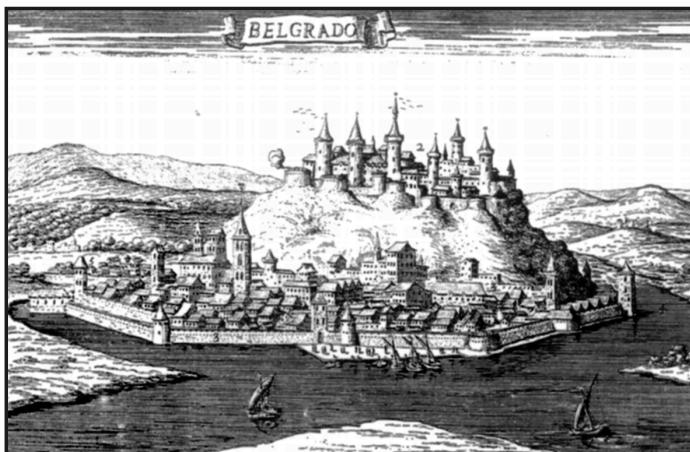


# ENGRAMI

---

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU  
PSIHOLOGIJU  
I GRANIČNE DISCIPLINE

3



Volume 32 Beograd, jul-septembar 2010.

# ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU, PSIHOLOGIJU I GRANIČNE DISCIPLINE

## JOURNAL FOR CLINICAL PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY AND RELATED DISCIPLINES

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

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

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

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

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

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

*Internacionalni redakcioni odbor  
International editorial board*  
U. HALLBREICH (New York)  
D. KOSOVIC (New York)  
D. BLOCH (New York)  
P. GASNER (Budapest)  
N. ŠARTORJUS (Geneve)  
D. ŠVRAKIĆ (St. Louis)  
B. SAMUEL-LAJEUNESSE (Paris)  
G. MILAVIĆ (London)  
V. STARČEVIĆ (Sydney)  
V. FOLNEGOMIĆ-SMALC (Zagreb)  
M. JAKOVLJEVIĆ (Zagreb)  
S. LOGA (Sarajevo)  
J. SIMIĆ-BLAGOVČANIN (Banja Luka)  
Z. STOJOVIĆ (Herceg Novi)  
B. MITRIĆ (Podgorica)  
M. PEKOVIC (Podgorica)  
S. TOMČUK (Kotor)  
A. MIHAJLOVIĆ (Chicago)  
*Sekretar / Secretary*  
GORDANA MARIKOVIC  
*Lektor za engleski jezik*  
NELA BRITVIC  
*Lektor za srpski jezik*  
KATARINA VUKOVIĆ

Časopis ENGRAMI izlazi četiri puta godišnje.

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

### IZDAVAČ / EDITED BY:

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

ADRESA UREDNIŠTVA / ADDRESS OF EDITORIAL BOARD  
ENGRAMI, Klinika za psihijatriju KCS, Pasterova 2, 11 000 Beograd  
E-mail: institutzapsihijatrijukcs@yahoo.com

Časopis ENGRAMI je referisan u SCIndeks bazi (Srpski nacionalni citatni indeks)  
Journal ENGRAMI is listed in SCIndeks (Serbian national citation index)

# SADRŽAJ

## CONTENTS

### ORIGINALNI NAUČNI RADOVI/ORIGINAL ARTICLES

*Snežana Filipović*

GRUPNA PSIHOTERAPIJA MLADIH IZ PORODICA ALKOHOLIČARA I NEKI ASPEKTI RODITELJSTVA .....	5
GROUP PSYCHOTHERAPY OF YOUNG PEOPLE FROM ALCOHOLIC FAMILIES AND SOME ASPECTS OF PARENTING.....	15

*Gavrić Živana, Radmanović-Burgić Marija, Sanelia Burgić*

ZADOVOLJSTVO TELESNIM IZGLEDOM, STAVOVI I NAVIKE U VEZI SA ISHRANOM KOD UČENICA SREDNJIH ŠKOLA U BANJA LUCI .....	19
SATISFACTION WITH BODY IMAGE, ATTITUDES AND NUTRITIONAL HABITS IN SECONDARY SCHOOL STUDENTS IN BANJA LUKA .....	25

*Boris Kordić, Lepa Babić*

TETOVAŽA I PIRSing MEĐU SREDNJOŠKOLCIMA U BEOGRADU.....	27
TATOO AND BODY PIERCING AMONG HIGH SCHOOL TEENS IN BELGRADE...	41

*Tihomir Stojković, Tijana Ralić, Milan Latas*

KVALITET ŽIVOTA STUDENATA MEDICINSKOG FAKULTETA.....	43
QUALITY OF LIFE AMONG MEDICAL STUDENTS .....	50

### REVIJALNI RADOVI/REVIEW ARTICLES

*Valentina Šobot, Svetlana Ivanović- Kovačević, Jasminka Marković,  
Jelena Srđanović- Maraš, Gordana Mišić- Pavkov*

MALOLETNIČKA DELINKVENCIJA.....	53
JUVENILE DELINQUENCY .....	59

*Žana Stanković, Miroslava Jašović-Gašić*

KLINIČKI ZNAČAJ KOMORBIDITETA DEPRESIJE, GOJAZNOSTI I METABOLIČKOG SINDROMA .....	63
CLINICAL SIGNIFICANCE OF COMORBIDITY OF DEPRESSION, OBESITY AND METABOLIC SYNDROME .....	68

<i>Aneta Sandić</i>	
NA PRAGU „VELIKE DEBATE“ I DANAS, 2010?.....	71
AT THE TRESHOLD OF THE „GREAT DEBATE“ TODAY, IN 2010, AS WELL?.....	76
<i>Bogdan Janković, Nada Janković</i>	
HOMICIDIUM .....	79
HOMICIDIUM .....	88
<i>Tatjana Voskresenski, Milan Bešlin, Srđan Milovanović</i>	
ISTORIJAT I RAZVOJ SPECIJALNE PSIHIJATRIJSKE BOLNICE „DR SLAVOLJUB BAKALOVIĆ“ U VRŠCU.....	89
HISTORY AND DEVELOPMENT OF PSYCHIATRIC HOSPITAL „DR SLAVOLJUB BAKALOVIĆ“ IN VRŠAC .....	93
<b><u>PRIKAZ SLUČAJA / CASE VIEW</u></b>	
<i>Jelena Srđanović Maraš, Valentina Šobot, Jasmina Marković, Tijana Telečki</i>	
PORODIČNA TERAPIJA ANOREKSIJE NERVOZE: PRIKAZ SLUČAJA .....	95
FAMILY-BASED TREATMENT OF ANOREXIA NERVOSA: A CASE REPORT .....	99
<b><u>PRIKAZ KNJIGE / BOOK REVIEW</u></b>	
<i>Srđa Zlopaša, Srđan Milovanović</i>	
Petar Bokun: FROJD U KOTORU.....	101
UPUTSTVO AUTORIMA .....	105

# **GRUPNA PSIHOTERAPIJA MLADIH IZ PORODICA ALKOHOLIČARA I NEKI ASPEKTI RODITELJSTVA**

**Snežana Filipović**

UDK: 615:851&c.862:616.89-008.441.3

Institut za mentalno zdravlje,  
Beograd, Srbija

Ovaj rad je deo istraživanja koje je rađeno za doktorsku disertaciju Evaluacija grupne terapije adolescenata iz porodice alkoholičara" - Istraživanje promena socijalno-psihijatrijskih obeležja adolescenata iz porodica alkoholičara tokom grupne terapije - odbranjene januara 2007. na Filozofskom fakultetu u Beogradu.

## **Kratak sadržaj**

**Uvod** Problemi komunikacije između roditelja i dece su značajni u vaspitnom procesu i opštem sazrevanju mladih. Odnosi između roditelja i mladih u porodici alkoholičara su trajno ili povremeno poremećeni i emocionalno opterećujući.

**Cilj rada** Ciljevi rada su da se ispita uticaj grupne psihoterapije mladih iz porodica alkoholičara na odnos roditelji-deca, kako roditelji reaguju na ponašanje koje ne odobravaju i kome se obraćaju mlađi iz alkoholičarskih porodica kada im je potrebna pomoć i podrška.

**Metod** Uzorak od 296 mladih podeljen je na četiri grupe ispitanika: prva grupa su adolescenti iz porodica lečenih alkoholičara koji su bili na grupnoj psihoterapiji (n=36); druga grupa mladih iz porodica lečenih alkoholičara koja nije bila na grupnoj psihoterapiji (n=44); treća grupa su mlađi iz opšte populacije sa alkoholizmom u porodici (n=63) i četvrta grupa su mlađi iz opšte populacije bez alkoholizma u porodici (n=153). Primenjivan je CAST-6 upitnik o alkoholizmu roditelja i socijalno-psihijatrijski list koji ispituje sociodemografska obeležja i ključna pitanja vezana za relacije u porodici.

**Rezultati** istraživanja pokazuju da postoje razlike u reagovanju roditelja iz sve četiri grupe ispitanika nakon grupne psihoterapije mladih. Kada im je potrebna pomoć, mlađi iz opšte populacije se češće obraćaju roditeljima. Mlađi iz porodica alkoholičara obično traže pomoć van porodice. Svi mlađi iz našeg istraživanja najčešće su se obraćali za pomoć majkama. Niko iz uzorka nije tražio pomoć stručnjaka.

**Zaključak** Rezultati istraživanju pokazuju poremećenost relacija na liniji roditelji-deca u porodici alkoholičara i mogućnosti njihovog poboljšanja različitim terapijskim postupcima.

**Ključne reči:** grupna psihoterapija, mlađi, alkoholizam, odnosi u porodici, traženje pomoći

## UVOD

Da su mladi iz porodica alkoholičara na različite načine opterećeni alkoholizmom jednog od roditelja odavno je poznato, mada struka i nauka počinju njima da se bave tek krajem 60-ih godina posle izlaska čuvenog rada Korka (Cork) "The forgotten children" [1]. Smatra se da su dva odlučujuća opšta faktora u razvoju rezilijentnosti mladih iz porodice alkoholičara: 1 - iskustvo uspešnog savladavanja stresogenih situacija i štetnih uticaja iz sredine i 2 - pozitivni odnosi između mladih i roditelja tokom vaspitanja i sazrevanja [2]. U porodici alkoholičara mnoge od funkcija roditelja su ili nestale ili izmenjene, tako da je komunikacija sa mlađima nepotpuna, nedosledna i haotična, понекad zastrašujuća. U takvim uslovima mladi ne uspevaju da razviju pozitivan self-koncept, koji je preduslov uspešne socijalizacije, uključujući i uspeh tokom školanja. Odnosi između roditelja i mladih u porodici alkoholičara su trajno ili povremeno poremećeni i emocionalno opterećujući. [3, 4, 5, 6]. Problemi komunikacije između roditelja i dece u porodici alkoholičara su značajni u vaspitnom procesu kao i opštem sazrevanju adolescenata.

Ranije istraživanje o ponašanju sinova i čerki pokazalo je da su obrasci adolescenceta iz alkoholičarskih porodica neprilagođeni postojećoj interpersonalnoj socijalnoj situaciji, da nemaju spretnosti u komunikaciji sa autoritetima, da adolescenti iz ovih familija pitaju u pogrešno vreme i na pogrešan način, te da se zbog prethodnih neuspeha, sve više povlače, i tako postaju usamljeni ili uključeni u marginalne, nedovoljno socijalizovane grupe. Mladi iz alkoholičarskih porodica su suviše "umreženi" u odnose u porodičnom sistemu sa raznovrsnim nepovoljnim ulogama (npr. heroj, klovn, žrtveno jaganje, izgubljeno dete) [8] ili bivaju "izbačeni" iz sistema, praktično žrtvovani, da bi alko-

holičarski sistem opstao, ulazeći agresivno u sukobe sa drugim članovima sistema, odbacujući tako porodicu, prepustaju se grupi vršnjaka.

Pretpostavka je da će grupna psihoterapija uticati pozitivno na relacije mladih iz porodica alkoholičara sa roditeljima (otac alkoholičar), najviše u pogledu uzajamnog uvažavanja i mogućnosti korekcije ponašanja koje ne odobravaju [9,10].

Ciljevi istraživanja bili su: (1) da se ispitati uticaj grupne psihoterapije mladih iz porodica alkoholičara na odnos roditelji-deca: kako roditelji reaguju na ponašanje koje ne odobravaju i (2) kome se obraćaju mladi iz alkoholičarskih porodica kada im je potrebna pomoć i podrška.

## METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

Mladima iz alkoholičarskih porodica, čiji su se roditelji lečili u Institutu za mentalno zdravlje u Beogradu na Klinici za bolesti zavisnosti, u periodu 2000-2004. godine, bilo je ponuđeno učešće u jednogodišnjoj grupnoj psihoterapiji. Grupna psihoterapija je odabrana kao moguća pomoć u rešavanju subjektivnih problema mladih iz porodice alkoholičara, budući da tokom nje dobijaju podršku ostalih članova. Ona im pomaže da se oslobole osećanja manje vrednosti, negativnih osećanja uopšte i pruža im ko-rektivni bihevioralni okvir za promenu ponašanja, uključujući i promenu stava prema učenju i školskim obavezama. [11, 12].

Mala grupa vođena je po načelima analitički usmerene psihoterapije sa primenom nekoliko igara kao tehnika, onako kako se to preporučuje u literaturi o grupnoj psihoterapiji i savetovanju dece i adolescenata [13]. U tom smislu, u vezi sa problemima mladih, korišćene su simboličke igre pod nazivom "moja tajna", "pet prstiju", "ogledalio" i druge [("Kanal stresa", "Ja -poru-

ke”, ”Moć-nemoć”, ”Sve ima bar dve strane”, ”Ko sam ja”, ”Poverenje”, ”Moja prava”]) uklapajući ih u grupni proces, jačajući pri tom prijateljske relacije i socijalne kompetencije članova grupe (u kontroli agresivnosti, učenju na primeru drugog, vežbanju deljenja osećanja sa drugim) [14].

## Opis uzorka

Ukupan broj mlađih u istraživanju bio je 296, i to iz porodica alkoholičara koji su se lečili bilo je 80 ispitanika (37 mladića i 43 devojke), dok je 216 ispitanikao (118 mladića i 98 devojaka) bilo iz opšte populacije. Uzorak je podeljen u četiri grupe.

Prvu grupu ( $G_1$ ) činili su mlađi koji su bili na grupnoj psihoterapiji, a čiji su se roditelji lečili u Beogradu u Institutu za mentalno zdravlje, u periodu 2000-2004. god. Grupnu psihoterapiju je započelo 43 adoleksenta, a završilo 36, 14 mladića i 22 devojke.

Drugu grupu ispitanika ( $G_2$ ), činili su mlađi čiji su se roditelji lečili u navedenoj ustanovi u pomenutom periodu, ali koji nisu bili na grupnoj psihoterapiji. Najčešći razlog za odbijanje grupne psihoterapije je bilo mesto stanovanja porodice (van Beograda), a u manjem broju su roditelji i mlađi smatrali da im nije potrebna pomoć ili nisu mogli da usklade dolazak na grupu sa školskim obavezama. U ovoj grupi je bilo 44 mlađih (23 mladića i 21 devojka, uzrasta od 12 do 18 godina).

Uzorak mlađih iz opšte populacije predstavljali su redovni učenici od petog do osmog razreda jedne osnovne i tri srednje škole u Beogradu (Osnovna škola ”Vuk Stefanović Karadžić”, V Beogradska gimnazija, VI Beogradska gimnazija i Železnicki obrazovni centar). Svim ispitanicima iz opšte populacije dat je Upitnik o alkoholizmu roditelja (Children of Alcoholics Screen-

ning Test – 6; CAST-6), koji je ovaj uzorak podelio na dve podgrupe: sa alkoholizmom u porodici ( $G_3$ ) i bez alkoholizma u porodici ( $G_4$ ).

## Instrumenti istraživanja

1 Socijalno-psihijatrijski list koristili smo za dobijanje socio-demografskih podataka o ispitaniku i njegovoj porodici. Upitnik je konstruisan 2000. godine u Institutu za mentalno zdravlje u Beogradu od strane Tima za zaštitu mlađih od zanemarivanja i zlostavljanja a za potrebe praktične rutinske identifikacije u tretmanu i praćenju mlađih do 18 godina u ovoj ustanovi. Od ukupno 53 ajtema iz tri dela upitnika koristili smo njegov opšti deo - 15 ajtema koji su se odnosili na sledeće podatke o ispitaniku: pol, uzrast, kompletност porodice, socioekonomski uslovi u kojima porodica živi, obrazovanje, odnos prema prijateljima, obraćanje za pomoć kada imaju problem i posebni deo (20 ajtema) koji se odnosi na primarnu porodicu ispitanika: demografski podaci roditelja, odnosi u porodici, reakcije na ponašanje koje ne odobravaju, reagovanje na školovanje itd.

2 Upitnik o alkoholizmu roditelja (Children of Alcoholics Screening Test, CAST) koristi se za identifikovanje mlađih koji žive sa roditeljima alkoholičarima. Za potrebe ovog istraživanja uzet je skraćeni oblik ovog testa CAST 6 (Short Form of Children of Alcoholics Screening Test - 6) [15]. Test se sastoji od šestajtema. Oblik odgovora je DA/NE. CAST 6 su popunjavali mlađi iz opšte populacije u dva vremenska perioda, na početku i kraju školske godine.

Testiranja mlađih iz opšte populacije odvijalo se u školskim učionicama. Vreme za popunjavanje testova bilo je jedan školski čas. To se ponekad pokazalo kao nedovoljno, te su neki od mlađi ostajali za vreme

školskog odmora da završe ispitivanje. Adolescenti čiji su se roditelji lečili od alkoholizma, popunjavalni su upitnike u prostorijama Instituta za mentalno zdravlje u sobi za grupni rad.

### Statistička obrada podataka

Korišćen je  $\chi^2$ -test za analizu statističke značajnosti razlika između obeležja ispitivanih podgrupa ispitanika u pogledu određenih sociodemografskih obeležja s jedne, i pojedinih tipova reagovanja u porodičnim relacijama sa druge strane. Takođe je isti test korišćen za računanje statističke značajnosti razlika između određenih oblika reagovanja oca i majke na ponašanje koje ne odobravaju.

## REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Uzrast ispitanika je bio od 10 do 19 godina. Najveći broj je bio u proseku star 15-16 godina. Većina mlađih je živela sa obe roditelja. U grupi mlađih sa alkoholizmom u porodici koja je bila na grupnoj psihoterapiji (G1) njih 75% živi sa obe roditelja, dok u grupi mlađih iz opšte populacije koji nemaju alkoholizam u porodici (G4) njih 89,5% živi sa obe roditelja. Između ove dve grupe postojala je statistički značajna razlika (G1:G4  $\chi^2=11,82$  i  $p=0,0160$ ; G1:G2  $\chi^2=3,4566$  i  $p=0,9321$ ; G1:G3  $\chi^2=4,876$  i  $p=0,7612$ ).

U odnosu na broj članova u porodici, približno 75 % od ukupnog uzorka, živi u tročlanim i četvoročlanim porodicama. Od višečlanih porodica bilo je: 16 porodica sa šest članova i 1 porodica sa sedam članova. Utvrđena je statistički značajna razlika između grupa i to u korist prisustva višečlanih porodica u porodicama zdravih (G4), ali i u drugim kontrolnim grupama (G2 i G3) u odnosu na eksperimentalnu grupu (G1)(

G1:G2  $\chi^2=13,19$   $p=0,0012$ ; G2:G3  $\chi^2=12,09$   $p=0,0152$ ; G2:G4  $\chi^2=14,30$   $p=0,0012$ )

U odnosu na stambene uslove, porodice su se međusobno razlikovale po grupama ali nije postojala statistički značajna razlika. Procenat porodica koje su bile u podstanarskom odnosu bio je mnogo veći kod mlađih koji su bili na grupnoj psihoterapiji (19,4% vs. 3,2-5,2%), ali ni ova razlika nije dostigla statističku značajnost.

Najviše mlađih je bilo u 6. i 7. razredu osnovne i 2. i 3. razredu srednje škole. Nайдene su statistički značajne razlike između obe grupe mlađih čiji su roditelji bili na lečenju alkoholizma i njihovih vršnjaka iz opšte populacije: u porodicama koje su bile na lečenju veći broj mlađih bio je u osnovnoj, a manji broj u srednjoj školi, dok su u obe grupe mlađih iz opšte populacije bili zastupljeniji srednjoškolci. Ispitanici u grupama iz opšte populacije su bili stariji i školovaniiji. (G1:G3  $\chi^2=15,99$   $p=0,0167$ ; G1:G4  $\chi^2=20,84$   $p=0,0019$ ; G2:G3  $\chi^2=15,39$   $p=0,0172$ ; G2:G4  $\chi^2=35,78$   $p=0,0017$ )

### Reagovanje majke na ponašanje mlađih koje ne odobrava

Nacin reagovanja roditelja na ponašanje mlađih koje ne odobravaju ispitivali smo za svakog roditelja ponaosob. Na Tabeli 1 prikazani su rezultati vezani za tipove reagovanja majki na ponašanje mlađih koje ne odobravaju.

U prvom testiranju majke mlađih koji su bili na grupnoj psihoterapiji (G<sub>1</sub>), reagovale su verbalnim i fizičkim kažnjavanjem česće nego majke mlađih iz ostale tri grupe ispitanika. Nakon grupne psihoterapije mlađih kao i porodične terapije roditelja, majke su reagovale više razgovorom, ali razlika u načinu reagovanja u drugom testiranju, nije

dostigla statističku značajnost (vidi Tabelu br. 1).

Majke iz porodica alkoholičara čiji mlađi nisu bili na grupnoj psihoterapiji statistički značajno više su razgovarale sa njima i

manje ih fizički kažnjavale, u oba merenja  $T_1$  i  $T_2$ , u odnosu na ispitanike iz  $G_1$  grupe. U ispitivanom periodu nije došlo do značajnih promena navedene varijable ni u jednoj od četiri grupe iz uzorka.

**Tabela 1. Tipovi reakcija majki na neprihvatljivo ponašanje**  
**Table 1. Types of mother's reactions to disapproved behaviour**

Grupe mladih Group of young people	$G_1$		$G_2$		$G_3$		$G_4$	
	f	%	f	%	f	%	f	%
$T^1$								
Tipovi reakcija Types of reactions								
Razgovor Talk	21	58,3	31	70,4	53	84,1	137	89,5
Verbalno kažnjavanje Verbal punishment	5	13,9	10	22,7	4	6,3	8	5,2
Fizičko kažnjavanje Physical punishment	3	8,3	-	-	1	1,6	4	2,6
Ostalo Other	7	19,5	3	6,8	5	7,9	4	2,6
Ukupno Total	36	100	44	100	63	100	153	100
$T_2$								
Razgovor Talk	24	66,7	34	77,3	54	85,7	139	90,8
Verbalno kažnjavanje Verbal punishment	9	25,0	7	15,9	4	6,3	10	6,5
Fizičko kažnjavanje Psychical punishment	1	2,8	-	-	-	-	2	1,3
Ostalo Other	2	5,6	3	6,8	5	8,0	2	1,3
Ukupno Total	36	100	44	100	63	100	153	100

$T_1$  i  $T_2$  - vremena testiranja, vremenski interval 10-12 meseci / time one and time two, time interval of 10-12 months

f- broj mladih /number of young people

$G_1$ -Mladi sa alkoholizmom u porodici na grupnoj psihoterapiji/Young people from families of treated alcoholics in group psychotherapy;

$G_2$ -Mladi sa alkoholizmom u porodici bez grupne psihoterapije/ Young people from families of treated alcoholics without group psychotherapy;

$G_3$ -Mladi iz opšte populacije sa alkoholizmom u porodici/ Young people from the general population with alcoholism in the family;

$G_4$ -Mladi iz opšte populacije bez alkoholizma u porodici/ Young people from the general population with no alcoholism in the family;

Nije potvrđeno da postoji statistička značajnost razlika u pogledu načina reakcija majki na ponašanje koje ne odobravaju između tri grupe u kojima su supruzi alkoholičari ( $G_1 : G_2 ; G_1 : G_3$ ).

No, potvrdilo se da su razlike u načinima reagovanja majki na ponašanje koje ne odobravaju, statistički značajne između ispitanika iz porodica alkoholičara na grupnoj psihoterapiji i ispitanika iz porodica bez alkoholizma, i to u oba merenja ( $T_1$  i  $T_2$ ), u smislu značajno višeg prisustva razgovora i značajno manjeg fizičkog kažnjavanja adolescenata u porodicama bez alkoholizma (vidi Tabelu 1).

### Reagovanje oca na ponašanje mladih koje ne odobrava

Na Tabeli 2 prikazane su vrednosti tipova reagovanja oca iz porodica alkoholičara na ponašanje koje ne odobrava.

Kod sve četiri grupe ispitanika najčešća reakcija oca na ponašanje koje ne odobrava je razgovor. Ipak, u grupi mladih koji su bili na grupnoj psihoterapiji i čiji su roditelji bili na porodičnoj terapiji alkoholizma, u odnosu na ostale tri grupe ispitanika, bilo je najviše fizičkog kažnjavanja, a najmanje razgovora sa ocem. Posle terapije roditelja i mladih ove reakcije su se neznatno smanjile.

U prvom testiranju utvrđena je statistički značajna razlika između reakcije očeva iz grupe mladih koji su bili na grupnoj psihoterapiji ( $G_1$ ) i reakcije očeva na ponašanje koje ne odobravaju u grupi mladih iz opšte populacije bez alkoholizma u porodici ( $G_4$ ). U grupi mladih iz opšte populacije bez alkoholizma, utvrđen je značajnije veći procenat očeva koji razgovorom reaguju na ponašanje koje ne odobravaju i značajnije manji procenat očeva koji verbalno ili fizički kažnjavaju decu zbog ponašanja koje ne odobravaju. U drugom testiranju ova razlika ni-

je bila statistički značajna, što znači da je grupna psihoterapija mladih uticala na značajno smanjenje, pre svega fizičkog kažnjavanja od strane oca zbog ponašanja koje ne odobrava.

Direktna merenja razlika između reagovanja oca na ponašanje koje ne odobrava tokom prvog ( $T_1$ ) i tokom drugog testiranja ( $T_2$ ), nisu potvrdila, ni za jednu od četiri grupe uzorka, statistički značajne razlike.

### Traženje pomoći adolescenata u rešavanju njihovih problema

Na Tabeli 3 prikazane su vrednosti odgovora na pitanje od koga mladi iz alkoholičarskih porodica traže pomoć da bi решили svoje probleme, odslikavajući nam na svoj način porodične interakcije, bliskost i povezenje. Ispitanici iz sve četiri grupe su se za pomoć najčešće obraćali majci u oba merenja.

Mladi koji su bili na grupnoj psihoterapiji ( $G_1$ ) su se pre lečenja roditelja obraćali za pomoć nekome van porodice u 16,7% slučajeva, ili su sami rešavali probleme u 13,9%, što govori o većoj samostalnosti i distanci od porodice u odnosu na ostale tri grupe, kod kojih je ovaj način obraćanja za pomoć ipak procentualno manji.

Nije potvrđeno da je došlo do statistički značajnih promena odgovora, koji se odnose na osobe kojima se mladi obraćaju za pomoć, ni u jednoj od četiri podgrupe uzorka, u drugom merenju ( $T_2$ ) u odnosu na prvo vreme testiranja ( $T_1$ ).

Posle porodične terapije roditelja i grupne psihoterapije mladih, razlika u pogledu traženja pomoći van porodice između mladih koji su bili na grupnoj psihoterapiji i njihovih vršnjaka koji nemaju alkoholizam u porodici postala je statistički značajna (na nivou 0,05). Mladi iz opšte populacije bez alkoholizma u porodici su i dalje najmanje

*Tabela 2: Tipovi reakcija očeva na neprihvatljivo ponašanje*  
*Table 2. Types of father's reactions to disapproved behaviour*

Grupe mladih Group of young people	G <sub>1</sub>		G <sub>2</sub>		G <sub>3</sub>		G <sub>4</sub>	
	f	%	f	%	f	%	f	%
$T_1$								
Tipovi reakcija Types of reactions								
Razgovor	22	61,1	33	75,0	46	73,0	135	88,2
Verbalno kažnjavanje Verbal punishment	6	16,7	7	15,9	8	12,7	7	4,6
Fizičko kažnjavanje Psychical punishment	2	5,6	1	2,3	1	1,6	6	3,9
Ostalo Other	6	116,6	3	6,8	8	12,7	5	3,2
Ukupno Total	36	100	44	100	63	100	153	100
$T_2$								
Razgovor Talk	23	63,9	35	79,5	48	76,2	129	84,3
Verbalno kažnjavanje Verbal punishment	7	19,4	5	11,4	4	6,3	12	7,8
Fizičko kažnjavanje Psychical punishment	-	-	1	2,3	-	-	1	0,6
Ostalo Other	6	16,7	3	6,8	11	17,5	11	7,1
Ukupno Total	36	100	44	100	63	100	153	100

Vrednosti parametara statističke značajnosti razlika u oba vremena testiranja, u:

$T_1$ : poređenje između G1:G4/comparison between groups  $\chi^2=19,6516$  p=0,0010

$T_2$ : poređenje između G1:G4/comparison between groups  $\chi^2=11,5007$  p=0,0528

$T_1$  i  $T_2$  - vremena testiranja, vremenski interval 10-12 meseci/ Measuring time, time interval of 10-12 months

G<sub>1</sub>-Mladi sa alkoholizmom u porodici na grupnoj psihoterapiji/ Young people from families of treated alcoholics in group psychotherapy;

G<sub>2</sub>-Mladi sa alkoholizmom u porodici bez grupne psihoterapije/ Young people from families of treated alcoholics without group psychotherapy;

G<sub>3</sub>-Mladi iz opšte populacije sa alkoholizmom u porodici/ Young people from the general population with alcoholism in the family;

G<sub>4</sub>-Mladi iz opšte populacije bez alkoholizma u porodici/ Young people from the general population with no alcoholism in the family;

p = value of statistical significance of differences

$\chi^2$ -test - statistical significance of differences between individual subgroups in the sample

samostalno rešavali probleme i češće su se za pomoć u rešavanju problema obraćali braći i sestrama i to statistički značajno, dok u prvom merenju ( $T_1$ ) te razlike nisu bile na nivou statističke značajnosti (bile su samo u apsolutnim ciframa).

Na osnovu primene upitnika za otkrivanje alkoholizma u porodici CAST 6, u opštoj populaciji od 216 ispitivanih porodice, utvrdili alkoholizam roditelja u 63 porodice. Postojanje ovih "nevidljivih alkoholičara" [16, 17] u opštoj populaciji našli su i drugi autori [18, 19]. Alkoholičarski sistemi iz ovakvih porodica su veoma otporni na raznovrsne traume i krize, pa se održavaju uspešno decenijama, čak mogu razviti hipertrofirane pozitivne osobine kod pojedinih članova porodice.

Dobijeni rezultati u ovom istraživanju slični su, jednim svojim delom, sa rezultatima drugih istraživanja [20, 21, 22], u smislu generalne potvrde poremećenosti relacija u odnosu roditelji-deca i mogućnosti njihovog korigovanja različitim terapijskim postupcima.

## DISKUSIJA

Krajem 20. veka istraživanja alkoholizma su se proširila i na izučavanje problema mladih iz alkoholičarskih porodica [23], da bi se među njima pojavila i ona koja obrađuju vaspitne probleme mladih iz porodica alkoholičara [24]. SAMHSA Substance Abuse and Mental Health Service Administration [25] je, definisući zavisnost od supstanci, apostrofirala i perzistirajuće poremećaje u interpersonalnim relacijama kao jedno od specifičnosti ove dijagnostičke kategorije.

Ovo istraživanje je, potvrdivši nesrazmere u vezi sa načinom reagovanja roditelja na ponašanje koje ne odobravaju, indirektno pokazalo, da su odnosi u porodicama alko-

holičara, kako su uostalom našli i drugi istraživači [26], po svemu sudeći nekonzistentni, a ponekad emocionalno nepodnošljivi [5, 9, 10]. Ono što roditelji nesporno ne odobravaju kod mladih je pre svega fizička agresivnost i uporni negativizam - opozicionalno ponašanje [27], odnosno eksternalizujuće ponašanje - delinkventnost, agresivnost [28, 29]. Sa druge strane, postoje istraživanja [30, 31] koja su potvrdila da ova kvog ekstremnog ponašanja mladih, koji roditelji ne odobravaju, ima podjednako i kod mladih iz porodica nealkoholičara.

Tokom grupne psihoterapije mladih iz porodica alkoholičara, kako je pokazalo ovo istraživanje, odnos između roditelja i mladih se pomera prema povoljnijim obrazcima odnošenja, ka saradnji i razumevanju. Majke iz alkoholičarskih porodica, posle porodične terapije i posle grupne psihoterapije mladih, na loše ponašanje više reaguju razgovorom, a manje zabranama i fizičkim kaznama, istina samo u apsolutnim brojevima. Reakcije majki iz ostale tri grupe ispitanika bile su bez većih promena u istom vremenskom periodu, ali u principu, i one češće (u apsolutnim brojevima) razgovaraju sa svojom decom onda kad ne odobravaju njihovo ponašanje, no značajno više samo u grupi mladih iz porodica bez alkoholizma.

U poređenju sa mlađima iz svih ostalih grupa, 50% mladih koji su se uključili u psihoterapijsku grupu obraća se majci za pomoć. Samo 5,6% u 1. i 8,3% u drugom testiranju mladih iz grupe koja je bila na grupnoj psihoterapiji traži pomoć od oca, što govori o svojevrsnoj isključenosti oca iz porodične komunikacije. Očigledno je da mladi koji su bili na grupnoj psihoterapiji uopšte ne računaju na pomoć svojih očeva alkoholičara. Podatak da 22,3% njih traži pomoć van primarne porodice, govori o potrebi za pomoći i obraćanju nekoj drugoj značajnoj osobi iz njihovog života [29]. U drugim gru-

*Tabela 3: Način obraćanja mladih za pomoć u rešavanju problema*  
*Table 3: Ways of help-seeking*

Grupe ispitanika	G <sub>1</sub>		G <sub>2</sub>		G <sub>3</sub>		G <sub>4</sub>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Osoba za pomoć Person for help	T <sub>1</sub>							
Majka Mother	18	50,0	23	52,3	33	52,4	90	58,8
Otac Father	2	5,6	5	11,4	5	7,9	15	9,8
Braća/sestre Brothers/ Sisters	1	2,8	2	4,5	7	11,1	8	5,2
Drugi članovi porodice Other family members	2	5,6	1	2,3	3	4,8	2	2,6
Van porodice Non family member	6	16,7	2	4,5	7	11,1	8	5,2
Stručna služba Professional services	-	-	-	-	-	-	-	-
Samostalno Self-supporting	4	11,1	9	20,4	5	7,9	12	7,8
Ostalo Other	3	8,3	2	4,5	7	11,1	22	14,4
Ukupno Total	36	100	44	100	63	100	153	100
	T <sub>2</sub>							
Majka Mother	19	52,8	19	43,2	29	46,0	83	54,2
Otac Father	3	8,3	7	15,9	6	9,5	16	10,5
Braća/sestre Brothers/ Sisters	2	5,6	4	9,1	6	9,5	11	7,2
Drugi članovi porodice Other family members	1	2,8	-	-	-	-	3	2,0
Van porodice Non family member	5	13,9	3	6,8	4	6,3	5	3,3
Stručna služba Professional services	-	-	-	-	-	-	-	-
Samostalno Self-supporting	5	13,9	7	15,9	11	17,5	15	9,8
Ostalo Other	1	2,8	4	9,1	7	11,1	20	13,1
Ukupno Total	36	100	44	100	63	100	153	100

Vrednosti parametara statističke značajnosti razlika u oba vremena testiranja, u:

T<sub>1</sub>: poređenje između G1:G4/comparison between groups  $\chi^2=4,2111$       p=0,1076

T<sub>2</sub>: poređenje između G1:G4/comparison between groups  $\chi^2=7,4021$       p=0,0498

$T_1$  i  $T_2$  - vremena testiranja, vremenski interval 10-12 meseci/ Measuring time, time interval of 10-12 months

G<sub>1</sub>-Mladi sa alkoholizmom u porodici na grupnoj psihoterapiji/ Young people from families of treated alcoholics in group psychotherapy;

G<sub>2</sub>-Mladi sa alkoholizmom u porodici bez grupne psihoterapije/ Young people from families of treated alcoholics without group psychotherapy;

G<sub>3</sub>-Mladi iz opšte populacije sa alkoholizmom u porodici/ Young people from the general population with alcoholism in the family;

G<sub>4</sub>-Mladi iz opšte populacije bez alkoholizma u porodici/ Young people from the general population with no alcoholism in the family;

p = value of statistical significance of differences

$\chi^2$ -test - statistical significance of differences between individual subgroups in the sample

pama uzorka manji broj mladih traži pomoć van porodice. Može se sa razlogom prepostaviti da poremećene komunikacije i oštećene emocionalne odnose najverovatnije doprinosi i spremnost mladih da prihvate grupnu psihoterapiju, kao vid traženja pomoći van porodice.

Očevi mladih koji su bili na grupnoj psihoterapiji posle grupne psihoterapije više reaguju razgovorom, ali i dalje verbalnim kaznama i zabranama, no nema više fizičkog kažnjavanja. Istina, do manjih promena u istom pravcu je došlo i u ostale tri grupe ispitanika. Čak se negativna reagovanja očeva mladih koji su bili na grupnoj psihoterapiji na ponašanje koje ne odobravaju, u poređenju sa reagovanjima očeva iz porodica nealkoholičara, smanjuju.

