

# ENGRAMI

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU  
PSIHOLOGIJU  
I GRANIČNE DISCIPLINE

3-4



Volume 29 Beograd, jul-decembar 2007.

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU,  
PSIHOLOGIJU I GRANIČNE DISCIPLINE

JOURNAL OF 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  
NADA MARIĆ  
OLIVERA VUKOVIĆ  
DUBRAVKA BRITVIĆ

*Urednički odbor / Editorial board*

NIKOLA ILANKOVIĆ  
JEZDIMIR ZDRAVKOVIĆ  
VERA POPOVIĆ  
IVANA TIMOTIJEVIĆ  
RANKA SAMARDŽIĆ  
MILICA PROSTRAN  
LJUBICA LEPOSAVIĆ  
DUŠICA LEČIĆ TOŠEVSKI  
NATAŠA CARAN  
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  
DIMITRIJE MILOVANOVIĆ  
JOSIF VESEL  
MILUTIN DAČIĆ  
SLAVICA ĐUKIĆ-DEJANOVIĆ (Kragujevac)  
VLADIMIR R. PAUNOVIĆ  
MIRKO PEJOVIĆ  
JOVAN MARIĆ  
SRBOLJUB MILJKOVIĆ (Niš)  
ALEKSANDAR KNEŽEVIĆ (Novi Sad)

*Internacionalni redakcioni odbor*

*International editorial board*  
U. HALLBREICH (New York)  
P. GASNER (Budapest)  
D. KOSOVIĆ (New York)  
N. SARTORIUS (Geneve)  
D. ŠVRAKIĆ (St. Louis)  
D. BLOCH (New York)  
B. SAMUEL -LAJEUNESSE (Paris)  
G. MILAVIĆ  
V. STARČEVIĆ (Sydney)  
A. MARUŠIĆ (Ljubljana)  
V. FOLNEGOVIĆ-ŠMALC (Zagreb)  
M. JAKOVLJEVIĆ (Zagreb)  
S. LOGA (Sarajevo)  
J. SIMIĆ-BLAGOVIĆANIN (Banja Luka)  
ZLATKO STOJOVIĆ (H. Novi)  
BORISLAV MIĆTRIĆ (Podgorica)  
MIRKO PEKOVIĆ (Podgorica)  
SAŠA TOMČUK (Kotor)  
A. MIHAJLOVIĆ (CHICAGO)

*Sekretar / Secretary*

GORDANA MARINKOVIĆ

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 CRNE GORE I INSTITUT ZA PSIHIJATRIJU KLINIČKOG CENTRA SRBIJE  
SERBIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION AND THE INSTITUTE OF PSYCHIATRY CLINICAL CENTRE OF SERBIA

ADRESA UREDNIŠTVA / ADDRESS OF EDITORIAL BOARD  
ENGRAMI, Institut za psihijatriju KCS, Pasterova 2, 11 000 Beograd  
E mail. institutzapsihijatrijukcs@yahoo.com; psihin@snet.yu

# SADRŽAJ

## CONTENTS

### ORIGINALNI NAUČNI RAD

*Bojana Kecman*

PSIHIJATRIJSKO LEČENJE – OBLIK SPECIJALNE PREVENCIJE KRIMINALITETA . . . . 5  
PSYCHIATRIC TREATMENT -SPECIAL PREVENTION OF CRIMINALITY . . . . . 14

*Aleksandar Pavlović, Marija Stojanović, Slobodanka Pejović-Nikolić, Nada Marić*

KVALITET ŽIVOTA I JAČINA DEPRESIJE – ANALIZA POJEDINI  
SKALA SF-36 I ZUNGOVE SKALE ZA SAMOPROCENU DEPRESIJE . . . . . 17  
QUALITY OF LIFE AND SEVERITY OF DEPRESSION – ANALYSIS  
OF SOME SF 36 SCALES AND SELF RATING DEPRESSION – ZUNG SCALE . . . . . 21

*Ana Munjiza, Dragan Stojiljković, Marija Dulović, Nađa Marić, Helena Rosandić*

DA LI SE OSOBE SA POJEDINIM PSIHIJATRIJSKIM POREMEĆAJIMA  
RAZLIKUJU PREMA KOEFICIJENTU INTELIGENCIJE? . . . . . 23  
IS THERE ANY DIFFERENCE IN COEFFICIENT OF INTELLIGENCE  
AMONG TYPES OF PSYCHIATRIC DISORDERS? . . . . . 30

*Mirjana Zebić, Tijana Cvetić, Olivera Vuković, Miroslava Jašović-Gašić*

UTICAJ SAVREMENE MASOVNE KOMUNIKACIJE  
NA SOCIJALNU INTERAKCIJU MLADIH . . . . . 33  
THE INFLUENCE OF MODERN MASS COMMUNICATION  
ON THE SOCIAL INTERACTION IN YOUTH . . . . . 40

*Olivera Vuković, Tijana Cvetić, Mirjana Zebić, Zorana Pavlović,  
Aleksandar Damjanović, Miroslava Jašović-Gašić*

MEDIJI I MENTALNI POREMEĆAJI . . . . . 41  
MENTAL DISORDERS AND THE MEDIA . . . . . 45

*Darko Hinić, Goran Mihajlović, Slavica Đukić-Dejanović, Mirjana Jovanović*

POVEĆANA UPOTREBA INTERNETA I SOCIJALNA IZOLACIJA. . . . . 47  
INCREASED INTERNET USE AND SOCIAL ISOLATION . . . . . 62

*Srđa Zlopaša*

VINIKOT DONALD VUDS - IZMEĐU IGRE I DESTRUKCIJE..... 65

WINNICOT DONALD WOODS - BETWEEN PLAY AND DESTRUCTION ..... 70

*Tijana Cvetić, Olivera Vuković, Mirjana Zebić*

EGZOTIČNE PSIHOZE..... 71

CULTURE-BOUND SYNDROMES..... 75

*Slobodan Simić, Srđan Milovanović, Nataša Šikanić, Cvetana Crnobaric*

PSIHOLOŠKE PROMENE U STAROSTI..... 77

AGING AND PSYCHOLOGICAL CHANGES ..... 85

*Šimiša Jovović*

PROCENA I KONTROLA KOD NASILNIH PACIJENTA UKLJUČUJUĆI  
PSIHIJATRIJSKU I NEUROLOŠKU SEMIOLOGIJU  
- ISKUSTVA IZ ZAPADNIH ZEMALJA..... 87

ASSESSMENT AND CONTROL IN VIOLENT PATIENTS..... 97

*Jelena Martinović, Aleksandar Miljatić, Lela Trikoš*

TRAZODON U TERAPIJI DEPRESIVNIH PACIJENATA SA INSOMNIJOM..... 99

TRAZODONE IN THE TREATMENT  
OF THE DEPRESSED PATIENTS WITH INSOMNIA..... 101

## PRIKAZ KNJIGE

Mila Goldner-Vukov  
SNEVANJE ..... 103

UPUTSTVO AUTORIMA ..... 105

# PSIHIJATRIJSKO LEČENJE – OBLIK SPECIJALNE PREVENCIJE KRIMINALITETA

Bojana Kecman

UDK: 616.89-008-08:343.98.06

Specijalna zatvorska bolnica u Beogradu

*Kratak sadržaj. Uvod:* Otkrićem nesvesnog osećanja krivice Frojd je dao svoj doprinos teoretskoj osnovi sudsko-psihijatrijskog značaja neurotskih poremećaja, ukazujući na poseban tip kriminalca koga je nazvao „kriminalac iz osećanja krivice“. Njihovi delikti determinisani su nesvesnim motivima, pa zakonsko sankcionisanje neće imati korektivno dejstvo. *Cilj rada* je da ukaže da je za prevenciju delinkventnih aktivnosti kod značajnog broja osoba sa neurotskim poremećajima, neophodno sprovođenje psihoterapijskih postupaka koji bi, mnogo više nego samo kažnjavanje, doprinelo generalnoj prevenciji kriminaliteta. *Metod* Rad predstavlja segment komparativne kliničke analitičke prospektivne studije, multidisciplinarne prirode. Ispitivanu grupu čini 40 delinkvenata s neurotskim poremećajem koji su veštačeni u Specijalnoj zatvorskoj bolnici u Beogradu. Kontrolnu grupu čini 40 nedelinkvenata s neurotskim poremećajem koji su lečeni na Klinici za psihijatriju KBC „Dr Dragiša Mišović“ u Beogradu. Za potrebe istraživanja konstruisan je integrativni upitnik koji sadrži podatke dobijene iz različitih izvora. Upitnik sadrži setove pitanja kojima se detaljno analizira veći broj varijabli. Za statističku obradu korišćene su objektivne matematičko-statističke metode, maksimalno prilagođene vrsti i tipu ispitivanog obeležja i to: metode deskriptivne statistike i metode statističkih testova. *Rezultati.* Prethodno psihijatrijsko lečenje nameće se kao glavni faktor uticaja na delinkventnost osoba sa neurotskim poremećajima. Prema dobijenim rezultatima, rizik za delinkventno ponašanje kod nelečenih ispitanika povećava se dvadeset puta. *Zaključak.* Rezultati upućuje na potrebu razvoj terapijskih programa koji bi se sprovodili u okviru kaznenih ustanova, što bi imalo najveći značaj u prevenciji budućeg delinkventnog ponašanja.

