svi ispitanici uključeni u istraživanje dali svoj informisani pristanak pre uključenja u studiju. Detalje koji bi mogli prekršiti pravilo o anonimnosti subjekata neophodno je izbeći.

Eksperimenti koji uključuju životinje takođe moraju biti spроведeni u skladu sa lokalnim važećim etičkim odredbama o pravima životinja i sadržati izjavu da su prilikom istraživanja ispoštovani principi laboratorijske nege životinja (NIH publikacija broj 86-23, revidirana 1985).

Urednici zadržavaju pravo da odbiju rukopise koji nisu u skladu sa gore navedenim uslovima. Autor će biti odgovoran za lažne izjave ili neispunjavanja gore navedenih zahteva.

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 podešiti 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 uza-stopne prazne karaktere (spejslove) 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 elektronski na adresu uredništva: klinikazapsihijatriju@gmail.com.

U slučaju poštanske dostave rukopis rada dosta-viti odštampan jednostrano 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 zagrada-ma – 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,
- u završnom doterivanju verzije rukopisa koji se priprema za štampanje.

Autori treba da prilože opis doprinosa u rukopisu za svakog koautora pojedinačno. Finansiranje, sa-kupljanje 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 do 300 reči.

Za originale radove kratak sadržaj treba da ima sledeću strukturu: uvod, cilj rada, metod rada, rezultati, zaključak. Svaki od navedenih segmenata pisati kao poseban pasus koji počinje boldovanom reči Uvod, Cilj rada, Metod rada, Rezultati, Zaključak.

Navesti najvažnije rezultate (numeričke vrednosti) statističke analize i nivo značajnosti.

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

Predvod na engleski jezik (za radove pisane na srpskom jeziku). Na posebnoj stranici otkucati naslov rada na engleskom jeziku, puna imena i prezimena autora, nazive ustanova na engleskom jeziku i mesto.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Za nazine lekova koristiti prevashodno generička imena.

Skraćenice. Koristiti samo kada je neophodno, i to za veoma dugačke nazine hemijskih jedinjenja, odnosno nazine koji su kao skraćenice već prepoznatljivi.

vi (standardne skraćenice, kao npr. DNK). Za svaku skraćenicu pun termin treba navesti pri prvom navođenju u tekstu, sem ako nije standardna jedinica mere. Ne koristiti skraćenice u naslovu. Izbegavati korišćenje skraćenica u kratkom sadržaju, ali ako su neophodne, svaku skraćenicu ponovo objasniti pri prvom navođenju u tekstu.

Obim rukopisa. Celokupni rukopis rada – koji čine naslovna strana, kratak sadržaj, tekst rada, spisak literature, svi prilozi, odnosno potpisi za njih i legenda (tabele, fotografije, grafikoni, sheme, crteži), naslovna strana i kratak sadržaj na engleskom jeziku – mora iznosići za originalni rad, saopštenje i pregled iz literature do 5.000 reči, za prikaz bolesnika do 2.000 reči, za rad iz istorije medicine do 3.000 reči, za rad za praksu do 1.500 reči; radovi za ostale rubrike moraju imati do 1.000 reči.

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

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

Fotografije. Fotografije se označavaju arapskim brojevima po redosledu navođenja u tekstu, sa nazivom na srpskom i engleskom jeziku. Primaju se originalne fotografije (crno-bele ili u boji) ili fotografije drugih autora koje se prenose u originalu ili izmenjenoj verziji i za koje je neophodno dostaviti potvrdu autora da postoji dozvola za objavljivanje. Fotografije snimljene digitalnim fotoaparatom dostaviti na CD i odštampane na papiru, vodeći računa o kvalitetu (oštini) 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 Word-ov dokument, gde se grafikoni ozna-

čavaju 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.

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

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

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

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

Izjava o konfliktu interesa. Neophodno je navesti potencijalni konflikt interesa ukoliko on postoji u slučaju bilo koga od autora rada. Ukoliko nema konflikta interesa, to je takođe potrebno naglasiti.

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

Reference se citiraju prema tzv. vankuverskim pravilima (Vankuverski stil), koja su zasnovana na formatima koja koriste *National Library of Medicine* i *Index Medicus*. Naslove časopisa skraćivati takođe prema načinu koji koristi *Index Medicus* (ne stavljati tačke posle skraćenica!). Za 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, Pelcovitz D, Van der Kolk, Mandel F. Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV field trial for post-traumatic 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.

4. Elektronski dokument dostupan na Internetu:

Irfan A. Protocols for predictable aesthetic dental restorations [Internet]. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2006 [cited 2009 May 21]. Available from: <http://cclsw2.vcc.ca:2048/login?url=http://www.netLibrary.com/urlapi.asp?action=summary>

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

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

Slanje rukopisa. Rukopis rada i svi prilozi uz rad dostavljaju putem sajta engrami.rs ili preko e-majla klinikazapsihijatriju@gmail.com na koje je snimljen identičan tekst koji je i na papiru. Rad se šalje preporučenom pošiljkom na adresu: Institut za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Uredništvo časopisa ENGRAMI, ul. Pasterova 2, 11000 Beograd.

**PSIHIJATRIJA
U
SVETLU
NEURONAUKE**

**PSYCHIATRY
IN THE
SPOTLIGHT OF
NEUROSCIENCE**

**XLIV EDUKATIVNI SIMPOZIJUM
KLINIKE ZA PSIHIJATRIJU KCS**

u saradnji sa

**Udruženjem psihijatara Srbije
Psihijatrijskom sekcijom SLD
Društvom za biološku psihijatriju**

Prvo obaveštenje

Jugoslovensko dramsko pozorište

1-2. novembar 2017.