U sve četiri grupe ispitanika, mladi se posle godinu dana više obraćaju za pomoć majkama, više njih samostalno rešava probleme, najmanje njih traži pomoć van porodice.

Vrlo indikativno je da se nijedna mlada osoba iz uzorka, u oba testiranja, nije obratila za pomoć stručnoj službi. Moguće je da mladi iz porodica bez alkoholizma nisu imali potrebe za stručnom pomoći (mada je samo alkoholizam roditelja isključen, ali ne i drugi porodični problemi). Što se tiče ostale tri grupe, predpostavljamo da su stid zbog roditeljskog alkoholizma, lojalnost u čuvanju porodične tajne i verovanje da im niko

ne može pomoći, bili glavni razlozi za neobraćanje mladih iz porodica sa alkoholizmom profesionalacima. Smatramo ipak da je ključni razlog za to strah od etiketiranja posle obraćanja za pomoć psihologu ili psihijatru.

## ZAKLJUČAK

Terapijski model koji smo evaluirali u ovom istraživanju je grupna psihoterapija mladih iz porodica alkoholičara kombinovana sa sistemskom porodičnom terapijom alkoholizma. Rezultati istraživanja pokazuju da postoje razlike u reagovanju roditelja iz sve četiri grupe ispitanika. Nakon grupne psihoterapije mladih, njihovi roditelji su pokazali više podrške i razumevanja za njih, mada promene nisu statistički značajne. Kada im je potrebna pomoć, mladi iz opšte populacije su se češće obraćali roditeljima. Svi mladi iz uzorka su se najčešće obraćali za pomoć majkama. Niko iz uzorka nije tražio pomoć stručnjaka.

Istraživanje je pokazalo da se nakon tretmana roditelja i mladih njihov odnos poboljšao. Period od godinu dana tretmana se pokazao nedovoljnim da se mladi iz porodica alkoholičara izjednače sa svojim vršnjacima koji nemaju alkoholizam u porodici, te stoga treba razmotriti mogućnost dužeg trajanja ovog ili nekih drugih terapijskih modela.

# GROUP PSYCHOTHERAPY OF YOUNG PEOPLE FROM ALCOHOLIC FAMILIES AND SOME ASPECTS OF PARENTING

Snežana Filipović

Institute of Mental Health,  
Belgrade, Serbia

## Summary

**Introduction** The communication problem between parents and children has impact on children's education and on the maturation process of adolescents in general. Relationship between young people and their parents in a family of alcoholics is permanently or occasionally disturbed and emotionally burdened.

**Objective** The aims of the study were (1) to evaluate the effects of group psychotherapy with young people from family of alcoholics on parent-child relationship, in regard to parents reactions to disapproved behaviour and (2) to evaluate where and from whom young people seek help for their problems.

**Methods** The sample consisted of 296 adolescents divided in four groups: the first group of young people from recovered alcoholic families, who were on group psychotherapy (n= 36), second group of young people from recovered alcoholic families, who did not attended group psychotherapy (n=44), third group of young people from the general population, from families with alcoholic member (n=63) and fourth group of young people from the general population with no alcohol problems in a family (n=153). The following instruments were used: Children of Alcoholics Screening Test-CAST 6 and Social-psychiatric questionnaires for obtaining social-demographic data and data on patterns in family relationships .

Results showed different parent's reactions in all four groups. Parents of adolescents from the first group, who were on a group psychotherapy, after the sessions became more supportive and showed more understanding for them, but this changes did not show statistical significance. When young people from the general population need help, they usually seek it from their parents. Young people from alcoholic families usually seek help from the significant person not connected with their families. All young people in our study more frequently refer for help to their mothers. No one of adolescents from sample has sought for expert's help.

**Conclusion** The results of our study confirm disturbed parent-children relationship and also showed that different therapeutic methods may be successfully used to improve that relationship.

**Key words:** *group psychotherapy, young people, alcoholism, family relationships, seeking help*

## Literatura:

1. Zobel M. Children from family of alcoholics. Göttingen-Bern-Toronto-Seattle: Hogrefe-Verlag für Psychologie; 2000.
2. Laucht M. Vulnerability and resilience in children progress - Results of Mannheimer long study. In: Brisch KH, Hellbrügge T. eds. Bindes and Trauma, Stuttgart: Kett-Cotta; 2003.
3. Vuletić Z. Deca alkoholičara. Dečije novine, Gornji Milanovac; 1988.
4. Kusch M, Petermann F. Concepts and results of development psychopathology. In: Petermann F. eds. Handbook of clinic child psychology. Explanations approachs and interventions treatmans, Göttingen: Hogrefe; 1998.
5. Hussong AM, Bauer DJ, Huang W, Chassin L, Sher KJ, Zucker RA. Characterizing the life stressors of children of alcoholic parents. *J Fam Psychol* 2008; Dec 22(6):819-32.
6. Gabriel-Fried B, Teichman M. Ego identity of adolescent children of alcoholics, *J drug Educ* 2007; 37(1):83-95.
7. Filipović S. Agresivnost dece iz alkoholičarskih porodica, magistarska teza, Fakultet političkih nauka, Beograd, 1999
8. Filipović S. Evaluacija grupne psihoterapije adolescenata iz porodica alkoholičara. Disertacija, Filozofski fakultet, Beograd, 2007.
9. Wegscheider S. Is there any chance: Hope and heal for alcoholics family. Wildberg, Verlag Bögner-Kaufmnn; 1988.
10. Andreas JB, O'Farrell TJ. Longitudinal associations between fathers' heavy drinking patterns and children's psychosocial adjustment. *J Abnorm Child Psychol* 2007; Feb 35(1):1-16.
11. Andreas JB, O'Farrell TJ, Fals-Stewart W. Does individual treatment for alcoholic fathers benefit their children? A longitudinal assessment. *J Consult Clin Psychol* 2006; Feb 74(1):191-8.
12. Hussong AM, Wirth RJ, Edwards MC, Curran PJ, Chassin LA, Zucker RA. Externalizing symptoms among children of alcoholic pa-
- rents: Entry points for an antisocial pathway to alcoholism. *J Abnorm Child Psychol* 2007; Aug 116(3):529-42.
13. Barnow S, Ulrich I, Grabe HJ, Freyberger HJ, Spitzer C. The influence of parental drinking behaviour and antisocial personality disorder on adolescent behavioural problems: results of the Greifswalder Family Study. *Alcohol* 2007; Nov-Dec 42(6):623-8. Epub 2007 Aug 1.
14. Shechtman Z. Group counseling und psychotherapy with children and adolescents, Mahwah-New Jersey-London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2007.
15. Plut D. Osnovne postavke interventnih programa za konstruktivno rešavanje sukoba. Grupa MOST; 1995.
16. Hodgins DC, Shimp L. Identifying adult children of alcoholics: Metodological review and a comparasion of the CAST-6 with other methods. *Addiction* 1995; 90: 255-67.
17. Trbić V. Opis alkoholičarske porodice. Zadužbina Andrejević. Beograd, 2000.
18. Larkins JM, Sher KJ. Family history of alcoholism and the stability of personality in young adulthood. *Psychol Addict Behav* 2006; Dec 20(4):471-7
19. Steinglass P. Family therapy: Alcohol, In: Galanter M, Kleber H. Textbook of substance abuse treatment, Washington D. C: American Psychiatric Press.;1994.
20. Jill N. Kearns-Bodkin, Kenneth E. Leonard. Relationship functioning among adult children of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, Nov, 2008
21. Stojiljković S, Berger J. Influence of paternal alcoholism on psychophysical growth of children with particular regard on their learning abilities and antisocial behavior. Beograd: Institut za alkoholizam i narkomanije; 1977.
22. Vitaro F, Tremblay RE, Zoccolillo M. Alcoholics father, adolescent drug abuse and protective factors, *Can J Psychiatry* 1999; 44 (9):90-8.

23. McGrath CE, Watson AL, Chasin L. Academic achievement in adolescent children of alcoholics. *J S Atud Alcohol* 1999; 60(1): 18-26.
24. Averna S, Hesselbrock V. The relationship of perceived social support to substance use in offspring of alcoholics. *Addict Behav* 2001; May-Jun 26(3):363-74.
25. Christensen HB, Bilenberg N. Behavioural and emotional problems in children of alcoholic mothers and fathers. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2000 Sep 9(3):219-26.
26. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Substance Abuse, Retrieved November 30, 2006, from <http://wörkpläce.samhsa.gov/SubstanceAbuse/> Gance-Cleveland B, Mays MZ, Steffen A. Association of adolescent physical and emotional health with perceived severity of paternal substance abuse, *JSPN* 2008; 13(1): 15-25.
27. Carboneau R, Tremblay RE, Vitaro F, Dobkin FL, Saucier JF, Pihl RO. Paternal alcoholism, paternal absence and the development of problem behaviors in boys from six to twelve years, *Journal of Studies on Alcohol* 1998; 59: 387-98.
28. Lynskey MT, Fergusson DM, Horwood LJ. The effect of paternal alcohol problems on rates of adolescent psychiatric disorders, *Addiction* 1994; 89: 1277-86.
29. Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, Barnow S, Danko GP. Mood and anxiety symptoms among 140 children from alcoholic and control families. *Drug Alcohol Depend* 2002; Aug 1; 67(3):235-42.
30. Hesselbrock MN, Hesselbrock VM. Relationship of family history, antisocial personality disorder and personality traits in young men at risk for alcoholism, *Journal of Studies on Alcohol* 1992; 53: 619-25.
31. Hussong AM, Chassin L. Stress and coping among children of alcoholic parents through the young adult transition. *Dev Psychopathol* 2004; Fall 16(4):985-1006.

---

Snežana Filipović  
Institut za mentalno zdravlje  
Palmotićeva 37, 11 000 Beograd  
Tel.: +381 (11) 33 07 556, +381 (64) 223 94 94  
E-mail: snezana.filipovic@yahoo.com



# ZADOVOLJSTVO TELESNIM IZGLEDOM, STAVOVI I NAVIKE U VEZI SA ISHRANOM KOD UČENICA SREDNJIH ŠKOLA U BANJA LUCI

Živana Gavrić<sup>1</sup>

Marija Radmanović-Burgić<sup>2</sup>

Sanela Burgić<sup>3</sup>

UDK: 613.96:613.24(497.15)

## Kratak sažetak

**Uvod** U adolescenciji devojčice su često zabilježene za svoj telesni izgled, izražavaju nezadovoljstvo svojim izgledom, telesnom težinom i žele da izgube na težini.

**Cilj rada** Ispitati stavove i navike o ishrani kod adolescentkinja.

**Metod rada** Anketnim istraživanjem su obuhvaćene adolescentkinje u dobi od 16 do 17 godina u četiri srednje škole u Banja Luci (medicinska, ekonomski, poljoprivredna i gimnazija). Koristili smo anketni upitnik EAT-26. Od ukupnog broja (n=1441) anketiranih učenica I i II razreda srednjih škola u kojim je sprovedena anketa, svi prisutni taj dan, njih 1301 (90,3%) odgovorilo je na anketni upitnik.

**Rezultati** Od ukupnog broja učenica koje su popunile ankete (n=1301), 90 učenica (6,9%) imale su indeks telesne mase BMI <18,5 kg/m<sup>2</sup>. 26,9% učenica izjasnile su se da bi volele da su mršavije uz statistički značajnu razliku ( $V=834$ ;  $T=7.94$ ;  $p<0.01$ ) u odnosu na 37,3% koje to ne bi volele nikada. Učenice sa BMI manjim od 18,5 kg/m<sup>2</sup> su u najvećem procentu (73,1%) odgovorile da nikad ne izbegavaju hranu koja sadrži deaer, uz statistički značajnu razliku ( $T=3.4$ ;  $p<0.05$ ), u odnosu na učenice sa BMI od 18,5 do 25 kg/m<sup>2</sup> (57%) i učenice sa BMI većim od 25 kg/m<sup>2</sup> (35,7%). 46,25% učenica sa BMI <18,5 kg/m<sup>2</sup> i 43,6% učenica sa optimalnim BMI su izjavile da nikad ne jedu dijetalnu hranu uz statistički značajnu razliku ( $V=73$ ;  $T=2.05$ ;  $p<0.05$ ) u odnosu na učenice sa BMI >25kg/m<sup>2</sup>.

**Diskusija** Kod većine ispitanica u našoj studiji postoji želja da budu mršavije, uz izbegavanje da jedu pojedine namirnice te uz držanje dijete, iako za tim ne postoji realna potreba.

**Zaključak** Ova studija ukazuje da je potrebna edukacija mlađih u vezi ishrane, koja će pomoći mlađima u usvajanju zdravih stavova prema pravilnoj ishrani i zdravim stilovima života.

**Ključne riječi:** adolescentkinje, imidž teila, dijeta

- 1 Katedra socijalne medicine, Medicinski fakultet Univerziteta u Banja Luci, Bosna i Hercegovina
- 2 Katedra za psihijatriju, Medicinski fakultet Univerziteta u Banja Luci, Bosna i Hercegovina
- 3 Medicinski fakultet Univerziteta u Banja Luci, Bosna i Hercegovina

## UVOD

Anoreksija i bulimija nervoza često se smatraju savremenim fenomenom zapadne kulture, u čijem nastanku značajnu ulogu imaju sociokulturni faktori, kao što su nerealistička očekivanja u pogledu mršavosti i atraktivnosti, menjajući ulogu žene i socijalne standarde, i stavove prema debljini [1]. Zadnjih desetak godina sve je više studija iz Istočne Evrope, Australije i Novog Zelanda, koje se bave poremećajima ishrane [2, 3]. Kako su poremećaji ishrane sve učestaliji u razvojnoj dobi, od značaja je poznavanje percepcije kojom mladi doživljavaju sopstvenu telesnu masu (TM) i svoj izgled.

U literaturi se percepcija o sopstvenom izgledu i telesnoj masi usko povezuje sa poremećajima ishrane, na koje utiču brojni faktori, uključujući biološke, psihološke, socioološke i kulturološke [4, 5]. Porodica ima važnu ulogu u formiranju stavova mladih o telesnom izgledu, percepciji sopstvenog tela i kontroli telesne mase [ 6 ].

Odnos mladih prema telesnom izgledu menjao se pod uticajem medija, koji imaju veliku ulogu u stvaranju poželjne slike o se-

bi i koji vitkost nameću kao imperativ poželjnosti i uspešnosti mlade osobe [7, 8 ]. Mediji postavljaju standarde lepote koji su nerealistični i teško dostižni.

Telesna masa predstavlja prediktor nezadovoljstva mladih svojim telesnim izgledom, posebno kod adolescentkinja [9].

## CILJ RADA

Cilj ovog istraživanja bio je da se proceni da li su adolescentkinje u Banja Luci zadovoljne svojom postojećom telesnom masom (TM) i telesnim izgledom, te da se analiziraju njihovi stavovi i navike u vezi ishrane.

## METOD RADA

Istraživanje je sprovedeno tokom februara 2007. godine, u četiri srednje škole u Banja Luci (gimnazija, medicinska, ekonomска i poljoprivredna škola). Ispitanice su bile učenice prvog i drugog razreda srednjih škola. Popunjavanje anketnog upitnika je bilo anonimno. U anketiranju je upotrebljen

*Tabela 1. Distribucija uzorka prema tipu srednje škole  
Table 1. Sample distribution by Secondary school type and sample distribution*

Škole Schools	Ukupno Total			Odgovor Response			
	Ukupno Total	Prvi First	Drugi Second	Ukupno Total	Prvi First	Drugi Second	%
Medicinska Medical	406	192	214	372	175	197	91.6
Ekonomска Economic	489	227	262	446	214	232	91.2
Poljoprivredna Agriculture	141	77	64	122	65	57	86.5
Gimnazija Grammar	405	200	205	361	176	185	89.1
<b>UKUPNO TOTAL</b>	<b>1441</b>	<b>696</b>	<b>745</b>	<b>1301</b>	<b>630</b>	<b>671</b>	<b>90.3</b>

anketni upitnik Eating attitudes test EAT-26. Upitnik se odnosi na zadovoljstvo telesnim izgledom, telesnom težinom, kao i na stavove prema ishrani i telu [10].

Od ukupnog broja anketiranih učenica prvog i drugog razreda srednjih škola u kojim je sprovedena anketa, sve učenice koje su taj dan bile u školi ( $n = 1441$ ), njih 1301 (90,3%) je odgovorilo na anketni upitnik od čega 630 učenica prvog i 671 učenica drugog razreda. Od ukupnog broja učenica prvog razreda srednje škole njih 90,5% ponudio je anketni upitnik, a od ukupnog broja učenica iz drugog razreda ( $n = 745$ ), 90,1% ili 671 odgovorilo je na upitnik. (Tabela 1.)

Rezultati su prikazani parametrima de skriptivne statistike, kvalitativni podaci apsolutnim i relativnim frekvencijama. Podaci su analizirani u Epi Info 2002 statističkom programu uz korištenje statističkog T-testa uz nivo značajnosti od 95%.

## REZULTATI

### Ispitanice i telesni parametri

Od ukupnog broja učenica koje su ponunile anketu ( $n = 1301$ ) u školama ( medicinska, ekonomска, poljoprivredna i gimna-

zija) u Banja Luci, njih 90 (6,9%) imale su indeks telesne mase (BMI) ispod  $18,5 \text{ kg/m}^2$ . Od ukupnog broja anketiranih učenica u srednjim školama najveći procenat imale su BMI u intervalu od  $18,5$  do  $-25 \text{ kg/m}^2$  (79,5-88,1%). U odnosu na razrede, u nešto većem procentu u prvom razredu su učenice sa BMI ispod  $18,5 \text{ kg/m}^2$  u odnosu na učenice drugog razreda, a u drugom razredu ima neđto više učenica sa BMI većim od  $25 \text{ kg/m}^2$ . Nema statistički značajne razlike u BMI među učenicama u odnosu na razrede ( $T=1.01$ ;  $p>0.05$ ). (Tabela 2.).

### Zadovoljstvo svojom postojecom telesnom masom (TM) i telesnim izgledom

Da bi volele da su mršavije izjavilo je njih 26,9% i to: Uvek 12,7%, veoma često 6,7% i često 7,5%, u odnosu na 37,3% koje nikada ne bi volele da su mršavije. U poređenju mlađih i starijih učenica, dobijen je podatak da mlađe ređe kažu da bi volele da su mršavije od starijih učenica ( $V=631$ ;  $T=2.3$ ;  $p<0.05$ ) (Tabela 3.).

### Stavovi i navike u vezi sa ishranom

Da nikad ne uživaju da jedu meso u najvećem procentu izjavile su učenice sa BMI

*Tabela 2. Indeks telesne mase u odnosu na razred u srednjoj školi*  
*Table 2. Body mass index and class grade*

Razred Class grade	Indeks telesne mase-ITM (Body mass index-BMI) u $\text{kg/m}^2$								Nepoznato Unknown		Ukupno Total	
	<18.5		18.5-25		25.1-30		>30					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PRVI First	61	9.7	531	84.3	23	3.6	2	0.3	13	2.1	630	100
DRUGI Second	29	4.3	590	88.0	30	4.5	2	0.3	20	3.0	671	100
UKUPNO TOTAL	90	6.9	1121	86.2	53	4.1	4	0.3	33	2.5	1301	100

$V=88$ ;  $T=1.01$ ;  $p>0.05$  ( $d f=88$ ,  $t=1.01$ ,  $p>0.05$ )

većim od  $25 \text{ kg/m}^2$  (21,4%) ali bez statistički značajne razlike ( $T=0.6$ ;  $p>0.05$ ) u odnosu na odgovore učenica sa BMI manjim od  $18,5 \text{ kg/m}^2$  i učenica sa BMI od  $18,5$  do  $25 \text{ kg/m}^2$ . Bez statistički značajne razlike uvek uživaju da jedu meso 17,9% učenica sa BMI od  $18,5$  do  $25 \text{ kg/m}^2$  u odnosu na 11,5% učenica sa BMI manjim od  $18,5 \text{ kg/m}^2$  i 7,1% učenica sa BMI većim od  $25 \text{ kg/m}^2$ . (Tabela 4) Da utiču da jedu meso izjasnilo se 18% učenica i to u nešto većem procentu učenice drugog razreda (19,2%) u odnosu na učenice prvog razreda, ali bez statistički značajne razlike. ( $V=232$ ;  $T=0.5$ ;  $p>0.05$ ). (Tabela 5)

Učenice sa BMI manjim od  $18,5 \text{ kg/m}^2$  su u najvećem procentu (73,1%) odgovorile da nikad ne izbegavaju hranu koja sadrži šećer, uz statistički značajnu razliku ( $T=3.4$ ;  $p<0.05$ ), u odnosu na učenice sa BMI od  $18,5$  do  $25 \text{ kg/m}^2$  (57%) i učenice sa BMI većim od  $25 \text{ kg/m}^2$  (35,7%).

Da nikad ne osećaju krivicu kad jedu previše izjavilo je 76,9% učenica sa BMI manjim od  $18,5 \text{ kg/m}^2$  uz statistički značajnu razliku ( $T=4.7$ ;  $p<0.05$ ) u odnosu na učenice sa BMI od  $18,5$  do  $25 \text{ kg/m}^2$  (56,4%) i učenice sa BMI većim od  $25 \text{ kg/m}^2$  (28,6%). (Tabela 4) Osećaj krivice nemaju nikad u većem procentu učenice prvog razreda (61,6%) kad jedu previše u odnosu na učenice drugog razreda (55,4%), bez statistički značajne razlike ( $p>0.05$ ). (Tabela 5). 46,2% učenica sa BMI manjim od  $18,5 \text{ kg/m}^2$  i 43,6% učenica sa BMI od  $18,5$  do  $25 \text{ kg/m}^2$  izjavile su da nikad ne jedu dijetalnu hranu uz statistički značajnu razliku ( $T=2.05$ ;  $p<0.05$ ) u odnosu na učenice sa BMI većim od  $25 \text{ kg/m}^2$  (14,3%). (Tabela 4) 48,6 % anketiranih učenica izjasnilo se da nikad ne jedu dijetalnu hranu uz statistički značajnu razliku ( $V=1209$ ;  $T=9.06$ ;  $p<0.05$ ), u odnosu na one koje to rade ponekad (20,5%). (Tabela 5.)

*Tabela 3. Odgovor na pitanje da li bi volele da su mršavije  
Table 3. The answer to question „Do you want to be slimmer“*

Odgovori Answers	Razred Class				UKUPNO Total	
	PRVA* First		DRUGA* Second			
	n	%	n	%	n	%
Uvek Always	69	10.9	97	14.5	166	12.7
Veoma često Very often	34	5.4	53	7.9	87	6.7
Često Often	49	7.8	49	7.3	98	7.5
Ponekad Sometimes	135	21.4	166	24.7	301	23.0
Retko* Rarely	75	12.0	81	12.1	156*	12.0
Nikad * Never	265	42.1	220	32.8	485*	37.3
Bez odgovora No answer	3	0.5	5	0.7	8	0.6
Ukupno Total	630	100	671	100	1301	100

\* $V=631$ ;  $T=2.3$ ;  $p<0.05$  ( $d f=631$ ,  $t=2.3$ ,  $p<0.05$ )

## DISKUSIJA

Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije (WHO) iz 2002. godine, u Kanadskom istraživanju HBSC (Health Behavior in School-aged Children), približno 60% učenika od šestog do desetog razreda smatralo je da je njihova telesna shema baš kako treba i to: 59% dečaka i 56% devojčica, dok oko 40% učenika nije zadovoljno svojim izgledom. Skoro 1 od 3 devojčice (31%) smatra da su gojazne [11]. Procenat raste sa godinama, tako da u 10. razredu

44% ih smatra da su gojazne. U našoj studiji oko 7% učenica imaju indeks telesne mase ispod  $18,5 \text{ kg/m}^2$ , a 26.9% nije zadovoljno svojim izgledom i željele bi da su mršavije.

Prema kanadskom istraživanju 2002 HBSC, procenat devojaka koje su bile na dijeti da izgube na težini je 2,2 puta veći u odnosu na vrednosti kod mladića (20% vs. 9%). Ova se situacija održava kroz sve razrede, a u 9. i 10. razredu, 25% devojaka je na dijeti u vreme istraživanja [12]. I u našoj

*Tabela 4. Distribucija uzorka prema navikama u ishrani i BMI  
Table 4. Sample distribution by eating habits and BMI*

Pitanje <i>Question</i>	Odgovor <i>Answer</i>	Indeks telesne mase-ITM (Body mass index-BMI) u $\text{kg/m}^2$						Ukupno <i>Total</i> (n=1301)			
		<18.5 (n=90)		18.5-25 (n=1121)		>25 (n=57)					
		n	%	n	%	n	%				
Uživaju da jedu meso <i>Like eating meat</i>	Nikad* <i>Never</i>	26	15.4	107	13.7	36	21.4	169	13.0		
	Uvek <sup>2*</sup> <i>Always</i>	27	11.5	190	17.9	17	7.1	234	18.0		
Izbegavaju hranu koja sadrži šećer <i>Avoiding foods with sugar</i>	Nikad** <i>Never</i>	109	73.1	617	57.0	34	35.7	760	58.4		
	Retko <i>Rarely</i>	18	11.5	256	27.7	7	7.1	281	21.6		
Osećaju krivicu kad jedu previše <i>Feel guilty when eat too much</i>	Nikad*** <i>Never</i>	115	76.9	635	56.4	10	28.6	760	58.4		
	Često <i>Often</i>	6	3.8	48	3.6	5	14.3	59	4.5		
Jedu dijetalnu hranu <i>Eating dietary food</i>	Nikad <sup>3*</sup> <i>Never</i>	69	46.2	558	43.6	6	14.3	633	48.6		
	Ponekad <i>Sometimes</i>	23	15.4	235	23.1	9	28.6	267	20.5		

\*V=60; T=0.6; p>0.05 (d f=60,t=0.6, p>0.05)

<sup>2</sup>\* V=205; T=1.59.6; p>0.05 (d f=60,t=0.6, p>0.05)

\*\*V=724; T=3.4; p<0.05 (d f=724,t=3.4, p<0.05)

\*\*\* V=748; T=4.7; p<0.05 (d f=748,t=4.7, p<0.05)

<sup>3</sup>\* V=73; T=2.05; p<0.05 (d f=73,t=2.05, p<0.05)

studiji 20,5% učenica povremeno drži dijetu.

Prema South Australian studiji [13] više od 70% devojaka smatra da su gojazne, dok medicinski karton pokazuje da samo 10% njih ima težinu iznad proseka za njihovu dob i visinu. U našem istraživanju oko 30% učenica smatra da su predebele, dok je indeks telesne mase veći od  $25 \text{ kg/m}^2$  bio prisutan kod 4,1% učenice, a iznad  $30 \text{ kg/m}^2$  kod 0,3% učenica.

Dr Dianne Neumark-Sztainer [14], procjenjivala je prevalencu poremećaja ishrane i držanja dijeta na uzorku od 6728 adolescenata od 5. do 12. razreda. Utvrđeno je da gotovo polovina devojčica (45%) bila na dijeti u poređenju sa 20% dečaka. Poremećaj ishrane nađen je kod 13% devojčica i 7% dečaka.

U Omanu je rađena studija među urbanim adolescentima (126 ženskog i 136 muš-

kog pola). Primenom EAT-26 upitnika, identifikovano je da je 29% uzorka verovatna dijagnoza anoreksije; nasuprot 9,5% identifikovanih tokom struktturnog intervjua (32% muških i 68% ženskih ispitanika) [15].

## ZAKLJUČAK

Oko 30% učenica nije zadovoljno svojim telesnim izgledom, 20,5% drži dijetu, dok 21,6% učenica izbegava hranu koja sadrži šećer. Indeks telesne mase manji od  $18,5 \text{ kg/m}^2$  ima 6,9%, dok veći od  $25 \text{ kg/m}^2$  ima 4,4% učenica. Ova studija ukazuje da je potrebna edukacija mladih u vezi ishrane, koja će im pomoći u usvajanju zdravih stavova prema pravilnoj ishrane i zdravih stilova života, kao i razvoj preventivnih programa koji će ohrabriti mlade u prihvatanju zdravijih životnih stilova.

*Tabela 5. Distribucija uzorka prema navikama u ishrani i razredu*  
*Table 5. Sample distribution by dietary habits and class grade*

Pitanje <i>Question</i>	Odgovor/ <i>Answer</i>	Razred <i>Class</i>				Ukupno <i>Total</i> (n=1301)			
		I (n=630)		II (n=671)					
		n	%	n	%				
Uživaju da jedu meso <i>Like eating meat</i>	Nikad <i>Never</i>	88	14.0	81	12.1	169	13.0		
	Uvek* <i>Always</i>	105	16.7	129	19.2	234	18.0		
Izbegavaju hranu koja sadrži šećer <i>Avoiding foods with sugar</i>	Nikad <i>Never</i>	373	59.2	387	57.7	760	58.4		
	Retko <i>Rarely</i>	133	19.8	148	22.1	281	21.6		
Osećaju krivicu kad jedu previše <i>Feel guilty when eat too much</i>	Nikad** <i>Never</i>	388	61.6	372	55.4	760	58.4		
	Često <i>Often</i>	26	4.1	33	4.9	59	4.5		
Jedu dijetalnu hranu <i>Eating dietary food</i>	Nikad <i>Never</i>	311	49.4	322	48.0	633	48.6		
	Ponekad <i>Sometimes</i>	128	20.3	139	20.7	267	20.5		

\* V=232; T=0.5; p>0.05 (d f=232, t=0.5, p>0.05)

\*\* V=758; T=1.65; p>0.05 (d f=758, t=1.65, p>0.05)

# SATISFACTION WITH BODY IMAGE, ATTITUDES AND NUTRITIONAL HABITS IN SECONDARY SCHOOL STUDENTS IN BANJA LUKA

Živana Gavrić<sup>1</sup>

Marija Radmanović-Burgić<sup>2</sup>

Sanela Burgić<sup>3</sup>

## Summary

**Introduction** In adolescence, girls are often preoccupied with their body image, express discontent with their figure, body weight and they want to lose weight.

**Objective** Our objective was to examine attitudes to food and eating habits among female adolescents.

**Method** The survey was carried out among female adolescents, age 16 - 17, in four secondary schools in Banja Luka (economic, medical, agricultural and grammar school). Survey questionnaire EAT-26, was used. Out of total 1441 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> grade students, 1301 (90.3%) present in school on that day, responded to the questionnaire.

**Results** Of the total number of students who completed the survey (1301), 90 (6.9%) had a body mass index (BMI)  $<18.5 \text{ kg/m}^2$ . Among them, 26.9% stated that would like to be slimmer, and 37.3% did not. Between these two groups there was no statistically significant difference ( $V = 834$ ,  $t = 7.94$ ,  $p < 0.01$ ). The highest percentage of students with BMI less than  $18.5 \text{ kg/m}^2$  (73.1%) never avoid food that contains sugar, with a statistically significant difference ( $t = 3.4$ ,  $p < 0.05$ ), when compared to those with BMI between  $18.5$  and  $25 \text{ kg/m}^2$  (57%) and those with a BMI greater than  $25 \text{ kg/m}^2$  (35.7). Dietary food have never eaten 46.25% of students with  $\text{BMI} < 18.5 \text{ kg/m}^2$ , and 43.6% students with an optimal BMI. When these two groups are compared to students with  $\text{BMI} > 25 \text{ kg/m}^2$  there is a statistically significant difference ( $V = 73$ ,  $T = 2.05$ ,  $p < 0.05$ ).

**Discussion** Majority of our study subjects, in accordance with the results of other studies, manifest the desire to be thinner, in spite of no real need for it, which leads to avoiding of certain food and dieting.

**Conclusion** This study suggests that young people need nutrition education that should help them to develop healthy attitudes toward adequate food and healthy lifestyle.

**Key words:** adolescent females," body-image", diet

- 1 Department of Social medicine, Medical Faculty Banja Luka, University Banja Luka, Bosnia and Herzegovina
- 2 Department of Psychiatry, Medical Faculty Banja Luka, University Banja Luka, Bosnia and Herzegovina
- 3 Medical Faculty Banja Luka, University Banja Luka, Bosnia and Herzegovina

## Literatura:

1. Sheffield JK, Tse KH, Sofronoff K. A comparison of body-image dissatisfaction and eating disturbance among Australian and Hong Kong women. European Eating Disorders Review 2005; 13 (2): 112-24.
2. Soh NL, Touyz SW, Surgenor LJ. Eating and body image disturbances across cultures: a review. European Eating Disorders Review 2006; 14 (1):54-65.
3. Podar I, Allik J. A cross-cultural comparison of the eating disorder inventory. International Journal of Eating Disorders 2009; 42 (4): 346-55.
4. Katsounari I. Self-esteem, depression and eating disordered attitudes. European Eating Disorders Review 2009; 17(6):455-61.
5. Farrell C, Shafran R, Lee M. Empirically evaluated treatments for body image disturbance: a review. European Eating Disorders Review 2006;14 (5): 289-300.
6. Schneider N, Frieler K, Pfeiffer E, Lehmkühl U, Salbach-Andrae H. Comparison of body size estimation in adolescents with different types of eating disorders. European Eating Disorder Review 2009;17 ( 6 ):468-75.
7. Hargreaves D. Idealized Women in TV Ads Make Girls Feel Bad. Journal of Social and Clinical Psychology 2002; 21: 287-308.
8. Hofschire, L. J., and Greenberg, B. S. Media's impact on adolescents' body dissatisfaction. In J. D. Brown, J. R. Steele, and K. Walsh-Childers (Eds.) Sexual Teens, Sexual Media. NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. 2002.
9. World Health Organization. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report/ a report of the World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse; in collaboration with the Prevention Research Center of the Universities of Nijmegen and Maastricht; 2004.
10. Garner D. M, Olmsted, M. P, Bohr Y and Garfinkel P. E. The Eating Attitudes Test; Psychometric features and clinical correlates. Psychological Medicine 1982; 12:871-78.
11. World Health Organization. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report/ a report of the World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse; in collaboration with the Prevention Research Center of the Universities of Nijmegen and Maastricht; 2004.
12. Nedic.ca (homepage on the Internet). Toronto: National Eating Disorder Information Centre; 2005 (cited 2005 Dec 11).
13. Milne J, Milne-Home A. Body image and eating behavior among students in Sydney?'s North West.
14. Neumark-Sztainer, D., Hannan, P: Weight-Related Behaviors Among Adolescent Girls and Boys. Arch Pediatric Adolescent Med. 2000;154:569-77.
15. Al-Adawi S, Dorvlo AS, Burke DT, Moosa S, Al-Bahlani S. A survey of anorexia nervosa using the Arabic version of the EAT-26 and "gold standard" interviews among Omani adolescents. Pub Med 2002; 7 (4):304-11.

---

Marija Burgić-Radmanović  
Medicinski fakultet Banja Luka  
Save Mrkalja 14, 78000 Banja Luka,  
Bosna i Hercegovina  
Tel/faks: +387 51 462 442  
Mobilni: +387 65 512 703  
E-mail: marijabl@inecco.net

# TETOVAŽA I PIRSING MEĐU SREDNJOŠKOLCIMA U BEOGRADU

Boris Kordić<sup>1</sup>

Lepa Babić<sup>2</sup>

UDK: 613.956:616.5-003.6(497.11)

1. Fakultet bezbednosti, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija
2. Poslovni fakultet, Univerzitet Singidunum, Beograd, Srbija

## UVOD

Tetovaža i pirsing predstavljaju oblike ukrašavanja tela. Tetovaža je oslikavanje delova tela a pirsing ugradnja minduša na razne delove tela. Klasična tetovaža podrazumeva ubrizgavanje boje u kožu čime se telo trajno oslikava. Pored toga postoje i privremene tetovaže. Pirsing koji je povezan sa ugradnjom minduša u uvo predstavlja uobičajen oblik ukrašavanja žena. Međutim, u pravom značenju pirsing podrazumeva ugradnju minduša na razne delove tela kao što su jezik, obrve, nos, usne, pupak, bradavice i slično.

Tetovaža i pirsing imaju dugu istoriju. U drevnim kulturama one su bile sastavni deo rituala i oblik označavanja pojedinača kroz modifikacije tela. U današnje vreme tetovaže i pirsing su relativno rasprostranjene, a najčešće su sastavni deo određenih subkultura. Za mlade ljude je ka-

## Kratak sadržaj

Beograd predstavlja urbanu sredinu, medijski odlično pokrivenu, koja mladima nudi tetovažu i pirsing kao robu za konzumiranje i kroz uzore u ponašanju. S obzirom da se tetovaža i pirsing najčešće povezuju sa određenim subkulturama, kao i da su mladi skloni da grade socijalni identitet kroz pripadnost tim subkulturama, sprovedeno je istraživanje na prigodnom uzorku mlađih koji su pohađali treći razred srednje ekonomskog škole u Beogradu. Utvrđeno je da više od pola ispitanika prihvata tetovažu i pirsing kao nešto pozitivno, nešto što ima estetsku vrednost i simboličko značenje i rado bi modifikovali svoje telo na taj način.

*Ključne reči:* tetovaža, pirsing, srednjoškolci u Beogradu,

rakteristično da traže svoj socijalni identitet kroz pripadnost različitim subkulturama. [1]. Prikazivanje, kult tela i estetsko, predstavljaju oblike kreiranja imidža koji su se koristili u drevnim kulturama, a danas se prihvataju kao način iskazivanja pripadnosti određenim subkulturama [2]. Na taj način pojedinac bira svoj životni stil koji mu omogućava ekspresiju osobnosti kroz određene oblike potrošnje. Bira se način odevanja, muzika u kojoj se uživa, oblik plesa kojim se iskazuje uživanje u muzici, mesto izlaska, način hoda, itd. Kroz različita obeležja mlađi građe životni stil kojim osmišljavaju svet oko sebe [3]. I ne samo mlađi, već i ljudi svih uzrasta nalaze lično zadovoljstvo i smisao u pripadnosti subkulturama. Na taj način subkultura spašava od društvenog starenjia [4], a odraslima nudi alternativu neizbežnoj poziciji u društvu.