Ključne reči: kriminalitet, neurotski poremećaji, recidivizam, psihoterapija

## UVOD

Psihijatrija i pravo pokazuju zajedničko interesovanje za određene sadržaje u ljudskom ponašanju koji mogu imati pravne posledice. Međutim, oni ovaj problem posmatraju s različitih aspekata. Psihijatrija nastoji da objasni određene postupke pojedinca s ciljem da devijantne oblike ponašanja koji proizilaze iz psihičkih poremećaja koriguje različitim terapijskim postupcima. S druge strane, pravo se uglavnom bavi posledicama takvih postupaka i nastoji da devijantne oblike ponašanja sankcioniše određenim zakonskim sankcijama. Veliki stepen saglasnosti između prava i psihijatrije postignut je u slučajevima kada je delinkventno ponašanja proisteklo iz psihotičnih simptoma. Kod takvih delinkvenata zakon predviđa izricanje mere bezbednosti medicinskog karaktera [1]. One predstavljaju deo kaznenih mera čija je osnovna funkcija zaštita društva od opasnog ponašanja mentalno bolesnog delinkventa. Takva zaštita se postiže lečenjem čiji je cilj da otkloni ili ublaži simptome bolesti. Dugoročniji ciljevi mere su prevencija opasnog ponašanja delinkventa u budućnosti, a zatim njegova mentalna i socijalna rehabilitacija [2].

Mnogo manji stepen razumevanja i saglasnosti između psihijatarata i pravnička postoji kada se radi o osobama kod kojih delinkventno ponašanje proističe iz psihopatoloških sadržaja koji nisu psihotične prirode. Za osobe sa neurotskim poremećajima zakon nije predvideo psihijatrijsko lečenje, iako njihovo ponašanje može da bude znatno izmenjeno, a psihopatološki sadržaji ovog

poremećaja mogu da utiču na uračunljivost delinkvenata. Kod ovakvih osoba zakon predviđa isključivo kažnjavanje kao oblik generalne prevencije njihovog budućeg delinkventnog ponašanja.

Međutim, još je Frojd dao svoj doprinos teoretskoj osnovi sudsko-psihijatrijskog značaja neurotskih poremećaja otkrićem nesvesnog osećanja krivice, ukazujući na poseban tip kriminalca koga je nazvao „kriminalac iz osećanja krivice“. Budući da kod kriminalaca s nesvesnim osećanjem krivice postoji jasno izražen neurotski konflikt u formi neurotskog osećanja krivice i neurotske potrebe za kaznom, oni pripadaju kriminalcima neurotskog tipa [3]. Kako su njihovi prestupi determinisani nesvesnim motivima, kažnjavanje od strane društva nema i ne može imati korektivno dejstvo, izuzev što dovodi do udovoljavanja nesvesne potrebe za kaznom, zbog čega i vrše presteupe.

Razmatranja efekata kažnjavanja važna su i s aspekta specijalne i s aspekta generalne prevencije [4]. Prema zakonu, specijalna prevencija se definiše kao sprečavanje izvršioca da čini krivična dela u budućnosti, dok generalna prevencija podrazumeva vaspitni uticaj na druge da ne čine krivična dela. Moglo bi se reći da se radi o suprotnim interesima, jer je s aspekta specijalne prevencije mnogo korisnija terapija, dok je s aspekta generalne prevencije kažnjavanje nužno čak i onda kada se na individualnom planu od kazne ne očekuje nikakav efekat. Po ovom pitanju, pravo se prvenstveno stavlja na stranu društva. Psihijatrija, međutim, stoji na stanovištu da ovi interesi ne bi trebalo da budu toliko suprotni i smatra da je neophodno stva-

ranje klime koja bi omogućila da se po jedinim delinkventima pomogne mnogo više nego do sada [5]. Primena terapijskih programa u sklopu specijalne prevencije, dovela bi do uspešnije rehabilitacije i resocijalizacije delinkventa, od čega bi najveću korist imalo samo društvo.

## CILJ RADA

Kliničko zapažanje ukazalo je da kažnjavanje delinkvenata sa neurotskim poremećajima nema uvek korektivno dejstvo. Cilj ovog rada je da ukaže na faktore koji mogu biti od značaja za prevenciju delinkventnih aktivnosti, a pre svega na neophodnost sprovođenje psihoterapijskih postupaka kod velikog broja delinkvenata sa neurotskim poremećajima.

## METOD

Ovaj rad predstavlja segment komparativne kliničke analitičke prospektivne studije, multidisciplinarne prirode. U studiju su uključeni pacijenti kod kojih je, po MKB-10 postavljena dijagnoza neurotskog poremećaja [6]. Ispitanici su podeljeni u dve grupe: ispitivanu i kontrolnu.

Ispitivanu grupu čini 40 delinkvenata koji su veštačeni u Specijalnoj zatvorskoj bolnici u Beogradu u periodu od 01.01.2006. godine do 31.08.2006. godine. Kontrolnu grupu čini 40 nedelinkvenata koji su lečeni na Klinici za psihijatriju KBC „Dr Dragiša Mišović“ u Beogradu u istom periodu. Za potrebe istraživanja konstruisan je integrativni upitnik koji sadrži podatke dobijene iz

različitih izvora: strukturisanog kliničkog intervjua, psihološkog ispitivanja (VITI, MMPI-202, Rorschach-ov test i crtež ljudske figure), neurološkog pregleda i psihijatrijske eksploracije ličnosti. Za ispitivanu grupu korišćeni su podaci iz sudskih spisa koji se odnose na izvršeno krivično delo.

Upitnik sadrži setove pitanja kojima se analizira veći broj varijabli: demografski podaci, razvojni period, karakteristike primarne porodice, ranije psihičke bolesti i lečenja, odnos prema psihološkim supstancama. Posebni setovi pitanja odnosili su se na ranije delinkventno ponašanje, ponašanje u vreme izvršenja krivičnog dela, procenu umerenosti, kao i preporuke za daljnje lečenje.

Za statističku obradu dobijenih podataka korišćene su objektivne matematičko-statističke metode, maksimalno prilagođene vrsti i tipu ispitivanog obelježja. Od metoda deskriptivne statistike primenjeno je grupisanje, tabeliranje, grafičko prikazivanje, određivanje aritmetičke sredine, standardne devijacije, odds ratio. Od metoda statističkih testova primenjeni su: provera normalnosti promenljive (test Kolmogorov-Smirnov), poređenje aritmetičkih sredina (Studentov T test), ispitivanje zavisnosti nenumeričkih promenljivih (Hi-kvadrat test i Fisher-ov test) i ispitivanje zavisnosti binarne promenljive od drugih promenljivih (univarijantna i multivarijantna binarna logistička regresija).

Svi podaci su statistički obrađeni i prikazani tabelarno i grafički. Za statističku obradu upotrebljen je statistički paket SPSS for Windows vr. 10.0.

## REZULTATI

Postoji statistički značajna razlika u pogledu ranijeg psihijatrijskog lečenja (p=0,000, Hi-kvadrat).

Prisustvo simptoma depresije kod pojedinih kategorija ment	
Nivo intelektualnog zaostajanja	Simpt
<b>Laka mentalna retardacija IQ 50-69</b>	depresivno raspoloženje, poremećaji spavanja, poren telesne težine, plačljivost, dnevne varijacije raspolože gubitak energije, gubitak in ideje
<b>Umerena mentalna retardacija IQ 35-49</b>	depresivno raspoloženje (il poremećaji ishrane i spavar socijalna izolacija i redukcij samopovređujuće ponašanj smanjena koncentracija, psihomotorna agitacija ili r

Postoji statistički znatna razlika u pogledu prethodnih dijagnoza (p =0,000, Hi-kvadrat). Kod nedelinkvenata je znatno veći procenat osoba kod kojih je ranije postavljena dijagnoza neurotskog poremećaja u odnosu na delinkvente.



Dopamin Inhibitor ponovnog preuzimanja DA	Bupropion	RCT(n=119);kombi poboljšanje vs.30%
DA agonist	Apomorfin	Tretman erektilne d izmedju 35-54%.3 p
	Amantadin	poboljšanjem anorg
Acetilholin i histamin Ach-holinesteraza inhibicija	Neostigmin	Prikaz jednog slučaj disfunkcije
H1	Loratidin	Otvorena studija u k SSRI(n=109);pobol
		Generalna stopa uspe

Postoji statistički značajna razlika u pogledu ranijeg delinkventnog ponašanja ( $p=0,003$ ). Delinkventni nisu ranije vršili krivična dela, dok je 25% delinkvenata ranije osuđivano.

**Tabela 1.** Praćenje leukocitarne formu

Datum Date	Le	Ne	Ly	Mo	Ba
12.12.07	<b>1.81</b>	<b>21.68</b>	74.45	3.33	0.54
18.12.07	<b>1.96</b>	<b>22.65</b>	74.21	1.64	1.50
20.12.07	<b>2.44</b>	<b>24.07</b>	70.24	1.19	1.19
24.12.07	<b>3.32</b>	<b>21.58</b>	60.64	17.37	0.40
27.12.07	<b>4.23</b>	<b>23.73</b>	51.14	23.17	1.93
01.01.08	<b>6.2</b>	<b>51.4</b>	24.6	21.9	2.2

Nema statistički značajne razlike u pogledu postavljenih dijagnoza. U obe grupe najčešće se javlja anksiozni poremećaj, a potom somatoformni i konverzivni poremećaj.