Tetovaža se pojavljuje kao oblik označavanja žena u trgovini ljudima [5]. Za razliku od označavanja pripadnosti subkulturi, koja predstavlja sopstveni izbor kojim se osoba opredeljuje za deo socijalnog identiteta, kod žrtava trgovine ljudima tetovaža je čin nasilnog prisvajanja i nametanja uloge eksplorativne žene. S druge strane, postoje stereotipi koji tetovažu i pirsing povezuju sa pojedinim grupama ljudi. U jednom istraživanju sprovedenom na uzorku kojim su obuhvaćeni studenti Univerziteta u Novom Sadu, utvrđeno je da tetovaža i pising ulaze u stereotip o studentima akademije umetnosti, a prepostavlja se da je to zato što se umetnici doživljavaju kao ekstravagantni, ekscentrični i intrigantni [6].

Odlučili smo se da ispitamo kako na tetovažu i pirsing gledaju srednjoškolci iz Beograda. Beograd predstavlja urbanu sredinu i svetsku metropolu koja nudi tetovažu i pirsing kao deo robe na tržištu.

## METOD

Obavljeno je pilot istraživanje na prigodnom uzorku. Ispitano je 122 srednjoškolaca (39 mladića i 83 devojke) uzrasta od 17 godina, koji su u momentu testiranja pohađali treći razred Druge ekonomiske škole u Beogradu. Ispitanici su popunili upitnik od 76 stavki sastavljen za ovo istraživanje. Svakom učesniku rečeno je da je istraživanje usmereno na otkrivanje njihovog specifičnog odnosa prema tetovaži i pirsingu.

Tvrđne upitnika formulisane su tako da nedvosmisleno i jednostavno govore o odnosu mladih prema tetovaži i pirsingu, a dodato je desetak pitanja o interesovanjima mladih i načinu na koji provode slobodno vreme. Odgovori uključuju pet

mogućnosti od nimalo se ne slažem do potpuno se slažem. Svi ispitanici su ušli u konačnu analizu.

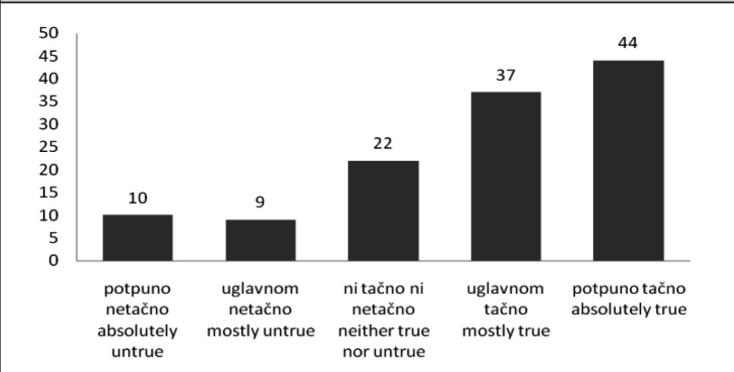
## REZULTATI

Prvo ćemo prikazati rezultate koji uopšteno govore o odnosu mladih prema tetovaži, a zatim i prema pirsingu. Veliki procenat ispitanika izjasnio se da voli tetovažu (66,39% čine odgovori „uglavnom tačno“ i „potpuno tačno“), što se jasno vidi iz Grafikona 1. Veći je procenat devojaka koje vole tetovažu od mladića (Tabela 1). Među ispitivanom populacijom, samo jedna devojka je uradila tetovažu, a približno četvrtina mladih planira da je uradi u skorije vreme (Tabela 1). U većoj meri se planira privremena tetovaža za razliku od trajne. Koliki je odnos između ova dva odgovora prikazuje Tabela 2. Nađene su različite kombinacije između odgovora, neki se isključivo opredeljuju za trajnu ili za privremenu tetovažu, a 27,9% mladih opredelilo se i za privremenu i za trajnu tetovažu.

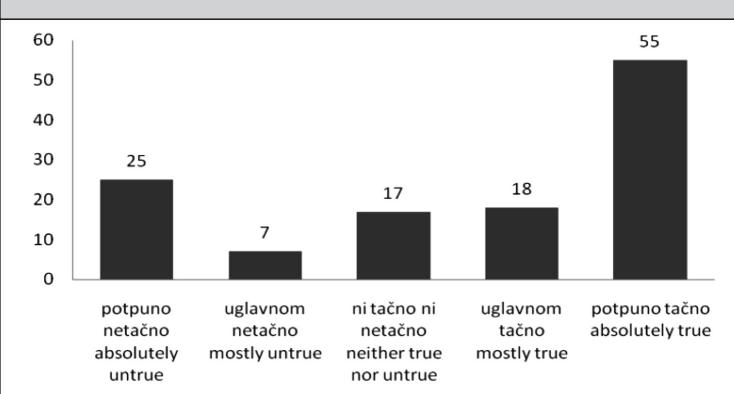
Pirsing je nešto manje popularan od tetovaže i to posebno među mladićima (Tabela 3). Pirsing voli 59,9% ispitanika (Grafikon 2). Veći broj devojka već ima pirsing (16,9%) za razliku od mladića (12,8%). Takođe, veći broj devojaka planira da uradi pirsing u skorije vreme (24,1%) za razliku od mladića (10,3%).

Neke stavke upitnika formulisane su tako da provere u kojoj meri se ispitanici susreću sa osobama koje imaju tetovažu i/ili pirsing (grafikon 3 i 4). Na osnovu dobijenih odgovora može se steći utisak da ispitanici poznaju dosta osoba sa tetovažom (40,98% ispitanika) i pirsingom (56,56%).

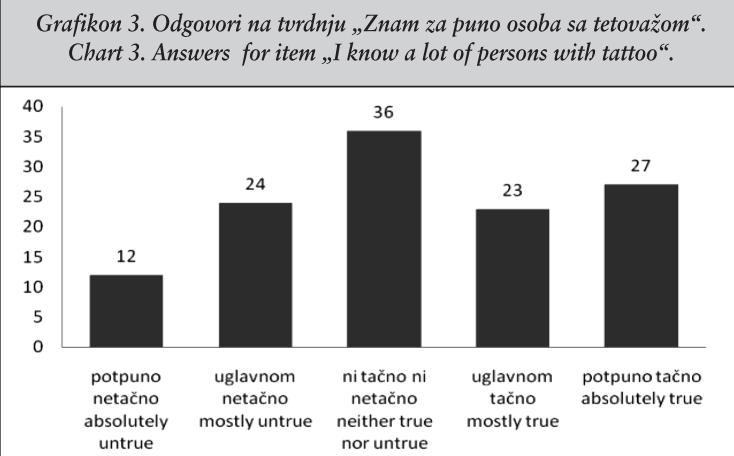
*Grafikon 1. Učestalost odgovora na tvrdnju „Volim tetovaže“.  
Chart 1. Frequency of response for item „I like tattoo“.*



*Grafikon 2. Učestalost odgovora na tvrdnju „Volim pirsing“.  
Chart 2. Frequency of response for item „I like body piercing“.*



*Grafikon 3. Odgovori na tvrdnju „Znam za puno osoba sa tetovažom“.  
Chart 3. Answers for item „I know a lot of persons with tattoo“.*



*Tabela 1. Odnos srednjoškolaca prema tetovaži  
Table 1. Attitude of high school teens towards tattoo*

	Mladići Young males	Devojke Young females
Volim tetovaže* I like tattoo	56,4%	71,1%
Imam tetovažu I have a tattoo	0,0%	1,2%
Uraditi će uskoro tetovažu I will put tattoo	28,2%	24,1%
Stavio bih trajnu tetovažu* I would like to put permanent tattoo	38,5%	49,4%
Stavio bih privremenu tetovažu* I would like to put temporary tattoo	46,2%	62,7%

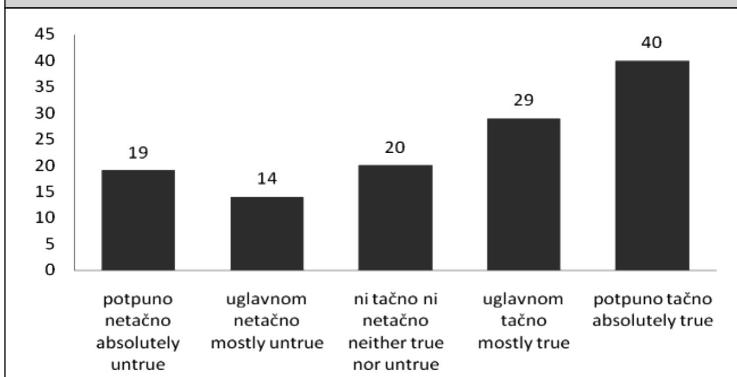
/\*procenti obuhvataju odgovore uglavnom tačno i potpuno tačno/

*Tabela 2. Kolrelacija izmedju tvrdnji „Stavio bih privremenu tetovažu“  
i „Stavio bih trajnu tetovažu“*

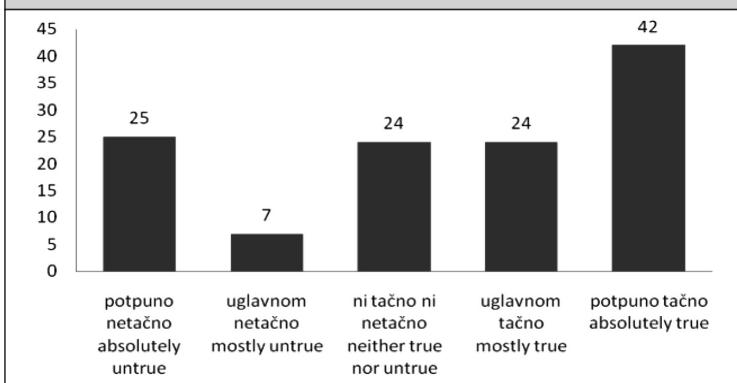
*Table 2. Crosstable of two variables: „I would put a permanent tattoo“  
and „I would put a temporary tattoo“*

		Stavio bih privremenu tetovažu. I would like temporary tattoo					
		Potpuno Netačno Strongly disagree	Uglavnom netačno Mostly disagree	Ni tačno ni netačno Neither agree nor disagree	Uglavnom tačno Mostly agree	Potpuno tačno Strongly agree	Ukupno Total
Stavio bih trajnu tetovažu. I would like permament tattoo							
Potpuno netačno Strongly disagree	10	8	6	5	3	32	
Uglavnom netačno Mostly disagree	0	0	2	6	5	13	
Ni tačno ni netačno Neither agree nor disagree	2	0	2	3	14	21	
Uglavnom tačno Mostly agree	4	1	0	7	8	20	
Potpuno tačno Strongly agree	13	1	3	6	13	36	
Ukupno Total	29	10	13	27	43	122	

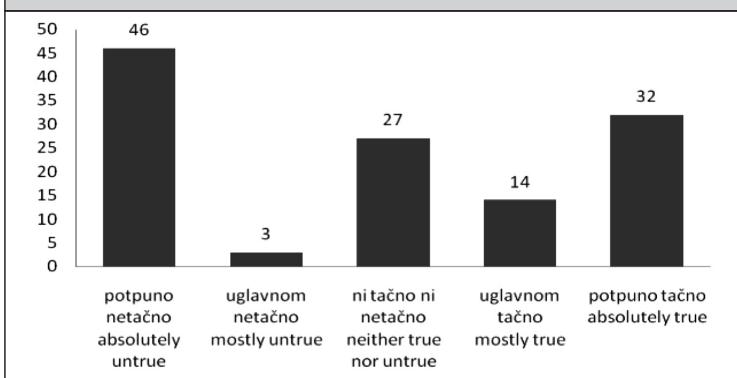
Grafikon 4. Odgovori na tvrdnju „Znam za puno osoba sa pirsingom“. Chart 4. Answers for item „I know a lot of persons with body piercing“.



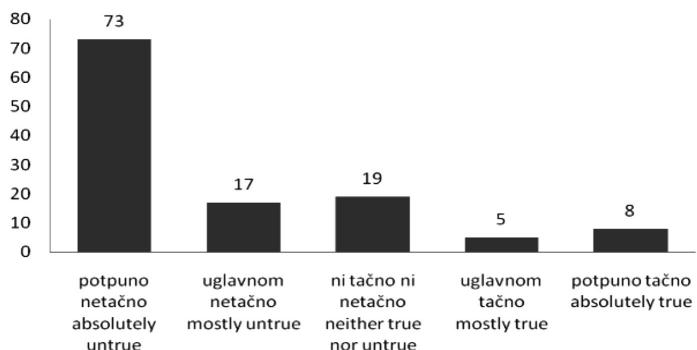
Grafikon 5. Odgovori na tvrdnju „Podneo bih bol zbog tetovaže“. Chart 5. Answers for item „I would suffer pain for a tattoo“.



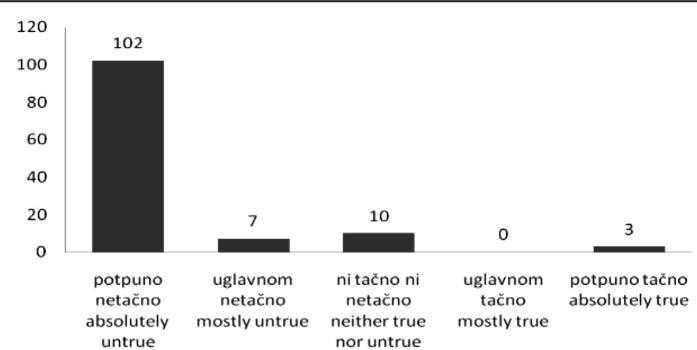
Grafikon 6. Odgovori na tvrdnju „Podneo bih bol zbog pirsinga“. Chart 6. Answers for item „I would suffer pain for a body peircing“.



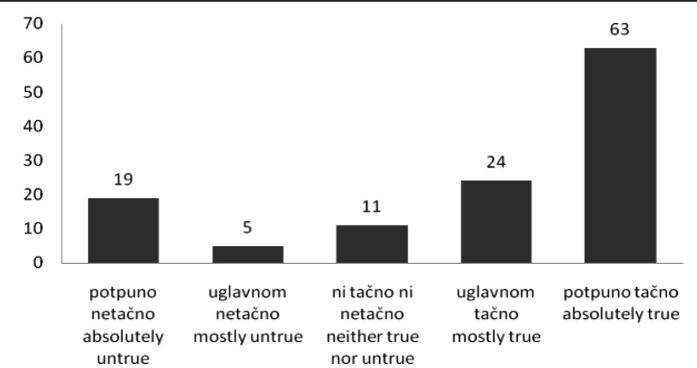
Grafikon 7. Odgovori na tvrdnju „Tetovažu nose kriminalci“. Chart 7. Answers for item „Tattoos are worn by criminals“.



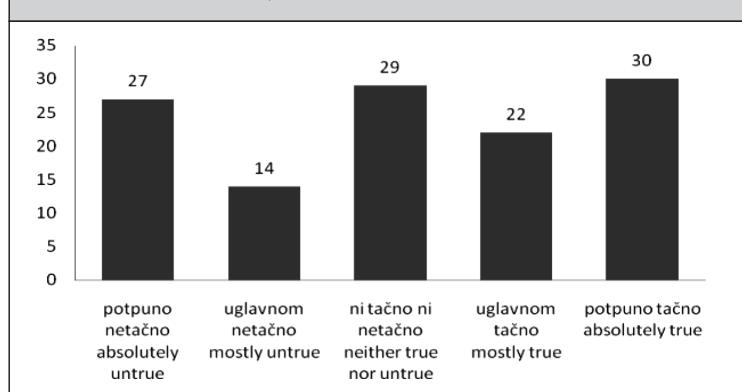
Grafikon 8. Odgovori na tvrdnju „Pirsing nose kriminalci“. Chart 8. Answers for item „Body piercings are worn by criminals“.



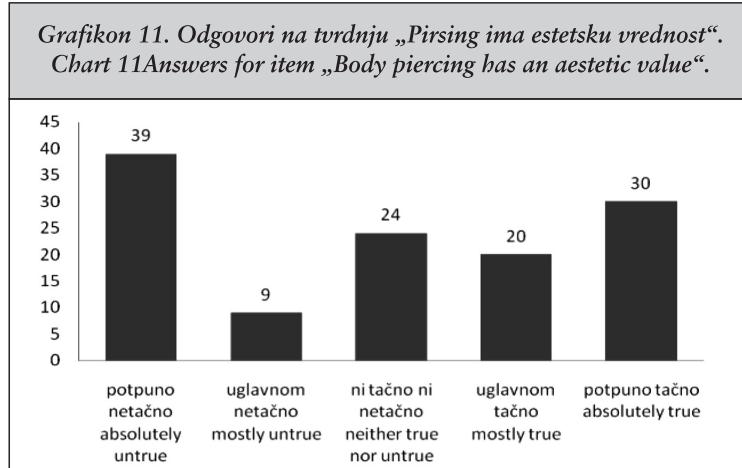
Grafikon 9. Odgovori na tvrdnju „Tetovaža ima simboličko značenje“. Chart 9. Answers for item „Tattoo has a symbolic meaning“.



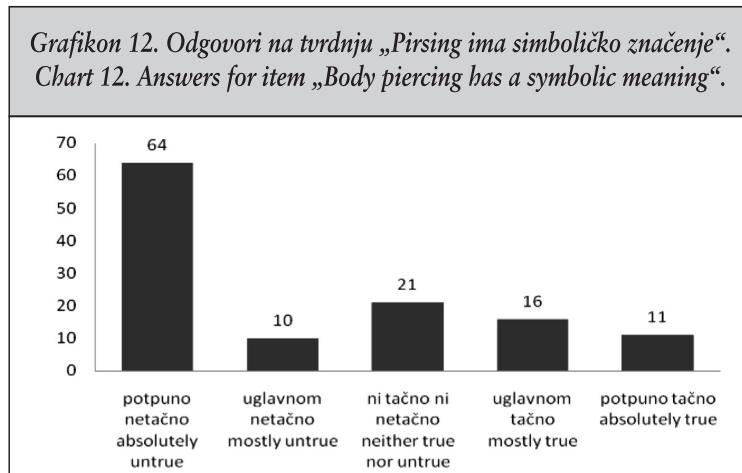
Grafikon 10. Odgovori na tvrdnju „Tetovaža ima estetsku vrednost“.  
 Chart 10. Answers for item „Tattoo has an aesthetic value“.



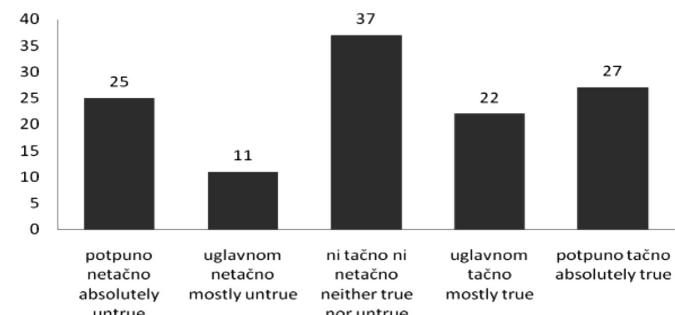
Grafikon 11. Odgovori na tvrdnju „Pirsing ima estetsku vrednost“.  
 Chart 11 Answers for item „Body piercing has an aesthetic value“.



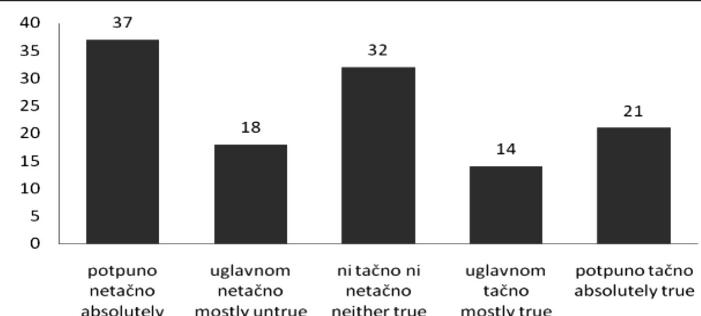
Grafikon 12. Odgovori na tvrdnju „Pirsing ima simboličko značenje“.  
 Chart 12. Answers for item „Body piercing has a symbolic meaning“.



Grafikon 13. Odgovori na tvrdnju „Promenilo bi se ponašanje profesora prema meni kada bih uradio tetovažu“.  
 Chart 13. Answers for item „If I would put a tattoo, behaviour of teachers towards me would change“.



Grafikon 14. Odgovori na tvrdnju „Promenilo bi se ponašanje profesora prema meni kada bih uradio pirsing“.  
 Chart 14. Answers for item „If I would put a body piercing, behaviour of teachers towards me would change“.



Da bi ispitali jačinu želje za tetovažom i pirsingom formulisali smo stavke koje govore o spremnosti da se podnese bol radi ostvarenja želje (grafikon 5 i 6). Dobjeni odgovori ukazuju na spremnost značajnog broja ispitanika da podnesu bol radi ostvarenja želje, a ta spremnost izraženija je kad je u pitanju tetovaža (54,1%) nego pirsing (37,71%).

Većina ispitanika ne povezuje tetovaže sa kriminalcima (73,77%), a posebno ne pirsing (83,34%) (grafikon 7 i 8).

Određene stavke formulisane su da ispitaju uverenja ispitanika o simboličkom značenju, kao i o estetskoj vrednosti, tetovaže i pirsinga (grafikoni 9-12). Većina ispitanika pridaje tetovaži simboličko značenje (71,31%), pa i estetsku vrednost (42,62%), dok pirsingu pridaju nešto manju estetsku vrednost (40,98% ispitanika), a mnogo manje simboličko značenje (22,13% ispitanika).

Određene stavke su formulisane da ispitaju očekivanja ispitanika o promeni ponašanja profesora prema njima ukoli-

ko bi uradili tetovažu ili pirsing (v. grafi-kone 13 i 14). Znatan broj ispitanika smatra da bi se ponašanje profesora promenilo kada je u pitanju tetovaža (40,26% ispitanika), a manji broj kada je u pitanju pirsing (28,69% ispitanika).

### Faktorska analiza

Faktorska analiza glavne komponente izdvaja devet faktora iz 58 tvrdnji o tetovaži i pirsingu. Oni pokrivaju 51,723% varijanse. Faktorima smo dali imena sledećim redom „cenim tetovažu“, „cenim pirsing“, „posebnost tetovaže i pirsinga“, „negativci nose tetovažu i pirsing“, „komplikacije kod tetovaže i pirsinga“, „mnogi nose tetovažu i pirsing“, „drugačije ponašanje prema osobama sa tetovažom i pirsingom“, „tetovaža i pirsing radi drugoga“ i „skrivanje od roditelja“.

Faktor „cenim tetovažu“ okuplja tvrdnje koje govore o pozitivnom odnosu prema tetovaži, želi da se uradi tetovaža, da se podnese bol i štedi džeparac radi tetovaže, o estetskoj i simboličkoj vrednosti tetovaže, i sl. Faktor „cenim pirsing“ grupiše tvrdnje koje govore o pozitivnom odnosu prema pirsingu, o estetskoj vrednosti pirsinga, spremnosti da se podnese bol i štedi džeparac radi pirsinga i sličnim. Fa-

kor „posebnost pirsinga i tetovaže“ čine tvrdnje koje govore o tome da tetovaža i pirsing predstavljaju slobodu, čine čoveka posebnim, odražavaju lični stav i slične. Faktor „negativci nose tetovažu i pirsing“ okuplja tvrdnje koje govore o tome da kriminalci i agresivne osobe nose tetovažu i pirsing i da često predstavlja izraz bunta. Faktor „komplikacije kod tetovaže i pirsinga“ okuplja tvrdnje koje govore da su tetovaža i pirsing bolni, da njihovo stavljanje može izazvati komplikacije i da je to razlog izbegavanja stavljanja tetovaže i pirsinga. Faktor „mnogi nose tetovažu i pirsing“ grupiše tvrdnje koje govore da ispitnik poznaje mnogo osoba sa tetovažom i pirsingom, da tu spada veći deo njegovog društva kao i roditelji njegovih vršnjakinja/vršnjaka. Faktor „drugačije ponašanje prema osobama sa tetovažom i pirsingom“ čine tvrdnje koje govore da ljudi imaju drugačije ponašanje prema osobama sa tetovažom i pirsingom, te da tu spadaju i njihovi profesori. Faktor „tetovaža i pirsing radi drugoga“ okuplja tvrdnje koje govore da bi osoba uradila tetovažu ili pirsing radi bliske osobe ili osobe koju ceni. Faktor „skrivanje od roditelja“ okuplja tvrdnje koje govore da is-

*Tabela 3. Stavovi mladih prema pirsingu  
Table 3. Attitudes of high school teens towards body piercing*

	Mladići Young males	Devojke Young females
Volim pirsing* I like piercing	38,5%	69,9%
Imam pirsing I have a piercing	12,8%	16,9%
Uraditi će uskoro pirsing I will put piercing soon	10,3%	24,1%

/\*procenti obuhvataju odgovore uglavnom tačno i potpuno tačno/

pitanik nebi obavestio roditelje o nameri da uradi tetovažu ili pirsing.

Faktorskom analizom drugog reda izdvajaju se četiri faktora (tabela 4). Prvi faktor grupiše faktore „cenim tetovažu“, „cenim pirsing“, „komplikacije kod tetovaže i pirsinga“ i „posebnost tetovaže i pirsinga“. Drugi faktor grupiše faktore „skrivanje od roditelja“, „drugačije ponašanje prema osobama sa tetovažom i pirsingom“, „posebnost tetovaže i pirsinga“ i „mnogi nose tetovažu i pirsing“. Treći faktor objedinjuje faktore „mnogi nose tetovažu i pirsing“, „tetovaža i pirsing radi drugoga“, i „komplikacije kod tetovaže i pirsinga“. Četvrti faktor čini faktor „negativci nose tetovažu i pirsing“, „tetovaža i pirsing radi drugoga“ i „drugačije

ponašanje prema osobama sa tetovažom i pirsingom“.

Faktorska analiza glavne komponente izdvaja četiri faktora iz 12 tvrdnji o interesovanjima mladih i prihvatanju pravila (tabela 5). Oni pokrivaju 54,13% varijanse. Faktorima smo dali imena sledećim redom „sluša muziku“, „oponira“, „u trendu“ i „informisan“.

Faktor „sluša muziku“ okuplja tvrdnje koje govore o slušanju različitih vrsta muzike, od hip-hop i R'n'B, preko haus-a i rave-a, do moderne zabavne muzike. Ovaj faktor zasićuje i tvrdnja o gledanju obrazovnih emisija. Faktor „oponira“ grupiše tvrdnje koje govore o sukobu sa roditeljima i suprotstavljanju pravilima. Faktor „u trendu“ okuplja tvrdnje koje go-

*Tabela 4. Faktori drugog reda - matrica sklopa od faktora prvog reda*  
*Table 4. Second order factors – pattern matrix of first order factors*

	1	2	3	4
1. cenim tetovažu I value tattoo	0,771			
2. cenim pirsing I value piercing	0,628			
5. komplikacije kod tetovaže i pirsinga Complications of tattoo and piercing application	-0,513		0,454	
9. skrivanje od roditelja Hiding from parents		0,723		
7. drugačije ponašanje prema osobama sa tetovažom i pirsingom Attitude toward people with tattoo and piercing		0,573		0,320
3. posebnost tetovaže i pirsinga Peculiarity of tattoo and piercing	0,360	0,548		
6. mnogi nose tetovažu i pirsing Many persons have a tattoo and piercing		0,443	-0,684	
8. tetovaža i pirsing radi drugoga Tattoo and piercing because of others			0,645	-0,368
4. negativci nose tetovažu i pirsing Tattoos are worn by negatives				0,907

vore o izlaženju na aktuelna mesta, želji da se vozi skupoceni auto , oblačenju u skladu sa muzikom i učestalosti izlaženja. Fakor „informisan“ grupiše tvrdnje koje govore o izlaženju na mirna mesta, gledanju političkih i obrazovnih emisija.

### Povezanosti između faktora

Izračunali smo povezanost između dve grupe faktora koje smo dobili faktorskom analizom. Iz prve grupe faktora koje smo dobili iz tvrdnja povezanih sa tetovažom i

pirsingom uzeli smo one faktore koji zasićuju prvi faktor drugog reda, jer su direktno povezani sa odnosom mladih prema tetovaži i pirsingu. Iz tabele 6. vidimo da samo „informisani“ ne pokazuju povezanost sa faktorima vezanim za tetovažu i pirsing. Ostala tri faktora o interesovanjima mladih povezana su sa faktorom „cenim tetovažu“, ali nisu povezana sa faktorima „cenim pirsing“ i „komplikacije kod tetovaže i pirsinga“. Faktor „sluša muziku“ povezan je i sa faktorom „posebnost tetovaže i pirsinga“.

*Tabela 5. Matrica sklopa za tvrdnje o interesovanjima mladih i prihvatanju pravila*  
*Table 5. Pattern matrix for items about interests of high school teens and their acceptance of rules*

	1	2	3	4
Slušam hip-hop, R'n'B. I listen hip.hop, R'n'B.	.846			
Slušam haus, rave. I listen haus, rave	.622			
Slušam modernu zabavnu muziku. I listen pop music	.457	-.424		
Često sam u sukobu sa roditeljima. I am often in conflict with parents		.910		
Volim da se suprotstavljam pravilima. I like to oppose to rules		.788		
Izlazim na aktuelna mesta. I go to the popular places			.717	
Voleo bih da vozim skupoceni auto I would like to drive expensive cars			.611	
Oblačim se u skladu sa muzikom koju slušam. I dress like my music idols			.587	
Često izlazim. I go out often			.529	
Izlazim na mirna mesta. I go out to peacefull place				.727
Gledam političke emisije. I watch political shows				.652
Gledam obrazovne emisije (dokumentarni filmovi..) I watch educational programmes	.505			.603

## DISKUSIJA

Sprovedeno je preliminarno istraživanje o stavovima srednjoškolaca prema tetovaži i pirsingu. Nijedno ovakvo istraživanje nije rađeno na našim prostorima iako je tema zanimljiva i aktuelna. Tinejdžeri predstavljaju kategoriju mlađih ljudi koja proživljava velike promene u doživljaju samih sebe s obzirom da se nalazi u periodu adolescencije, odnosno na razmeđi između perioda detinjstva i odraslog doba. To je vreme formiranja identiteta, a telesna šema značajno utiče na samopozimanje i identitet. Fizički izgled samo je jedna od komponenti telesnog samopozimanja, a najznačajniji je prediktor samo-poštovanja [7]. Tetovaža i pirsing predstavljaju tehnike kojima se direktno menja izgled tela. Stoga smatramo da su dobijeni rezultati dobar pokazatelj za dalja istraživanja iako su rađena na prigodnom

uzorku, jer predstavljaju osvrt na temu koja je značajna i nije dosada tretirana u našoj sredini.

Podaci našeg istraživanja ukazuju na popularnost tetovaže i pirsinga među srednjoškolcima. Približno dve trećine ispitanika voli tetovažu i pirsing. Popularnost tetovaže i pirsinga ne dolazi do izražaja u njihovoj stvarnoj primeni. Tako, tetovažu ima samo jedan ispitanik na našem uzorku, a pirsing 19 ispitanika od ukupno 122. Kad su planovi u pitanju, tetovažu želi u skorije vreme da uradi 31 ispitanik, a pirsing 24 ispitanika. Spremnost znatnog broja ispitanika da podnesu bol radi tetovaže (54,1%) i pirsinga (37,71%) pokazuje jačinu njihove motivacije da se podvrgnu datim modifikacijama tela. S druge strane, prepreku ostvarenju želja u vezi tetoviranja tela i pirsinga predstavlja uverenje da bi se ponašanje

**Tabela 6. Povezanosti faktora tetovaže i pirsinga i faktora interesovanja mlađih**  
**Table 6. Correlation between factors about tattoo and body piercing and factors about high school teens interests**

	1. cenim tetovažu I value tattoo	2. cenim pirsing I value piercing	3. posebnost tetovaže i pirsinga Peculiarity of tattoo and piercing	5. komplikacije kod tetovaže i pirsinga Complications of tattoo and piercing application
A. sluša muziku I listen music	.184(*)	.172	.329(**)	-.064
B. oponira Oppose to rules	.349(**)	-.026	-.012	-.153
C. u trendu In trend	.209(*)	.091	.159	-.124
D. informisan Informed	-.122	-.027	-.092	.051

\*\* – povezanost značajna na nivou .01

\* – povezanost značajna na nivou .05

profesora promenilo prema njima zbog tetovaže i pirsinga.

Naše istraživanje pokazuje da ispitanici znaju veliki broj osoba sa tetovažom (40,98%) i pirsingom (56,56%), što govori o raširenosti uzora koja povećava verovatnoću njihovog imitiranja. Tetovaža i pirsing se ne dovode u vezu sa negativnim uzorima, već im se pridaju simbolička značenja i estetske odlike.

Da bi jasnije tumačili rezultate dobijene istraživanjem uradili smo dve faktorske analize: prvo na tvrdnjama usmerenim na ispitivanje odnosa srednjoškolaca prema tetovaži i pirsingu, a zatim i na tvrdnjama usmerenim na ispitivanje interresovanja mlađih, oblike provoda, kao i stepen oponiranja roditeljima i društvenim pravilima. Faktorska analiza na prvoj grupi pitanja pokazuje da postoje tvrdnje koje jasno govore o odnosu srednjoškolaca prema tetovaži i prisingu. Faktorskom analizom drugog reda ograničili smo broj faktora relevantnih za istraživanje na četiri faktora koji zasićuju prvi faktor drugog reda. U taj faktor, osim tvrdnje cenim tetovažu i cenim prising, ulaze još i tvrdnje koje govore o komplikacijama kod tetovaže i pirsinga i to negativno povezane, što znači da su ispitanici svesni mogućih komplikacija, ali da ih njihovo postojanje ne sprečava da imaju pozitivan odnos prema tetovaži i pirsingu. Takođe u okvir prvog faktora drugog reda ulaze i tvrdnje koje govore o posebnosti tetovaže i pirsinga, odnosno da su tetovaža i prising odraz slobode, ličnog stava i osećanja posebnosti.

Ostali faktori su ilustracija za odnos srednjoškolaca prema domenima realnosti vezanim za tetovažu i pirsing. Tako faktor "negativci nose tetovažu i prising" pokazuje da mladi ne povezuju tetovažu i

pirsing sa negativnim uzorima. Faktor "tetovaža i pirsing radi drugoga" pokazuje da mladi ne vide motiv za tetoviranje i pirsing u želji da se uđovolji bliskoj osobi ili osobi koja se ceni. Svi ovi faktori mogu da se izbace iz narednih istraživanja kao manje bitni. Stoga smo u se u narednoj analizi ograničili samo na izdvojena četri faktora koji grade prvi faktor drugog reda.

Faktorska analiza druge grupe pitanja dala je četiri faktora koji približno oslikavaju obrasce ponašanja naših ispitanika u popunjavanju slobodnog vremena. Nazvali smo ih uslovno "životni stilovi" i izdvjajili smo sledeće: slušanje muzike, oponiranje, trendovsko ponašanje i informisanost. Dobijeni životni stilovi oslikavaju samo delimično životne stilove mlađih, pre svega stoga što su dobijeni na malom broju tvrdnji i ne opisuju široki spektar ponašanja srednjoškolaca u Beogradu.

Kad su životni stilovi u pitanju, većina istraživanja u našoj sredini bazira se na instrumentima koji slabo zahtvataju subkulturne obrasce ponašanja mlađih. Koristi se lista sedam životnih sitlova: utilitarni, hedonistički, altruistički, prometejsko-aktivistički, stvaralački, socijalni i saznajni [8, 9, 10]. U istraživanju rađenom na području Srbije i Crne Gore 1998. godine, utvrđena su tri životna stila na uzrastu od 18 do 30 godina: dobro organizovani ostvarivač, hazarder usmeren na uzbudjenja, praktičar usmeren na dom [11]. U navedenom istraživanju se životni stil određuje kao obrazac ponašanja koji izražava dominantnu orientaciju u konzumiraju vremena i novca. Novijim istraživanjem sprovedenim kod srednjoškolaca u Srbiji, identifikovano je pet obrazaca ponašanja tokom slobodnog vremena: akademski, sportski, vezan za laku zabavu,

vezan za izlaska, i vezan za muziku i kompjutere [12]. Ovo istraživanje je najblže našem pristupu ponašanju mlađih, jer polazi od prepostavke da se ponašanje mlađih definiše vremenom oslobođenim od obaveza [13], a upravo tada je moguće isprobati različite obrasce ponašanja u potrazi za novim identitetom na putu ka svetu odraslih. Slobodno vreme je upravo ono vreme kada je moguć uticaj subkulture na mlade, jer je ostalo vreme oblikovanu zahtevima društvene sredine. Tokom slobodnog vremena dolaze do izražaja potrebe i interesovanja mlađih. Mišljenja smo da životni stilovi dobijeni našim istraživanjem mogu da posluže kao ilustracija ograničenog domena stvarnih životnih stilova i kao podsticaj za buduća istraživanja u pravcu identifikovanja obrasaca ponašanja kojima mlađi u Srbiji provode slobodno vreme.

Dobijene povezanosti između životnih stilova ispitanika i faktora koji govore o tetovaži i pirsingu pokazuju da je većina životnih stilova povezana sa faktorom "cenim tetovažu" što dodatno baca svetlost na popularnost tetovaže kod mlađih ljudi. Istu povezanost nismo dobili sa faktorom "cenim pirsing" i "komplikacije kod tetovaže i pirsinga". U traganju za objašnjanjem dobijene povezanosti treba se prisjetiti da je pirsing prisutan u našem uzorku, a tetovaža gotovo nimalo nije zastupljena. To ukazuje na jednu od značajnih razlika između tetovaže i pirsinga a to je da se trajna tetovaža više ne može promeniti dok se pirsing može skinuti. Pored toga, stavljanje tetovaže je znatno skuplje od stavljanja pirsinga. Dakle, razlika u ceni i trajnosti objašnjava zašto je tetovaža slabo prisutna u našem uzorku a značajno je povezana sa većinom životnih stilova mlađih. Postoji još jedan značajan razlog koji tetovaži da-

je veću težinu nego pirsingu, a to su velike simboličke mogućnosti tetovaže.

Grupa mlađih koja je bliska životnom stilu "informisanosti" verovatno je bliža glavnim tokovima društvenih događanja zbog interesovanja za političke događaje, dokumentarne filmove i slično. Data grupa je samim tim udaljenija od subkultura koje pripadaju mlađima pa im tetovaža i pirsing nisu u žiji interesovanja. Stoga nismo dobili nikakve povezanosti između datog životnog stila i ostalih faktora.

Faktor "posebnost tetovaže i prisinka" je povezan sa životnim stilom "slušanja muzike". To govori da postoji grupa mlađih koja teži posebnosti i razlikovanju u odnosu na druge. S obzirom na veliki broj muzičkih stilova, mlađi koji slušaju muziku mogu svoj identitet u velikoj meri da izdiferenciraju kroz slušanje određenih muzičkih pravaca i tako naglase svoju posebnost i različitost u odnosu na druge. Data grupa mlađih verovatno u tetovaži i pirsingu vidi mogućnost ličnog izraza i mogućnost da se različitost i posebnost dodatno istaknu.

## ZAKLJUČAK

Tetovaža i pirsing su popularni među srednjoškolcima u Beogradu jer se gotovo dve trećine ispitanika izjašnjava da voli tetovažu i pirsing. Mlađi ne dovode u vezu tetovažu i pirsing sa negativnim uzorima, već se posmatraju kroz estetsku i simboličku funkciju. Postoje indicije da se popularnost tetovaže i pirsinga može povezati sa subkulturama mlađih koji se interesuju za muziku, žele da budu u trendu i vole da oponiraju važećim standardima koji su otelotvoreni u roditeljskim stavovima i ponašanjima. Tetovaža ima veću težinu od pirsinga jer je trajnija, skuplja i nosi veću simboličku vrednost.

# TATTOO AND BODY PIERCING AMONG HIGH SCHOOL TEENS IN BELGRADE

Boris Kordić<sup>1</sup>

Lepa Babić<sup>2</sup>

1. Faculty of Security Studies, University of Belgrade, Belgrade, Serbia
2. University Singidunum, Belgrade, Serbia

## Summary

Belgrade is an urban environment, with excellent media coverage, which offers to the young people a tattoo and body piercing as a commodity for consumption and as a role model of behaviour. Having in mind that tattoo and body piercing are usually associated with certain subcultures, and that young people are prone to building a social identity through affiliation into different subcultures, the research was conducted on a correspondent sample of young people who attended a third grade high school in Belgrade. It was found that more than a half of respondents considered tattoos and body piercing as something positive, something that has an aesthetic value and symbolic meaning, and that they modify their bodies in such a way.

*Key words:* tattoo, piercing, high school teens

## Literatura:

1. Bennet, A. 1999. Subcultures or Neo-Tribes? Rethinking the Relationship between Youth, Style and Musical Taste. *Sociology* 33, (3): .
2. Stanojević, D. 2007. Od potkulture do scene i plemena - postbirmingemski pristupi u analizama odnosa omladine, muzike i stila. *Sociologija* 49, (3): 263-282.
3. Grandić, R. & Letić, M. 2009. Životni stilovi slobodnog vremena mladih u Srbiji. *Pedagoška stvarnost* 55, (5-6): 468-478.
4. Thornton, S. 1997. The Social Logic of Subcultural Capital. u *The Subcultures Reader*, Geller, K. & Thornton, S. eds., London and New York: Routledge.
- 5 Simeunović-Patić, B. 2008. Prepoznavanje viktimizacije trgovinom ljudima. *Temida* 11, (4): 69-86.
6. Mihić, V., Dinić, B., Pakaški, M. & Obradović, D. 2005. Autostereotipi i heterostereotipi prema studentima novosadskih fakulteta. *Sociološki pregled* 39, (4): 443-60.
7. Klomsten, A. T.; Skaalvik, E. M. i Espnes, G. A. 2004. Physical Self-Concept and Sports: Do Gender Differences Still Exist? *Sex Roles* 50, (1/2): 119-27.
8. Popadić, D. 1995. Uzrasne i generacijske razlike u preferenciji životnih stilova. *Psihološka istraživanja* 7 (71-88). Beograd: Institut za psihologiju.
9. Lazarević, D. & Janjetović, D. 2003. Vrednosne orientacije studenata budućih vaspitača: stabilnost ili promena. *Zbornik Instituta za pedagoška istraživanja* 35; 289-307.

10. Joksimović, S. & Janjetović, D. 2008. Pojam o sebi i vrednosne orijentacije adolescenata. *Zbornik Instituta za pedagoška istraživanja* 40, (2): 288-305.
11. Logar-Đurić, S., Broćić, L. & Bogosavljević, M. 1999. Životni stilovi mladih Jugoslovena. *Psihologija* 32, (3-4): 169-88.
12. Stepanović I., Videnović, M. & Plut, D. 2009. Obrasci ponašanja mladih tokom slobodnog vremena. *Sociologija* 51, (3): 247-61.
13. Gunter, B. G. & Moore, H. A. 1975. Youth, Leisure, and Post-Industrial Society: Implications for the Family. *The Family Coordinator* 24 (2): 199-207.

---

Boris Kordić  
Fakultet Bezbednosti  
Gospodara Vučića 50, 11000 Beograd  
E-mail: kordic\_b@yahoo.com

# KVALITET ŽIVOTA KOD STUDENATA MEDICINSKOG FAKULTETA

Tihomir Stojković<sup>1</sup>

Tijana Ralić<sup>1</sup>

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

UDK: 613.96:614.253.4

## Kratak sadražaj

**Uvod** Uvid u kvalitet života pruža informacije o subjektivnoj proceni zadovoljstva sopstvenom fizičkom, mentalnom i socijalnom životnom pozicijom. Medicinska edukacija može doprineti nižoj proceni kvaliteta života u studentskoj populaciji.

**Cilj rada** Cilj istraživanja bila je procena kvaliteta života studenata Medicinskog fakulteta u Beogradu, njegovo poređenje sa studentima drugih fakulteta, kao i identifikacija povezanosti određenih sociodemografskih i akademskih karakteristika studenata sa kvalitetom života.

**Metod rada** Uzorak je činilo 310 studenata medicine i 126 studenata drugih fakulteta Univerziteta u Beogradu. Korišćen je upitnik o sociodemografskim podacima i Flanaganova Skala za procenu kvaliteta života kojom su prikupljeni podaci o subjektivnoj proceni kvaliteta života kroz pet kategorija i petnaest oblasti. Za statističku obradu podataka upotrebljene su standardne metode dekriptivne i analitičke statistike.

**Rezultati** Među studentima medicine i kontrolne grupe studenata nema razlike u proceni kvaliteta života ( $p>0,05$ ). Obe grupe studenata slično procenjuju sve aspekte kvaliteta života koje su merene upitnikom: Materijalno i telesno blagostanje, Odnosi sa drugima, Društvene aktivnosti, Lični razvoj i ostvarenost i Razonoda. U populaciji studenata medicine prediktor lošije procene kvaliteta života je obnavljanje godine ( $F=2,30$ ,  $p<0,05$ ). Ostale karakteristike ispitanika (pol, uzrast, godina studija, prosečna ocena, bračnost, roditeljstvo i mesto stanovanja), ne pokazuju povezanost sa kvalitetom života.

**Zaključak** Slične ocene kvaliteta života studenata medicine i ne-medicinskih fakulteta ukazuju da medicinska edukacija nema posebnog uticaja na smanjenje kvaliteta života u poređenju sa drugim studijskim programima. Ipak, u cilju formiranja kompetentnih lekara potreban je kontinuiran rad na održavanju i poboljšanju kvaliteta života studenata medicine.

**Ključne reči:** kvalitet života, studenti, medicinska edukacija

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

## UVOD

U savremenoj medicinskoj praksi, koncept kvaliteta života dobija poslednjih godina veliki značaj i važno mesto pri analizi problema u različitim kliničkim situacijama. Danas se smatra se da je osnovni cilj medicinskih intervencija održavanje i poboljšanje kvaliteta života i da ostali ciljevi, kao što su redukcija simptoma, bola i patnje i poboljšanje funkcije, predstavljaju pojedinačne aspekte ovog osnovnog cilja [1].

Uprkos značaju kvaliteta života u kliničkoj medicini, ovaj termin nije lako definisati. Uopšteno govoreći, može se reći da je kvalitet života višedimenzionalni konstrukt koji se nalazi pod kompleksnim uticajem fizičkog zdravlja pojedinca, njegovog psihološkog stanja, nivoa nezavisnosti, socijalnih odnosa, ličnih verovanja i odnosa prema važnim aspektima ličnog okruženja. Prema Svetskoj zdravstvenoj organizaciji, kvalitet života predstavlja bi lično opažanje sopstvene životne pozicije, u kontekstu kulturnog i vrednosnog sistema u kome pojedinac živi i u odnosu prema svojim ciljevima, očekivanjima, standardima i interesima [2]. Treba naglasiti da procena o kvalitetu života može biti dvojaka, subjektivna ili lična ocena i objektivna ili ocena posmatrača, u zavisnosti od toga ko vrši procenu, kao i da su moguće divergentne ocene [1] usled različitog vrednovanja pojedinih životnih aspekata od strane različitih osoba.

Uloženi su veliki napori kako bi se razvili merni instrumenti kojima bi se mogla vršiti pouzdana procena kvaliteta života. Takođe merne skale osmišljene su da ocene opseg u kojem je osoba zadovoljna pojedinim aspektima življenja, poput fizičkog funkcionisanja, sprovođenja aktivnosti svakodnevnog života, socijalnih relacija, mentalnog stanja itd. Standardizovani opšti upitnici, npr., WHOQOL-100 [2], EQ-5D [3] ili SF-36 [4], koriste se za samoprocenu kvaliteta

života i najčešće nalaze primenu u oceni ishoda različitih terapijskih intervencija. U literaturi je moguće naći veliki broj radova koji se odnose na kvalitet života kod pacijentata sa hroničnim oboljenjima [5].

Međutim, kvalitet života moguće je procenjivati i kod zdrave populacije. Nema mnogo studija koje se bave procenom kvaliteta života u studenstkoj populaciji. Takve studije mogle bi pružiti korisne informacije ukoliko se uzme u obzir da studenti pripadaju delu zdrave populacije koji je izložen velikom broju stresora različitog porekla. Autori navode da je većina stresora posledica akademskih obaveza koje se pred studenatima postavljaju, ličnog i porodičnog konteksta u kome se oni nalaze, okruženja, kao i aktuelnih političko-ekonomskih uslova [6,7] i da se mogu prepoznati različite negativne posledice njihovog delovanja [8,9].

Cilj istraživanja bio je da se obavi procena kvaliteta života studenata medicine i rezultati uporedi sa kontrolnom grupom studenata drugih fakulteta. Takođe, cilj je bio da se utvrdi da li postoji povezanost određenih faktora, kao što su demografske karakteristike ispitanika (pol, uzrast itd) i pojedini životni i akademski aspekti (prosek, obnovljanje godine, roditeljstvo, mesto stovanja itd.), sa kvalitetom života, kako bi se identifikovali oni faktori koji vode boljoj subjektivnoj oceni kvaliteta života u populaciji studenata medicine.

## METOD RADA

Uzorak studije činili su studenti Univerziteta u Beogradu (n= 436), koji su na osnovu fakulteta koji pohađaju podeljeni u dve grupe. Prvu grupu činilo je 310 studenata Medicinskog fakulteta, dok je druga, kontrolna grupa formirana od 126 studenata sa ne-medicinskim studijima među kojima je bilo 20 (15,9%) studenata prirodno-matematičkih, 47 (37,3%) studenata tehničko-tehno-

loških i 45 (35,7%) studenata društveno-humanističkih nauka, kao i 14 (11,1%) studenata umetnosti.

U istraživanju je primenjena anketa o sociodemografskim karakteristikama i Upitnik za procenu kvaliteta života (*Quality of Life Scale – QOLS*), koji je 70-ih godina prošlog veka konstruisao američki psiholog Džon Flanagan [10]. Anketom o sociodemografskim podacima prikupljene su informacije o polu, godinama, bračnom stanju, roditeljstvu i mestu stanovanja ispitanika, kao i podaci vezani za studije: godina studije, broj obnovljenih godina i prosečna ocena tokom studiranja.

Skala za procenu kvaliteta života (QOLS), originalna Flanaganova verzija, predstavlja merni instrument kojim se vrši subjektivna evaluacija kvaliteta života kroz pet konceptualnih kategorija: Materijalno i telesno blagostanje, Odnosi sa drugim ljudima, Društvene aktivnosti, Lični razvoj i ostvarenost i Razonoda. Svaka kategorija se sastoji iz određenog broja oblasti (, ukupno 15), koje se odnose na pojedine aspekte života i koje je potrebno valorizovati na petostepenoj skali Likertovog tipa, pri čemu najniža ocena označava najniži stepen zadovoljstva određenim životnim aspektom i obrnuto. Svaka stavka se ocenjuje bez obzira na to da li se ona odnosi na neku životnu situaciju ili aktivnosti koje trenutno nisu prisutne (npr. ispitanici mogu biti zadovoljni iako ne učestvuju u aktivnostima od društvenog interesa ili ukoliko nemaju decu). Ukoliko za neku oblast nedostaju podaci unosi se srednja ocena. Rezultati upitnika se predstavljaju prosečnim ocenama za svaku kategoriju i konačnim skorom koji se dobija sabiranjem svih ocena i može imati vrednosti od 15 do 75, pri čemu viši skor govori u prilog boljoj subjektivnoj proceni kvaliteta života i obrnuto.

Ispitivanje je sprovedeno tokom letnjeg semestra školske 2009/10. godine u amfiteatrima Medicinskog fakulteta i čitaonicama Studentskog centra "Beograd". Upitnici su podeljeni studentima kojima su objašnjeni ciljevi studije i data neophodna uputstva za pravilno popunjavanje upitnika, nakon čega su ispitanici pristupili dobrovoljnom i samostalnom popunjavanju u trajanju od 15 minuta. Ispitanicima je zagarantovana privatnost kroz anonimno učešće.

U statističkoj obradi materijala korišćene su deskriptivne metode (aritmetička sredina, standarna devijacija, relativna frekvencija), statističko testiranje hipoteze ( $\chi^2$  test, t-test) i regresivna multivarijantna analiza (linearna regresija). Linearna regresija je primenjena u cilju identifikacije prediktora boljeg kvaliteta života. Zavisna varijabla je bio ukupni skor skale, a nezavisne varijable bile su: sociodemografske karakteristike (pol, starost, bračno stanje, roditeljstvo i stanovanje) i akademske karakteristike (godina studija, prosek, obnavljanje godine). Statističko testiranje hipoteza obavljeno je na nivou značajnosti od 0,05.

## REZULTATI

U ukupnom uzorku ispitanika koji su učestvovali u istraživanju, većinu su činile studentkinje (61,5%), prosečne starosti  $22,5 \pm 2,7$  (u rasponu od 18 do 33), zatim studenti/studentkinje koji nisu stupili u brak (97,5%), nemaju decu (98,2%) i koji žive u studentskom domu (37,2%). U odnosu na akademske karakteristike uzorka, bilo je studenata sa svih godina (prva: 16,2%; druga: 14,4%; treća: 17,7%; četvrta: 19,5%; peta: 17,2% i šesta: 14,9%), većina nema obnovljenu godinu (71,1%), dok je prosečna ocena postignuta tokom studija  $8,2 \pm 0,8$  (u rasponu od 6,5 do 10). Detaljan prikaz sociodemografskih i akademske karakteristika ispitanika i statistička značajnost razli-

ka između grupe studenata medicine i kontrolne grupe dat je u tabeli 1. Uočava se da ove grupe studenata pokazuju statistički značajne razlike ( $p<0,001$ ) u nekoliko karakteristika. Naime, studenti medicine iz uzorka su stariji, veći broj njih je na višoj godini studija i u odnosu na studente drugih fakulteta statistički značajno veći broj obnovio je makar jednu godinu. Razlike postoje i u mestu stanovanja među studentima medicine i kontrolne grupe, dok su distribucija prema polu, u odnosu na bračni status i roditeljstvo, kao i prosečna ocena u obe grupe bile slične.

Rezultati istraživanja koji se odnose na samoprocenu kvaliteta života ukazuju da su studenti zadovoljni svojim kvalitetom života. Prosečni ukupni skor za ceo uzorak iznosi  $56,5\pm6,4$ . Na tabeli 2. prikazane su prosečne ocene pet konceptualnih kategorija i ukupnog skora Skale kvaliteta života, kao i međusobno poređenje ovih rezultata između studenata medicine i kontrolne grupe studenata koje ne pokazuje statistički značajnu razliku ( $p>0,05$ ).

Za ispitivanu grupu studenata medicine urađena je analiza mogućih prediktora boljeg kvaliteta života i rezultati su predstavljeni u tabeli 3. Linearna regresija je bila statistički značajna ( $F=2,303$ ,  $p=0,021$ ). Statističku značajnost pokazuje varijabla *obnovljena godina*, dok ostale varijable: *pol, uzrast, godina studija, prosečna ocena, bračno stanje, roditeljstvo i mesto stanovanja*, nisu bile na statistički značajnom nivou.

## DISKUSIJA

Rezultati aktuelne studije kvaliteta života u studentskoj populaciji Beogradskog univerziteta pokazuju da je lično zadovoljstvo koje studenti doživljavaju i izražavaju o sopstvenoj trenutnoj životnoj pozicije na sličnom nivou u poređenju sa opštom zdra-

vom populacijom. Naime, iako ne postoje istraživanja koja bi na nivou zdrave populacije u našoj zemlji potvrdila ovu tezu, aproksimacija do koje su došli autori pojedinih studija da 80% ukupnog skora Skale kvaliteta života odgovara kvalitetu života opšte populacije [11], mogla bi da se primeni na naš uzorak.

Tokom poslednjih dvadeset godina, pojavio se veliki broj istraživanja kvaliteta života. Većina radova odnosi se na populaciju hroničnih pacijenta [5,12,13] i rezultati nedvosmisleno ukazuju na smanjeni kvalitet života u ovoj populacionoj grupi. Ipak, malo je radova koji se bave procenom kvaliteta života kod studenata medicine [14], iako se, sa druge strane, često pominje učestalo javljanja depresivnih simptoma, simptoma anksioznosti ili fenomena "burn-out" kod studenata [15,16]. Aktuelna studija ukazuje na to da studenti ocenjuju svoj kvalitet života kao zadovoljavajući i da ne postoji razlika u takvoj oceni među studentima medicine i studenata drugih fakulteta koji su učestvovali u istraživanju. Iako se često navode specifični stresori, npr. intenzivan rad i učeње, manjak sna, izloženost patnjama pacijenta i smrti, sa kojima se susreću studenti tokom medicinske edukacije i sticanja medicinskih veština, naši rezultati ukazuju na to da je lična ocena kvaliteta života ove populacije identična oceni koju daju studenti ne-medicinskih studija.

Treba istaći da rezultati do kojih smo došli, ukazuju da je obnavljanje godine životni događaj koji značajno umanjuje subjektivnu procenu kvaliteta života. Ovakav rezultat se odnosi na populaciju studenata medicine i uzimajući u obzir da trećina studenata prode u toku svojih studija kroz ovo iskustvo, to je podatak kome bi trebalo posvetiti određenu pažnju. U dostupnoj literaturi, nije pronađen sličan podatak o uticaju obnavljanja godine ili produženja trajanja

studiranja na kvalitet života, ali utisak je da bi odlaganje diplomiranja, zapošljavanja i sticanja finansijske nezavisnosti, predstavljalo faktor koji negativno utiče na samoprocenu kvaliteta života kod mladih.

Analiza ostalih sociodemografskih i akademskih karakteristika studenata medicine ne pokazuju korelaciju sa subjektivnom procenom kvaliteta života. Ne postoji mnogo studija za poređenje sa našim rezultatima. U svojim radovima, Dyrbye i sar. [17,18] ukazuju da studenti koji potiču iz manjinskih grupa (rasnih, etničih i dr) lošije procenjuju kvalitet života i da imaju manji doživaljaj lične ostvarenosti.

Potrebno je naglasiti da pri tumačenju rezultata treba imati u vidu metodološku ograničenost istraživanja. Najpre, ona se odnosi na način na koji se došlo do podataka o kvalitetu života. Studenti su samostalno odgovarali i popunjavali upitnike što ostavlja prostor za neiskrene odgovore i može se odraziti na valjanost studije. Drugo, uzorak je sastavljen od studenata medicine koji čine približno desetinu ukupnog broja studenata sa svake godine, dok je u kontrolnoj grupi broj studenata još manji, što nije dovoljno za sticanje uvida i evaluaciju kvaliteta života za kompletну studentsku populaciju. Uprkos ovim ograničenjima, ova studija je prva ove vrste izve-

*Tabela 1. Sociodemografske karakteristike i značajnost razlika studenata medicine i kontrolne grupe studenata*

*Table 1. Sociodemographic characteristic and significance of differences of medical and control group of students*

Kategorije Categories	<i>Studenti medicine</i> <i>Medical students</i> (N=310)		<i>Kontrolna grupa</i> <i>Control group</i> (N=126)		<i>t</i>	<i>p</i>
	Aritmetička sredina Mean	SD	Aritmetička sredina Mean	SD		
Materijalno i telesno blagostanje <i>Material and Physical Well-being</i>	3,66	0,65	3,60	0,62	0,96	0,337
Odnosi sa drugima <i>Relationships with other People</i>	3,91	0,53	3,94	0,47	-0,69	0,489
Društvene aktivnosti <i>Social, Community, and Civil Activities</i>	3,42	0,81	3,28	0,85	1,56	0,119
Lični razvoj i ostvarenost <i>Personal Development and Fulfillment</i>	3,90	0,64	3,81	0,55	1,39	0,166
Razonoda <i>Recreation</i>	3,76	0,72	3,73	0,62	0,33	0,742
Ukupni skor <i>Total score</i>	56,7	6,6	55,9	6,0	1,90	0,278

*Tabela 2. Poređenje aritmetičkih sredina i značajnost razlike svih kategorija i ukupnog skora Flanaganove Skale za procenu kvaliteta života za studente medicine i kontrolnu grupu studenata*

*Table 2. Comparison of mean values and significance of differences of all categories and total score of Flanagan Quality of Life Scale for medical students and control group of students*

Sociodemografske karakteristike Sociodemographic characteristics	Studenti medicine Medical students (N=310)	Aritmetička sredina Mean	SD	Aritmetička sredina Mean	SD	t	p
Uzrast Age	22,9	2,9		21,5	1,9	4,92	<0,001
Prosečna ocena Average grade	8,2	0,8		8,3	0,8	-0,96	0,337
	N	%		N	%		p
Muški pol Male gender	112	67,1		55	32,9	Fisher test	0,157
Godina studija Grade year							
I	46	64,8		25	35,2	$\chi^2=35,53$	<0,001
II	37	58,7		26	41,3		
III	51	66,2		26	33,8		
IV	55	64,7		30	35,3		
V	56	74,7		19	25,3		
VI	65	100		0	0		
Obnovljena godina Failed year	109	86,5		17	13,5	Fisher test	0,001
Nisu u braku Not married	125	29,4		300	70,6	Fisher test	0,458
Roditeljstvo Parenthood	6	85,7		1	14,3	Fisher test	0,679
Mesto stanovanja Place of living							
• Sa roditeljima • With parents	123	86,6		19	13,4	$\chi^2=112,83$	<0,001
• U studentskom domu • In university dormitories	67	41,4		95	58,6		
• U iznajmljenom stanu • In rented apartment	81	88,0		11	12,0		
• U svome stanu • In own apartment	32	97,0		1	3,0		

dena na populaciji studenata medicine u našoj zemlji i može poslužiti kao polazište za naredna istraživanja.

## ZAKLJUČAK

Studenti medicine u aktuelnom uzorku ne pokazuju razlike u oceni kvaliteta života u odnosu na svoje kolege sa drugih fakulteta i može se reći da su obe grupe studenata zadovoljne kvalitetom života koji trenutno vode. Od svih analiziranih faktora jedino je

obnavljanje godine u negativnoj korelaciji sa procenom kvaliteta života.

Jasno je da je stvaranje profesionalnih i kompetentnih lekara dugotrajan i naporan proces tokom koga se kvalitet života studenata medicine može pogoršati. Zajednički cilj svih koji učestvuju u edukaciji budućih lekara, kao i onih koji brinu o njihovom zdravlju jeste održavanje i poboljšanje kvaliteta života studenata kako bi se oni razvili u zdrave, zadovoljne lekare, sposobne da istovremeno brinu o kvalitetu sopstvenog života i života svojih pacijenata.

*Tabela 3. Rezultati linearne regresije mogućih prediktora boljeg kvaliteta života studenata medicine*

*Table 3. Results of linear regression of possible predictors of better quality of life in medical students*

	Nestandardizovani koeficijenti Unstandardized Coefficients		Standardizovani koeficijenti Standardized Coefficients	t	p
	B	Stand. greška Std. Error	Beta		
Konstanta Constant	62,621	7,732		8,098	0,000
Pol Gender	0,432	0,880	0,031	0,490	0,624
Uzrast Age	0,078	0,283	0,031	0,277	0,782
Godina studija Grade year	-0,602	0,441	-0,124	-1,365	0,173
Prosečna ocena Average grade	-0,801	0,621	-0,089	-1,289	0,198
Obnovljena godina Failed year	-2,820	1,165	-0,206	-2,420	0,016 <sup>a</sup>
Bračnost Marital status	3,100	2,135	0,114	1,452	0,148
Roditeljstvo Parenthood	-3,536	3,525	-0,080	-1,003	0,317
Mesto stanovanja Place of living	-0,379	0,381	-0,063	-0,995	0,320

<sup>a</sup> statistička značajnost

# QUALITY OF LIFE AMONG MEDICAL STUDENTS

Tihomir Stojković<sup>1</sup>

Tijana Ralić<sup>1</sup>

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

## Summary

**Introduction** Insight into the quality of life provides information on individual's perception of satisfaction with their own physical, mental, and social position in life. Medical education could contribute to the lower appraisal of quality of life in student population.

**Objective** The aim of the study was to evaluate quality of life among students of Medical School in Belgrade, to compare it with other colleges students, and also, to identify association between certain sociodemographic and academic characteristics of students and quality of life.

**Method** Sample consisted of 310 medical students and 126 students of other different Belgrade University colleges. We used sociodemographic questionnaire and Flanagan Quality of Life Scale (QOLS) for assessment of the subjective perception of quality of life across five categories and fifteen scale items. For data analysis, the standard descriptive and analytic statistical methods were used.

**Results** There was no difference between medical students and control group in estimating quality of life ( $p>0,05$ ). Both groups of students similarly evaluated all aspects of quality of life measured by QOLS: Material and Physical Well-being, Relationships with other People, Social, Community, and Civil Activities, Personal Development and Fulfillment and Recreation. In medical students' population, the predictor variable of worse perception of quality of life was a failed year ( $F=2,30$ ,  $p<0,05$ ). The other features of study participants (gender, age, grade year, average grade, marital status, parenthood and place of living) were not in a correlation with quality of life.

**Conclusion** Similar quality of life scores among medical and non-medical students indicate that medical training, when compared to other training courses, has no specific influence on quality of life. However, there is a need for maintenance and improvement of quality of life among medical students in order to create a competent physicians.

**Key words** quality of life, students, medical education

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

## Literatura:

1. Džonson AR, Zigler M, Vinslejd V (prevod Milenković P, Stojanović P). Klinička etika: praktični pristup etičkim odlukama u kliničkoj medicini. Beograd. Službeni glasnik; 2008.
2. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assesment. Psychol Med. 1998; 28:551-8.
3. The EuroQol Group. EuroQol: a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy. 1990; 16:199-208.
4. Ware JE, Shelbourne CD. The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36): conceptual framework and item selection. Med Care. 1992; 30(6):473-88.
5. Mustur D, Vesović-Potić V, Ille T, Stanisavljević D, Ille M. Procena kvaliteta života u vezi sa zdravljem osoba bolelih od hroničnih artritisa. Srp Arh Celok Lek. 2009; 137(11-12):684-9.
6. Beck DL, Hackett MB, Srivastava R, McKim E, Rockwell B. Perceived level and sources of stress in university professional schools. J Nurs Educ. 1997; 36:180-6.
7. Heins M, Fahey SN, Leiden LI. Perceived stress in medical, law and graduate students. J Med Educ. 1984; 59:169-79.
8. Wolf TM. Stress, coping and health: enhancing well-being during medical school. Med Educ. 1994; 28:8-17.
9. Obradović D, Pantić M, Latas M. Procena psihičkog stanja studenata medicinskog fakulteta. Engrami. 2009; 31(3-4):47-55.
10. Flanagan JC: A research approach to improving our quality of life. Am Psychologist 1978; 33:138-47.
11. Burchardt CS, Anderson KL. The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, validity, and utilization. Health Qual Life Outcomes. 2003; 1:60.
12. Burckhardt CS, Anderson KL, Archenholtz B, Hägg O. The Flanagan Quality Of Life Scale: Evidence of construct validity. Health Qual Life Outcomes. 2003; 1:59.
13. Rocha da NS, Fleck MP. Evaluation of quality of life in adults with chronic health conditions: the role of depressive symptoms. Rev Bras Psiquiatr 2010; 32(2):219-24.
14. Paro H, Morales N, Silva C, et al. Health-related quality of life of medical students. Med Educ. 2010; 44:227-35.
15. Dyrbye LN, Thomas MR, Huntington JL, et al. Personal Life Events and Medical Student Well-being: A Multicenter Study. Acad Med 2006; 81(4):374-84.
16. Clark DC, Zeldow PB. Vicissitudes of depressed mood during four years of medical school. JAMA 1988; 260(17):2521-8.
17. Dyrbye LN, Thomas MR, Huschka MM, et al. A Multicenter Study of Burnout, Depression, and Quality of Life in Minority and Nonminority US Medical Students. Mayo Clin Proc. 2006; 81(11):1435-42.
18. Dyrbye LN, Thomas MR, Eacker A, et al. Race, Ethnicity and Medical Student Well-being in the United States. Arch Intern Med. 2007; 167(19):2103-9.

---

Kontakt  
Milan Latas

Pasterova 2, BeograS 11000  
Tel: +381 11 366 2115  
Fax: + 381 11 2645 543  
E-mail: latasm@unet.rs



# MALOLETNIČKA DELINKVENCIJA

Valentina Šobot

Svetlana Ivanović- Kovačević

Jasminka Marković

Jelena Srđanović- Maraš

Gordana Mišić-Pavkov

UDK: 613.96:343.97

Institut za psihijatriju, Klinički centar  
Vojvodine, Novi Sad, Srbija

## Kratak sadržaj

U savremenom, zapadnom društvu pojava maloletničke delinkvencije smatra se neizbežnom. Prisutan je utisak javnosti da delinkvencija mladih postaje sve rasprostranjena i da zadobija sve nasilnije i teže oblike. Međutim, noviji epidemiološki podaci pokazuju da stopa kriminaliteta maloletnika pokazuje opadanje ili je stabilna. Usled ovih protivrečnosti, raste potreba za istraživanjima fenomena delinkvencije kod adolescenata u oblasti kriminologije, psihologije, sociologije i psihijatrije. Cilj savremenih istraživanja je da se utvrde razvojne putanje delinkvencije, obeležja ličnosti i psihopatologije delinkvenata, kao i rizični i protektivni faktori. U ovom radu je dat prikaz rezultata novijih istraživanja juvenilne delinkvencije u cilju unapredjenja procene i tretmana adolescentnih delinkvenata sa kojima se srećemo u kliničkoj i forenzičkoj praksi.

*Ključne reči* maloletnička delinkvencija, adolescencija, mentalni poremećaji, ličnost

## UVOD

Pojam delinkvencije je pravni i obuhvata ponašanja kojim osoba krši zakonska pravila, običaje i društvene norme. Maloletnička (juvenilna) delinkvencija pokriva uzrasni raspon od početnih godina starosti kada se adolescent može smatrati krivično odgovornim, preko godina kada se procesuira u okviru zakonodavstva za maloletnike, do gornje uzrasne granice kada se tretira pred zakonima i sudom za odrasle [1]. U većini zemalja ovaj uzrasni raspon se kreće od 14 do 18 godina, mada se u pojedinim zemljama donja uzrasna granica pomera do 10. godine, a gornja čak do 21. godine. Delinkvencija u užem smislu podrazumeva činjenje samo onih dela koja su sankcionisana

krivičnim zakonom. Šire shvatanje delinkvencije, pored činjenja krivičnih dela, uključuje i tzv. statusne prekršaje, koji nisu inkriminisani zakonom (bežanje od kuće, skitnja, zloupotreba alkohola i droge, promiskuitet, tuče, sitne krađe [2].

Kriminalitet mladih se tretira izdvojeno od kriminaliteta odraslih, jer postoji stav da je krivična odgovornost maloletnika umanjena zbog njihove nezrelosti. U većini razvijenijih zemalja, pa i našoj, postoje posebna zakonodavstva o maloletnicima zasnovana na principima rehabilitacije i individualizacije. Ovim zakonima su na specifičan način regulisani krivična odgovornost maloletnika, nadležni organi, sudske postupak i sankcije za maloletnike [3].

Potrebno je razlikovati delinkvenciju, kao pravni pojam, od psihijatrijskih poremećaja, kao što su poremećaj ponašanja i antisocijalni poremećaj ličnosti, iako među njima postoji značajno preklapanje u antisocijalnim obrascima ponašanja.

## ODNOS ADOLESCENCIJE I DELINKVENCIJE

U adolescentnom uzrastu, regrutuje se najveći broj novih delinkvenata i dolazi do najznačajnijeg porasta učestalosti krivičnih dela [4]. Stopa kriminala za muški pol izraženo raste od oko 12. godine i dostiže pik između 17. i 21. godine. Najčešći prestanak delinkvencije je u periodu od 20. do 29. godine starosti [5].

Povišena sklonost adolescenata ka delinkventnom ponašanju tumači se brojnim razvojnim faktorima i promenama tokom adolescencije. Nedovoljno razvijen prefrontalni korteks, uz predominaciju aktivnosti sistema amigdala, , fiziološki su faktori koji kod adolescenata utiču na povišenu sklonost ka delinkvenciji [6,7]. Istočе se i značaj povećanog lučenja testosterona tokom agresivnog delinkventnog ponašanja [8,9]. Nerazvijeno apstraktno mišljenje i moralno rasudivanje, snižena mentalna fleksibilnost, orijentisanost na sadašnjost i slabije dugoročno predviđanje su kognitivna obeležja adolescenata. Takođe, emocionalni faktori, u vidu povišene impulsivnosti, slabije kontrole emocija i agresivnosti, umanjene sposobnosti racionalnog ponašanja i donošenja odluka na bazi emocija čine mlade sklonijim rizičnim i nepromišljenim delinkventnim aktima [7,9]. Raspolaganje većom autonomijom i slabljene veza sa roditeljima uz jačanje vršnjačke lojalnosti i uticaja vršnjaka, stvaraju mogućnost preferencije i združivanja sa delinkventnim vršnjacima [9,10].

## EPIDEMIOLOŠKI PODACI

Prema podacima Republičkog zavoda za statistiku Srbije (RZZSS, 2008 godina) izrečeno je 4085 krivičnih prijava za maloletna lica, dok je broj osuđenih maloletnih lica iznosio je 2229 [11]. U 92,6% slučajeva počinjenici krivičnih dela bili su adolescenti muškog pola. Adolescenti najčešće čine krivična dela protiv imovine; teške krađe čini 59 % delinkvenata [12]. Nasilna krivična dela čine oko 10% ukupnog kriminaliteta mladih. Adolescenti su počinjenici 8% svih ubistava. Pet do petnaest odsto delinkvenata su hronični, ozbiljni počinjenici i oni čine 50% svih krivičnih dela [13, 14]. Stopa recidiva za maloletnike iznosi 75 do- 80% i veća je nego za punoletna lica. Adolescentni delinkvenți imaju veću stopu mortaliteta. Kod njih je veća učestalost udesa, predoziranja, suicida i ubistava u odnosu na nedelinkventne mlade [17].

Prema zvaničnim statističkim podacima, od sredine devedesetih godina XX veka, uočava se pad kriminaliteta među adolescentima u našoj zemlji, a od 2004. godine trend ka stagnaciji opšte stope kriminaliteta mladih. U strukturi krivičnih dela registruje se opadanje krivičnih dela protiv imovine i ozbiljnih nasilnih dela, ali porast kriminaliteta devojaka i laksih nasilnih dela [15]. Slični trendovi u kretanju stope ukupnog kriminaliteta mladih, registruju se i u razvijenim zapadnim zemljama [16].