<i>Tabela br. 5</i> URAČUNLJIVOST CRIMINAL RESPONSIBILITY		
URAČUNLJIVOST CRIMINAL RESPONSIBILITY	Broj	%
Očuvana Preserved	9	22.5
Smanjena, ali ne u bitnom stepenu Reduced, but not in high degree	28	70.0
Bitno smanjena Reduced in high degree	3	7.5
Isključena Excluded	0	0
UKUPNO TOTAL	40	100

Kod veštačenih delinkvenata s neurotskim poremećajem uračunljivost je uglavnom bila smanjena, ali ne u bitnom stepenu (70%), ili očuvana (22,5%).

<i>Tabela br. 6</i> PREPORUKA ZA LEČENJE RECOMMENDATION FOR FARTHER TREATMENT		
PREPORUKA RECOMMENDATION	Broj	%
Bez preporuke No recommendation	37	92.5
Mera lečenja i čuvanja Obligatory psychiatric therapy in hospital	0	0
Mera na slobodi Obligatory non-hospital psychiatric therapy	0	0
Lečenje zavisnika Treatment of drugs or alcohol dependents	3	7.5
UKUPNO TOTAL	40	100

Kod 7,5% delinkvenata s neurotskim poremećajem preporučena je mera bezbednosti obaveznog lečenja zavisnika od psihoaktivnih supstanci.

## DISKUSIJA

Za procenu krivične odgovornosti značajno je pitanje motivacije za izvršenje krivičnog dela. Otkriće nesvesnog i njegove dominantne snage u motivaciji čovekovog ponašanja jedno je od prvih i najvećih otkrića psihoanalize. U psihoanalitičkoj teoriji jedno od centralnih mesta zauzima osećanje krivice sa kojim je, u prisnoj vezi, potreba za kaznom, kao najefikasniji način za redukciju neprijatnog osećanja krivice. Ukoliko ličnost nije u stanju da prihvati sadržaje osećanja krivice i zadrži ih u svesnom delu ličnosti, dolazi do potiskivanja ovih sadržaja. Tako nastaje nesvesno osećanje krivice koje se, potom, može ispoljiti na najraznovrsnije načine [7]. Nesvesno osećanje krivice skoro je obavezni pratilac svih neurotskih poremećaja. Po Frojdu, akumulacija nesvesnog osećanja krivice i veoma izražena potreba za kaznom mogu da savladaju čoveka do te mere da izvrši zločin kako bi došlo do rasterećenja savesti. Kod ovakvih osoba osećanje krivice ne samo da je postojalo pre izvršenja krivičnog dela, već je bilo motiv za njegovo izvršenje [3]. Kod njih su delikti determinisani nesvesnim motivima, pa kažnjavanje neće imati preventivni efekat na buduće delinkventno ponašanje. Naprotiv, kazna može dodatno da učvrsti i produbi neurotsku patologiju i predstavlja podsticaj za ponavljanje kriminalnih akcija.

Podaci dobijeni ovim istraživanjem ukazuju na statistički značajnu razliku u pogledu ranijeg psihijatrijskog lečenja i ranijih dijagnoza kod delinkvenata

i nedelinkvenata s neurotskim poremećajima. Naime, 60% delinkvenata ranije nije psihijatrijski lečeno. Kod 22,5% ranije je postavljena dijagnoza neurotskog poremećaja, kod 10% zavisnost od droga, a kod 7,5% zavisnost od alkohola. Ovi podaci se značajno razlikuju kod nedelinkvenata od kojih je 87,5% prethodno ambulantno ili bolnički lečeno. Kod 85% nedelinkvenata je ranije postavljena dijagnoza nekog od neurotskih poremećaja, pri čemu nije bilo prethodno postavljenih dijagnoza vezanih za bolesti zavisnosti. Francuski istraživači koji su u šestogodišnjem periodu pratili demografske, socioekonomske i zdravstvene podatke zatvorenika [8] su dali slične rezultate. Oni su zaključili da 70% zatvorenika nije ranije psihijatrijski lečeno, niti je tražilo bilo kakvu psihijatrijsku pomoć pre dolaska u zatvor.

U našem istraživanju, analiza svih ispitivanih faktora rizika izdvaja ranije psihijatrijsko lečenje kao vodeći faktor koji utiče na delinkventno ponašanje. Rezultati univarijantne logističke regresije pokazuju da delinkventnost zavisi od ranijeg lečenja ( $p=0,002$ ), pri čemu je odds ratio (O.R.) za one koji nisu ranije lečeni 7,799. Rezultati multivarijantne binarne logističke regresije ukazuju na najznačajniji uticaj ranijeg psihijatrijskog lečenja na delinkventnost. Odds ratio za delinkvente u odnosu na nedelinkvente je 19,96, ( $p=0,009$ ), odnosno rizik za delinkventno ponašanje kod nelečenih ispitanika povećava se dvadeset puta.

U velikom broju izveštaja svetskih istraživača navode se različiti oblici psihoterapijskih postupaka koji se pri-

menjuju u zatvorima. U Sjedinjenim državama su opisani programi koji se prilagođeni određenim uzrastima [9] ili polu delinkvenata [10]. Osim toga, opisani su specifični programi koji se sprovode kod izvršilaca određenih delikata, kao što su bihevioralno-kognitivni terapijski programi seksualnih delinkvenata [11]. Podaci norveških istraživača ukazuju da se kod 25% zatvorenika primenjuju pojednini oblici psihoterapijskih tretmana [12]. Uglavnom se radi o individualnoj i grupnoj psihoterapiji ili o terapiji zavisnika od psihoaktivnih supstanci, a najčešće se primenjuju suportivna ili bihevioralno-kognitivna terapija, dok se dinamska psihoterapija sprovodi kod 8% zatvorenika. Psihoterapija se najčešće primenjuje kod delinkvenata kod kojih je dijagnostikovana depresija, anksiozni poremećaj i poremećaj ličnosti. U Francuskim zatvorima se sprovode psihoterapijski programi prilagođeni izvršiocima određenih krivičnih dela [13], pa je opisana specifično dizajnirana grupna terapija pedofila, dok su na Novom Zelandu opisani terapijski programi za nasilničke delinkvente [14]. U Španskim zatvorima se sprovodi grupna kognitivno-bihevioralna terapija muškaraca koji su izvršili nasilnička krivična dela prema ženama [15], a slični psihoterapijski programi se sprovode i u Nemačkim zatvorima [16]. Svi istraživači se slažu da psihoterapijski tretmani smanjuju rizik od ponavljanja krivičnih dela i doprinose prevenciji kriminaliteta.

Ovo istraživanje nije utvrdilo postojanje statistički značajne razlike u pogledu utvrđenih dijagnostičkih kate-

gorija neurotskih poremećaja kod delinkventne i nedelinkventne grupe ispitanika. Najčešće je postavljena dijagnoza anksioznog poremećaja i to kod 65% delinkvenata i kod 52,5% nedelinkvenata. U okviru anksioznog poremećaja, najčešće se radi o dijagnostičkoj kategoriji mešani anksiozno-depresivni poremećaj. Pored anksioznog, značajno su zastupljeni somatoformni i konverzivni poremećaji.

Značajna je analiza podataka o prethodnom delinkventnom ponašanju ispitanika. Postoji statistički značajna razlika u pogledu ranijeg delinkventnog ponašanja delinkventne i nedelinkventne grupe ispitanika ( $p=0,003$ , Hi-kvadrat). Grupa nedelinkvenata u dosadašnjem životu nije ispoljavala kriminalno ponašanje, a kod 25% delinkvenata registruje se prethodno delinkventno ponašanje. Ovo ukazuje da prethodno kažnjavanje nije imalo korektivno dejstvo.

Analiza dobijenih rezultata ukazuju da su motivi za izvršenje krivičnog dela kod jednog broja ispitanika psihopatološke prirode. Međutim, pravna teorija i zakonodavstvo su zasnovani na pripisivanju pune odgovornosti i negiranju nesvesne motivacije u ponašanju, te spremnosti da se na svako kršenje normi reaguje kaznom. S druge strane, psihijatrija se bazira na dubljem razumevanju motiva čovekovog ponašanja i načina prilagođavanja društvenim zahtevima, te nastojanju da postignuto razumevanje iskoristi za pomoć, lečenje i ostvarenje mogućnosti za bolju adaptaciju.