## MENTALNI POREMEĆAJI KOD MALOLETNIH DELINKVENATA

Učestalost psihijatrijskih poremećaja kod delinkvenata, veća je u odnosu na nedelinkventnu i nekliničku populaciju mladih. Potrebe delinkventnih mladih u oblasti mentalnog zdravlja često su neprepoznate, i zanemarivane, tako da je veliki broj mentalnih poremećaja delinkvenata netretiran [18],

19]. Kod delinkvenata osuđenih na zavodske sankcije stopa mentalnih poremećaja se kreće se u rasponu od 50 do -100% [1]. Prema podacima novijeg istraživanja sprovedenog u našoj zemlji, 27% adolescentnih delinkvenata izveštava da se obraćalo psihiju-tru za pomoć [20].

Među delinkventima se najčešće sreću poremećaj ponašanja, poremećaj u vidu protivljenja i prkosa, poremećaj ličnosti u razvoju i hiperkinetski poremećaj. Ukupno 81% adolescenata u zatvorima uzrasta od 16 do -20 godina zadovoljava kriterijume za poremećaj ponašanja ili antisocijalni poremećaj ličnosti [21]. Česti su zloupotreba supstanci, poremećaji raspoloženja, anksionzi i posttraumatski stresni poremećaj. U delinkventnoj populaciji 5- do 10% adolescenata ima psihotični poremećaj, u odnosu na 1% adolescenata u opštoj populaciji [21]. Razvojni poremećaji iz autističnog spektra, češći su među nenasilnim seksualnim počiniocima i zlostavljačima dece [22]. Veliki broj delinkvenata pokazuje teškoće psihosocijalne adaptacije, slabe interpersonalne veštine, nisko samopoštovanje, intelektualne deficite, poremećaje školskih veština, pokušaje samoubistva i samopovredljivanje. Kod muških delinkvenata u odnosu na ženske manja je učestalost zlostavljanja i sa zlostavljanjem povezanih reaktivnih poremećaja.

Stopa komorbiditeta kod adolescentnih delinkvenata je veoma visoka i iznosi čak 80% [23]. Kod delinkvenata muškog pola često je istovremeno javljanje poremećaja ponašanja, zloupotrebe droga i afektivnih poremećaja [19]. Deca sa istovremenim prisustvom višestrukih problema (npr. fizička agresivnost, poremećaj ponašanja, hiperkinetski poremećaj i drugo), tzv. „multiproblemski dečaci“, imaju najveći rizik sa razvoj delinkventnog ponašanja [20, 24].

## RAZVOJNE PUTANJE DELINKVENCije

Moffittova (1990) je na osnovu rezultata opsežne longitudinalne empirijske studije spovedene na Novom Zelandu, ukazala na postojanje dve kvalitativno različite kategorije antisocijalnih osoba, koje se razlikuju po razvojnim putanjama delinkvencije i zahtevaju različita uzročna objašnjenja. Ova dualna taksonomija uključuje: delinkvente tokom čitavog životnog perioda (eng. Life-course-persistent offenders; "Early Starters") i delinkvente ograničene na adolescentni uzrast (eng. Adolescent- limited offenders; "Late Starters") [25, 26].

Rani počinjenici ili delinkventi tokom čitavog životnog ciklusa čine 5 do-10% muške i 20% ženske delinkventne populacije. Ove osobe, već u predškolskim godinama ispoljavaju raznolike i trajne manifestacije agresivnog i antisocijalnog ponašanja. U odrasлом dobu, rani počinjenici ispoljavaju antisocijalni poremećaj ličnosti. Delinkvencija hroničnih počinjenica objašnjava se ranim neuropsihološkim deficitom, u vidu hiperaktivnosti, impulsivnosti, niske samokontrole, problema razvoja govora i deficita inteligencije[27, 28]. Moffitova smatra da opisani neuropsihološki deficit može da bude urođen ili stečen (npr. porodajne komplikacije, zlostavljanje u detinjstvu, rana moždana oštećenja). Kako ovaj tip delinkvenata rano ispoljava antisocijalno ponašanje, često se sreću sa odbacivanjem odraslih i vršnjaka, neprihvaćeni su i pokazuju deficit socijalnih veština.

Kod delinkvenata ograničenih na adolescentni uzrast, ovi obrazci ponašanja javljaju se kasnije, najčešće u pubertetu ili u u ranom odrasлом dobu. Delinkventno i agresivno ponašanje je nestabilno i varira u različitim situacijama a značajno su određeni uticajem vršnjačke grupe i socijalnoim opoštanjem. Ovi adolescenti prestaju sa delinkventnim ponašanjem kada preuzmu uloge

odraslih, jer tada mogu da postignu svoje želje na legalan način. Kod ovog podtipa, redi su neuropsihološki deficit i antisocijalni poremećaj ličnosti. Važno je napomenuti da se tokom adolescencije rani i kasni delinkventi teško razlikuju samo na osnovu bihevioralnih karakteristika, jer ispoljavaju slična ponašanja tokom adolescentnog uzrasta [29]. Mogućnost identifikacije potencijalnih hroničnih delinkvenata, u detinjstvu ili adolescenciji, može da umanji negativne ishode i omogući upotrebu ranih intervencijskih mera.

Danas su sve uticajnija shvatanja razvojne kriminologije koji imaju optimistična uz isticanje mogućnosti odustajanja od kriminaliteta, čak i kod hroničnih i teških delinkvenata, pod uticajem značajnih životnih događaja (brak, zaposlenje) i tranzisionih životnih faza. Noviji nalazi longitudinalnih studija, suprotstavljaju se klasifikaciji Moffitove, koja je pratila delinkvente samo do ranog odraslog doba, tačnije do 26. godine života. Ovi podaci ukazuju na opadanje naičegled hroničnih putanja kriminaliteta između 25. i 35. godine života do nivoa niskog i veoma umerenog obrasca činjenja kriminalnih dela, koji se teško može nazvati hroničnim i teškim [4,5].

## LIČNOST DELINKVENATA

Procena obeležja ličnosti je značajna u razlikovanju pojedinih tipova delinkvenata i u predikciji ishoda. Ajzenk (Eysenck) smatra da osnova kriminaliteta leži u određenoj strukturi ličnosti sklonoj kriminalu i u načinu reagovanja delinkvenata na posledice tj. kažnjavanje. Adolescentni delinkventi se odlikuju povišeni psihoticizam (uključuje crte agresivnosti, emotivne hladnoće, egocentrizma, impulsivnosti, niske empatije, dominantnosti) i ekstroverzija (uključuje socijalnost, aktivnost, traženje uzbudjenja, bez-

bržnost). Neuroticizam je od značaja kod starijih kriminalaca [30].

Prema petofaktorskom modelu Coste i McCraea (1992) deca i adolescenti koja manifestuju delinkventno ponašanje, imaju niže skorove na dimenziji saradljivost, odnosno karakteriše ih manje afektivne topline, saosećanja, poverljivosti i altruizma, a više suprotstavljanja, cinizma, manipulativnosti i okrutnosti. Ujedno, nadjeni su niži skorovi na dimenziji savesnost, što se manifestuje slabijom kontrolom impulsa i nesposobnošću odlaganja gratifikacije. Kod delinkvenata je više izražena ekstroverzija odnosno stepen u kojem aktivno stupaju u interakciju sa drugim osobama [20, 31].

Istraživanja u okviru Tellegenovog modela ličnosti (1998), pokazala su da delinkvente karakteriše izraženost dimenzije negativne emocionalnosti uz slabo izraženu dimenziju suzdržavanja [32, 33]. Reč je o psihobiološki zasnovanim dimenzijama ličnosti, koje odgovaraju konstruktima temperamenta i afekta koje je predložio Grey (1999). [34]. Izražena negativna emocionalnost kod delinkvenata podrazumeva često doživljavanje osećanja kao što su bes, iritiranost i anksioznost, negativno viđenje sebe i tendenciju da se životni događaji i reakcije drugih ljudi opažaju na hostilan i negativan način. Nisko suzdržavanje, odnosno povišena impulsivnost odnosi se na ponašanje traženja uzbudjenja, i rizika, impulsivnost, neopreznost i slabu zabrinutost oko posledica. Pozitivna emocionalnost (tendencija da se život vidi kao zadovoljavajuće iskustvo i lako doživljavanje prijatnih emocija), nije se pokazala diskriminativnom za delinkventnu populaciju [35].

U poslednjih deset godina objavljen je veliki broj istraživanja o mogućnostima proširivanja koncepta psihopatije na deciji i adolescentni uzrast [36, 37]. Prisustvo psihopatskih crta kod adolescentnih delinkvenata je značajan prediktor „kriminalnih karijera“. Nesumnjivo je utvrđeno da delin-

kventi sa psihopatskim obeležjima imaju veću stopu recidivizma, nasilnije se ponašaju, imaju više krivičnih osuda i, češće čine krivična dela uz upotrebu oružja [1]. Najozbiljnije kriminalne karijere i najveći stepen nasađa pokazuju delinkventi koji imaju obeležja tzv. primarne psihopatije prema Hareovom (1991) dvofaktorskom konceptu [38]. Ovi delinkventi, osim faktora socijalno devijantnog životnog stila (podrazumeva impulsivnost, sklonost dosadi, nestabilnost interpersonalnih odnosa i raznovrsnost antisocijalnih i delinkventnih aktivnosti) imaju izražene i interpersonalno -afektivne crte psihopatije, kao što su bezosećajnost, nedostatak kajanja, odsustvo empatije, sebičnost, manipulativnost i površni šarm. Delinkventi koji manifestuju samo bihevioralno-impulsivna obeležja psihopatije, uz odsustvo crta bezosećajnosti- neemocionalnosti“, imaju povoljniju prognozu i podložniji su tretmanu [27].

## RIZIČNI I PROTEKTIVNI FAKTORI DELINKVENCIJE

Novija istraživanja iz oblasti genetike, ukazuju da interakcija genetskih faktora sa nepovoljnim sredinskim činiocima vodi osobu ka delinkvenciji [1]. U savremenoj kriminologiji najveća pažnja usmerena je na rizičnim i protektivnim faktorima, koji utiču na delinkvenciju i antisocijalno ponašanje [39, 40]. Pregled ovih faktora dat je u Tabelli 1. Većina rizičnih faktora javlja se istovremeno i u većem broju, međusobno su isprepleteni i pojačavaju dejstvo jedan drugog. Verovatnoća da se postane hronični delinkvent, raste sa povećanjem broja rizičnih faktora, bez obzira o kojim posebnim faktorima rizika je reč [41].

## INTERVENCIJE

Sprovođenje adekvatnih intervencija u oblasti delinkvencije trebalo bi da se zasniva na sveobuhvatnoj proceni potreba i rizika, odnosno na proceni stanja mentalnog zdravlja delinkventa i prognozi eventualnog budućeg činjenja krivičnih dela [1]. U odgovoru savremenog društva na delinkvenciju mladih dominira socijalno razvojni model, suprotstavljujući se tradicionalnim pristupima strogoj kažnjavanja delinkvenata i zavodskim sankcijama. Naglasak je na rehabilitaciji, očuvanju veza mlade osobe sa zajednicom i uključivanju roditelja i lokalne zajednice u njihovu rehabilitaciju. Efikasni preventivni programi zasnovani su na višestrukim uzrocima i rizičnim faktorima delinkvencije [42]. Oni su intenzivni i dugotrajni, a usresređeni su na maloletnike pod rizikom i sprovode se u zajednici. Smatra se da ovako sveobuhvatno koncipirani programi mogu da umanje stopu delinkvencije za 20 do 50 % [39]. Tretman delinkvenata moguće je sprovoditi na a) individualnom nivou: kognitivno-bihevioralne psihoterapijske intervencije (npr. trening kontrole besa, trening socijalnih veština i veste rešavanja problema) farmakoterapija u slučaju pridruženih mentalnih poremećaja i, edukativni programi; b) na nivou porodice (materijalna pomoć, trening roditeljskih veština, intervencije u krizi, funkcionalna porodična terapija), c) na nivou zajednice (redukcija situacionih prilika za kriminalitet, razvoj i dostupnost socijalnih službi, programi zapošljavanja, omladinski klubovi, školski programi ) i d) na nivou krivično-pravosudnog sistema (probacija, zavodske mere, vaspitni nalozi zasnovani na principima restorativne pravde).

## ZAKLJUČAK

Adolescentni delinkventi su heterogene grupa u pogledu emocionalnog i kognitivnog funkcionisanja, demografskih i

porodičnih karakteristika, psihijatrijske istorije, kriminalne karijere i njenog ishoda. U forenzičkom i kliničkom setingu na meće se neophodnost sveobuhvatne procene delinkvenata, koja će pored aktuelnih bihevioralnih karakteristika, odnosno obrazaca antisocijalnog ponašanja uključiti razvojne putanje antisocijalnog ponašanja, obeležja ličnosti i psihopatologije. Na taj način moguća je pouzdanija

predikcija ishoda delinkventnog ponašanja, davanja korisnijih predloga za sprovođenje zakonsko-vaspitnih mera kao i utvrđivanje potrebe za uključivanje u psihološko-psihijatrijski tretman. Prednost klasifikacija delinkvenata zasnovanih na sveobuhvatnoj proceni je u tome što omogućava ranije otkrivanje rizičnih grupa delinkvenata a samim tim olakšava razvoj efikasnijih preventivnih strategija.

*Tabela 1. Rizični i protektivni faktori delinkvencije  
Table 1. Risk and protective factors of delinquency*

FAKTOVI FACTORS	RIZIČNI RISK	PROTEKTIVNI PROTECTIVE
Individualni Individual	niska inteligencija low intelligence slabo školsko postignuće low school achievement slaba empatija, agresivnost low empathy, aggression hostilan atribucioni stil hostile attribution style hiperaktivnost i deficit pažnje hyperactivity and attention deficit	visoka inteligencija high intelligence dobro školsko postignuće high school achievement lak temperament easy temperament dobre veštine rešavanja problema good problem solving skills optimizam optimism
Porodični Family	porodični konflikti family conflicts nedosledna disciplina inconsistent discipline afektivna hladnoća i hostilnost roditelja emotionally cold and hostile parents slab monitoring i uključenost roditelja poor supervision and unininvolved parents kriminalitet i alkoholizam u porodici criminality and alcoholism in family	skladne porodične relacije harmonious family relationships podržavajući, afektivno topli roditelji supportive, emotionally warm parents dosledni i autoritativni roditelj consistent and authoritative parents
Vršnjački Peers	antisocijalni vršnjaci antisocial peers odbacivanje, nepopularnost rejection, unpopularity maloletničke bande (gangovi) yuvvenile gangs	prosocijalni vršnjaci prosocial peers
Školski School	oskudni resursi i opremljenost škole poor school facilities	opremljenost škole good school facilities veštine vodenja razreda good class management
Šira zajednica Community	prenaseljenost overpopulation nizak socioekonomski status low socioeconomic status dostupnost droga i oružja drugs and arms availability česte selidbe frequent moves	uključenost u lokalnu zajednicu community involvement crkva church preventivni programi preventive programmes

# JUVENILE DELINQUENCY

Valentina Šobot

Svetlana Ivanović- Kovačević

Jasminka Marković

Jelena Srđanović- Maraš

Gordana Mišić-Pavkov

Institute of Psychiatry, Clinical Centre  
of Vojvodina, Novi Sad, Serbia

## Summary

The occurrence of juvenile delinquency in modern western society is considered to be inevitable. Considering significant damage for people and property caused by delinquents, as well as non-productive life lead by the very young delinquents, it presents the problem of social significance. The public perception is that delinquency of young people is becoming more widespread and getting more violent and severe forms. However, recent epidemiological studies showed that the crime rate of minors is decreasing or is stable. Due to these contradictions, there is increasing need for scientific research of the phenomenon of delinquency in adolescents in the area of criminology, psychology, sociology and psychiatry. There is significant improvement in the development of techniques for the assessment of delinquents and treatment of anti-social behaviour. Contemporary researches focus on fortifying developmental trajectories of the delinquency, personality features and psychopathology of delinquents, as well as on the risk and protective factors. In this work an overview of the results of recent juvenile delinquency researches will be given, with an aim to improve the assessment and treatment of adolescent delinquents whom we meet in clinical and forensic practice.

**Key words:** *juvenile delinquency, adolescence, mental disorders, personality*

## Literatura:

1. Bailey S, Scott S. Juvenile Delinquency. In: Rutter M, Bishop DVM, Pine DS, Scott S, Stevenson J, Taylor E, editors. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Oxford: Blackwell Publishing Limited; 2008. p.1106-25.
2. Agnew R. Juvenile delinquency: Causes and control. Los Angeles, CA: Roxbury Publishing Company; 2005.
3. Zakon o maloletnim učiniocima krivičnih dela i krivičnopravnoj zaštiti maloletnih lica. Beograd: Službeni glasnik RS; 2005; 61(85):99-123.
4. Kerner H.J. Book review essay: The complex dynamics of onset, the development, and the termination of a criminal career: Lessons on repeat offenders to be drawn from recent longitudinal studies in criminology. The Annals of the American Academy of Political and Social Science 2005; 602:259-79.

5. Farrington, DP, Coid JW, Harnett LM, Soteriou N, Turner RE, Jolliffe D, West DJ. Criminal careers up to age 50 and life success up to age 48: new findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. London: Home Office Research; 2006.
6. Popma A, Raine A. Will future forensic assessment be neurobiologic? Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 2006; 15:429-44.
7. Cauffman E, Steinberg L. (Im)maturity of judgment in adolescence: Why adolescents may be less culpable than adults. Behavioral Science and Law 2000;18:742-43.
8. Herrenkohl TI, Maguin E, Hill KG, Hawkins JD, Abbott RD, Catalano RF. Developmental risk factors for youth violence. Journal of Adolescent Health 2000; 26 (3):176-86.
9. Wenar C. Poremećaji ophođenja i nedostatna samokontrola. U: Wenar C, urednik. Razvojna psihopatologija i psihijatrija: od dojnečke dobi do adolescencije-prevod trećeg izdanja. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2003. p.243-73.
10. Coleman JC, Hendry LB, editors. The Nature of adolescence. London: Routledge; 1999.
11. Maloletni učinci krivičnih dela - prijave, optuženja i osude. Statistički bilten. Beograd: Republički zavod za statistiku; 2008.
12. Ivanović-Kovačević S. Sociodemografske i psihopatološke karakteristike maloletnih učiniova krivičnih dela. Doktorska disertacija. Novi Sad RS: Medicinski fakultet u Novom Sadu; 2009.
13. Farrington D. P. Developmental and Life-Course Criminology: Key theoretical and empirical Issues- The 2002 Sutherland Award Address. Criminology 2003; 41(2):221-55.
14. Smart D, Vassallo S, Sanson A, Dussuyer I. Patterns of Antisocial Behaviour from Early to Late Adolescence. Trends & issues in crime and criminal justice. Canberra, AST: Australian Institute of Criminology, 2004; 290.
15. Ljubičić M. Kretanje maloljetničkog prestupništva u Srbiji u periodu 1980-2004 . Sociološki pregled 2006; 40(4):589-613.
16. Healey J, editor. Young Offenders. Issues in Society 2003; 177
17. Tremblay P, Pare PP. Canadian J of Criminology and Criminal Justice 2003; 45(3)
18. Dixon A, Howie P, Starling J. Psychopathology in female juvenile offenders. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2004; 45(6):1150-58.
19. Loeber R, Farrington DP, Stouthamer-Loeber M, Moffit TE, Caspy A, Lynam D. Male mental health problems, psychopathy and personality traits: Key findings from the first 14 years of the Pittsburgh Youth Study. Clinical Child and Family Psychology Review 2001; 4(4):273-97.
20. Ivanović-Kovačević S, Mišić –Pavkov G, Šobot V. Psihosocijalne i psihopatološke karakteristike maloletnih počinjaca krivičnih dela. Beograd: Drugi kongres sa međunarodnim učešćem DEAPS-a. Knjiga apstrakata 2010; 30.
21. Lader D, Singleton N, Meltzer H. Psychiatric morbidity among young offenders in England and Wales. International Review of Psychiatry 2005; 15:144-47.
22. Wijk AP, Blokland AAJ, Duits N, Vermeiren R, Harkink J. Relating psychiatric disorders, offender and offence characteristics in a sample of adolescent sex offenders and non-sex offenders. Criminal Behavior and Mental Health 2007; 17(1):15-30.
23. Sailas E, Feodoroff B, Virkkunen M, Wahlbeck K. Mental disorders in prison populations aged 15- 21: National register study of two cohorts in Finland. British Medical Journal 2005; 330:1346-65.
24. Murrie DC, Cornell DG, Kaplan S, McConville D, Levy-Elkon A. Psychopathy scores and violence among juvenile offenders: A multi measure study. Behavioral Science and Law 2004; 22: 49-67.
25. Moffitt TE. The neuropsychology of delinquency: A critical review of theory and research. In Morris N, Tonry M, editors. Crime and Justice. Chicago: University of Chicago Press; 1990. p. 99-169.

26. Moffitt TE. Adolescent –limited and Life-course- persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review* 1993; 100:674-701.
27. Vincent GM, Vitacco MJ, Grisso T, Corrado RR. Subtypes of adolescent offenders: Affective traits and antisocial behavior patterns. *Behavioral Science and Law* 2003; 21:695-712.
28. Lahey B, Moffitt TE, Caspi A, editors. *The causes of conduct disorder and serious juvenile delinquency*. NY: Guilford; 2003.
29. Šobot V, Ivanović-Kovačević S, Marković J. Razvojne putanje delinkvencije u adolescentnom uzrastu. Beograd: Drugi kongres sa međunarodnim učešćem DEAPS- a. Knjiga apstrakata 2010; 31.
30. Listwan SJ. Personality and criminal behavior: reconsidering the individual. Dissertation. Cincinnati USA: University of Cincinnati; 2001.
31. Andersen KG, Tapert SF, Moadab I, Crowley TJ, Broun SA. Personality risk profile for conduct disorder and substance use disorders in youth. *Addictive behaviors* 2007; 32:2377-82.
32. Patrick CJ, Curtin JJ, Tellegen A. Development and validation of a Brief Form of the Multidimensional Personality Questionnaire. *Psychological Assessment* 2002; 14(2): 150–163.
33. Šobot V. Ličnost, psihopatološka obležja i obrasci ponašanja adolescentnih delinkvencata. Magistarska teza. Novi Sad RS: Filozofski fakultet u Novom Sadu; 2009.
34. Mitrović D, Smederevac S. Konstruktna validnost multidimenzionalnog upitnika ličnosti (MPQ). *Psihologija* 2007; 40(2):211-28.
35. Smederevac S, Mitrović D. Ličnost: Metodi i modeli. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju; 2006.
36. Cruise KR, Colwell LH, Lyons PM, Baker MD. Prototypical analysis of adolescent psychopathy: Investigating the Juvenile Justice perspective. *Behavioral Science and Law* 2003; 21:829-46.
37. Frick PJ, Marsee MA. Psychopathy and developmental pathways to antisocial behavior in youth. In: Patrick CJ, editor. *Handbook of psychopathy*. New York: Guilford; 2006. p.355-74.
38. Patrick CJ, Hicks BM, Nichol PE, Krueger RF. A bifactor approach to modeling the structure of the Psychopathy Checklist-Revised. *Journal of Personality Disorders* 2007; 21(2):118-41.
39. Farrington DP. Childhood risk factors and risk-focussed prevention. In: Maquaire M, Morgan R, Reiner R, editors. *The Oxford Handbook of Criminology*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
40. Markovic J, Martinovic- Mitrovic S, Sobot V, Srđanović-Maras J, Ivanović-Kovacević S. Conduct disorders: differences among siblings. 20th IPP World Congres of Psychiatry. Book of abstracts 2010;137.
41. Farrington DP. Multiple risk factors for multiple problem violent boys. In: Corrado RR, Rosesch R, Hart SD, Gierowski JK, editors. *Multi-problem Violent Youth: A Foundation for Comparative Research on Needs, Interventions and Outcomes*. Amsterdam: IOS Press; 2002.p.23-34.
42. Farrington DP. Explaining and preventing crime: The globalization of knowledge. *Criminology* 2000; 38:1-24.



# KLINIČKI ZNAČAJ KOMORBIDITETA DEPRESIJE, GOJAZNOSTI I METABOLIČKOG SINDROMA

Žana Stanković<sup>1</sup>  
Miroslava Jašović-Gašić<sup>1,2</sup>

UDK: 618.89-008.454:613.25]-07-036

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

## Kratak sadržaj

Depresija, gojaznost i metabolički sindrom su poremećaji sa visokom prevalencom u savremenom društvu. Komorbiditet ovih bolesti, kao i svaka od njih pojedinačno, predstavlja faktor rizika za nastanak kardiovaskularnih bolesti, diabetes mellitus-a tipa 2, karcinoma, i povećava stopu mortaliteta. Visceralna gojaznost je jedan od najstabilnijih prediktora metaboličkog sindroma, nezavisno od pola. Bidi-rekcioni odnos depresije i gojaznosti dokazan je u većini sprovedenih studija. Moderatori povezanosti gojaznosti i depresije su težina depresije, pol, socioekonomski status, interakcije gena i faktora sredine i traumatska iskustva iz detinjstva. Medijatori ovog odnosa su fizička aktivnost, poremećaj ishrane i stres. Hipertonizacija, jedan od neuroendokrinoloških korelata depresije, povezana je sa gojaznošću i drugim komponentama metaboličkog sindroma. Insuficijencija neurotransmitera serotonina, jednog od neurobiohemiskih korelata depresije je povezana sa gojaznošću i drugim komponentama metaboličkog sindroma. Insulinska rezistencija je rezultat kompleksnih medjuodnosa genetskih i faktora sredine, kao što su gojaznost i smanjena fizička aktivnost. Primena optimalne terapije antidepresivima u ovoj populaciji pacijenata uključuje izbor onih lekova koji imaju najmanji potencijal za povećanje telesne težine, kao i poremećaj homeostaze glukoze i lipidnog profila, kao što su selektivni inhibitori ponovnog preuzimanja serotoninina.

**Ključne reči:** depresija, gojaznost, metabolički sindrom, komorbiditet

I dalje postoje izvesne nejasnoće u vezi odnosa izmedju depresije i metaboličkog sindroma. Metabolički sindrom (sindrom X, dismetabolički sindrom) (MetS), predstavlja grupe metaboličkih, antropoloških i hemodinamskih abnormalnosti, koje prema kriterijumima NCEP ATP III (National Institute of Health 2001) [1] obuhvataju tri od sledećih pet komponenti: abdominalnu

goyaznost (obim struka: za muškarce  $>102$  cm, za žene  $> 88$  cm), visok nivo triglicerida ( $1.69$  mmol/L), nizak nivo HDL holesterola ( $<1.03$  mmol/L kod muškaraca ili  $< 1.29$  mmol/L kod žena), hipertenziju- sistolni krvni pritisak  $130$  mm Hg ili dijastolni krvni pritisak  $85$  mm Hg i/ili terapiju antihipertenzivima, kao i hipergrlikemiju ( $>6.1$  mmol/L).

Kod mnogih pacijenata sa ovim sindromom prisutna je rezistencija na insulin. Rezistencija na insulin na ćelijskom nivou modifikuje biohemijske odgovore, tako da predstavlja faktor predispozicije za dejstvo metaboličkih faktora rizika. Insulinska rezistencija (IR) je rezultat kompleksnih medjuodnosa genetskih i faktora sredine, kao što su gojaznost i fizička aktivnost. IR se pogoršava sa godinama [2]. MetS je faktor rizika za razvoj koronarne bolesti i diabetes mellitus-a tipa 2 (DMT2), delom je nasledan i ima korene u ranom detinjstvu. MetS ima tendenciju razvoja sa godinama, a egzacerbacije su vezane za lošu dijetu i smanjenje fizičke aktivnosti. MetS je povezan i sa drugim mentalnim poremećajima osim depresije, kao što je shizofrenija, shizo-afektivni poremećaj i bipolarni poremećaj [3]. Kod pacijenata sa komorbiditetom depresije i drugih psihijatrijskih poremećaja (npr. Posttraumatski stresni poremećaj), prisutna je veća učestalost MetS u odnosu na one bez komorbidne depresije [4].

Gojaznost je značajan problem javnog zdravlja. Prevalenca gojaznosti se povećala do epidemijskih razmera u razvijenim i nerazvijenim zemljama. Sadašnji podaci nacionalnih istraživanja ukazuju na prevalencu od 10%-20% za muškarce i 10%-25% za žene u zemljama Evrope. Zdravstvene posledice gojaznosti uključuju fatalne i nefatalne zdravstvene probleme, a najčešće kardiovaskularne bolesti, DMT2 i karcinom, kao i širok spektar psiholoških poremećaja, od smanjenja samopoštovanja do depresije.

Lekovi koji se danas najčešće koriste u lečenju gojaznosti imaju primarni efekat u modulaciji balansa izmedju monoaminergičkih neurotransmitera, npr. serotonina. Veruje se da je serotonin uklju-

čen u složen proces integracije fizioloških i bihevioralnih sistema usmerenih ka energetskom balansu. Insuficijencija serotonina u centralnom nervnom sistemu jedna je od neurobioloških korelata depresije. Kod pacijenata sa povećanjem telesne težine, primena lekova koji povećavaju koncentraciju serotonina na serotoninskim sinapsama dovodi do povoljnog kliničkog odgovora. Ovo ukazuje na izvesnu povezanost patofiziologije gojaznosti i depresije. Ipak, istraživanja depresije i gojaznosti su evoluirale kao dve nezavisne discipline, koje se retko ili nikada ne preklapaju [5].

Depresija i gojaznost mogu doprineti razvoju MetS. Depresija može biti povezana sa povećanjem unosa hrane i povećanjem telesne težine (promena telesne težine je jedan od kriterijuma za dijagnozu depresije). Kod depresivnih pacijenata sa hiperkortizolemijom, zbog poremećaja funkcije neuroendokrine osovine hipotalamus-hipofiza-nadbubreg, može doći do pogoršanja intolerancije glukoze, hipertenzije i gojaznosti. Depresija je povezana i sa smanjenjem fizičke aktivnosti. Podaci iz literature ukazuju i na genetske faktore (polimorfizam gena odgovornog za angiotenzin konvertirajući enzim, ACE) koji su značajni za predispoziciju Major depresije i kardioških oboljenja [6,7]. Komorbiditet depresije i gojaznosti ima sinergistički uticaj na pogoršanje kardiovaskularnih funkcija.

Rezultati ispitivanja Matera (Mather) i drugih [8] o povezanosti mentalnih poremećaja i gojaznosti (definisana kao Indeks telesne mase, ITM) =30) koje je obuhvatilo više hiljada ispitanika starijih od 15 godina su pokazali povezanost gojaznosti, nezavisno od somatskog statusa i psihijatrijskih poremećaja (depresija, manija, panični ataci, socijalna fobija, ago-

rafobija bez paničnih poremećaja), kao i suicidalnih ideja i pokušaja. Većina ovih komorbidnih stanja je bila specifična za ženski pol, dok su samo neke bile prisutne kod muškaraca.

Kod osoba ženskog pola sa depresivnim simptomima u kasnoj adolescenciji, postoji veći rizik za razvoj gojaznosti u ranom odrasлом periodu, kao i pozitivna korelacija izmedju broja epizoda depresije u adolescenciji i rizika za razvoj gojaznosti u odrasлом periodu, prema rezultatima studije Ričardsona (Richardson) i saradnika [9]. Rezultati longitudinalnog prospektivnog istraživanja Gudmana (Goodman) i Vitakera (Whitaker) [10] u trajanju od godinu dana su pokazali da osobe sa depresivnom simptomatologijom imaju dva puta veći rizik za pojavu gojaznosti u toku adolescencije u odnosu na osobe bez depresivne simptomatologije. U populacionoj studiji, prevalenca depresije bila je u inverznoj korelaciji sa telesnom težinom kod muškaraca, ali ne i kod žena [11]. Žene sa prekomernom telesnom težinom i gojaznošću izmedju 50 i 69 godina života imale su intenzivniju depresivnu simptomatologiju u odnosu na žene sa  $ITM < 25 \text{ kg/m}^2$ . Rizik za pojavu depresije je 34% kod osoba muškog pola sa prekomernom telesnom tezinom ( $ITM > 25 \text{ kg/m}^2$ ) i 28% kod onih sa gojaznošću ( $ITM > 30 \text{ kg/m}^2$ ) u poređenju sa osobama muškog pola sa  $ITM < 25 \text{ kg/m}^2$ , nezavisno od starosti, zdravstvenog stanja i upotrebe terapije.

Rezultati populacione studije Onike i saradnika (Onyike et al) [12] su pokazali da osobe sa  $ITM = 40 \text{ kg/m}^2$  imaju pet puta veći rizik za prisustvo depresije u prethodnoj godini u odnosu na osobe sa prosečnom telesnom tezinom. Kod približno 50% osoba sa indikacijama za hiruršku terapiju gojaznosti (bariatrijske operaci-

je) je prisutna istorija depresije ili drugih afektivnih poremećaja [13,14]. Rezultati procene povezanosti gojaznosti i depresije kod žena u srednjem životnom dobu Simona i saradnika (2008) [15] (4641 osoba, 40-65 godina) su pokazali da se prevalenca umerene do intenzivne depresije povećava od 6,5% kod onih sa  $ITM < 25 \text{ kg/m}^2$  na 25,9% kod onih sa  $ITM > 35 \text{ kg/m}^2$ . Prevalenca gojaznosti se povećava od 25,4% kod onih bez depresivne simptomatologije na 57,8% kod onih sa umerenom do intenzivnom depresijom. Nezavisno od gojaznosti, depresija je bila povezana sa značajnim smanjenjem umerenje ili intenzivne fizičke aktivnosti. Depresija je bila povezana i sa značajno većim dnevnim unosom kalorija kod osoba sa  $ITM > 30 \text{ kg/m}^2$  (gajaznih).

Napor u okviru aktivnosti javnog zdravlja, usmerenih na smanjenje gojaznosti ili depresije, moraju uzeti u razmatranje čvrstu povezanost ovih poremećaja. Rezultati studije preseka Gudelj-Radić i saradnika (2007) [16] (267 osoba oba pola, upućenih radi dijetetskih konsultacija ili nutricione terapije, prosečne starosti 38 godina) su pokazali značajno veći procenat depresivnih pacijenata kod osoba sa gojaznošću, značajnu korelaciju ITM i težine depresije i značajno veću učestalost depresije kod žena sa gojaznošću. Moderatori povezanosti gojaznosti i depresije su intenzitet depresije, intenzitet gojaznosti, pol, socioekonomski status, interakcije gena i faktora sredine i iskustva iz detinjstva. Medijatori ovog odnosa su fizička aktivnost, ishrana, poremećaj ishrane i stres.

Major depresija je kod adolescenata prediktor povećanja ITM u odrasлом periodu života. Kod žena, gojaznost je povezana sa depresijom i ovaj odnos se povećava kod onih sa višim socio-ekonom-

skim statusom, dok kod osoba muškog pola postoji inverzan odnos između depresije i gojaznosti i nema značajnog odnosa sa socioekonomskim statusom. Traumatska iskustva u detinjstvu su povezana sa razvojem depresije i gojaznosti i njihovim komorbiditetom. Sistemska eksploracija ovog odnosa pomogla bi u rasvetljavanju mehanizama za prevenciju i tretman [17].

Dosadašnja istraživanja nisu u potpunosti ispitala uticaj MetS na povezanost depresije i povećanja morbiditeta i mortaliteta kod pacijenata sa kardiovaskularnim bolestima [18]. Prisustvo MetS je praćeno povećanjem rizika za kardiovaskularne bolesti, DMT2 i višom stopom mortaliteta [19,20], u zavisnosti od toga koji su faktori MetS prisutni, ukupnog broja faktora, kao i faktora koji nisu povezani sa MetS [21,22].

Do sada je samo nekoliko studija ispitivalo povezanost depresije i MetS. U prvoj prospективnoj studiji Raiokonena (Räikkönen) i kolega [23], depresija, kao i druga emocionalna stanja (npr. napetost i bes) na početku ispitivanja, bili su povezani sa povećanjem rizika za razvoj MetS u toku praćenja. Rezultati MekKaferija i saradnika [24] (86 blizanaca muškog pola, prosečne starosti 63 godine), su pokazali da je depresija bila povezana sa MetS. Studija koja je sprovedena u grupi od 3186 muškaraca i 3003 žena mlađeg životnog doba. Dok su rezultati istraživanja pokazali da je kod žena, ne i kod muškaraca, sa istorijom Major depresivne epizode (MDE) bio prisutan dva puta veći rizik za razvoj MetS u poređenju sa osobama bez istorije depresije. Kod osoba ženskog pola, prisutna je bila značajna povezanost depresije sa hipertenzijom i visokim nivoom triglicerida, a opserviran je i trend povezanosti sa ni-

skim nivoom HDL i povećanim obimom struka [25]. Istraživanje Vakarina i drugih (Vaccarino et al) [26] je pokazalo da je kod žena sa suspektnom bolešću koronarnih arterija, MetS nezavisno povezan sa depresijom, bilo da je depresija dijagnostikovana tokom ispitivanja i/ili je prethodno postavljena dijagnoza depresije. Prospективnom istraživanju, u trajanju od 15 godina, pokazalo je da su intenzivni depresivni simptomi i veoma stresogeni životni dogadjaji povezani sa razvojem MetS kod žena [27]. Ne može se isključiti mogućnost da psihosocijalni faktori i MetS imaju zajedničke karakteristike koje se mogu pratiti sve do prenatalnog perioda, kao i da mogu biti uključeni genetski faktori.

U studiji Takauči i saradnika (Takeuchi) [28] sprovedenoj u Japanu, koja je ispitivala povezanost MetS sa depresijom i anksioznošću (procena MetS u populaciji radnika je obavezna u ovoj zemlji od 2008. god.) kod radnika muškog pola (n=1215), MetS je bio značajno povezan sa depresijom, a obim struka -, komponenta ovog sindroma, najznačajnije doprinosi toj povezanosti. Nije nadjena povezanost MetS i anksioznosti. U studiji Herva i saradnika [29] nije nadjena povezanost MetS sa depresijom i anksioznošću, kao ni u kolumbijskoj studiji [30].

Nalazi najnovije studije Rihtera i saradnika (Richter et al.) [31] (60 hospitalnih pacijenata sa Major depresijom) su pokazali postojanje pozitivne korelacije između težine depresije i nivoa triglicerida samo kod pacijenata sa MetS. Ovi nalazi ukazuju da kod pacijenata sa depresijom i MetS, redukcija simptoma depresije može popraviti metaboličke parametre. Rezultati studije preseka Toker i saradnika [32] (2355 muškaraca i 1525 žena) koja je imala za cilj ispitivanje pove-

zanosti depresivnih simptoma i MetS, svake od njegovih komponenti, kao i uticaj pola, pokazali su da je depresija kod žena, ali ne i kod muškaraca, povezana sa dvostruko većim rizikom za MetS i većim rizikom za prisustvo dve od pet komponenti: obim struka i hiperglikemiju, nezavisno od starosti, nivoa školskog obrazovanja, pušenja, fizičke aktivnosti, anksioznosti i iscrpljenja. Nađen je i trend ka povezanosti sa ostale tri komponente ovog sindroma. Kod muškaraca, depresija je bila povezana sa povećanjem obima struka. Nalazi ove studije ukazuju da, posebno kod žena, metabolički procesi imaju uticaja na povezanost depresije i kardiovaskularnih bolesti. Ako se primeni na longitudinalne studije, ovi rezultati ukazuju na značaj dijagnostike i primene optimalnog lečenja depresije na nastanak kardiovaskularnih bolesti.

U našoj prethodnoj pilot studiji preseka (41 hospitalni i ambulantni pacijent oba pola sa prvom ili ponovljenom epi-zodom Major depresije), pokazano je da pacijenti sa komorbiditetom depresije i MetS (34% pacijenata), osim značano veće učestalosti komponenti MetS, imaju i značajno dužu istoriju depresije u odnosu na one sa depresijom bez MetS [33].

MetS može biti značajan prediktor depresije. Prema rezultatima prospективnog istraživanja Kaponera i saradnika [34] u trajanju od sedam godina, osobe oba pola sa MetS imaju dva puta veći rizik za pojavu depresije u odnosu na one bez MetS. Rezultati longitudinalne studije Sachs-Ericsson i kolega [35] u trajanju od 3 godine, koja je imala za cilj ispitivanje odnosa ITM i subsekventnih depresivnih simptoma (2.406 starijih odraslih osoba) su pokazali da je ITM prediktor depresivnih simptoma. Uticaj ITM na depresivne simptome veći je kod Amerika-

naca afričkog porekla sa niskim nivoom obrazovanja u odnosu na osobe bele rase, bez razlika vezanih za pol.

Kliničke karakteristike MetS često se mogu naći kod Tipa A ličnosti, koji predstavlja jedan od psiholoških faktora rizika za pojavu kardiovaskularnih bolesti. Antromometrijski parametri (obim struka, odnos između obima struka i kukova) su stabilni indikatori MetS, nezavisno od pola. Hiperkortizolemija je povezana sa antropometrijskim parametrima i drugim komponentama MetS (hipertenzija, lipidni profil). Aktivnost serotonina nije povezana samo sa razvojem visceralene gojaznosti, već i sa drugim komponentama MetS. Visok nivo triglicerida, hipertenzija i insulinska rezistencija povezani su sa smanjenjem odgovora prolaktina na fenfluramin (pokazatelj aktivnosti serotonina). Serotonin je značajan i za psihološke poremećaje koji su povezani sa gojaznošću u MetS [36].

Najefikasniji način lečenja IR i smanjenja broja komponenti MetS su kontrola tj. smanjenje telesne težine kod gojaznih pacijenata [37, 38] i povećanje fizičke aktivnosti [39, 40].

Integralna terapija pacijenata sa komorbiditetom depresije, gojaznosti i MetS uključuje promenu životnih nавика i stila življenja (veća učestalost fizičke aktivnosti, dijetalni način ishrane), primenu hirurške intervencije kod određenog broja pacijenata, kao i primenu optimalne terapije antidepresivima, koja uključuje izbor onih lekova koji imaju najmanji potencijal za povećanje telesne težine, kao i poremećaj homeostaze glukoze i lipidnog profila (kao što su Selektivni inhibitori ponovnog preuzimanja serotoninina SSRI)], kako bi se smanjio morbiditet i mortalitet ove populacije pacijenata [41].

# CLINICAL SIGNIFICANCE OF COMORBIDITY OF DEPRESSION, OBESITY AND METABOLIC SYNDROME

Žana Stanković<sup>1</sup>  
Miroslava Jašović-Gašić<sup>1,2</sup>

## Summary

Depression, obesity and metabolic syndrome are disorders of a high prevalence in contemporary society. Comorbidity of these illnesses (as well as any of them individually) is a risk factor for cardiovascular disease, type 2 diabetes mellitus, cancer etc., and also contributes to increased mortality rates. Visceral obesity (increased waist circumference) is one of the most stable predictors of metabolic syndrome, regardless of sex. Bidirectional relationship between depression and obesity has been proven in majority of studies conducted. Moderators of the association between obesity and depression are severity of depression and obesity, gender, socioeconomic status, the interaction of genes and environmental factors and traumatic childhood experiences. Mediators of these relationship are physical activity, eating disorders and stress.

Hypercortisolemia, one of the neuroendocrinological correlates of depression is associated with obesity and other components of the metabolic syndrome (hypertension, dyslipidemia). Low serotonin levels as one of the neurochemical correlates of depression are associated with obesity and other components of metabolic syndrome. Insulin resistance, associated with metabolic syndrome is the result of complex interaction of genetic and environmental factors such as obesity and decreased physical activity. The optimal antidepressant therapy in this population of patients implies the use of drugs with the least potential to induce weight gain, as well as glucose homeostasis and lipid profiles abnormalities, such as Serotonergic Selective Reuptake Inhibitors (SSRI) are.

**Key words:** depression, obesity, metabolic syndrome, comorbidity.

- 1 Clinic for Psychiatry, Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia
- 2 Medical faculty, University in Belgrade, Belgrade, Serbia

## Literatura:

1. National Institutes of Health: Third Report of the National Cholesterol Education Program Expert panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Adult Treatment Panel III. Bethesda, MD, National Institutes of Health, 2001. NIH Publication 01-3670.
2. Rowe JW, Minaker KL, Pallotta JA and Flier JS. Characterization of the insulin resistance of aging. *J Clin Invest* 1983; 71: 1581–7.
3. Jakovljević M, Crnčević Z, Ljubićić D, Babić D, Topić R, Sarić M. Mental disorders and metabolic syndrome: a fatamorgana or warning reality? *Psychiatr Danub* 2007; 19(1-2): 76–86.

4. Jakovljević M, Babić D, Crnčević Z, Martinac M, Maslov B, Topić R. Metabolic syndrome and depression in war veterans with post-traumatic stress disorder. *Psychiatr Danub* 2008; 20(3): 406–10.
5. Rosmond R. Obesity and depression: same disease, different names? *Medical Hypotheses* 2004; 62(6): 976–9.
6. Bondy B, Baghai TC, Zill P, Bottlander R, Jaeger M, Minov C, et al. Combined action of the ACE D- and the G-protein beta3 T-allele in major depression: a possible link to cardiovascular disease? *Mol Psychiatry* 2002; 7:1120–6.
7. Licinio J, Yıldız B, Wong M-L. Depression and cardiovascular disease: co-occurrence or shared genetic substrates? *Mol Psychiatry* 2002; 7:1031–2.
8. Mather AA, Cox BJ, Enns MW, Sareen J. Associations of obesity with psychiatric disorders and suicidal behaviors in a nationally representative sample. *Journal of Psychosomatic Research* 2009; 66(4): 277–85.
9. Richardson LP, Davis R, Poulton R, McCauley E, Moffitt TE, Caspi A, Connell F. A longitudinal evaluation of adolescent depression and adult obesity. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157(8):739–45.
10. Goodman E, Whitaker RC. A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. *Pediatrics* 2002; 109(3): 497–504.
11. Palinkas LA, Wingard DL, Barrett-Connor E. Depressive symptoms in overweight and obese older adults: A test of the “jolly fat” hypothesis. *Journal of Psychosomatic Research* 1996; 40(1): 59–66.
12. Onyike CU, Crum RM, Lee HB, Lyketsos CG, Eaton WW. Is obesity associated with major depression? Results from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol* 2003;158:1139–47.
13. Herpertz S, Kielmann R, Wolf AM, Langkafel M, Senf W, Hebebrand J. Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. *Int J Obes* 2003; 27:1300–1.
14. Wadden TA, Sarwer DB, Womble LG, Foster GD, McGuckin BG, Schimmel A. Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Surg Clin North Am* 2001; 81:1001–24.
15. Simon GE, Ludman EJ, Linde JA, Opeřskalski BH, Ichikawa L, Rohde P, Finch EA, Jeffery RW. Association between obesity and depression in middle-aged women. *General Hospital Psychiatry* 2008; 30 (1): 32–9.
16. Gudelj-Radić J, Davidović D, Avramović D, Backović D, Jorga J. Factors mediating the depression in the adult obese outpatients. *Srp Arh Celok Lek* 2007; 135(1-2): 61–6.
17. Stunkard AJ, Faith MS, Allison KC. Depression and obesity. *Biological Psychiatry* 2003; 54 (3): 330–7.
18. Suls J, Bunde J. Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: the problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psych Bull* 2005; 131: 260–300.
19. Alexander CM, Landsman PB, Teutsch SM, Haffner SM. NCEP-defined metabolic syndrome, diabetes, and prevalence of coronary heart disease among NHANES III participants age 50 years and older. *Diabetes* 2003; 52: 1210–4.
20. Ford ES. Risks for all-cause mortality, cardiovascular disease, and diabetes associated with the metabolic syndrome: a summary of the evidence. *Diabetes Care* 2005; 28:1769–78.
21. Grundy SM, Cleeman JL, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, Gordon DJ, Krauss RM, Savage PJ, Smith SC Jr, Spertus JA, Costa F. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute scientific statement. *Circulation* 2005; 112: 2735–52.
22. McNeill AM, Rosamond WD, Girman CJ, Golden SH, Schmidt MI, East HE, Ballantyne CM, Heiss G. The metabolic syndrome and 11-year risk of incident cardiovascular disease in the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Diabetes Care* 2005; 28: 385–90.
23. Räikkönen K, Matthews AK, Kuller HL. The relationship between psychological risk attributes and the metabolic syndrome in healthy women: antecedent or consequence? *Metabolism* 2002; 51:1573–7.

24. McCaffery JM, Niaura R, Todaro JF, Swan GE, Carmelli D. Depressive symptoms and metabolic risk in adult male twins enrolled in the National Heart, Lung, and Blood Institute twin study. *Psychosom Med* 2003; 65: 490–7.
25. Kinder LS, Carnethon MR, Palaniappan LP, King AC, Fortmann SP. Depression and the metabolic syndrome in young adults: findings from The Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Psychosom Med* 2004; 6: 316–22.
26. Vaccarino V, McClure C, Delia Johnson B, Sheps DS, Bitner V, Rutledge T, Shaw LJ, Sopko G, Olson MB, Krantz DS, Parashar S, Marroquin OC, Bairey Merz CN. Depression, the Metabolic Syndrome and Cardiovascular Risk. *Psychosomatic Medicine* 2008; 70: 40–8.
27. Räikkönen K, Matthews AK, Kuller HL. Depressive Symptoms and Stressful Life Events Predict Metabolic Syndrome Among Middle-Aged Women. *Diabetes Care* 2007; 30: 872–7.
28. Takeuchi T, Nakao M, Nomura K, Yano E. Association of metabolic syndrome with depression and anxiety in Japanese men. *Diabetes & Metabolism* 2009; 35 (1): 32–6.
29. Herva A, Rasanen P, Miettunen J, Timonen M, Laksy K, Veijola J, Laitinen J, Ruokonen A, Joukamaa M. Co-occurrence of metabolic syndrome with depression and anxiety in young adults: the Northern Finland 1966 birth cohort study. *Psychosom Med* 2006; 68: 213–6.
30. Díaz-Martínez L, Serrano N, Pinzón J, Mantilla G, Velasco H, Martínez L, Millán P, Acevedo S, Moreno D, Sus SE. [Lack of association between metabolic syndrome and depressive symptoms in Colombian adults]. *Rev Med Chil* 2007; 135(8): 990–6.
31. Richter N, Juckel G, Assion HJ. Metabolic syndrome: a follow-up study of acute depressive inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2010; 260(1): 41–9.
32. Toker S, Shirom A, Melamed S. Depression and the metabolic syndrome: gender-dependent associations. *Depression and Anxiety* 2007; 0:1–9.
33. Stankovic Z, Jasovic-Gasic M. Cardiometabolic risk factors in depressed patients. 4th International Congress on Brain & Behaviour, December 3-6, 2009, Thessaloniki, Greece. Proceedings, 154.
34. Koponen H, Jokelainen J, Keinänen-Kiukanniemi S, Kumpusalo E, Vanhala M. Metabolic syndrome predisposes to depressive symptoms: a population-based 7-year follow-up study. *J Clin Psychiatry* 2008; 69(2): 178–82.
35. Sachs-Ericsson N, Burns AB, Gordon KH, Eckel LA, Wonderlich SA, Crosby RD, Blazer DG. Body mass index and depressive symptoms in older adults: the moderating roles of race, sex, and socioeconomic status. *Am J Psychiatry* 2007; 15(9): 815–25.
36. Stewart-Knox BJ. Psychological underpinnings of metabolic syndrome. *Proc Nutr Soc* 2005; 64(3): 363–9.
37. Colman E, Katzel LI, Rogus E, Coon P, Muller D and Goldberg AP. Weight loss reduces abdominal fat and improves insulin action in middle-aged and older men with impaired glucose tolerance. *Metabolism* 1995; 44: 1502–8.
38. Markovic TP, Jenkins AB, Campbell LV, Fuller SM, Kraegen EW and Chisholm DJ. The determinants of glycemic responses to diet restriction and weight loss in obesity and NIDDM. *Diabetes Care* 1998; 21: 687–94.
39. Brown ES, Varghese FP, McEwen BS. Association of depression with medical illness: does cortisol play a role? *Biol Psychiatry* 2004; 55:1–9.
40. Bonen A, Ball-Burnett M and Russel C. Glucose tolerance is improved after low- and high-intensity exercise in middle-age men and women. *Can J Appl Physiol* 1998; 23: 583–93.
41. Jašović-Gašić M, Damjanović A, Miljević Č, Marić N. Antidepresivi-Priručnik za kliničku praksu. KCS Niš, 2000.

---

Žana Stanković  
Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije  
Pasterova 2, 11000 Beograd  
E-mail: stankovic.zana@gmail.com

# NA PRAGU „VELIKE DEBATE“, I DANAS, 2010?

Aneta Sandić

UDK: 615.851.1:929 “2020”

Privatna psihijatrijska praksa „Dr Sandić“, Sarajevo, Bosna i Hercegovina

## UVOD

Sigmund Frojd (Sigmund Freud) je postulirao psihoanalizu pre više od stotinu godina [1, 2]. Na njenim temeljima, vremenom, razvio se niz različitih psihoterapijskih tehniki. Tehnološko doba kojem svedočimo danas dovelo je i do procvata farmakologije. Stoga se u savremenoj psihijatrijskoj i psihoterapijskoj literaturi preporučuje kombinovanje psihoterapijskog i psihofarmakološkog tretmana [3], pri čemu psihoterapija i dalje ostaje značajno područje kako

## Kratak sadržaj

Od 1946. godine kada su Aleksander i Frenč publikovali „Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications“, pa do današnjeg dana vode se brojne rasprave sa ciljem jasnog definiranja sličnosti i razlika između psihoanalize i njenog glavnog derivata, analitičke psihoterapije. Prva, istorijski značajna, „Velika debata“, vodila se u periodu od 1952. do 1954. Nakon iste, smatralo se da je uspostavljen konsenzus, te da je većina američkih psihoanalitičara odbacila postavke Aleksandera i Frenča. No, istorija pokazuje da je do današnjih dana, na naučnoj sceni u istoj meri kao i pre nešto više od pedeset godina, aktuelno staro pitanje psihoanalitičkih kontroverzi. Tako se u Internacionalnom žurnalu psihoanalize i danas još jednom postavlja već davno razmatrano pitanje: Kako se psihoanalitička praksa razlikuje od analitičke psihoterapije? Stoga će se u ovom tekstu predvići koncivan istorijski presek zbivanja koja su inicijalno dovela do „Velike debate“, zatim će biti dat kratak presek značajnijih rasprava na ovu temu tokom proteklih pet decenija, i na kraju biće navedena esencijalna stanovišta savremena tri eminentna psihoanalitičara koji učestvuju u psihoanalitičkoj kontroverzi kojoj svedočimo danas.

**Ključne riječi:** „Velika debata“, psihoanaliza, analitička psihoterapija

praktičnog rada, tako i naučnog istraživanja [4].

Tako se, nešto više od pet decenija od objave kapitalnog Frojdovog dela „Tumačenje snova“, održavaju značajni sastanci psihoanalitičkih udruženja poznatiji kao „Velika debata“. Jedan od povoda bila je sve obimnija primena psihoterapijskih tehniki nakon Drugog svjetskog rata. Među njima, psihoanalitička psihoterapija ima snažan oslonac u psihoanalitičkom teoretskom korpusu. Istorijски, oštra podela između dva terapeutска modaliteta, koja je velikim de-

lom i doprinela „Velikoj debati“, objavljena je u teoretskim doprinosima Aleksandera i Frenča, 1946. godine, kada publikuju „Psychoanalytic Therapy: Principles and Application“. Autori polaze od prepostavke da se obe tehnike koriste istim „setom alata“, odnosno psihanalitičkim konceptima, te da je iz ovog razloga takav metod rada nužno psihanalitički [5]. Oni eksplisitno navode da je distinkcija između klasične psihonalize i analitičke psihoterapije „artefakt, i to rigidne metodologije koju hegemonički primenjuju statusno orijentisane psihanalitičke profesije“. U istoj publikaciji izražavaju i jasno oponentan stav u odnosu na do tada uvreženo mišljenje da je dubina psihoterapijskog procesa nužno u relaciji sa dužinom tretmana, kao i sedmičnoj učestalosti seansi. Autori demantuju do tada u analitičkim krugovima prihvaćen stav da kraća psihoterapija neminovno ishoduje površnjim i tek privremeno održivim rezultatima. U pomenutoj publikaciji predočavaju jasnu propoziciju da je vremensku fleksibilnost i suportivne, odnosno otkrivaće tipove tretmana i elemente rada najbolje prepustiti dijagnostičkoj proceni analitičara, te da bilo koji metod koji bude izdvojen kao metoda za tretman treba biti smatrana psihanalitičkim.

### VELIKA DEBATA: 1952 – 1954

Kao odgovor, na opisana zbivanja, u periodu od 1952. do 1954. godine u psihanalitičkim krugovima vodila se „Velika debata“. Publikacije o ovim raspravama u *Žurnalu američke psihanalitičke asocijacije* 1954. godine, konačno postuliraju fundamentalne odluke koje se

zvanično prihvataju kao ključni elementi distinkcije između psihanalitičke teorije i analitičke psihoterapije [6,7]. Leo Stoun (Leo Stone), Merton Džil (Merton Gill), Leo Randel (Leo Rangell), Eduard Birbing (Edward Birbing) i Ana Frojd (Anna Freud) bili su predstavnici klasične psihanalitičke pozicije. Primarni cilj rasprave dve oponentne grupe odnosio se na centralnost transfera i načina na koji je se konceptualizuje u okvirima klasičnog psihanalitičkog korpusa. Zamiljivo je da su se svi drugi predmeti debate, poput npr. učestalosti seansi i slobodne asocijacija, na koncu iste ukazali tek kao derivati primarne teoretske pozicije transfernog fenomena [6,7]. Okončavanjem ovog trogodišnjeg procesa verovalo se da je uspostavljena konačna distinkcija između psihonalize i psihanalitičke psihoterapije, te da je većina psihanalitičara u SAD-u odbacila teoretske postavke Aleknsadera i Frenča usvojivši konsenzus.

### KRATKI PRESEK ZNAČAJNIJIH DISKURSA NAKON „VELIKE DEBATE“

No, konsenzus nije se pokazao održivim. Tako su tokom poslednjih pet i nešto više decenija na sceni „dva toka teoretskih debata relevantnih za pitanja, s jedne strane sličnosti i razlike između psihonalize i analitičke psihoterapije, a s druge pitanje 'Jedna teorija ili više njih?' [7].

U Atlanti (SAD), 1979. godine održana je panel diskusija pod pokroviteljstvom Južnih regionalnih psihanalitičkih društava. Na isti su pozvani eminentni učesnici prethodne velike diskusi-

je Džil, Stoun i Randel, kako bi se novo razmotrila ista pitanja koja su razmatrana tokom „Velike debate“ [8]. Stoun i Randel su tom prilikom imali slična stanovišta favorizujući „relaksiraniji analitički stav“ u okviru kojeg se sprovodi psihooanaliza, kao i nastavak širenja polja njenog kliničkog dometa uz zadržavanje jasne separacije između psihooanalize i analitičke psihoterapije [7]. Džil akcentira teoretsku poziciju transfera u obe tehnike, zastupajući stanovište da nije moguća precizna distinkcija između psihooanalize i analitičke psihoterapije, bilo u metodici produkcije materijala, dubini interpretacije ili rezoluciji konflikta [7].

Valerštajn (1986.) objavljuje rezime Menningerovog psihoterapijskog istraživačkog projekta, zaključujući da se psihooanaliza nije pokazala superiornom u odnosu na analitički psihoterapeutski postupak u domenu efektivnosti ishoda, te ponovo prevladava trend zamagljenja distinkcije između dva terapeutska modaliteta [9].

Pod okriljem Američke psihooanalitičke asocijacije, 1989. godine, održava se još jedna značajna panel diskusija, ponovo usresređena na konceptualni pregled sličnosti i razlika između dve srodnne discipline [10]. Iako je trend u početku bio da se zamagle distinkcije i razgraničenja, uspelo je da se istaknu „suptilne linije separacije između graničnih disciplina“ [7].

## PSIHOANALITIČKE KONTROVERZE DANAS

Tako se od „Velike debate“ do današnjeg dana objavljaju knjige, članci, vode panel diskusije i rasprave na temu slično-

sti i razlika između psihooanalize i psihooanalitičke psihoterapije. Svedočimo da i tekuće 2010. godine, *Internacionalni žurnal za psihooanalizu* još jednom pokreće pitanja psihooanalitičkih kontroverzi: kako se psihooanalitička praksa razlikuje od psihoterapije i koje su implikacije opisanih razlika za razvoj psihooanalitičkog treninga i prakse? [11]. Ovom prilikom pozvana su tri eksperta, Buš (Fred Busch), Kašel (Horst Kächele) i Videlcker (Daniel Widlöcher), da pripreme nezavisne tekstove kao polaznu osnovu za dalju diskusiju. Konsenzus nanovo nije postignut [12,13,14].

Buš, distinkciju psihooanalize i psihooanalitičke psihoterapije, postavlja u okvir različitosti ciljeva i ishoda tretmana [15]. Stav je da analitička psihoterapija uključuje sticanje znanja o unutaršnjoj dinamici koja subjektu omogućava veći stepen intelektualne kontrole kako sebe, tako i sopstvenih iskustava, kao i sposobnost da slobodnije koristi funkciju mišljenja. Shodno tome navodi: „U 'dovoljno dobroj' psihoterapiji, u područjima *specifičnog konflikta* s neurotskim i umerenim karakternim poremećajima, repetitivne i samodestruktivne akcije mogu biti kontrolisane, manja količina stabilnosti može biti postignuta, uz uspostavljanje koherentnijeg stanja selfa. Promene se često baziraju na višem stupnju intelektualne kontrole, koja vodi pacijenta usred datog zbivanja da shvati: 'Ja ovo ne moram da učinim!'“ [15]. S druge strane, mišljenja je da je klasična psihooanaliza više usresređena na razvoj kapaciteta za samoanalizu. Upravo ova druga vrsta znanja prema Bušu je ta koja individualno istinski vodi u susret s dubinama nesvesnih nagonskih stratuma i fantazi-

ja, konflikata i boli, na živ način, kao jedini put raspoznavanja načina na koji unutrašnji rad uma oblikuje spoljni realitet date individue [15].

Kahele (Kächele) [16] iznosi argumente potkrepljene sveobuhvatnim studijama poput Menningerovog psihoterapijskog istraživačkog projekta, oblikujući tri okosnice oko kojih organizuje svoj stav. Čvrsto zastupajući stanovište da je za validnu raspravu na temu distinkcije između psihooanalize i psihooanalitičke psihoterapije neophodno imati snažnu podlogu empirijske demonstracije, drži kako ista do danas nije dostupna. Druga značajna tema koju razmatra u svom tekstu je odbijanje da prihvati dihotomični stav da se psihooanaliza bavi istinom, a terapija lečenjem. Kao treću ideju centralnu za vlastiti stav Kahele odbacuje kategoričke razlike između ova dva terapijska modaliteta navodeći: „Psihooanalitička praksa pokriva dijapazon trenutaka bez jasne predodređene vrednosti. Svaki od ovih trenutaka može biti više ili manje blizak prototipu analitičkog rada...“ [16].

Widloker [17], u odnosu na centralnu temu rasprave, iznosi tri prevalirajuća stava u Francuskoj: pluralističku perspektivu, unitarni i dijalektički pogled. U skladu s pluralističkom perspektivom, tradicionalni analitički tretman razlikuje se od psihooanalitičke psihoterapije, ali joj nije suprostavljen. Ovakav stav potkrepljuje citatom: „Za Frojda nema opozicije između psihooanalize i psihoterapije. Pre se radi o adaptaciji tehnike specifičnim patologijama. I zapravo, psihooanalitička psihoterapija razvila se oslanjajući se na psihooanalizu, ali istovremeno razvijajući drugačije tehničke aspekte, možda čak i drugačije aspekte procesa,

sa ciljem prilagođavanja patologiji koja se susreće. U ovom slučaju, psihoterapijski pristup nije nešto što se odvija predodređeno u domenu tip-lečenje, već u odnosu na specifične indikacije i u relaciji sa specifičnim ciljevima.“ Unitarni pogled, ne prihvata postojanje psihooanalitičke psihoterapije. Tako, Widloker primiče da je „sve više i više francuskih psihooanalitičara koji odbijaju da prihvate postojanje entiteta poput psihooanalitičke psihoterapije“, smatrajući da su psihooanaliza i psihoterapija varijacije jednog istog metoda baziranog na istoj doktrini i da poseduju identičan cilj - psihičku promenu [17]. U okviru dijalektičkog pogleda autor akcentira različitost dva tipa slušanja koja nalazimo u tradicionalnoj psihooanalizi: dekonstruktivno, psihooanalitičko slušanje usmereno na sticanje znanja o nesvesnom, njegovim latentnim sadržajima i procesima; i psihoterapijsko rekonstruktivno slušanje. Widloker smatra da u kurativnom tipu prakse ove dve opcije konstantno 'ispričaju međusobne granice' [17]. U skladu s dijalektičkim pogledom analitička psihoterapija odvija se kada se analitičko slušanje prevashodno primenjuje sa terapeutskim ciljem „oslobađanja pacijenta ograničenja koja potiču od konfliktnih i defanzivnih struktura, koje jesu uzrok psihičke patnje“, pre nego čistog analitičkog cilja otkrivanja nesvesnog dinamičnog pritiska. Iz ove perespektive, analitičar koji sprovodi psihoterapiju zapravo se čvrsto drži analitičkog idealja, iako svestan da nije u mogućnosti da dosegne isti svakog momenta, upravo usled pacijentovih realitetnih zahteva za terapeutskim efektom [17].

U odgovorima svakog od gore pomenuih analitičara na tekstove predočene

od strane druga dva eksperta, ne uočava se uspostavljanje konačnog dogovora [12,13,14]. U kratkim crtama da rezimirano, njihovi komentari prevashodno se kreću u sledećim pravcima:

Buš [14] Kaheleovom izlaganju nalaže značajnu zamerku zbog oslanjanja na Menningerov psihoterapijski istraživački projekat, kao i studiju Lozinger-Bohlebera (Leuzinger-Bohleber) i saradnika [18]. Prema njegovom stanovištu, one poseduju značajna ograničenja i problematičan dizajn. Autor slikovito ilustruje dubinu sopstvenog neslaganja s Kaheleom: „Mislim da je razlika između mene i Kahelea o tome kako psihanalitičari i psihoterapeuti koriste centralne koncepte poput razlike između letenja iznad planinskog masiva i hodanja preko istog.“ [14]. Sa druge strane, usaglašava se sa Widlokerovim dijalektičkim modelom, kako definicija analitičkog slušanja odgovara onome što radi većina analitičara „glavnog psihanalitičkog pravca“, na način na koji ga definiše Kernberg [19].

Kahele distinkciju koju je postulirao Buš, tj. razlikovanje psihanalize od psihoterapije u odnosu na ciljeve i rezultate rada, ne nalazi dovoljno čvrsto utemeljenom. Smatra da pacijent podvrgnut psihoterapiji može da dosegne jednake ciljeve kao i pacijent podvrgnut psihanalitičkom tretmanu ukoliko je „format tretmana“ adekvatno postavljen [13]. Delimično podržava Widlokerov dijalektički model navodeći kako „ukazuje na dva operativna modusa koji mogu biti prisutni na bilo kojoj seansi u različitom stepenu, zavisno od kliničke situacije“ [13].

I Widloker izražava nesuglasice, kako s Bušom, tako i sa Kaheleom, a na kraju

svoj odgovora predlaže unitarnu perspektivu „koju ... naziva dijalektičkom“ [12]. Svoj konačan komentar na stavove druga dva autora sumira sledećim rečima: „Moglo bi se reći da se 'psihanalitička' dimenzija bavi time kako 'analizand' pokušava da stekne analitičarev kapacitet za pažljivo slušanje i psihanalitički, dok 'psihoterapeutska' dimenzija involvira način na koji 'pacijent' beneficira od psihanalitičke pažnje psihanalitičara sa ciljem izlečenja njegove ili njeone mentalne patnje“ [12].

## UMESTO ZAKLJUČKA

Obzirom na dosadašnji neuspeh usaglašavanja vodećeg naučnog analitičkog mnijenja o esencijalnim sličnostima i razlikama psihanalize i psihanalitičke psihoterapije, u cilju pokušaja definisanja problema i primene kvalitetnog rada u praksi, možda je najbolje osvrnuti se na tekst Roberta Vaska (Robert Wasko) [20], koji daje jasan klinički doprinos diferencijaciji analitičkog i neanalitičkog tretmana. Autor stavlja akcenat na analitički kontakt navodeći da „ono što definiše tretman kao psihanalitički je da li analitičar nastoji da stvori analitički kontakt ili ne“, pri čemu je analitički kontakt „esencijalno zbir onoga što je Džil smatrao esencijalnim u psihanalizi. To je uspostavljanje objektne relacije sa pacijentom kroz eksploraciju transfera, fantazija, i odbrana. To je istraživanje pacijentovog jedinstvenog ličnog iskustva psihičkog realiteta.“ Naime, upravo kroz ovaj poseban vid dijaloga, otvara se put u područje dinamičkog nesvesnog i ukazuje na ona područja u kojima je moguće terapijski intervenisati u cilju otklanjanja psihičke patnje pacijenta [21].

# AT THE TRESHOLD OF THE „GREAT DEBATE“ TODAY, IN 2010 AS WELL?

Aneta Sandic

## Summary

Since Alexander and French in 1946. published „Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications“ up to present day there's been a large number of discourses aimed to clearly define similarities and differences between psychoanalysis and its main derivative, analytic psychotherapy. Historically, first significant „Great Debate“ took place between 1952. and 1954. After it ended, it was believed that a consensus was clear, and that vast majority of American psychoanalysts gave upon ideas presented by Alexander and French. However, history clearly indicates that all the time, as well as today, the question of psychoanalytic controversies looses none of its actuality in scientific domain. Thus the questions about differences between psychoanalytic practice and psychoanalytic psychotherapy rose again, in current 2010 year, in The International Journal of Psychoanalysis. Therefore in the beginning of the text we wanted to present concise historical overview of the events that initially led towards the „Great Debate“. What follows is a review of the significant discourses on this topic that took part over the last five decades, and at the end are presented essential attitudes of three eminent contemporary psychoanalysts who are participating in the debate we witness nowadays.

**Keywords:** „Great Debate“, *psychoanalysis, analytic psychotherapy, consensus*

Private psychiatric practice „Dr. Sandić“, Sarajevo, Bosnia and Herzegovina

## Literatura:

1. Sandić A, Burgić-Radmanović M. Etiopatogeneza neurotske anksioznosti iz ugla psihodinamske teorije. Engrami - časopis za kliničku psihijatriju, psihologiju i granične discipline. 2008; 30(1):27-39.
2. Sandić A. Where Is The Evil? Arbeitshefte Gruppenanalyse. 15. Jahrgang, Heft 2000; 12-16.
3. Sandić A, Burgić M, Sandić M. Evaluacija efikasnosti multidimenzionalnog pristupa u liječenju generaliziranog anksioznog poremećaja. Aktuelnosti iz neurologije, psihijatrije i graničnih područja. 2008; 16(1-2):30-5.
4. Sandić A. Evaluacija efikasnosti autogenog treninga s verbalnim suportivnim intervencijama u tretmanu anksioznih poremećaja. Magistarski rad. Sarajevo, 2007.

5. Alexander F, French T.M. Psychoanalytic Therapy: Principles and Application. New York: Ronald Press; 1946.
6. Schwartz C. A Brief Discourse on Psychotherapy and Psychoanalysis: Historical perspective. *Psychoanalytic Review*, April 2003; 90 (2): 153-177.
7. Rangell L. Psychoanalytic Psychotherapy: The Enduring Legacy of Psychoanalysis. *Psychoanalytic Review*, February 2001; 88(1).
8. Panel. Psychoanalysis and dynamic psychotherapy: Similarities and differences twenty-five years later. Southern Regional Psychoanalytic Societies and the Atlanta Psychoanalytic Society. Atlanta, October 1979.
9. Wallerstein RS. Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy . New York: Guilford Press, 1986.
10. Panel. Psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy: Similarities and differences. Conceptual overview, Fall meeting of the American Psychoanalytic Association. New York, December 15 1989. (Report by Hoch S, J Amer Psychoanal Assoc 1992; 40:233-38.
11. Blass RB. An Introduction to „Distinguishing Psychoanalysis from Psychotherapy“. *Int J Psychoanal* 2010; 91:15-21.
12. Daniel Widlöcher's response to F. Busch and H. Kächele. *Int J Psychoanal* 2010; 91: 59-61.
13. Horst Kächele's response to F. Busch and D. Widlöcher. *Int J Psychoanal* 2010; 91: 55-57.
14. Fred Busch's response to H. Kächele and D. Widlöcher. *Int J Psychoanal* 2010; 91: 51-4.
15. Busch F. Distinguishing Psychoanalysis from Psychotherapy. *Int J Psychoanal* 2010; 91:23-34.
16. Kächele H. Distinguishing Psychoanalysis from Psychotherapy. *Int J Psychoanal* 2010; 91: 35-43.
17. Widlöcher D. Distinguishing Psychoanalysis from Psychotherapy. *Int J Psychoanal* 2010; 91: 45-50.
18. Leuzinger-Bohleber M, Stuhrast U, Rüger B, Beutel M. How to study the 'quality of psychoanalytic treatments' and their long-term effects on patients' well-being: A representative, multiperspective follow-up study. *Int J Psychoanal* 2003; 84:263-90.
19. Kernberg OF. Recent developments in the technical approaches of English-language psychoanalytic schools. *Psychoanal Q* 2001; 70:519-47.
20. Waska R. Psychoanalysis or psychoanalytic psychotherapy? Shifting the debate from theoretical to clinical with the concept of analytic contact. *Bulletin of the Menninger clinic* 2006; Vol 70, No.2
21. Sandić M, Sandić A. *Kako pomoći sebi i svom djetetu*. Europrint Banja Luka 2002.



# HOMICIDIUM

Bogdan Janković<sup>1</sup>

Nada Janković<sup>2</sup>

UDK: 616.89/008.44:343.61

1 Pravni fakultet, Univerzitet u Kragujevcu, Kragujevac, Srbija

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

## UVOD

Čovek ne ubija biološki racionalno, ni funkcionalno. Jedino on svoju vrstu ubija iz metabioloških i metafizičkih razloga. Ubistvo je najmlađi, i relativan tabu, a objašnjenje za to treba tražiti u psihičkoj konstituciji čoveka. Volja za moć i strah od smrti, velikim delom su izvor nasilja i generatori ubistva. Ipak, ne može se tvrditi da je čovek po svojoj biološkoj prirodi predodređen za agresiju i nasilje. Naravno, ne radi se o tome da se čovekovo biološko nasleđe zanemari, već da se istakne verodostojnija i merodavnija slika ljudskog bića, koje mnogo šta čini pod imperativom razloga, kako personalne, tako i vanpersonalne prirode. Naime, nasilno ponašanje je složeno socijalno ponašanje, koje je teško meriti jer obuhvata stavove, navike, mišljenje, kao i manifestno ponašanje. Radnja iz-

## Kratak sadržaj

Pravna definicija homicidiuma glasi: Ubistvo je svako protivpravno nasilno uništenje tuđeg života. Po sudskomedicinskoj definiciji ubistvo je svako namerno lišenje tuđeg života. U psihologiji se ubistvo definše kao najmalignija psihološka transakcija na interpersonalnom kontinuumu, sa specifičnom spoljašnjom i unutrašnjom motivacijom. U psihološkoj ravni, navedeno bi se moglo tumačiti kao da je nasilje ne samo najrasprostranjeniji, nego i osnovni modus ljudske, bilo individualne bilo društvene egzistencije. Ipak, težišni cilj ovog rada nije u tome da se ispita individualna motivacija nasilnih tendencija, već da se povežu religijski koreni sa modernim shvatanjima i pozitivno-pravnim rešenjima krivičnih dela protiv nasilja. U konkretnom slučaju ne radi se o nasilju u opštem smislu te reči, nego po mnogo čemu specifičnoj vrsti nasilja – kakvo je homicidalnost.