Psihijatri i pravnici imaju jedan zajednički cilj a to je promena delin-

kventnog ponašanja neke osobe. U pojedinim slučajevima oni vide različite puteve koji vode ka ovom cilju. Pravnici smatraju da se promena može postići kažnjavanjem kriminalnog ponašanja, dok psihijatri ne vide rešenje isključivo u kažnjavanju, naročito kad se radi o delinkventima kod kojih postoji neki od neurotskih poremećaja. Kod takvih osoba, kažnjavanje sve više fiksira njihovu sklonost antisocijalnim postupcima, što samo za nedovoljne poznavaoce etiologije ovih poremećaja izgleda paradoksalno. Zbog toga je kod jednog broja delinkvenata neophodno sprovesti lečenje u vidu psihoterapije. Razvoj terapijskih programa čiji je cilj dovođenje u svest nesvesnog motiva njihovog delinkventnog ponašanja imalo bi najveći značaj u prevenciji budućeg delinkventnog ponašanja.

Poznavanje značaja i uticaja nesvesnih motivacija na čovekovo ponašanje, jasno ukazuje na postojanje potrebe da se neki stavovi pravne nauke bar delimično revidiraju.

## ZAKLJUČCI

1. Kod jednog broja delinkvenata sa neurotskim poremećajima kriminalno ponašanje je direktno uslovljeno

nesvesnim osećanjem krivice i samokažnjavajućim tendencijama.

2. Zakonsko kažnjavanje, koje ima cilj da spreči buduće kriminalno ponašanje, kod ovakvih osoba neće biti svrshodno. Sama kazna, bez terapijskih programa, dovodi do udovoljavanja nesvesne potrebe za kaznom, zbog čega i vrše prestupe. Na taj način kazna dodatno učvršćuje i produbljuje neurotsku patologiju i predstavlja podsticaj za ponavljanje kriminalnih akcija.

3. U ovakvim slučajevima, jedino je racionalno određivanje lečenja u vidu psihoterapije čiji je cilj razrešenje neurotskog konflikta i dovođenje u svest nesvesnog motiva njihovog delinkventnog ponašanja.

4. Zato bi bilo važno da se razvijaju terapijski programi koji bi se mogli sprovesti u okviru kaznenih ustanova kao i da se razmotri mogućnost sprovođenja ambulantnog tretmana barem jednog dela ovakvih delinkvenata.

5. Primena terapijskih programa u sklopu specijalne prevencije, dovela bi do uspješnije rehabilitacije i resocijalizacije delinkventa. Najveću korist od toga imalo bi samo društvo, i mnogo više nego samo kažnjavanje takvih delinkvenata, doprinelo bi generalnoj prevenciji kriminaliteta.

# PSYCHIATRIC TREATMENT - SPECIAL PREVENTION OF CRIMINALITY

Bojana Kecman

Special prison hospital, Belgrade

*Summary: Introduction:* With discovering of unconscious feeling of guilt, Freud contributes to theoretical basis of forensics significance neurotic's disorders. He point to the special typo of delinquents, cold «delinquents from feeling of guilt». They delinquent behavior is determinate with unconscious motivations, delinquency of this type cannot be solved by social repression. *Method:* This research is comparative clinical analytic prospective study in witch are compared different parameters in two examined groups. We studied 40 delinquents with neurotic disorders. All of them were examined on the Department of forensic psychiatry in Special prison hospital in Belgrade. In control group were 40 non-delinquents with neurotic disorders who were treated in the psychiatric hospital «Dr. Dragiša Mišović» in Belgrade. For this research, we construed special questionnaire with the different groups of questions, and data are obtained from different origins: structured clinical interview, psychological researches, neurological examinations and psychiatric exploration. The questionnaire contains the sets of questions for analyze different variables. The results are work out by objective statistical methods, which are adapted for this research: methods of descriptive statistic and methods of statistical tests. *Aim:* Delinquency of people with neurotic disorder cannot be solved only by social repression, but primarily by psychotherapy, that presents special type of general prevention of criminality. *Results* indicate that previous psychiatric treatment is the most important factor that influence on delinquent behavior. The results indicate that the risk for delinquent behavior in the non-treated group of patients with neurotic disorders elevated for twenty times. *Conclusion:* Results of study indicated that the most important prevention factor for delinquent behavior is creating therapeutic programs for treatment of delinquents with neurotic disorders in penal institutions.

*Key words:* criminality, neurotic disorders, recidivism, psychotherapy

## Literatura:

1. Krivični zakonik RS, Poslovni biro, Beograd, 2005.
2. Kovačević R. Forenzička psihijatrija, Pravni fakultet u Banjoj Luci, Beograd, 2000.
3. Nastović I. Prilog problemu nesvesne motivacije u forenzičkoj psihologiji. Psihijatrija danas, 1979;3-4:331-7.
4. Goreta M. Forensic psychiatry, psychoanalysis and criminal law, Medicinska naklada, Zagreb 2004.
5. Goreta M. Psihoanalitički pristup kao doprinos u procjeni krivične odgovornosti, doktorska disertacija, Medicinski fakultet, Zagreb, 1983.
6. World Health Organization. The International Classification of Diseases-10 classification of mental and behavioral disorders clinical descriptions and diagnostic guidelines.
7. Freud S. The Ego and Mechanisms of Defense, International University Press, New York, 1965.
8. Duhamel A., Renard JM., Nuttens MC., et al. Social and health status of arrivals in a French prison: a consecutive case study from 1989 to 1995, Rev Epidemiol Sante Publique, 2001;49(3):229-38.
9. Desai RA, Gouler JL., Robbins J. Et al. Mental health care in juvenile detention facilities: a review. J AM Acad Psychiatry Law, 2006;34(2):204-14.
10. Blitz CL., Wolff N., Paap K. Availability of behavioral health treatment for women in prison. Psychiatr Serv, 2006; 57(3):356-60.
11. Marques JK., Wiederanders M., Day DM. Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: final results from California's sex offenders treatment and evaluation projekt. Sex Abuse, 2005;17(1):79-107.
12. Kjelsberg E., Hartvig P., Bowitz H. et al. Mental health consultation in prison population: a descriptive study. BMC Psychiatry, 2006;6:27.
13. Smith J., Petibon C. Relapse prevention group therapy for paedophiles: French adaptation. Encephale, 2005;31(5):552-8.
14. Polaschek DL., Wilson NJ., Townsend MR. Cognitive-behavioral rehabilitation for high-risk violent offenders: an outcome evaluation of the violence prevention unit. J Interpers Violence, 2005;20(12):1611-27.
15. Echeburua E, Fernandez-Montalvo J, Amor PJ. Psychological treatment of men convicted of gender violence: a pilot study in Spanish prisons. Int J Offender Ther Comp Criminol, 2006;50(1):57-70.
16. Huchzermeier C., Bruss E., Godt N. Kiel psychotherapy projekt for violent offenders Towards empirically based forensic psychotherapy-disturbance and risk of recidivism among incarcerated offenders in German prison. J Clin Forensic Med, 2006;13(2):72.

---

Bojana Kecman  
Specijalna zatvorska bolnica u Beogradu  
Bačvanska 14 a  
11000 Beograd  
Tel./faks: 2404-233  
e-mail: kecman@drenik.net





# KVALITET ŽIVOTA I JAČINA DEPRESIJE – ANALIZA POJEDINIH SKALA SF-36 I ZUNGOVE SKALE ZA SAMOPROCENU DEPRESIJE

Aleksandar Pavlović<sup>1</sup>  
Marija Stojanović<sup>1</sup>  
Sloboanka Pejović-Nikolić<sup>2</sup>  
Nađa Marić<sup>2</sup>

UDK: 616.89-008.454-085:615.862

*Kratak sadržaj.* Prema literaturi, osobe koje uz određenu bolest imaju i depresiju značajno drugačije procenjuju sopstveni kvalitet života u odnosu na obolele od iste bolesti, a bez prateće depresije. *Cilj.* Ispitati korelaciju depresivnosti, utvrđene upitnikom za samoprocenu Zung, sa procenom pojedinih aspekata kvaliteta života merenih upitnikom SF – 36, da bi se utvrdila povezanost jačine depresije i dimezija kvaliteta života kao što su ocena: zdravlja, aktivnosti i društvenog života, opšteg mentalnog stanja i doživljaj bola. *Metod.* Uključeno je 89 subjekata, koji su bili stari u proseku  $39,1 \pm 14,8$  godina, sa prosečno  $11,5 \pm 2,4$  godine obrazovanja, 53,9% u braku, 37% ispitanika su bile žene. Svi ispitanici su testirani gore navedenim skalama. *Rezultati.* Prema skali Zung SDS, prosečan intenzitet depresije među ispitanicima bio je  $40,5 \pm 10,3$ . Najznačajniji prediktor depresije u SF 36 jesu dva ajtema: onaj kojim se ocenjuje mentalno (ajtem 9,  $p=0.00$ ) i opšte zdravlje (ajtem 1,  $p=0.008$ ). „Uticaj emotivnog i fizičkog stanja na socijalne aktivnosti“ kod ispitanika i “procena doživljaja bola” nisu imali prediktivnu moć kada je u pitanju depresija ( $p=0.716$  i  $p=0.161$ ). Pirsonov koeficijent između ocene opšteg zdravlja i depresije iznosio je -0.688, a depresije i mentalnog zdravlja -0.778. *Zaključak.* SF 36 danas se koristi u mnogim kliničkim studijama, a rezultati ovog rada upućuju kliničare bilo koje specijalnosti da, ako njihovi ispitanici na pomenuta dva, lako uočljiva ajtema SF 36 (prvi i deveti) daju niske ocene, postoji opravdana sumnja da se radi o depresiji određenog intenziteta i u tom smislu bilo bi uputno obratiti dodatnu dijagnostičku i terapijsku pažnju na date ispitanike.