*Ključne reči:* homicidium, krivični zakonik

vršenja krivičnog dela ubistva sastoji se u lišavanju života drugog lica. Između radnje izvršenja i posledice, za postojanje krivičnog dela ubistva, mora postojati uzročna veza. Kako nastupanje posledice nastaje delovanjem više faktora, značajnu pomoć u njihovoj analizi pružaju i vanpravne discipline. U psihološko-psihijatrijskom smislu, u jednu radnju uključeni su kako unutrašnji tako i spoljašnji podsticaji, čijim se proučavanjem daje mišljenje o motivaciji i uračunljivosti počinjocia.

U savremenoj psihološkoj-medicinskoj literaturi, zajednički *imenitelj* većine ispitanih učinilaca ove vrste krivičnih dela je da se iza egocentričnosti, nezrelosti, socijalne neprilagođenosti, kompromitovane racionalne kontrole i eksplozivnosti, kao predisponirajući faktori navode i osećanje ugroženosti i bespomoćnosti, ali i subkulturna nasilja. Društvo je zainteresovano,

kao i svaki pojedinac, da se istina o homicidu utvrdi na pouzdan i nedvosmislen način, a krivično pravo predstavlja instrument, u postizanju tog cilja.

## UBISTVO, NAJMLAĐI I NAJNESTABILNIJI TABU

*Kada bi ljudima bilo  
dozvoljeno da rade šta hoće,  
ni jedno se društvo ne bi  
održalo ni pet minuta*

Sent-Bev

Tabu je reč polinezijskog porekla i nje-govo značenje je ono što je u isto vreme *sveto i zabranjeno, posvećeno i opasno*. Tabu je najstariji nepisani zakon čovečanstva. Predmet tabua je uvek *prestup*, nešto što dovodi u opasnost socijalni život i nje-govoj ravnoteži preti haosom.

Istorijski gledano, tabu nije tako različit od religijskih i moralnih zabrana, ali je od njih svakako stariji, jer im prethodi. Ove druge su na njemu utemeljene, tabu je njihov psihički postament. U tehničkom smislu, tabu je sigurno manje precizan, ali to ne dovodi u pitanje njegovu funkciju jasnog kategoričkog imperativa. Tabu nije dovoljno precizan kao zakon. Zabранe vezane za tabu, razlikuju se od moralnih zabrana zbog nedostatka svrstavanja u sistem, kojim bi se opšte uzdržavanje proglašilo neophodnim i ujedno obrazložilo. Tabuom se zabranjuje ono što čovek može da učini, a čime se ne krše prirodne zakonitosti. Primera radi, nijedan zakon ne naređuje da se jede, jer se radi o potrebi koja mora biti zadovoljena, zbog biološkog opstanka. Ali ne bez razloga, zabranjena je izvesna hrana, ili pak konvencije predviđaju način kad i kako da se ona upotrebti.

U istoriji čovečanstva neprikosnovenno se izdvajaju i zapažaju *tri* tabua koji su od

naročite važnosti za istorijski hod naše vrste i njen socijalni život. Po mišljenju mnogih paleoantropologa najstariji tabu je tabu *rodoskrnuća*. Drugi je tabu *kanibalizma*. *Ubistvo* je treći. Tabu ubistva je najmlađi i najnestabilniji, odnosno, najčešće kršen. Razložno je reći, s obzirom na rasprostranjenost prestupa, da je *relativan* tabu. Razlog što je ubistvo najmlađi i najnestabilniji tabu, treba tražiti u objašnjenju psihičke konstitucije čoveka, a dokaze u dalekim eonima prošlosti naše vrste [1].

## BIBLIJSKI ANTROPOLOŠKI MANUSKRIFT

U starozavetnoj antropogenezi prvom ljudskom paru (Adamu i Evi), posle *kršenja zabrane*, stavljena je u izgled *prirodna smrt*, kao *kazna za greh*. Izgonom iz raja, čovek postaje *smrtan* i tu činjenicu bog Jahve gromoglasno oglašava. Ali pre nego što je biloški sat otkucao zadnji čas prvom ljudskom životu dogodila se *neprirodna smrt*, odnosno *zločin*. Smrtnost ljudske vrste se objektivizovala. Prvi čovek, koji se susreo sa smrću, umro je od ruke drugog čoveka. Istorija je počela zlosrećno, kao manufaktura smrти. U ljudsko iskustvo smrt ulazi ubistvom. Čovek postaje smrtonosan.

Kada su se rođena braća Kain i Avelj sastali da prinesu žrtve bogu Jahveu, zbog *sujete*, što njegove žrtve nisu prihvaćene, prvoroden sin naših praroditelja ubio je brata. U *Knjizi Postanja* Kainov greh nije kažnjen smrću, ali je on ipak eksplicitno obeležen. Plahovit i surov bog Jahve izričito zabranjuje osvetu nad Kainom i oštro preti "... ko ubije Kaina sedam će se puta pokajati". Tako, jedan deo ljudskog roda potiče od ubice.

Ako se ponovo vratimo na evocirani početak sveta kako je predstavljen u staro-

zavetnoj knjizi, uočićemo da je, ma kako paradoksalno zvučalo, *prvi zločin* u istoriji dinamski povezan sa emocijama. Kain postaje razgnevljen i ubija svog brata iz *ljudomore*, jer u raspodeli ljubavi prema njima bog Jahve nije bio pravičan. Lišen božje pažnje i ljubavi i obuzet srdžbom zbog toga, Kain je počinio krvni delikt. Usled nedostatka ljubavi aktivira se *afekt srdžbe*, i pokreće se *mehanizam agresivnosti*, koja rezultuje *destrukcijom*. Ako je Bog iskušavao ljudsku moć da podnese nedostatak ljubavi, posle tragičnog ishoda uvideo je da čovek tome, nije dorastao.

Veličina ovog tako jednostavnog, a psihološki složenog i rečitog jevrejskog mita, nadmašuje sve slične tvorevine i nije čudo da je baš ta priča u temelju religije i vasporele Zapadne kulture. Psihološka lucidnost njenog tvorca je zavidna, jer nam nudi sve bitne pokazatelje, značajne za prirodu ubistva. Iako u rudimentiranom vidu, čovek je ocrtan kao homo mortalis, kao smrtno i smrtonosno biće. Nije izostala ni porodična slika, ni mračni tonovi u njoj. Zločin se događa u prvoj ljudskoj porodici, *interpersonalni konflikt* je jasno dat, *ljubomora* zbog neuzvraćene ljubavi je eksplisitno naznačena, kao bitan uslov zločina. Nasilna moć gneva je predočena, i tako je antropološki portret čoveka osenčen nimalo pastelnim tonovima. Prva smrt je prouzrokovana ljudskom rukom. U osnovi ispoljene mržnje i zla, bio je praroditeljski greh [1].

## MOJSIJEV VELIKI KODEKS I UBISTVO

Najveći jevrejski zakonodavac Mojsije, nije imao nikavu ilizuju o ljudskoj prirodi. Međutim, da bi se strasti te prirode dale zauzdati trebalo je smisliti dovoljno moćan mehanizam za to. Religija sigurno spada u najefikasnije sredstvo. Najpre, Mojsije je

uveo jedinstveni monoteizam. Njegov bog Jahve, zapravo ne potiče iz jevrejske tradicije, već je on bog rata, groma, oluje i vulkana. Preuzimajući boga iz tuđeg panteona, Mojsije mu pripisuje jedinstveni atribut, koji se ne sreće ni u jednoj drugoj religiji sveta. Jahve je stvaralac *ex nihil*, dok su svuda bogovi samo neka vrsta uređivača, već stvorenenog sveta. Jahve svet ne koriguje i, što je najvažnije, stvara ga *ni iz čega*, prostom verbalnom delatnošću. S druge strane, taj Bog je plahovit, surov i besprizorno kažnjava. Da bi njegov dezorganizovan narod poštovao norme, Mojsije dolazi na goru Sinaj i otuda donosi ploče Zakona. Tumačeci poreklo zakona, kao neposredno proizvod iz božje svemoći, stvorio je nužne psihološke uslove da se ti zakoni doista i poštuju. Jedna od Deset božjih zapovesti je: "ne ubij". Veliki Kodeks Mojsije je sačinio po ugledu na Hamurabijev Zakonik, koji je donet za , administrativno dobro uređenu i stabilnu državu. Drugi veliki Mojsijev, čisto psihološki pronalazak, jeste ideja o svemoćnom i svevidećem, svudprištnom Bogu, koji bdi nad svakodnevnim životom vernika. S toga, Mojsije kaže da se pred autoritetom Boga *jednake* sankcije snose, ne samo za ono što čovek čini, već i za ono što *misli* da čini. Dakle, svaki vernalnik je *stalno* pod prismotrom vazda budnog božijeg oka. Vezano za zakonodavstvo, navedeno se može tumačiti kao da se briše razlika između učinjenog nedela, za koje postoji ono što se u pravu zove *corpus delicti*, i planiranog nedela. Takva psihološka domišljatost svakao je imala preventivnu svrhu, kroz izjednačavanje zlonamernosti i materijalno učinjenog zla. Nije poznato da se igde više pojавio takav zakon. Posebno mesto u Mojsijevom kodeksu zauzima **ubistvo**. Iako, se u tom Zakonu, podvlači načelo *lex talionis*, on je bio veoma efikasan jer se regulisalo funkcionisanje

tako stare, ali moćne društvene institucije, kao što je krvna osveta. U navedenom je poreklo današnje *kazne*, a naročito *smrtne*, gde se društvo javlja u ulozi osvetnika. Da bi se sprečilo da se iz *pristasnosti* uniše dva ili više života umesto jednog, ili da se načini veća šteta u osveti nego što je prethodno pretrpljena, Mojsije *unapređuje* osvetu tako što uvodi princip *proporcionalne destrukcije*, a što se ogleda u načelu - glava za glavu, oko za oko, zub za zub. Načela krvne osvete, ma koliko surovo delovala, usaglašena su sa nekim dubokim, iako zlim porivima ljudske prirode i korišćena su da se spreče mnoge niske strasti i pobude.

Čak i u primitivnom pravu osvetnika, ubistvo nije odobravano i prihvatanje kao poravnjanje u krv, ukoliko nisu poštovana neka, sasvim precizno kodifikovana pravila. Tako, recimo od osvete su najčešće izuzete žene, deca, starci i sveštenici. Osveta se ne sme izvršiti s leđa, osvetničko ubistvo ne sme biti svirepo, niti osvetnik sme da mrčvari svoju žrtvu, niti da na ma koji način oskrnavi leš ubijenog, ne sme da ga masakrira, ne sme da na njemu ispoljava, eventualne nekrofilne seksulane želje, ne sme da opljačka ubijenog. Od krvne osvete posebno su zaštićeni nemoćni. Iako ova pravila deluju bizarno činjenica je da su tvorci ovog Kodeksa vodili računa o društvenoj stabilnosti. Svako ko bi izvršio osvetu, van precizno omeđenih pravila, bio bi osuđen na socijalnu smrt: njega bi zajednica izopštavala i ignorisala, a često i proterivala. Krvnom osvetom kao da je omogućeno ispoljavanje sadržaja iz atavističkih delova čoveka. Međutim, prevashodno je stavljena u funkciju da se atavizam svede na razumnu meru, da ga *kontroliše*, a ne da se do kraja spreči. Na taj način je postignuta *recipročnost* u ubijanju, i ako se samo ubistvo odobrava. Po Mojsijevom Kodeksu,

život je *neprikosnoven*, ali je to ipak samo deklarativna floskula. Realnost je tražila da on, ipak, po doduše strogo podređenim uslovima, može biti narušen. Još u Mojsijevu vreme važilo je pravilo da se osveta ne sme izvršiti na nekom svetom mestu. To se nastavilo i mnogo kasnije, pa bi npr. u starijoj Grčkoj ubice siguran azil nalazile u hramu nekog od svojih bogova.

Dakle, Mojsijeva dostignuća, barem za njegovo vreme, bila su u tome: što je Zakone legitimisao njihovom potvrdom od božijeg autoriteta; što je ukinuo granicu između delikta i nauima; što je socijalizovao ubistvo i smrt zakonom, i sve ovo uveo u red jednakog poravnjanja, odnosno, reciprociteta.

## UBISTVO U ISLAMU

Kao što je Mojsije doživeo svoju metamoju\* na Sinaju, tako je i veliki osnivač religije Islam, Muhamed, doživeo svoje prosvetljenje na brdu Hira, nedaleko od pustinja Meke [2]. Paralela između Mojsijevih prvih pet knjiga (Pentateuha) i Kurana je očevidna, jer je Muhamed isprva bio sledbenik Mojsijeve vere, a jevrejski zakonodavac mu je bio uzor u pisaniju njegove svete knjige. Načelo *taliona* prihvatio je i Muhamed i u velikoj meri podrgao kontroli ubijanje u razjedinjenim i sukobljnim arapskim plemenima. Prvi običaj ubistva, koji je temeljno iskorenio, bilo je ubijanje ženske dece. Napredak Muhamedov je da je takvu nekrofilnu praksu ukinuo i problem rešio uvodenjem poligamije. Po ugledu na svog jevrejskog prethodnika i Muhamed kontroliše krvnu osvetu, odnosno uvodi pravila kada se ona i kako se smeju vršiti.

\* metamoja/prosvetljenje je pojava spoznaje Boga

U Kuranu, se kaže: "I ne ubijajte nikoga koga je Alah zabranio, osim kada pravda zahteva. A ako je neko, ni kriv ni dužan ubijen, onda njegovom nasledniku dajemo vlast, ali neka ni on ne prekoračuje granicu, ta njemu je data vlast [3]." Ovaj, na prvi pogled po mnogo čemu sporan ajet, može se razumeti samo ako se ima u vidu njegovo šerijatsko pravno tumačenje. Naime, po šerijatskom pravu *dozvoljeno* je ubistvo muslimana pod tri uslova: 1. ako je namerno ubio muslimana 2. ako pređe u drugu veru 3. ako oženjeni ili udata, čine blud [4]. Sudeći po navedenoj suri, Muhammad je bio znatno rigorozniji od Mojsija. I kod Mojsija je za ubistvo predviđena krvna odmazda, međutim, u nečemu je, ipak, bio tolerantniji. On ne predviđa ubistvo za prelazak u drugu veru. Takođe, Mojsije je smrću kažnjavao i blud, ali je opisao bogatiju lepezu seksualnih relacija, koje su zbranjene i koje se kažnjavaju. Sličnu eksplikaciju ne nalazimo kod Muhameda, koji je zbog toga ostavio veliki prostor, koji se u pravu zove *pravna praznina*, a što je predviđeno za slobodno pravno tumačenje. Uprkos činjenici da se zločin kao takav u Kuranu ne opravdava, njegova kasnija tumačenja su sadržala skrivenu mogućnost da se zločin čini u ime vere. *Fanatizam* je ovde onaj osnovni psihološki temelj, koji može da se koristi da se vernici zloupotrebe kao prestupnici. Teorijski oslonac za takvu tvrdnju već je dat u pomenutoj suri iz Kurana, gde se kaže da je život nepriksnoven, osim ako vera drugačije ne predviđi.

Religijski razlozi i fanatizam, mogu jednako biti moćan generator zločina. Na kraju, s razlogom se može reći da su religijski indoktrinisani ljudi često najubojitije oružje od koga je vrlo teško braniti se, jer se ne mogu zastrašiti, pošto su spremni da i sami umru u realizaciji svojih ideja. Naime,

kada je neko ubeden da će trajne transendentne ciljeve postići zločinom, onda se i može očekivati da će on taj zločin realizovati, a njegove šanse za ono što se zove resocijalizacija su najčešće – ništavne. Tako, mnogi temeljni fenomeni ljudske egzistencije najpre su izazivali upitnost u mitovima, religiji, zatim umetnosti, pa tek onda u nauci.

## HOMICIDIUM

Ubistvo spada u društvene fenomene koji u javnosti, izazivaju najveću pažnju. Psiholozi navode da potencijalne ubice, i drugi potencijalni kriminalci, često ispoljavaju specifičan tip ponašanja koji prethodi ubistvu, ili kriminalnom aktu, i da bi mnoga zlodela bila sprečena kada bi pojedinci, ili društvo, bili senzitivniji u odnosu na te neobičnosti u ponašanju [5]. Međutim, svakodnevno čitamo o ljudima, koji barem površno izgledaju neupadljivo, i na prvi pogled liče na većinu od nas. Ali jednoga dana, svi koji ih poznaju bivaju šokirani kada neko od njih brutalno ubije roditelje, partnera, dete ili nepoznatog. Zbog takvih, ubistvo predstavlja misteriju, a njihove motive je teško, ponekad čak i nemoguće razumeti. Motive ubistva utvrđuje sud, ali i veštaci sudske, psihološke i psihijatrijske struke svojim objektivnim nalazom pomazuju da se dođe do istine i bolje odgovori na pitanje: "Zašto je došlo do ubistva".

Pri ekspertizi ubistva, odnosno prilikom utvrđivanja da li se radi o ubilačkom poreklu smrti, uvek treba imati na umu analizu, sledećih elemenata: ubice, samog čina ubijanja i ubijenog. Analiza **ubice** podrazumeva analizu podataka iz istrage, psihološku i psihopatološku eksploraciju, procenu odnosa između izvršioca i žrtve. Analiza **ubilačkog akta** podrazumeva analizu okolnosti slučaja, postojanje svedoka,

tragova, osobenosti ubilačkog akta, vrstu i broj povreda, način izvršenja. Analiza *ubijenog* (žrtve) podrazumeva analizu uzroka smrti, procenu težine svake pojedinačne povrede, psihopatološki odnos žrtve i izvršioca, ako postoji [6].

Većina radnji i ponašanja, kako su prikazane u psihopatologiji, mogu se sažeti u tri osnovne grupe:

- *voljne radnje*: svest, rasuđivanje i odmeravanje motiva "za" i "protiv" su uglavnom očuvani, dok je afektivitet manje izražen i nije od suštinskog značaja

- *afektivno-impulsivne radnje*: suština leži u sužavanju svesti usled jakog afekta, skraćivanju vremena za razmišljanje, odnosno rasuđivanje i odmeravanje razloga "za" i "protiv" uz istovremeno prisustvo snažnog afekta i sklonost ka impulsivnom ponašanju

- *psihotične radnje*: radi se, ili o duševnom bolesniku koji dela u skladu sa svojom poremećenošću, ili se radi o normalnom čoveku, ili abnormalnoj ličnosti, gde je sklop okolnosti doveo do stanja privremene psihičke izmenjenosti koja se po kvalitetu i kvantitetu može označiti kao psihotično stanje [7].

Navedena podela ljudskog ponašanja, ipak, se ne može ovako pojednostavljeno shvatiti, jer postoje preklapanja. U forenziци, suština nije samo u proceni da li ima afekta ili nema, da li je rasuđivanje kompromitovano ili ne, već kakav je odnos unutrašnjih i spoljašnjih podsticaja u kritičnim trenucima. Kod svih radnji kao dodatni kauzalni faktor ne treba zanemariti alkohol. Stoga, jedna od najprihvatljivijih podela ubistava, koja predstavlja spoj navedenog teorijskog pristupa i forenzičkog iskustva, je podela na:

- *Ego-sintono* ubistvo: odnosi se na situacije gde je ubistvo izvršeno bez slamanja Ega. Svesno je, prihvatljivo ličnosti koja ga

je počinila. Ono je racionalno, usmereno ka cilju. U pravnoj nauci ova vrsta ubistva je označena kao *ubistvo sa umišljajem*.

- *Ego-distono* ubistvo: obično se izvršava u stanju izmenjene svesti i suprotno svenim željama počinjoca. Naziva se disocijativnim ubistvom i ima četiri preduslova: jak super-ego počinjoca, konfliktni odnos sa žrtvom, stanje izmenjene svesti u momentu ubistva i prisustvo oružja. U pravnoj nauci ova vrsta ubistva je označena kao *ubistvo na mah*.

- *Psihotično* ubistvo: čine duševno oboleli, a motiv crpe iz sumanutog poremećaja mišljenja. U pravnoj nauci osobe koje počine ovaj tip ubistva se proglašavaju *neuračunljivim*. Međutim, kada duševno oboleli počini ubistvo iz utilitarnih razloga, uračunljivost se ne isključuje.

Dakle, ubistvo nije jedno po sebi razumljivo i uniformno ponašanje. Na jednom kraju spektra postoje ubistava, koja predstavljaju zavidan vrhunac organizacije, sistematicnosti i pripreme, kao što su na primer profesionalna ubistva. Na suprotnom kraju spektra su oni čija su nedela primer dezorganozovanog i neplaniranog izbijanja maligne agresije, kao što bi bila Ego-distona ili psihotična ubistva.

U pravu, kao i u medicini, život čoveka je neprikosnoven. Krivičnopravna zaštita života je samostalna, celovita i primarna. Prema važećem zakonodavstvu Republike Srbije [8], u glavi u kojoj se nalaze inkriminacije protiv života i tela, propisano je nekoliko različitih oblika ubistva: ubistvo, teško ubistvo, ubistvo na mah, ubistvo deteta pri porođaju, lišenje života iz samolosti. Visoko rangiranje zaštitnog objekta ove glave krivičnih dela ogleda se i u strogo propisanih kazni [9].

Sud treba da utvrdi činjenice da li je reč o "svirepom ubistvu", ili izvedenom na "podmukao način", da li je "žrtva patila"

ili je ubistvo izvedeno "na mah". Pri utvrđivanju činjeničnog stanja, iz koga treba da se kvalifikuje krivično delo, a time i odredi kazna, u skladu sa načelom pravednosti i srazmernosti [10], znatnu pomoć pružaju forenzičari/veštaci, koji u svojoj ekspertizи treba da pruže što više elemenata baziranih kako na nauci, tako i na ekspertiznom znanju i iskustvu. U krivičnim predmetima, kada se radi o smrtnom povređivanju, sud se najpre obraća veštacima psihološko - psihijatrijske struke radi procene uračunljivosti izvršioca krivičnog dela, a nakon toga lekaru specijalisti sudske medicine. Međutim, možda bi tek zajedničko mišljenje, navedenih veštaka doprinelo boljoj proceni "uračunljivosti". Uračunljivost je pravni termin i odnosi se na sposobnost da se shvati značaj svoga dela kao i mogućnost da se upravlja svojim postupcima u vreme činjenja krivičnog dela. Postojanje nekog privremenog (povremenog) ili trajnog duševnog obolenja, privremene duševne poremećenosti ili zaostalog duševnog razvoja mogu dovesti do bitno smanjene uračunljivosti ili neuračunljivosti. Vinost (psihički odnos učinioца prema krivičnom delu, dakle umisljaj ili nehat) i uračunljivost jesu osnovne prepostavke krivičне odgovornosti. Osim podataka dobijenih od strane okrivljenog/osumnjičenog i podataka iz predmetnih spisa, važno je upoznati se i sa mehanizmom povređivanja usmrćenog (dynamika odigravanja događaja, redosled nanošenja povreda, mogućnost kretanja i odbrane žrtve...) [6]. Tako, na primer, smrtna povreda na telu iz vatrene oružja, može, pod određenim okolnostima, imati zadesni karakter, pod drugim, ubilački sa elementima podmuklosti ili egzekutivnosti, a može imati i samoubilački karakter [11].

Posmatrano sa sudske-medicinskog i socio-psihološkog aspekta, ubistva u našoj sredini imaju nekoliko izrazitih obeležja:

postala su učestala; žrtve i izvršioci pripadaju mlađoj populaciji; počinioци su često organizovani u "klanove"; izvode se na javnim mestima, često pred svedocima; najčešće se koristi vatreno oružje; često imaju obeležje naručenog ubistva; povećava se broj "neotkrivenih" izvršioca; među žrtvama i izvršiocima ima mnogo narkomanova. Navedena pojавa može se objasniti krizom društva, kao i krizom ličnosti/identiteta. Sredstva i načini ubistva su mehanička, asfiktička, nutritivna, fizička, hemijska, i iznad i pre svega, kako je već navedeno iz vatrene oružja. Naime, kao najčešće koštišeno sredstvo je vatreno oružje - skoro 60% svih izvršenih ubistava.\*

Prema statističkim podacima Instituta za sudske medicine u Beogradu, zabeleženo je: 1990. - 40 slučajeva ubistva, 1992. - 132 slučaja ubistva, 1994.- 88 slučajeva ubistva, 2009. - 52 slučaja ubistva. Prema statističkom pregledu stanja u oblasti javne bezbednosti, dobijeni su pokazatelji krivičnih dela protiv života i tela za 2008.godine. i prvi jedanest meseci u 2009 godini [12].

## VIKTIMOLOŠKI FAKTOR

Nasilje je interakcija najmanje dve osobe. Čak i u onim slučajevima kada se žrtva pojavi u pogrešno vreme i na pogrešnom mestu, njen doprinos destrukciji može biti bitan. Odnosi između počinitelja i žrtve su mnogo komplikovani od grubih kvalifikacija krivičnog zakonika. To su dva ljudska bića. Čim se približe jedno drugom – u pokret se stavljuju mnoge međuradnje, mnoge odbojnosti, kao i mnoge privlačnosti. Po eksternom kriterijumu, subjekt i objekt, počinitelj i žrtva, jasno se razlikuju.

\* prema evidenciji Instituta za sudske medicine

Ali po psihološkim i sociološkim svojstvima tih ljudskih bića, situacija može da bude sasvim drugačija. Može se desiti da se te dve različite pozicije stope jedna sa drugom. Postoje slučajevi u kojima se njihove uloge menjaju, te žrtva postaje presudan faktor. To je potvrđeno u sledećem slučaju: ubistvo kao prikriveno samoubistvo, nije lako identifikovati. Da bi se neko ubistvo moglo okvalifikovati kao prikriveno samoubistvo, neophodno je prisustvo samoubilačkih postupaka onoga ko biva ubijen. Na taj način ubica postaje alter-ego, koji realizuje ono zašta samoubica nema snage. Postoji i obrnut slučaj, kada je samoubistvo samoubilački čin po posledicama, a uzroci su, međutim, ubilačke prirode. Tako se pitanju žrtve može prići i iz drugog ugla. Dakle, da bi se razumelo nasilje potrebno je posmatrati niz međuinterakcija koje se odvijaju između napadača i njegove žrtve, onaj redosled činova koji počinje kada se dve osobe sretnu – i koji se završava kada prva ozledi ili uništi drugu.

Sa psihološke-psihopatološke, kao i pravne tačke gledišta, zanimljivo je ispitati relaciju počinilac - žrtva. Žrtva se može poнашati na sledeće načine:

- *primarno agresivno ponašanje*: žrtva je inicijator agresije, i to bilo kroz hroničnu konfliktnu situaciju, bilo kroz neposredno agresivno ponašanje i agresivnu inicijativu u kritičnim trenucima, bilo na jedan i na drugi način;

- *sekundarno agresivno ponašanje*: agresivno ponašanje potiče od učinioca krivičnog dela, ali je žrtva, bilo kroz hronični konflikt, bilo u kritičnim trenucima i sama odgovorila agresivno;

- *agresivno ponašanje "na ravne delove"*: kada se ne može zaključiti ko je počeo, a ko prihvatio agresiju , ali je jasno da su i učinilac i žrtva manje - više je podjednako ispoljili;

- *neagresivno ponašanje*: kada žrtva ni primarno, ni sekundarno, ni u jednom trenutku, ni u fazi krivičnog dela, ili prethod-

**Tabela 1. Rasvetljavanje pojedinačnih krivičnih dela protiv života i tela**  
**Table 1. Solving crimes of body harm and murder**

MUP-PU	god.	Ubistvo			Ubistvo u pokušaju			Teško ubistvo			Teška telesna povreda		
		Murder	član 113 KZ		Attempted murder	član 113/30 KZ		Manslaughter	Attempted manslaughter	član 114 KZ	Severe injury	član 121 KZ	
		NN	Rasv	%	NN	Rasv	%	NN	Rasv	%	NN	Rasv	%
SRBIJA	2008	29	22	75,86	79	66	83,54	40	30	75,00	18	14	77,78
	2009	40	32	80,00	68	55	80,88	40	34	85,00	21	15	71,43
BEOGRAD	2008	10	6	60,00	27	22	81,48	9	5	55,56	7	5	71,43
	2009	8	7	87,50	30	22	73,33	7	5	71,43	5	1	20,00
KRAGUJEVAC	2008				4	4	100,0	2	2	100,0	1	1	100,0
	2009	1	1	100,0	2	2	100,0	3	2	66,67	1	1	100,0

nog odnosa učinilac-žrtva nije pokazala znake agresivnog ponašanja.

Pod izvesnim uslovima svako može postati ubica, ali i žrtva. Tako recimo, ubistvo u nužnoj samoodbrani ne spada u krivično delo ubistva. Nužna odbrana je osnov koji isključuje postojanje krivičnog dela [13]. Pravo na život je *neprikosnoven* i *prirodno* – i kao takvo je priznato u svim zakonima, od Hamurabijevog do modernih vremena. Zapravo, sposobnost odnosno volja da se odbrani sopstveni život potvrda je i zdravlja i duševne uravnoteženosti, kao i egzistencijalnog integriteta [7]. Međutim, kako najčešće nismo u stanju da doslednije sprovedemo "viktimošku autopsiju", sud uglavnom ostaje usmeren na počinioca.

## ZAKLJUČAK

Istorija ljudskog roda je u biti nasilnička, nezavisno od toga da li je objekt nasilja drugi čovek ili priroda. Postoje brojna individualna nedela proizašla iz "strasti nasilja". Žrtve nasilja, koje su rezultat lične pothlepe, strasti ili bolesti po zastupljenosti su na prvi pogled zanemarljive, barem kada se porede sa žrtvama učinjenim u ime religije, ideologije ili "pravednog cilja". Me-

đutim, dok se ideologija i ratovi koriste kao socijalno – politički konsenzus o ukinjanju tabua ubijanja, bar na pojedinačnom planu se moramo izboriti sa maligonom agresijom i homicidom, kao "stilom rešavanja problema". Ubistvo jeste svesno i namerno uništenje tuđeg ljudskog života. Proces ubistva omogućen je dejstvom homicidogenih činilaca: kako od strane učinjoca i žrtve, tako i samog ubilačkog akta. Homicidogeneza je proizvod učešća i dejstva različitih psihičkih, somatskih i socijalnih faktora. Prema motivima ubistva su: ili iz koristoljublja (utilitarna); ili su uzrokovana isključivo neprijateljskim osećanjima počinjocu prema žrtvi (afektna) ili mogu biti istovremeno i utilitarna i afektna.

Krivično pravo kao *ultima ratio*, štiti život, koji je neprikosnoven. Kažnjavanje, i kada je radikalno, mora biti optimalno humanizovano. Ipak, ljudi skloni nasilju ne mogu da se puste da slobodno delaju. Nasuprot njih, organizovan je represivni aparat. Na taj način društvo se brani od moguće vladavine nasilja. Ulagak u institucionalni život (zatvor), svodi učinjoca na specifično funkcionisanje unutar usko determinisanih autoritativno-hijerarhijskih odnosa, i daje mu šansu za resocijalizaciju.

# HOMICIDIUM

Bogdan Janković <sup>1</sup>

Nada Janković <sup>2</sup>

1 Law faculty, University of Kragujevac, Kragujevac, Serbia

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

## Summary

Legal definition of homicide is: Murder is an unlawful violent termination of life of one human being performed by another. In forensic medicine homicide is defined as any intentional act that is leading to a termination of another person's life. Psychology defines it as the most malign psychological transaction on an interpersonal continuum, with a specific internal and external motivation. From the psychological perspective the conclusion could be made that violence is not only the most widespread, but also is a keystone of individual and social existence of human beings. Still, the main purpose of this thesis was not to explore individual motives of violent tendencies, but to touch upon cultural bases that acts suggestively to these motives, giving them a shape and enabling their manifestation subtle or extreme alike. In this case we are not discussing violence in general, but in many ways the very specific form of it – criminal homicide.

**Keywords:** homicide, criminal law

## Literatura:

- Engrami • vol. 32 • jul-septembar 2010. • br. 3
1. Janković N. Homo mortalis. Beograd: Kalekom 2001.
  2. Esad Bei, Muhamed, Napredak, 1988. god., str.45.
  3. Kuran, XVII suri, ajet 331
  4. Begović M. Šerijatsko bračno pravo, Sarajevo: Svetlost 1978.
  5. Freud A., Mehanizmi odbrane, Zagreb: Naprijed 2001.
  6. Dunjić D. i saradnici. Ekspertizna medicina, Beograd: Graficom –Uno2008.
  7. Janković N, Jovanović A. Ličnost od normalnosti ka abnormalnosti, Beograd: Izdavački centar (CIDD) 2009.
  8. Krivični zakonik (Službeni glasnik RC, broj 85/05...) (u daljem tekstu:zakonik)
  9. Stojanović Z., Perić O., Krivično pravo (posebni deo), Beograd: Pravna knjiga 2007.
  10. Stojanović Z. , Krivično pravo (opšti deo), Beograd: Pravna knjiga 2006.
  11. Gordon I, Shapiro HA. Forensic medicine. Edinburg, London and New York: Churchill Livingstone 1975.
  12. Statistički pregled stanja u oblasti javne bezbednosti, period 2008 - 2009 god. Beograd: EB broj 13.
  13. Stojanović Z., Krivično pravo (opšti deo), Beograd: Pravna knjiga 2006.

# ISTORIJAT I RAZVOJ SPECIJALNE PSIHIJATRIJSKE BOLNICE „DR SLAVOLJUB BAKALOVIĆ“ U VRŠCU

Tatjana Voskresenski<sup>1</sup>

Milan Bešlin

Srđan Milovanović<sup>2,3</sup>

UDK: 614.2:616.89(091)(497.11)

1 Specijalna bolnica „Dr Slavoljub Bakalović“, Vršac, Srbija

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

3 Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

## Kratak sadržaj

U radu autori iznose najvažnije podatke u vezi razvoja psihijatrijske bolnice u Vršcu. Pominju se značajni datumi i dogadjaji i ličnosti u vezi sa osnivanjem bolnice i njenog daljeg rada i razvoja sve do današnjih dana. Danas je bolnički kapacitet ustanove 900 postelja, a bolnica ima stalno zapošljenih 356 radnika. Početkom 2008. godine od strane Ministarstva za zdravlje Republike Srbije i Izvršnog Veća Vojvodine usvojen je novi Statut bolnice, a sa njim i promena naziva bolnice iz Neuropsihijatrijska bolnica u Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti „Dr Slavoljub Bakalović“.

**Ključne reči:** Vršac, psihijatrijska bolnica, psihijatrija

U gradu pod kulom, još je polovinom XVIII veka osnovana „Nemačka opštinska bolnica kod neporočne Marije“ u zgradji gde su bile smeštene siromašne nemačke porodice (sadašnja ulica Nikite Tolstoja), a u srpskom delu grada 1779. godine dobrovoljnim prilozima i poklonima građana, Srpska crkvena opština izgradila je špitalj u porti Saborne crkve koji je i predstavljao prvu bolnicu u ovom regionu.

Početak rada psihijatrijske bolnice u Vršcu datira od druge polovine 1952. godine kada su predlogom Saveta za narodno zdravlje Narodne Republike Srbije i tadašnjeg ministra za narodno zdravlje i socijalnu politiku Srbije Spasenije Cane Babović, otvoreni u Vršcu prvi de padansi beogradske psihijatrijske bolnice (sadašnje Bolnice „Dr Laza K. Lazarević“) [1, 2, 3].

Bolnica je tada formirana u napuštenim vojnim objektima koji su se sastojali od 21 zgrade bivše kasarne. Preuzete zgrade bile su u vrlo lošem stanju tako da su u potpunosti morale biti adaptirane, bolnički krug je bio neuređen i dehumanizovan.

U bolnicu je oktobra 1952. godine prvo primljeno 18 psihijatrijskih bolesnika iz Beograda koji su se nalazili u dobroj remisiji. U pratnji bolesnika bili su, nadzornik kruga beogradske psihijatrijske bolnice, Boža Đorđević i tri novoprmljena radnika (Bojović Milja, dugo bolničar u ovoj ustanovi, Miroslavљević Radde, sa vojno-sanitetskim kursem i jedna osoba čije ime nije zapisano). Bolesnici i osoblje bili su zajedno smešteni, u današnjem paviljonu broj 2. Krajem novembra iste godine, u bolnicu je došao pomoćnik upravnika za administrativno-finansij-

ske poslove, Ilija Krznarić, koju je istu dužnost obavljao i u beogradskoj psihijatrijskoj bolnici, a decembra 1952. godine pristiže prva grupa bolničara bez kvalifikacija i lekarski pomoćnik Stanimir Kosanić (kasnije lekar u Beogradu), koji organizuje jednomesečni kurs za bolničare. Krajem te godine, u delu paviljona još je bila vojska, a na kapiji je stajao stražar [1, 2].

Januara 1953. godine organizuje se u ustanovi prvi kurs za bolničare. Pohadali su ga ljudi koji su prvi put bili u kontaktu sa zdravstvenim, a posebno psihijatrijskim radom. Istog meseca dolaze dr Ljubica Martinović, prvi lekar specijalista Bolnice i dva lekarska pomoćnika (Đorđe Nićifor, kasnije neuropsihijatar i Živković Đorđe socijalni radnik). Početkom februara osposobljeni su paviljoni 2 i 3 za prijem muških i ženskih bolesnika, upravna zgrada, a započeto je sa adaptacijama zgrada gerijatrijskog odeljenja i „stare“ kuhinje. Februara meseca 1953. godine, u toku noći iz Beograda prevedena je druga grupa od oko 70 bolesnika (35 muškaraca i 35 žena) u pratnji Pavlović Vlade, kasnije dugogodišnjeg nadzornika kruga i penzionera ove ustanove. Radilo se o „mirnim“ bolesnicima, koji su bili uznemireni u novoj sredini. Sredinom 1953. godine smeštajni kapacitet od 200 postelja bio je ispunjen, a broj zaposlenih bio je 45. Posteljni kapacitet bolnice se kontinuirano povećavao tako da je krajem te godine bolnica imala oko 300 pacijenata. Spojeni su paviljoni 7, 8 i 11, 12, započete su adaptacije paviljona 13, 14 i perionice. Ljubica Đorđević, medicinska sestra, postavljena je za glavnu sestru Bolnice (kasnije je bi-

la glavna sestra beogradske psihijatrijske bolnice) [1, 2].

Rešenjem Izvršnog veća Narodne Republike Srbije IV broj 326 od 29. decembra 1953. godine, osnovana je samostalna ustanova, Psihijatrijska bolnica Vršac, do tada depandansa pod patronatom beogradske psihijatrijske bolnice. Taj datum smatra se datumom osnivanja Bolnice i danas se slavi kao dan Bolnice [1, 2, 3].

Marta meseca 1954. godine konstituisan je i prvi organ upravljanja, Upravni odbor bolnice, a prvi predsednik bio je Ljubomir Jovanović iz Beograda. Na kratko, za prvog upravnika Bolnice postavljena je dr Milena Dojčinović, lekar specijalista beogradske psihijatrijske bolnice. Na VI. sednici Upravnog odbora za njenog zamenika izabrana je dr Ljubica Martinović, lekar specijalista Bolnice.

6. januara 1955. godine postavljen je novi upravnik bolnice, Maksimović dr Božidar, infektolog, penzionisani oficir. U tom periodu bolnica dobija obeležja medicinske ustanove, što je svakako bio veliki korak. Marta meseca adaptiran je paviljon broj 5 namenjen duševnim bolesnicima sa telesnim oboljenjima („T“). Pri njemu je bila centralna bolnička ambulanta, bolnička laboratorija, a kasnije rentgen. U tom periodu bolnica je imala kapacitet od 710 postelja i uposlenih pet medicinskih tehničara i 70 bolničara. Svi paviljoni bolnice uglavnom su bili adaptirani, a pojedini paviljoni gde su bili najteži bolesnici bili su ogradieni žičanim ogradama, a na zidovima odeljenja nalazila se bodljikava žica. Paviljoni 5, 15 i 16 imali su samice. Na sednici Upravnog odbora 25. maja 1955. godine, pominje se ime dr Vojislava Nikolića, kasnije i

profesora Medicinskog fakulteta u Novom Sadu kao i njegovog zahtev da se naprave sportski tereni u okviru bolničkog kruga i sportska sala. U jesen iste godine počeli su sa radom u bolnici i dr Mato Vajs i dr Nikola Rogatkin, lekar iz Vršca. Krajem 1955. na paviljonu br. 6 otvorena je insulinska stanica sa elektrošok terapijom. U tom periodu Bolnica je imala mali broj lekara, medicinskih tehničara i veći broj bolničara. Jedini lekar, specijalista, psihijatar bila je dr Ljubica Martinović, šef psihijatrijske službe. Tokom 1956. godine, uz saglasnost Upravnog odbora ustanove primljen je u ustanovu lekar iz Beograda dr Slavoljub Bakalović (1927-1976). Medicinske kadrove ustanove kontinuirano su edukovali instruktori iz Beograda, prim. dr Stevan Jovanović (1903-1989), upravnik beogradskе psihijatrijske bolnice, i kasnije, prim. dr Svetislav Popović, šef odeljenja u istoj ustanovi. Imenovani su zajedno sa dr Božidarem Maksimovićem, bili prvi učitelji zdravstvenih radnika Bolnice. Tokom 1956/1957. i 1958/1959. godine, organizovane su još dve jednogodišnje škole za bolničare iz koje su izašle dve generacije kvalifikovanih bolničara. Inače, 1956. godine Bolnica je dobila saglasnost Republičkog sekretarijata za zdravstvo i socijalnu politiku da može da obavlja staž iz psihijatrije za lekare na specijalizaciji (staž iz neurologije obavlja se na Klinici u Beogradu). To je bio izuzetno težak period. Finansijsko stanje bolnice je bilo loše. Trećina bolesnika svakodnevno je bila vezana u „košulje“. Radnici Bolnice iz tih dana, od medikamenata pominju „Šteklovu vodu“ (verovatno sa bromom), koja je bila dopremana u velikim posudama i bocama, a bolesnicima je davana kašika-

ma. Kasnije se pominje „Hypnal“ u amputama. Bilo je to vreme kada se počelo sa primenom neuroleptika, mada tačni podaci kada se počelo sa primenom neuroleptika ne postoje, verovatno de je to bilo 1958. ili 1959. godine. Nakon toga nestaju košulje za vezivanje, samice, žičani kavezni oko paviljona“ i skidaju se bođljikave žice sa zidova. 1959. specijalizaciju iz neuropsihijatrije završio je dr Vojislav Nikolić, prvi neuropsihijatar koga je bolnica školovala. Prema njegovom predlogu, na paviljonu broj 2, oformljeno je prijemno (mešovito) odeljenje, na paviljonu broj 6 neurološko i posebno odeljenje za rehabilitaciju i radnu terapiju duševnih bolesnika. U okviru tog odeljenja otvaraju se radionice (krojačka, obućarska, za obradu metala, tapetarska), sekcije (muzička, literarna, dramska, slikarska) i unapređuju se forme fizičke rekreacije. Kasnije, bolesnici počinju da izdaju svoj časopis „Oazu“, 1960. godine [1].

Početkom 1960. godine kapacitet bolnice je bio 950 postelja i gotovo isto toliko pacijenata o kojima je brinulo šest lekara (četiri neuropsihijatra, internista i lekar opšte prakse), 13 medicinskih tehničara i 120 bolničara. 1963. godine, oformljena je specijalistička služba bolnice gde su se obavljali ambulantni pregledi pacijenata (od 1959. specijalistička ambulanta je radila pri Domu zdravlja u Vršcu). Tokom 1965. godine za pomoćnika upravnika opštih poslova postavljen je Milun Spasojević, a za vršioca dužnosti upravnika (a potom i upravnika), dr Slavoljub Bakalović. U periodu narednih 12 godina rukovođenja dr Bakalovića, pa sve do njegove prerane smrti, ova ustanova je doživela svoje najznačajnije stručne, kadrovske i organizacio-

ne uspone [4]. Veći broj lekara završava specijalizaciju iz neuropsihijatrije, što samoj instituciji daje jedan novi stručni kvalitet, a bolnička odeljenja dobijaju drugaćiji izgled i diferenciraju se i profilisu prema nozološkim kategorijama bolesti. 1970. godine u Bolnici su pod pokroviteljstvom JUKO-a (Jugoslovenskog komiteta za rehabilitaciju u psihijatriji), organizovane prve savezne sportske igre duševnih bolesnika, a kasnije i 1983. godine. U tom periodu u okviru bolnice, pri odeljenju za rehabilitaciju osnovan je i Savet duševnih bolesnika, a potom i u okviru drugih odeljenja započinje se sa radom u malim grupama i terapijskim zajednicama. Formira se savetovalište za alkoholizam i opštinski klub lečenih alkoholičara. Bila su to prva sociopsihijatrijska strujanja. Od 1979. godine u ime zahvalnosti dr Slavoljubu Bakaloviću, za sve što je učinio za ovu instituciju i obeležio jedan značajan period njenog postojanja, bolnica nosi i njegovo ime. 1977. godine za direktora bolnice postavljen je dr Branko Vučković, neuropsihijatar, a za pomoćnika direktora medicinskih poslova dr Milorad Milić. Iste godine donete su odluke o izgradnji novih objekata (ambulantno-polikliničkog trakta, toplane i kuhinje), angažovanjem bolničkih i pokrajičkih sredstava, koji su završeni i svečano otvoreni 2. oktobra 1981. godine, na dan oslobođenja Vršca. [1,2]

Od 1980. pa sve do 2000. godine, direktor bolnice bio Dr Milan Bešlin. I u tom dugom periodu bolnica je nastavila svoju reorganizaciju u skladu sa tokovima savremene psihijatrije prolazeći periode kriza i uspona, ali nastavljajući svoj put ka modernoj bolnici. U tom periodu bolnica je bila domaćin i organizator

stručnih skupova sa temom „Psihijatrija i religija“ koji su postali tradicionalni za ovu instituciju. Do sada je bilo organizованo četiri stručna skupa, sa blagoslovom vladike banatskog, prvi 1991. godine, 1993., 1997. i poslednji 2006. godine. Od 1992. godine Bolnica je omogućila sveštenicima svih konfesija da drže obrede povodom verskih praznika u delu odeljenja za radnu terapiju i rehabilitaciju, a sa osnivanjem Dnevne bolnice 1999. godine, u delu dnevne bolnice postavlja se oltar i verski obredi se tu organizuju. U tom periodu bolnica je po svom posteljnном fondu 1040 postelja, jedna od najvećih u zemlji, odmah nakon bolnice u Kovinu. 2006. godine izmenom uredbe o Planu mreže zdravstvenih institucija smanjuje se bolnički kapacitet ustanove na 900 postelja, bolnica ima stalno zaposlena 356 radnika, što je u svakom slučaju nedovoljno s obzirom na veliku popunjenoš kapaciteta bolnice. Početkom 2008. godine od strane Ministarstva za zdravlje RS i Izvršnog Veća Vojvodine usvojen je novi Statut bolnice, a sa njim i promena naziva bolnice iz Neuropsihijatrijska bolnica u Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti „Dr Slavoljub Bakalović“.

U daljem periodu razvoja bolnice, sve do današnjih dana, kontinuirano se radi na promeni izgleda bolnice, humanizaciji uslova života i lečenja najtežih duševnih bolesnika, razvoju svih ekstrahospitalnih oblika lečenja, poboljšanju rehabilitacije i resocijalizacije psihijatrijskih pacijenata a i uporedo sa tim na postepenom smanjenu broja bolničkih postelja. Sve u cilju postanka ove institucije od nekadašnjeg azila do moderne psihijatrijske bolnice.

# HISTORY AND DEVELOPMENT OF SPECIAL PSYCHIATRIC HOSPITAL "DR. SLAVOLJUB BAKALOVIĆ", VRSAC

Tatjana Voskresenski <sup>1</sup>  
Milan Bešlin  
Srđan Milovanović <sup>2,3</sup>

- 1 Spetial hospital „Dr Slavoljub Bakalović“, Vršac, Serbia
- 2 Clinic for psychiatry, Clinical Center of Serbia, Belgrade, Serbia
- 3 School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

## Summary

The authors presents the most important data about development of psychiatric hospital in Vrsac. Important dates, circumstances and persons are mentioned in connection to formation of the hospital, work and development up to these days. In this hospital today there is 900 beds, hospital employs 356 persons. At the beggining of 2008 under the decison of Ministry of Health of Republic of Serbia and The Executive Council of The Autonomuous Province of Vojvodina the new Statute of the hospital has been adopted which included the change of name of the hospital from Neuropsychiatric hospital to Spetial hospital for psychiatric diseases „Dr. Slavoljub Bakalović“.

**Key words:** Vršac, psihijatrijska bolnica, psihijatrija

## Literatura:

1. Bešlin, M. 30 godina Neuropsihijatrijske bolnice 'Dr Slavoljub Bakalović' Vršac. Medicinski pregled 1984; 37(1-2): 71-4
2. Bešlin M. Četrdeset godina neuropsihijatrijske bolnice 'Dr Slavoljub Bakalović' u Vršcu. Aktuelnosti iz neurologije, psihijatrije i graničnih područja 1994; 2(1-2):59-62.
3. Milovanović S., Jašović-Gašić M, Pantović M, Đukić-Dejanović S, Jovanović AA, Damjanović A, Ravanić D. The historical development of psychiatry in Serbia. Psychiatria Danubina 2009; 21 (2): 156-65.
4. Bešlin M. In memoriam Prim dr Slavoljub Bakalović. Medicinski pregled 1978; 31(5-6): 263-4.

---

Tatjana Voskresenski  
Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti  
„Dr Slavoljub Bakalović“.  
Podvršanska 13, 26300 Vršac  
Tel: +381 13 834-548  
Fax: +381 13: 833-934



# PORODIČNA TERAPIJA ANOREKSIJE NERVOZE: PRIKAZ SLUČAJA

Jelena Srđanović Maraš  
Valentina Šobot  
Jasminka Marković  
Tijana Telečki

UDK: 616.89-008.42-085:615.862

Klinika za psihijatriju, Centar za dečiju i adolescentnu psihijatriju, Klinički centar Vojvodine Novi Sad, Srbija

## UVOD

Anoreksija nervoza je psihijatrijski poremećaj specifičan za adolescentni uzrast i ženski pol. U literaturi nailazimo na različite podatke o učestalosti ovog poremećaja, ali se procenjuje da je prevalenca poremećaja kod ženskog pola od 0,48% do 0,7%, dok od ukupnog broja obolelih od anoreksije nervoze 10% čine muškarci [1]. Poremećaj karakterišu značajni namerni gubitak telesne težine (15% ispod očekivane težine za uzrast i visinu), preokupiranost telesnom težinom i hranom, poremećaj telesne sheme i strah od gojenja, odbijanje da se zadrži optimalna telesna težina, što je praćeno endokrinim poremećajem koji između ostalog rezultira i amenorejom.

## Kratak sadržaj

U radu je prikazana primena porodičnog pristupa u tretmanu osamnaestogodišnje adolescentkinje sa dijagnozom anoreksije nervoze i indeksom telesne mase od  $15,4 \text{ kg/m}^2$ . Tretman je trajao devet meseci uz aktivno učešće svih članova porodice. Početna faza tretmana odnosila se na osnaživanje roditelja da preuzmu kontrolu nad uzimanjem hrane adolescentkinje. U drugoj fazi tretmana, bavili smo se i drugim porodičnim temama i podsticali veću nezavisnost adolescentkinje nad uzimanjem hrane. U završnoj fazi tretmana, fokusirali smo se na saznanja koja je porodica dobila tokom terapije o lečenju i razumevanju anoreksije nervoze. Na kraju tretmana indeks telesne mase iznosio je  $19,5 \text{ kg/m}^2$ . Ovaj prikaz slučaja naglašava važnost primene porodične terapije u tretmanu anoreksije nervoze.

**Ključne reči:** anoreksija nervoza, porodična terapija, psihoterapijske intervencije

Malobrojne studije o prognozi ovog poremećaja ukazuju da se polovina pacijentkinja potpuno oporavi, kod trećine dolazi do značajnog poboljšanja, dok kod šestine pacijentkinja bolest dobija hroničan tok [1]. Stopa mortaliteta je 5,1% [2], a uzroci su i dalje nepoznati. Kod značajnog broja pacijentkinja potvrđena je porodična agregacija poremećaja i genetska vulnerabilnost [3]. Novija istraživanja ukazuju i na neuroanatomske, neurofunkcionalne, neurokognitivne i neurotransmiterske razlike između grupe pacijentkinja sa anoreksijom nervozom i kontrolne grupe zdravih devojaka [4,5]. Socijalni i razvojni faktori su takođe značajni za razvoj i odražavanje poremećaja. I pored napretka u razumevanju poremećaja, pitanje efika-

snosti pojedinih tretmana je i dalje veliki izazov [6] Najveći broj istraživanja ukazuju na efikasnost porodične terapije[7].

## PRIKAZ SLUČAJA

Prikazaćemo primenu sistemskog porodičnog pristupa u tretmanu Anoreksije nervoze u trajanju od devet meseci kod osamnaestogodišnje učenice srednje baletske škole. Pacijentkinja je hospitalizovana u Centru za dečiju i adolescentnu psihijatriju, Klinike za psihijatriju u Novom Sadu sa prijemnom dijagnozom Anorexia nervosa i indeksom telesne mase od  $15,4 \text{ kg/m}^2$ . Prethodno se, na pedijatrijskim odeljenjima, lečila u tri navrata sa kratkotrajnim održavanjem željene težine. Zbog hronične porodične disfunkcionalnosti predlažena je porodična terapija. Seanse su se održavale jednom nedeljno, u trajanju od sat vremena, a u završnim fazama jednom mesečno.

### Opis porodičnog sistema

Porodicu čine identifikovana pacijentkinja (18), roditelji, brat (13 godina) i očeva majka. Radi se o proširenoj porodici koja aktuelno funkcioniše kao jednoroditeljska zbog očevog odlaska na rad u drugu zemlju. Brak roditelja je od početka disfunkcionalan. Majka je u vanbračnoj vezi poslednjih deset godina. Roditelji navode da imaju blizak odnos sa decom.

Porodični sistem je haotičan, ne postoje jasne granice između subsistema. Uloge su promenjive i nedovoljno definisane. U nekim segmentima majka funkcioniše kao jedan od siblinga ne preuzimajući na sebe roditeljsku ulogu, pogotovo u periodu pre pojave bolesti. Opi-

suju kako je počela da kuva za porodicu i brine o domaćinsktvu tek nakon što se čerka razbolela, a do tada je o domaćinstvu vodila računa baba, očeva majka. Visoka je umreženost, na jednoj od prvih seansi majka se rasplakala dok je govorila kako joj je teško što je čerka bolesna, brat počinje da plče kad je video da majka plče, identifikovana pacijentkinja se rastužila i govorila kako se oseća krivom što oni plaču. Majka zauzima poziciju žrtve, jer je ulaskom u brak morala da se odrekne mnogih ambicija, ostanak u nesrećnom braku pravda time da su deca to od nje tražila i očekivala. Često govorila kako će čim čerka ozdravi otići iz porodice i otpočeti život sa partnerom sa kojim ima višegodišnju vanbračnu vezu.

### Prikaz toka terapije i primenjenih intervencija

U prvoj fazi tretmana, u terapiji su bili identifikovani pacijentkinja, majka i brat, otac nije bio tu. Porodični problem se smeštao samo u identifikovanu pacijentkinju. Mama je krivi za bolest, neradio dolazi na porodične tretmane, ne veruje da će bilo koji tretman dovesti do uspeha, jer prethodni nisu. Sklona je da odustane i povuče se iz svega. Jedino što je minimalno motiviše je strah da će joj čerka umreti od anoreksije. Tokom terapijskih susreta razdvaja se poremećaj od identifikovane pacijentkinje, čime se problem eksternalizuje. Pružaju im se informacije vezano za prirodu bolesti i tretman koji je pred njima. Majka se podstiče na čitanje literature o poremećaju.

U ovoj fazi tretmana, fokus je bio na uspostavljanju kvalitetnog od-

nosa sa porodicom, pridruživanju i nagašavanju snage porodičnog sistema

Tokom tretmana postepeno na mesto krivice uvodimo koncept odgovornosti. Proveravanja majke šta i koliko identifikovana pacijentkinja jede preuokviravamo (*reframing*) kao brigu, a ne kontrolu. Naglasak je na važnosti dobijanja na telesnoj težini. Majku osnažujemo i jača se njena posvećenost i rešenost da ostvari zadatak i *nahrani* svoje dete. Pacijentkinja prihvata da majka odlučuje o veličini porcije za obrok, ali se unapred dogovaraju o vrsti hrane koju će majka pripremiti.

Povratak oca u grad praćen je promenama u porodičnom sistemu koji je postao relativno stabilan. Bilo je neophodno uključiti ga u tretman, što je on odbijao, smatrajući da njegova čerka nema nikakav problem. Kako bi dalji porodični tretman bez njega bio teren za stvaranje koalicija, napisali smo mu pismo o važnosti njegovog prisustva. Otac dolazi na terapiju i aktivno se uključuje u proces.

Komunikacija u porodici nije direktna, dosta toga je nedorečeno, nejasno i prikriveno. Ovakva komunikacija kod svih članova porodice stvara osećanje nesigurnosti i nelagode. Jedna od važnijih tema koja je na ovaj način tretirana u porodici je i brak roditelja. Pominju se neodređeni termini kada će mama otići, kad pacijentkinja ozdravi, kad brat upiše srednju školu, ali se razvod ne pominje. Podstičemo roditelje da preuzmu svoje roditeljske odgovornosti, da definisu svoj odnos i da tokom narednih meseci donesu odluku gde će živeti i kakav će njihov odnos biti u budućnosti (problem braka i budućeg zajedničkog života vra-

ćamo roditeljima-supružnicima i time detrianguliramo decu).

U sledećoj fazi, usresredili smo se na to da pacijentkinja preuzme odgovornost za sopstvenu ishranu. Ona povremeno priprema samostalno obroke i sama odlučuje o količini hrane koju unosi.

U završnoj fazi tretmana porodica se ohrabruje da se obezbedi autonomija primerena godinama. Granice između subsistema su jasnije. Deca su se distancirala u odnosu na brak roditelja, tu temu i problem doživljavaju kao nešto što pripada roditeljima i čime roditelji treba da se bave. Međutim roditelji i dalje žive u istoj kući, distancirani, ali se ne svadaju. Nisu spremni da rade na svom odnosu. Zadovoljni su postignutim i procenjuju da dalje mogu sami da funkcionišu.

Pacijentkinja je uspostavila normalnu telesnu težinu koju je održavala i tokom redovnih kontrola narednih šest meseci. Dostignuti indeks telesne mase je  $19,5 \text{ kg/m}^2$ , uspostavljen je redovni menstruálni ciklus. Ona bolje socijalno funkcioniše, upisala je fakultet i planira samostalan odlazak na letovanje. Porodica se reintegrисала oko uobičajenih razvojnih zadataka koji su bili prekinuti zbog anoreksije.

## DISKUSIJA

Porodica ima važnu ulogu u etiologiji i održavanju poremećaja ishrane. Poremećaj ishrane smatra se vidljivim odrazom šire disfunkcionalnosti porodičnog sistema. Bolest se najčešće pojavljuje kada se porodica suočava sa povišenim zahtevima adolescente za autonomijom, što je očigledno i u opisanoj porodici. Simptom služi održavanju porodične

ravnoteže i zadržavanju porodice u prethodnoj preadolescentnoj fazi životnog ciklusa porodice [8]. Minuchin (1978) opisuje da su ove porodice hiperprotektivne, rigidne i sklone izbegavanju konflikata, te da na taj način obeshrabruju individualnost članova porodice. Iako neka savremenija istraživanja pokazuju da ne postoji specifična porodična disfunkcionalnost koja bi vodila baš u razvoj poremećaja ishrane, ipak se u ovim porodicama mogu prepoznati različiti ekstremni oblici relacionih stilova o kojima je govorio Minuchin [9]. U opisanoj porodici prepoznata je izrazita umreženost koja je otežavala ostvarivanje razvojnih zadataka postizanja autonomije i separacije. Umrežene porodice podrazumevaju visok stepen bliskosti, upućenost članova jednih na druge, davanje prednosti zajedništvu više nego individualnim potrebama. Međutim odrastanje u njima je veoma teško, svaka različitost doživljava se kao izdaja od strane drugih, pritisci su izuzetno snažni. Uobičajeno je da se konflikti izbegavaju, a postojanje problema se negira. Sve navedeno, veoma je ilustrativno u opisanoj porodici: očeve negiranje poremećaja ishrane čerke, dugogodišnje negiranje bračne disfunkcionalnosti roditelja i prisutva majčine emotivne vanbračne veze. Sistemski terapeuti smatraju da je član porodice koji razvija anoreksiju nervozu utrogljen u skriveni bračni konflikt [10,11]. Pošli smo od pretpostavke da je u ovoj porodici poremećaj ishrane imao ulogu da očuva brak roditelja i spreči odlazak majke. Kao što je već pomenuto majka je često najavljuvala odlazak i razvod što je povezivala sa trenutkom ozdravljenja čerke. Takođe, identifikovana pacijentkinja samoizgladnjivanjem ostvaruje pseudoautonomiju koja je organizovana

na oko kontrole telesnog izgleda, pri tome kontrolišući i porodični sistem.

Istraživanja pokazuju da je porodični pristup efikasan u tretmanu anoreksije nervoze [12, 13, 14]. Osnovne terapijske intervencije smo primenjivali kroz tri faze [15]. U prvoj fazi pomaže se roditeljima da nađu efikasne strategije za uspostavljanje zdrave telesne težine čerke. U drugoj fazi procenjuje se spremnost adolescentkinje da preuzme uzrasno primerenu odgovornost za ishranu. To se čini na suportativan i postepen način, dozvoljavaju se obroci van kuće i bez nadzora roditelja. U završnoj fazi tretmana, eksplorišu se teme u vezi sa nezavisnošću adolescentkinje i eventualni bračni problemi roditelja [12,14,15,16].

## ZAKLJUČAK

Tretman poremećaja ishrane je dugotrajan, težak, multimodalni i podrazumeva angažovanje tima stručnjaka. Istraživanja govore o tome da je porodična terapija efikasnija u radu sa adolescentkinjama koje razvijaju anoreksiju nervozu [12,13,14,15,16]. Iz prikazanog slučaja očigledno je da je tek uključivanje čitave porodice u tretman dovelo do dugotrajnijeg održavanja normalne telesne težine pacijentkinje. Rad je bio dugotrajan i u velikoj meri usmeren na održavanje motivacije za ostajanje u tretmanu. Porodična terapija je podrazumevala defokusiranje i stavljanje problema u relacioni kontekst; rad na detriangulaciji hroničnih i brojnih trouglova u porodici; rad na komunikaciji i jasnije definisanje granica između subsistema u porodici; otvaranje teme o bračnoj difunkcionalnosti kao i o strahu od separacije, vezano za odrastanje dece.

# FAMILY-BASED TREATMENT OF ANOREXIA NERVOSA: A CASE REPORT

Jelena Srđanović Maraš  
Valentina Šobot  
Jasminka Marković  
Tijana Telečki

Clinical Center of Vojvodina, Clinic of Psychiatry, Center for Child and Adolescent Psychiatry, Novi Sad, Serbia

## Summary

This article describes the successful application of family-based treatment (FBT) for a 18-year-old adolescent presenting with symptoms of anorexia nervosa (AN) and Body Mass Index (BMI) of  $15,4\text{kg/m}^2$ . We have worked with this family for nine months including the family members actively in the treatment. At the initial sessions parents were empowered to be active in controlling feeding of their adolescent daughter by decreasing their own guilt and anxiety. In the second phase of the treatment, we addressed other family issues and encouraged greater independence in eating of the adolescent patient. In the final phase of treatment we focused on what the family has learned through therapy on managing and understanding the sever problem of AN. At the end of treatment the patient was symptom free, with BMI of  $19,5\text{kg/m}^2$ . This case study highlights the importance of family-based treatment for the disorder as serious as AN is.

**Keywords:** *anorexia nervosa, family therapy, psychotherapeutic intervention*

## Literatura

1. Hoek HW, Van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003; 34: 383-96.
2. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1073-74.
3. Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F. Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 305-12.
4. Muhlau M, Gaser C, Ilg R. Gray matter decrease in the anterior cingulate cortex in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1850-57.
5. Kaye WH, Frank GK, Bailer UF. Serotonin alterations in anorexia and bulimia nervosa: new insights from imaging studies. *Physiol Behav* 2005; 85: 73-81.
6. Ivanović Kovačević S. Poremećaji ishrane. U: Nedić S, Živanović O, urednici. Psihijatrija. Novi Sad: Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet; 2009. 375-85.
7. Couturier J, Lock J. What constitutes remission in adolescent anorexia nervosa: a review of various conceptualizations and a quantitative analysis. *Int J Eat Disord*. 2006; 39:175-83.

8. Goldenberg I, Goldenberg H. Family Therapy. California: Brooks/Cole Publishing Company; 1990.
9. Carr A, editor. What Works with Children and Adolescents? A Critical Review of Psychological Interventions with Children, Adolescents and their Families. London: Routledge; 2000.
10. Minuchin S, Rosman B, Baker I. Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1978.
11. Selvini Palazzoli M. Self starvation: From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa. London: Chaucer; 1974.
12. Scholz M, Rix M, Scholz K, Gantchev K, Thomke V. Multiple family therapy for anorexia nervosa: concepts, experiences and results. Journal of Family Therapy 2005; 27: 132–41.
13. Lock J, Couturier J, Agras WS. Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. Am J Child Adolesc Psychiatry 2006; 45:666-72.
14. Lock J, Le Grange D, Agras WS, Dare C. Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-Based Approach. New York: Guilford Publications, Inc; 2001.
15. Rhodes P, Brown J, Madden S. The Maudsley model of family-based treatment for anorexia nervosa: Journal of Marital and Family Therapy 2009; 35: 181-89.
16. Fleminger S. A model for the treatment of eating disorders of adolescents in a specialized centre in The Netherlands. Journal of Family Therapy 2005; 27: 147–57

---

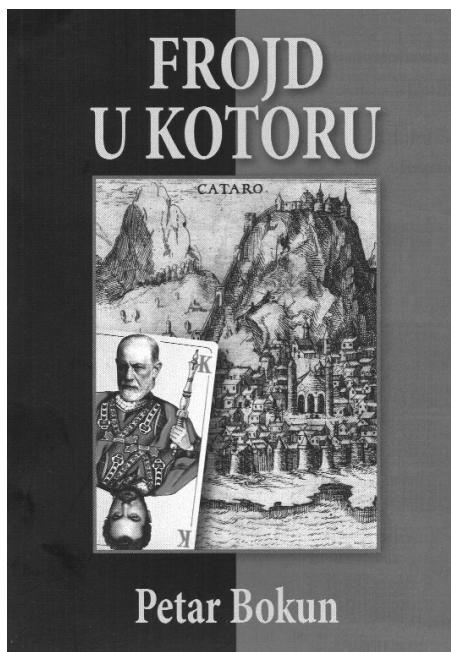
Jelena Srđanović Maraš  
Hajduk Veljkova 1, Novi Sad, Srbija  
Tel: +381 64 1334225  
E-mail: [jimaras@neobee.net](mailto:jimaras@neobee.net)

## PRIKAZ KNJIGE / BOOK REVIEW

### FROJD U KOTORU

*Petar Bokun*

HESPERIAedu, Beograd, 2009. str. 150



Posle sedamdeset godina nakon smrti Sigmunda Frojda, život i delo ovog velikog mislioca rođenog 1856. godine u Frejbergu (Freiberg, Moravska) današnjem Priboru u Češkoj inspiriše istraživače. U vreme kada je Frojd rođen ovo mesto je imalo nešto manje od pet hiljada stanovnika, danas je broj ne mnogo veći, prema popisu iz 2004 ovaj gradić broji oko osam hiljada osam stotina stanovnika.

Može se bez sumnje reći da je delo najčuvenijeg psihijatra XX-og veka, imalo uticaja na sve umetničke sfere. Frojgov put prati mnoge psihijatre i danas, pa i autora ove knjige koji se i u svojim prethodnim delima trudi da razume, približi i da odgovor na večno pitanje "šta je čovek?".

Knjiga koja je pred nama je delo neuropsihijatra dr Petra Bokuna, koji je do danas objavio oko pedeset knjiga.

“Frojd u Kotoru” je delo koje se sastoji od petnaest tekstova, povezanih u autorsku ideju celine knjige, koje je vođena literarnim izrazom autora. Inspirisan lekarskom misijom dr Frojda, autor povezuje na specifičan, pomalo Den Braunovski način, istoriografski kroz kulturu podneblja, antropologiju, religiju i prateće fenomene i etnopsihijatriju, boravak i psihijatrijsku intervenciju prvog psihijatra početka XX veka na dvoru knjaza Nikole. Spona misije u Crnoj Gori koja se opisuje u nekoliko segmenata se nalazi u liku dr Đure Gopčevića i njegove porodice. Psihijatrijska sesija je našla svoj seting u Trebinju, a nalaze se podaci i o krstarenju Mediteranom, u kome je učestvovala i supruga Marta Frojd. U knjizi se otkrivaju i lični odnosi samog Frojda, stim da autor ostaje zagovornik teze da je sam Frojd proveo “monogaman” život. Ovo je knjiga koja tematizuje problem granica. Granica: kulturoloških, političkih, verskih, psiholoških. Kotor možemo shvatiti kao paradigm granice, raskrsnicu između konfesija, kulturoloških obrazaca, političkih interesa, zapada i istoka, otomanske imperije mletačke Republike, slavenskog i latinskog sveta, primorskog i kontinentalnog... Autor u taj Kotor smešta svog glavnog junaka na osnovu potvrđenih istoriografskih podataka i dalje razrađuje narativni tok ispreplićući faktografiju sa fikcijom. Potka priče je vođena asocijativnim tokom koji prati diskurs pun digresija i *ad hoc* asocijacija. Autor se bavi umreženošću političkih uticaja na jedan mali geografski prostor, razrađuje njegovu kompleksnost i slojevitost. Väge nit koju prati od vremena nastanka grada preko srednjeg veka pa sve do sa sadašnjeg vremena.

Poput psihoterapeuta, kada mu neko priča o prošlosti, on interpretira sadašnjost, a kada se neko kruto drži sadašnjosti, autor ga vraća na veze sa prošlim, sa ciljem ka ostvarivanja vremenskog i narativnog kontinuma i celovitosti. Bokun se ovim stilom prepušta gotovo slobodno asocijativnom misaonom toku i time uvlači čitaoca u vremensko i subjektivno meditiranje nad prošlošću jednog grada. Istorijički podaci nedvosmisleno pokazuju da je Sigmund Frojd boravio u Kotoru i da je često boravio u južnoslovenskim krajevima tadašnje Austrougarske imperije. Mnoge referене u njegovim delima ukazuju na boravak u Crnoj Gori u poglavljju o omaškama u “Psihopatologiji svakodnevnog života”, zatim reference na etnološke primere iz Bosne. O tome kazuju i anegdote o tome kako je Frojd pojma libida kao najvažnije životne sile formirao iz bosanskih narodnih doskočica o životu, potenciji, moći..

Bokun kroz Frojda problematizuje i svoju autobiografsku poziciju na razmeđi između istoka i zapada između pravoslavnog i katoličkog hrišćanstva. Bokun je inače veći deo života proveo radeći kao psihijatar, tačnije kao psihijatar antropološkog diskursa na limesu Jadran-skog mora u Splitu. Kroz Frojda preispituju razne istorijske uticaje i ostatke u slojevitom kolektivnom duhu naroda na obalama južnog Jadrana. Poput Frojda koji je koristio metaforu Rima kada je htio slikovito da prikaže moć nesvesnog na čijim temeljima je nadgrađen svesni deo ljudske psihe. Frojd je poput Bokuna gajio duboke ambivalencije prema katoličanstvu, manje je poznato da je njegova dadilja bila katolkinja u ranom

detinjstvu u Moravskoj i da ga je u slobodno vreme vodila u katoličku crkvu. Frojd je prema veličini Rima osećao divljenje ali i pomešana osećanja u odnosu na klerikalni Rim, poput Bokuna prema Kotoru kao maloj Veneciji.

Bokun tematizuje i složenost identiteta, što je kroz kotorski kolaž slikovito izraženo. Tako se razni istorijski i kulturno-loški uticaji na kotorski identitet razlažu u konfliktu i suprotnosti interesa pa se opet slažu u šarmantni, lični, autorov kaledioskop Kotora. Prema nekim antropološkim arhitektama od stvarnih “građevnih” gradova važniji su oni koje posetioci i žitelji od njih stvaraju. U stva-

ri to su neke lične, visoko subjektivne slike gradova koje stvaramo i na to imamo pravo. Grad nije samo ono što vidimo već ono što o njemu fantaziramo i ti fantazmatski gradovi jednako su važni kao i ”realni”. Bokun nas vodi kroz svoj Kotor prožet istorijom, faktima i ličnim, refleksivnim doživljajem ovog grada. Ova knjiga se može čitati tako što se prepustimo bez puno racionalističkog kriticizma da nas kroz Frojda, Bokun prošeta kroz istorijski vertigo jednog od najlepših i najtajnovitijih gradova na Jadranu...

*Srđa Zlopaša  
i Srđan Milovanović*



# UPUTSTVO AUTORIMA

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

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

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

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

## OPŠTA UPUTSTVA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Za originalne radeve 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 radeve iz literature mogu objavljivati samo autori koji navedu najmanje pet autocitata (reference u kojima su ili autori ili koautori rada).

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

Za nazive lekova koristiti prevashodno generička imena.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Primeri:**

#### **1. Članak u časopisu:**

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

#### **2. Poglavlje u knjizi:**

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

#### **3. Knjiga:**

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

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

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

- izjavu da rad prethodno nije publikovan i da nije istovremeno podnet za objavljivanje u nekom drugom časopisu, i

- izjavu da su rukopis pročitali i odobrili svi autori koji ispunjavaju merila autorstva.

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

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