Ključne reči: depresija, kvalitet života, instrumenti, korelacija

<sup>1</sup> Medicinski fakultet, Beograd

<sup>2</sup> Institut za psihijatriju  
Klinički centar Srbije, Beograd

## UVOD

Koncept kvaliteta života prisutan je u medicinskim istraživanjima više od 20 godina [1], do te mere da pojedini savremeni autori smatraju merenje kvaliteta života ključnim za klinička ispitivanja [2,3]. Međutim, jedinstvena i opšte prihvaćena definicija kvaliteta života za sada ne postoji. Prema konceptu Svetske Zdravstvene Organizacije (WHO), kvalitet života se definiše kao "... doživljaj sopstvene životne pozicije od strane pojedinca, u kontekstu kulturnog i vrednosnog sistema u kome živi i u vezi sa sopstvenim ciljevima, očekivanjima i standardima. To je širok koncept, pod kompleksnim uticajem fizičkog zdravlja, psihološkog stanja, nivoa nezavisnosti, socijalnih odnosa i odnosa sa najvažnijim aspektima okoline." Pored navedene definicije, koja uključuje nesistematično mešanje činjenica i vrednovanja [4], postoje i drugi, uglavnom empirijski koncepti kvaliteta života, adekvatniji za primenu u kliničkim i naučnim ispitivanjima [5]. U tom smislu, napominjemo više tipova procene kvaliteta života: od slobodne procene kliničara, do samoprocene pacijenata uz pomoć standardizovanih upitnika. Neki od ovih upitnika su: WHOQOL [6], EuroQoL [7], SF-36 [8]. Navedeni upitnici su OPŠTI, i koriste se u istraživanjima i kliničkoj praksi za procenu kvaliteta života bez obzira na prisustvo i vrstu oboljenja. Osim OPŠTIH, postoje i „za bolest SPECIFIČNI upitnici”, koji se kreiraju i daju samo za obolele od određene bolesti [9], pri čemu se prilikom procenjivanja u velikoj

meri uzimaju u obzir individualne karakteristike ispitanika [10].

Simptomi kliničke depresije mogu se razlikovati od osobe do osobe, u rasponu od blagog do teškog oblika depresije. Depresija može pratiti druga oboljenja među kojima najčešće onkološka, kardiovaskularna, metabolička i neurološka oboljenja. Iako česta, depresija kao prateća pojava drugih oboljenja često se ne prepoznaje i ne leči. To je često zato što se pogrešno tumači kao normalna reakcija na fizičko oboljenje [11]. Ranija istraživanja ukazuju da postoji značajna razlika u kvalitetu života između bolesnika od nekog oboljenja kod kojih je prisutna depresija u odnosu na obolele od iste bolesti bez prateće depresije [12]. Pored toga, ranijim istraživanjima utvrđeno je da osobe sa depresijom major procenjuju svoj kvalitet života kao lošiji, u odnosu na osobe koje nisu obolele od depresije. Razlike su bile najevidentnije u proceni sopstvenog zdravstvenog stanja, obavljanja svakodnevnih aktivnosti i vitalnosti (SF – 36)[13].

U ovom istraživanju ispitivali smo povezanost depresivnosti kod nekliničke populacije utvrđene upitnikom za samoprocenu Zung [14], sa procenom pojedinih aspekata i ukupnom ocenom kvaliteta života procenjenih upitnikom SF – 36, da bismo utvrdili u kojoj meri i na koji način ovi upitnici međusobno koreliraju, kao i da bi utvrdili povezanost jačine depresije i dimezija kvaliteta života kao što su ocena: zdravlja, aktivnosti i društvenog života, opšteg mentalnog stanja i doživljaj bola.

## METOD

Studija je uključila 89 ispitanika, koji su pozvani na pregled radi utvrđivanja postojanja eventualnih posledica povrede glave koju su imali min. 6 meseci ranije i koji nisu tražili medicinsku pomoć. Kao što je ranije dokazano, ovi bolesnici imaju nešto veću učestalost depresije, ali ne do nivoa značajnog [15]. Na ovaj način pojačana je osnovna dimenzija koja se posmatra - depresija, i omogućeno je da se sa manjim brojem uključenih ispitanika dobiju odgovarajući podaci za dalje analize. Tokom obavljanja potrebnih pregleda vezanih za posledice povrede glave, bolesnici su popunjavali upitnike: Zung skala samoprocene depresije i SF-36 .

Zung skala se koristi u kliničkom i israživačkom radu za samoprocenu depresivnosti kod nekliničke populacije, sadrži 20 stavki za koje ispitanik navodi u kojoj se meri odnose na njega. Na osnovu ukupnog rezultata, koji može biti 20 – 80, procenjujemo odsustvo, blag (40-50), umeren (50-60) ili težak stepen (60-80) depresivnosti. Upitnik SF- 36 predstavlja kratki upitnik za samoprocenu kvaliteta života. Sastoji se od 36 pitanja. Ovo je upitnik za opštu ili specifičnu populaciju, za procenu relativne težine bolesti i efekata različitih medicinskih procedura. Procena kvaliteta života ovim upitnikom obuhvata mentalnu i fizičku komponentu, tj. uticaj psihičkih i fizičkih faktora na kvalitet života pri čemu se meri osam aspekata : opšta procena fizičkog zdravlja, vitalnost, uticaj psihičkih činilaca na svakodnevne aktiv-

nosti, uticaj fizičkih faktora na svakodnevne aktivnosti, pojava bola, uticaj psihičkih faktora na socijalne aktivnosti, uticaj fizičkih faktora na socijalne aktivnosti, procena mentalnog zdravlja. Kontrolisane su sociodemografske karakteristike ispitanika (pol, starost, obrazovanje, bračni status, ranije obraćanje psihijatru, psihijatrijski hereditet). Uz to, linearnom regresijom ispitivano je koja je od SF 36 stavki (ajtem 1: opšta ocena zdravlja, ajtem 6: uticaj emotivnog i fizičkog stanja na aktivnosti društvenog života, ajtem 7 i 8: procena doživljaja bola i uticaj bola na svakodnevne aktivnosti i ajtem 9: opšti emotivni doživljaj) u protekle četiri sedmice, prediktor depresivnosti merene Zung-ovom skalom. Osim toga, utvrđen je i Pirsonov koeficijent korelacije za navedene stavke SF-36 i Zung skalu.

## REZULTATI

Ispitanici su bili stari u proseku  $39,1 \pm 14,8$  godina, sa prosečno  $11,5 \pm 2,4$  godine obrazovanja, 53,9% u braku, 37% ispitanika su bile žene. Od svih ispitanika 23,6% navelo je da je imalo neki kontakt sa psihijatrom, ali se nije ulazilo u dalju analizu ovog podatka. Četrdeset jedan procenat ispitanika tokom života navelo je da je koristilo psihofarmake, a psihijatrijski hereditet naveden je kao pozitivan kod 6,7% ispitanika. Prema skali Zung, prosečan intenzitet depresije među ispitanicima bio je  $40,5 \pm 10,3$ . Najznačajniji prediktor depresije u ispitivanim ajtemima SF 36 jeste ocena mentalnog zdravlja (ajtem 9,  $p=0,00$ ) i op-

šta ocena zdravlja (ajtem 1,  $p=0.008$ ). Ajtemi "uticaj emotivnog i fizičkog stanja na socijalne aktivnosti" i "procena doživljaja bola" nisu imali prediktivnu moć kada je u pitanju depresija ( $p=0.716$  i  $p=0.161$ ). Korelacija između ocene opšteg zdravlja i depresije iznosila je  $-0.688$ , a depresije i mentalnog zdravlja  $-0.778$ .

## DISKUSIJA

Prosečna vrednost depresivnosti posmatranog uzorka je na nivou blage, granične depresije i nešto je veća nego za prosečnu populaciju, što je u skladu sa ranijim ispitivanjem [15]. Prema rezultatima ove studije, najznačajniji prediktor depresivnosti prilikom procene kvaliteta života jeste ocena mentalnog zdravlja, a potom opšta ocena ličnog zdravlja. Značaj procene emotivnog doživljaja kao prediktora depresivnosti ukazuje na mogućnost korišćenja SF-36 za okvirnu procenu depresivnosti, u sklopu kvaliteta života u kliničkom i istraživačkom radu. Interesantan podatak je značaj opšte procene zdravlja kao prediktora depresivnosti, što ostavlja prostor za analizu povezanosti ovih parametara uz pomoć osetljivijih instrumenata. Procena prisustva i uticaja bola na svakodnevne aktivnosti nije pokazala statistički značajnu korelaciju sa depresivnošću. Ovakav rezultat nije u skladu sa rezultatima prethodnih sličnih istraživanja [16,17] gde je nađena statistički značajna korelacija između prisustva bola i depresivnosti. Međutim, kod njih su

ispitivani pacijenti sa određenim hroničnim oboljenjima, tj. sa hronično prisutnim bolom, što predstavlja razliku u odnosu na ovo ispitivanje. Uticaj psihičkih i fizičkih faktora na socijalne aktivnosti takođe nije pokazao statistički bitnu povezanost sa depresivnošću. Rezultati postojećih ispitivanja ukazuju na značajnu povezanost smanjenog intenziteta i kvaliteta socijalnih aktivnosti sa depresivnošću kod pacijenata sa klinički dijagnostikovanom depresijom [18], ali to nije bio slučaj i kod naših, granično depresivnih ispitanika. Na osnovu dobijenih vrednosti ovog ispitivanja stiče se utisak da depresivnost koja je na subkliničkom nivou ima veze sa nekim od aspekata kvaliteta života (lični emotivni doživljaj, opšta procena sopstvenog zdravlja), a sa drugim aspektima (fizički bol, socijalne aktivnosti) nije povezana. Radi donošenja preciznijih zaključaka ostaje mogućnost ispitivanja korelacije socijalnih aktivnosti i depresivnosti uz pomoć specifičnih skala, na primer SASS (Social Adaptation Self-evaluation Scale) [19]. Kako se SF 36 danas koristi u mnogim kliničkim studijama koje se sprovode kod nas i u svetu, mi napominjemo da su rezultati ovog rada vrlo korisni za kliničare bilo koje specijalnosti. Naime, ako bi njihovi ispitanici na pomenuta dva, lako uočljiva ajtema SF 36 (prvi i deveti) davali niske ocene, postojala bi opravdana sumnja da se radi o depresiji određenog intenziteta i u tom smislu bilo bi uputno obratiti odgovarajuću dijagnostičku i terapijsku pažnju na date ispitanike.

# QUALITY OF LIFE AND SEVERITY OF DEPRESSION – ANALYSIS OF SOME SF 36 SCALES AND SELF RATING DEPRESSION – ZUNG SCALE

Aleksandar Pavlović<sup>1</sup>  
Marija Stojanović<sup>1</sup>  
Sloboanka Pejović-Nikolić<sup>2</sup>  
Nađa Marić<sup>2</sup>

<sup>1</sup> School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade

<sup>2</sup> Institute of psychiatry; Clinical Center of Serbia, Belgrade

**Summary.** **Introduction:** According to the present literature, depression in subjects with any disorder influences the estimation of personal quality of life (QOL) and it differs significantly from subjects without depression. **Aim.** Present study evaluated the correlation of depression, measured by Self Rating Depression – Zung (Zung SDS), with several items from MOS 36-item short-form health survey (SF – 36), to measure the correlation between severity of depression and some aspects of QOL like: health, activity and social functioning, personal estimation of mental functioning and pain. **Method.** Eighty nine subjects were included, age  $39,1 \pm 14,8$  years, education  $11,5 \pm 2,4$  years, married 53,9%, female 37%. Two aforementioned scales were completed by all subjects. **Results.** According to Zung SDS, mean depression score was  $40,5 \pm 10,3$ . The most significant predictive power of depression was found in two SF 36 items: general mental functioning (item 9,  $p=0,00$ ) and health (item 1,  $p=0,008$ ). Activity and social functioning and pain hadn't predicted depression in our sample ( $p=0,716$  and  $p=0,161$ , respectively). Pearson's coefficient of the correlation between general health and depression was  $-0,688$ , while it was  $-0,778$  between depression and personal estimation of the mental functioning. **Conclusion:** Nowadays, SF 36 has been used widely in medical research. Our results yielded that medical doctors of every specialization has to pay an additional attention to the patients who scored low on the first and ninth SF 36 item. These patients have an increased chance for depression, thus they should be provided by additional diagnostics and the treatment.

**Key words:** depression, the quality of life, measurement, correlation

## Literatura:

1. Neugebauer E, Troidl H, Wood-Dauphinée S, Bullinger M, Eypasch E. Meran consensus conference on quality-of-life assessment in surgery. Part I. *Theor Surg* 1991; 6:123 -165
2. Bottomley A. The cancer patient and quality of life. *Oncologist* 2002; 7:120 - 125
3. ASCO. Outcomes of cancer treatment for technology assessment and cancer treatment guidelines. *J Clin Oncol* 1996; 14:671 -679
4. Bowling A. *Measuring Disease. A Review of Disease-specific Quality of Life Measurement Scales*. Buckingham: Open University Press, 2001
5. Koller M, Lorenz W. Quality of life: a deconstructions for clinicians. *J R Soc Med* 2002, 95:481-488
6. Skevington S. Measuring quality of life in Britain. Introducing the WHOQOL-100. *J Psychosom Res* 1999; 47: 449-459
7. EuroQol Group. *EuroQol EQ-5D user guide*. Rotterdam: Rotterdam Centre for Health Policy and Law, Erasmus University, 1996.
8. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-483
9. Fayers P, Aaronson N, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A. *EORTC QLQ-C30 Scoring Manual*, 3rd edn. Brussels: EORTC, 2001
10. Bernheim JL. How to get serious answers to the serious question: 'How have you been?' Subjective quality of life (QOL) as an individual experimental emergent construct. *Bioethics* 1999; 13: 272-287
11. National Mental Health Association. [depression-screening.org](http://www.depression-screening.org), 2006, <http://www.depression-screening.org>, posećeno 25/11/2006
12. Goldney R., Phillips P., Fisher L., Wilson D.. Diabetes, depression and quality of life. *Diabetes care* 2004; 27:1066-1070.
13. Hansson L. Quality of life in depression and anxiety. *International Review of Psychiatry* 2002 ; 14:185 – 189.
14. Zung,WW.A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 63-70.
15. Popovic V, Pekic S, Pavlovic D, Maric N, Jasovic-Gasic M, Đurović B, Medic Stojanoska M, Živkovic V, Stojanovic M, Doknic M, Milic N, Đurović M, Dieguez C, Casanueva FF. Hypopituitarism as a consequence of traumatic brain injury (TBI) and its possible relation with cognitive disabilities and mental distress. *J Endocrinol Invest*. 2004; 27(11):1048-1054.
16. Kelsen DP, Portenoy RK, Thaler HT et al. Pain and depression in patients with newly diagnosed pancreas cancer: *J Clin Oncol*. 1995; 13(3):748-755.
17. Aigner M, Forster-Streffleur S, Prause W, et al. What does the WHOQOL-Bref measure? Measurement overlap between quality of life and depressive symptomatology in chronic somatoform pain disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006; 41(1):81-86.
18. Bosc M. Assessment of social functioning in depression: *Compr Psychiatry*. 2000; 41(1):63-69.
19. Bosc M, Dubini A, Polin V , Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *Eur Neuropsychopharmacol* 1997; 7:57-70.

---

Nada Marić  
Institut za psihijatriju KCS  
Pasterova 2, 11000, Beograd  
Email [nadjamarić@yahoo.com](mailto:nadjamarić@yahoo.com)



# DA LI SE OSOBE SA POJEDINIM PSIHIJATRIJSKIM POREMEĆAJIMA RAZLIKUJU PREMA KOEFIJENTU INTELIGENCIJE?

Ana Munjiza<sup>1</sup>  
Dragan Stojiljković<sup>1</sup>  
Marija Dulović<sup>1</sup>  
Helena Rosandić<sup>2</sup>  
Nađa Marić<sup>2</sup>

UDK: 613.96:316.614/.77

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

<sup>2</sup> Institut za psihijatriju, Klinički centar  
Srbije, Beograd

**Kratak sadržaj:** *Uvod:* Proučavanjem psihijatrijskih poremećaja iz ugla neurorazvojnih principa i analizom njihovih neuropsiholoških specifičnosti, nameće se pitanje da li se osobe sa pojedinim psihijatrijskim poremećajima razlikuju prema IQ. *Cilj:* Ispitati da li je varijacija inteligencije, merene VITI testom, kod ispitanika adultne populacije lečenih psihijatrijski, povezana sa psihijatrijskom dijagnozom. *Metod:* Retrospektivno su analizirane istorije bolesti 111 bolesnika, dijagnoze: (1) neafektivne psihoze,  $n=31$ , (2) afektivno bipolarno duševno oboljenje,  $n=23$ , (3) depresivna epizoda i rekurentna depresija,  $n=26$  i (4) neurotski, stresogeni i telesno manifestni poremećaji,  $n=31$ ; prosečna starost  $36,7 \pm 8,7$  god., prosečno trajanje bolesti  $6,8 \pm 6,5$  god., sa posebnim osvrtom na rezultate VITI testa inteligencije (ukupni, verbalni i manipulativni IQ). *Rezultati:* Statistički značajno niže vrednosti ukupnog IQ su utvrđene kod osoba sa neafektivnom psihozom ( $90,7 \pm 10,9$ ), u poređenju sa osobama sa neurotskim, stresogenim i telesno manifestnim poremećajem (IQ  $101,8 \pm 11,8$ ); afektivnim bipolarnim duševnim oboljenjem (IQ  $96,8 \pm 9,8$ ) kao i depresivnom epizodom i rekurentnom depresijom ( $97,8 \pm 11,0$ ). Srednje vrednosti verbalnog, kao i manipulativnog IQ-a su bile najviše kod osoba sa neurotskim, stresogenim i telesno manifestnim poremećajem ( $104,6 \pm 12,2$  i  $97,5 \pm 13,8$ ), a najniže kod osoba sa neafektivnom psihozom ( $93,0 \pm 10,6$  i  $88,3 \pm 13,8$ ). Grupe se nisu razlikovale prema ostalim ispitivanim parametrima, osim dužine bolesti. *Zaključak:* Psihijatrijski poremećaji kao što su neafektive psihoze, potiču iz delimično sličnog, oštećenog neuralnog supstrata (kognicije!), u kome se odvijaju i procesi čiji je korelat niz sposobnosti koje zovemo inteligencija. Otuda, niži IQ može se shvatiti i kao dodatni pokazatelj sveprožimajućih kognitivnih i strukturalnih oštećenja koja leže u osnovi teške psihijatrijske bolesti, ukoliko se pod "težinom" podrazumeva dubina psihopatologije i njena povezanost sa organskim.

**Cljučne reči:** inteligencija, shizofrenija, depresija, bipolarni poremećaj, anksiozni poremećaj

## UVOD

Inteligencija je pojam koji uključuje sposobnost pojedinca da misli racionalno, deluje svrsishodno i efikasno se nosi sa zahtevima okoline [1].

Malo koja psihička funkcija bila je predmet tolikih mistifikacija i predubeđenja kao što je to slučaj sa inteligencijom (IQ). Postojalo je uverenje da je shizofrenija bolest genijalnih ljudi, s druge strane verovalo se i da samo oligofrene osobe dobijaju ovu dijagnozu. Slično je bilo i sa drugim oboljenjima: bipolarni poremećaj često je povezivan sa izuzetnom nadarenošću i kreativnošću i o tome se diskutovalo na najvišem naučnom nivou. [2].

Istovremeno, postojalo je i uverenje da se osobe sa pojedinim psihijatrijskim poremećajima razlikuju po mnogim psihičkim funkcijama, ali ne i po IQ. Tokom osamdesetih, nekoliko autora pokazalo je da se psihopatologija i IQ ne povezuju specifično [3,4]

Za procenu inteligencije upotrebljavaju se različiti instrumenti, od malih kliničkih testova inteligencije, koji se koriste u svakodnevnom rutinskom radu, do usko specijalizovanih testova kojima sa uspešno mere kako opšti tako i specifični faktori inteligencije. Najviše korišćen test u savremenoj praksi jeste Veksler Individualni Test Inteligencije - VITI (Wechsler Individual Intelligence Scale - WAIS) [5].

Iako je danas procena intelektualnog statusa opšte prihvaćena i rasprostranjena u sklopu procene psihičkog statusa, tek su se zadnjih nekoliko godina pokrenula ispitivanja o uticaju koeficijenta inteligencije na rizik od oboljevanja, na razlike IQ skora među psihijatrijskim bolesnicima, kao i u toku bolesti. Tome je

značajno doprineo razvoj tehnologije na polju medicine, nove neuroimaging tehnike kao i razvoj neuropsihologije. Nova zapažanja su otvorila i veliki broj pitanja. Pokazano je da niži intelektualni kapaciteti pojedinca predstavljaju faktor rizika za neafektivne psihoze kao i za depresiju [6,7], ali se postavlja pitanje da li i koliko inteligencija kao dinamična karakteristika individue može varirati u toku bolesti i u kojim parametrima? Sve je izvesnija poveznost patohistološke slike bolesti, neuroendokrinoloških i promena u neurotransmisiji sa jedne strane i kognitivnog deficita na drugoj, no ostaje pitanje u kom stepenu promene koreliraju sa intelektualnim statusom, koliko IQ može biti protektivan faktor i/ili odlagati početak bolesti i težinu simptoma. Sa svakim novim otkrićem, postavlja se i neko novo pitanje!

## CILJ RADA:

Ispitati da li inteligencija, merena VITI testom, kod ispitanika adultne populacije lečenih psihijatrijski, značajno varira u odnosu na psihijatrijsku dijagnozu.

## METOD:

Retrospektivno su analizirane istorije bolesti bolesnika lečenih na Institutu za psihijatriju KCS, sa dijagnozama prema UKB X [8] grupisanim na sledeći način:

A-grupa: neafektivne psihoze (shizofrenija (F 20), akutna psihotična epizoda (F 23) i shizoafektivni poremećaj (F 25))

B - grupa: afektivno bipolarno duševno oboljenje (F 31)

C - grupa: depresivna epizoda i rekurantna depresija (F 32 i F 33)



D-grupa: neurotski, stresogeni i telesno manifestni poremećaji (fobijski anksiozni poremećaji (F 40), drugi anksiozni poremećaji (41), opsesivno-prisilni poremećaj (F 42) i reakcija na težak stresni poremećaj prilagođavanja (43).

Ostali kriterijumi uključivanja u studiju su bili: starost 20-50god. i minimalno završena osnovna škola. Kriterijumi za isključivanje iz studije su bili: neurološke bolesti, endokrinološke bolesti, oligofrenija, zloupotreba supstanci i dijagnostikovani poremećaj ličnosti.

Iz istorija bolesti pacijenata razmatrani su sledeći podaci: dijagnoza, pol, starost, godine obrazovanja, trajanje psihijatrijskog lečenja i rezultati VITI testa (IQ ukupni=IQ, IQ verbalni=IQ<sub>v</sub> i IQ manipulativni=IQ<sub>m</sub>).

VITI test je standardizovan test za procenu intelektualne sposobnosti (standardizaciju testa za zdravu populaciju, područja Srbije, uradili su Berger, Marković i Mitić, 1991.), koji daje informacije o verbalnoj i manipulativnoj inteligenciji. Konačni rezultat je ukupni koeficijent inteligencije (IQ). U okviru testa postoji 11 subtestova, od kojih svaki sadraži relativno homogene ajteme koji rastu po težini. Skala uključuje 6 verbalnih i 5 manipulativnih subtestova. Od verbalnih subtestova četiri (Rečnik, Informacije, Sličnosti, Shvatanje) mogu se označiti kao osnovni verbalni subtestovi, jer za uspešno rešavanje zahtevaju verbalne intelektualne sposobnosti, za razliku od ostala dva (Aritmetika, Ponavljanja), koji se koriste brojevima i njihovim odnosima, a zahtevaju verbalni odgovor. Od manipulativnih subtestova, tri (Mozaik, Sklapanje, Šifra) zahtevaju vizuelnu organizaciju materijala i integraciju sa motornom ma-

nipulacijom. U ostala dva manipulativna subtesta (Strip, Dopune) motorno izvođenje nije važan faktor postignuća, već se ovi subtestovi označavaju kao testovi vizuelne organizacije. Rezultati VITI testa upućuju na oštećenje inteligencije ukoliko je skor ispod 70. [5]

Pregledom istorija za poslednjih 5 godina (2000. god., 2002-2006.god., sa napomenom da su podaci za 2001.god. bili tehnički nedostupni) ustanovljeno je da je kod 111 bolesnika sa navedenim dijagnozama A-D postojao rezultat VITI testa, i ovi su subjekti uključeni u dalje analize.

Pri statističkoj obradi podataka korišćene su metode klasične deskriptivne statistike, a za procenu značajnosti razlike statistički analitički neparametarski test medijane kao i parametarski Studentov t-test. Prag statističke značajnosti je definisan na nivou  $p < 0,05$ .

## REZULTATI

U navedenom petogodišnjem periodu bilo je 111 subjekta koja su ispunjavala kriterijume za uključivanje u studiju, od toga 31 u grupi A; 23 u grupi B; 26 u grupi C i 31 u grupi D.

Prosečna starost ispitanika bila je  $36,7 \pm 8,7$  godina, gde statistički značajna međugrupna razlika postoji između pacijenata sa neafektivnom psihozom i depresijom ( $p < 0,05$ ). Razlika među grupama nije uočena prema godinama edukacije. Ženski pol je zastupljeniji u svim grupama ispitanika, sa ukupnim udelom od 60,4%. Bolest je najduže trajala kod ispitanika iz grupe B (videti tabelu 1).

Analiza ukupnog IQ-a u ispitivanom uzorku ukazala je na statistički najniže

vrednosti kod osoba sa neafektivnom psihozom ( $90,7 \pm 10,9$ ), u poređenju sa osobama sa neurotskim, stresogenim i telesno manifestnim poremećajem (IQ  $101,8 \pm 11,8$ ); afektivnim bipolarnim duševnim oboljenjem (IQ  $96,8 \pm 9,8$ ) kao i depresivnom epizodom i rekurentnom depresijom ( $97,8 \pm 11,0$ ).

Srednje vrednosti IQ-v su bile najviše kod osoba sa neurotskim, stresogenim i telesno manifestnim poremećajem ( $104,6 \pm 12,2$ ), a najniže kod osoba sa neafektivnom psihozom ( $93,0 \pm 10,6$ ). Srednje vrednosti IQ-v kod ostalih grupa bile su  $100,3 \pm 12,7$  kod afektivnog bipolarnog duševnog oboljenja i  $101,4 \pm 13,8$  kod depresivne epizode i rekurentne depresije. Srednje vrednosti IQ-m su najniže kod pacijenata sa neafektivnom psihozom ( $88,3 \pm 13,8$ ), dok su najviše vrednosti kod pacijenata sa neurotskim, stresogenim i telesno manifestnim poremećajem ( $97,5 \pm 13,8$ ). IQ-m pacijenata sa afektivnim bipolarnim duševnim oboljenjem je bio ( $92,35 \pm 9,61$ ), a za njima slede pacijenti sa depresivnom epizodom i rekurentnom depresijom ( $95,0 \pm 10,4$ ).

Međugrupno poređenje IQ i IQ-v je pokazalo statistički značajnu razliku između pacijenata sa neafektivnom psihozom i pacijenata sa depresivnom epizodom i rekurentnom depresijom, kao i među pacijentima sa neafektivnom psihozom i afektivnim bipolarnim duševnim oboljenjem ( $p < 0,05$ ). Analiza istih parametara između pacijenata sa neafektivnom psihozom i pacijenata sa neurotskim, stresogenim i telesno manifestnim poremećajem je pokazala visoku statističku značajnost. Poređenjem IQ-m statistički značajna razlika uočena je između pacijenata sa neafektivnom psihozom i

pacijenata sa depresivnom epizodom i rekurentnom depresijom, kao i između pacijenata sa neafektivnom psihozom i pacijenata sa neurotskim, stresogenim i telesno manifestnim poremećajem.

## DISKUSIJA

U aktuelnom istraživanju pokazano je da se osobe sa pojedinim psihijatrijskim poremećajima razlikuju prema IQ, i to tako da je najniža vrednost kod pacijenata sa neafektivnim psihozama, a najviši IQ imali su pacijenti sa anksioznim poremećajima. Prema rezultatima ove studije, konstatovali smo da težina duševne bolesti stoji u obrnutoj proporciji sa IQ, ukoliko se pod "težinom" smatra dubina psihopatologije i njena povezanost sa organskim. Pri ispitivanju verbalne i manipulative inteligencije uočen je isti trend, pri čemu je univerzalno niži IQ-m od IQ-v.

Rezultati naše studije poklapaju se sa podacima iz literature, gde je pad manipulativnog koeficijenta inteligencije veći od pada verbalnog kod psihoze [9,10,11] tj. veći kod negativnog podtipa shizofrenije u odnosu na prognostički i klinički povoljniji pozitivni subtip [12].

Međugrupno poređenje ispitivanih dijagnostičkih kategorija po vrednostima inteligencije (IQ, IQ-v i IQ-m) dobijenih VITI testom ukazuju na definitivno najveći pad intelektualnih sposobnosti u toku bolesti kod pacijenata sa shizofrenijom. Interesantno je i to da nije pokazana statistički značajna razlika između pacijenata sa anksioznim poremećajem i pacijenata sa bipolarnim poremećajem i depresijom ni u jednom od navedenih parametara VITI testa. Takav podatak nam ukazuje da iako su imali bolji učinak na

VITI testu, njihovi skorovi ne odudaraju drastično od rezultata testova pacijenata sa osatalim ispitivanim psihijatrijskim dijagnozama. Takođe razlika nije uočljiva ni među pacijentima sa depresijom i bipolarnim poremećajem.

Dosadašnja istraživanja su jasno pokazala da premorbidno niži koeficijent inteligencije, kod pacijenata sa depresijom i shizofrenijom, korelira sa većom učestalosti oboljevanja. [6,7]. Pokazano je da, srazmerno sa progresijom shizofrenije, vrednost IQ skora opada, dok se za depresiju, po dosadašnjim podacima iz literature, navodi samo osiromašenje manipulativne inteligencije [13,14, 11]. Iste studije nisu pokazale značajnu povezanost između vrednosti IQ i frekvence oboljevanja kod bipolarnog poremećaja [6,7]. Takođe, u literaturi nema navoda hipoteze da dolazi do propadanja intelektualnih sposobnosti. Samim tim, za očekivati je da su niže vrednosti inteligencije, kako premorbidno tako i u toku bolesti, kod depresije u odnosu na bipolarni poremećaj. No, istraživanja Van Beck-a i saradnika pokazuju da sa većim brojem maničnih epizoda i dužim trajanjem bolesti dolazi do pada IQ [15]. Time bi se delimično mogli objasniti naši rezultati, s obzirom da u našem istraživanju pacijenti sa bipolarnim poremećajem imaju najduže trajanje bolesti.

U prilog naših rezultata idu i neuroimaging studije, koje koreliraju intelektualne sposobnosti sa težinom neuroanatomskih patoloških promena [16-19]. Pokazano je da su najveće patološke promene, neuroanatomski gledano, kod pacijenata sa shizofrenijom (prevashodno komorska dilatacija i redukcija sive mase, [14,20]. Po gradaciji težine promena

sledi bipolarni poremećaj (manji temporalni režanj [21]; promene na frontalnom režnju, bazalnim ganglijama i periventricularno [22, 23]. Za pacijente sa depresijom se ne navode patohistološke promene (što ne podrazumeva već pokazane promene na molekularnom nivou). Veza patohistoloških promena i kognicije definitivno postoji, ali nije dovoljno razjašnjena.

O vezi anksioznih poremećaja i IQ malo je publikovano. Nema sumnje da akutni strah i stres dovode do angažovanja svih kognitivnih kapaciteta radi prevazilaženja izvesne neprijatnosti, stoga je moguće pretpostaviti da bi IQ bio viši, ali prolongirani strah kakav se viđa kod osoba sa anksioznim poremećajem sigurno nije povoljan stimulus. Uostalom kod osoba sa najizraženijim hendikepom od stresa, onih sa posttraumantskim stresnim poremećajem, dolazi i do strukturalnih promena u vidu smanjenja volumena hipokampusa [24], što se odražava na neuropsihološkom, a samim tim i na planu inteligencije.

U zaključku, ističemo da se IQ mora razmatrati kao faktor povezan sa patogenezom teških duševnih bolesti, ali da li je IQ protektivan faktor ili ne, kao što tvrdi Zammit i sar. [7] ostaje da se utvrdi. Mi ne znamo da li je neurorazvoj funkcija inteligencije raniji, a neurorazvoj abnormalnosti koje će predisponirati shizofreniju, na primer, sledi iza toga. Međutim, prema aktuelnim konceptima prenatalnih neuronauka, logičnije je pretpostaviti da se bolesti, kao što su neafektive psihoze, ispoljavaju iz delimično sličnog oštećenog neuralnog supstrata (kognicije). Otuda, sniženje IQ bi bilo samo dodatni pokazatelj sveprožimajućih kognitivnih i

strukturalnih abnormalnosti u teškoj psihijatrijskoj bolesti, ukoliko se pod “težinom” podrazumeva dubina psihopatologije i njena povezanost sa organskim. Na

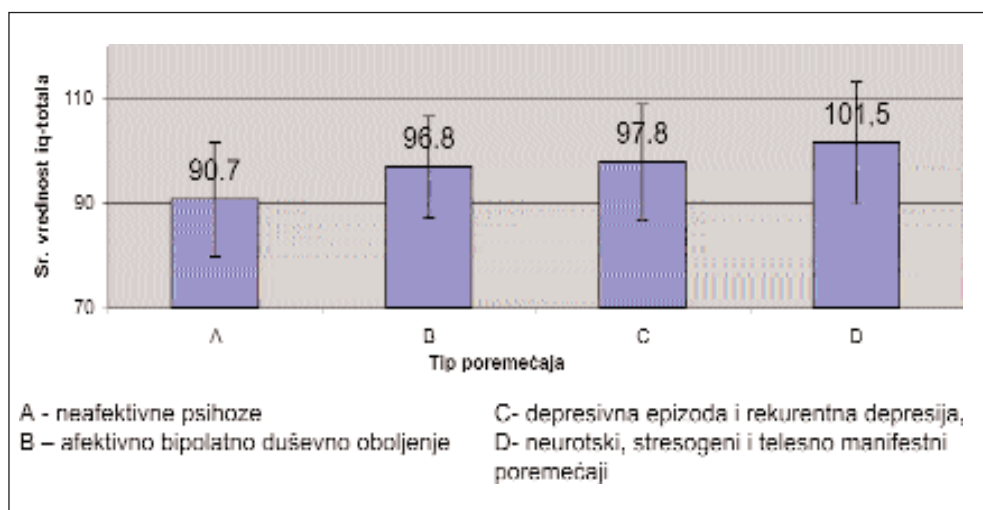
kraju, napominjemo da ovo istraživanje daje odličnu osnovu za dalja prospektivna i kontrolisana istraživanja na temu inteligencije i psihopatologije.

## PRILOG

*Tabela 1.* Socio-demografski podaci ispitanika.

	%	muški pol %	starost (godine)	školovanje (godine)	trajanje bolesti (godine)
neafektivne psihoze, n = 31	27,9	48,4	34,7±7,9	12,0±2,0	7,8±5,5
afektivno bipolarno duševno oboljenje, n = 23	20,7	26,1	35,3±8,2	12,7±2,8	9,3±6,8
depresivna epizoda i rekurentna depresija, n = 26	23,4	30,8	39,3±7,6	12,7±2,3	5,1±5,3
neurotski, stresogeni i telesno manifestni poremećaji, n = 31	27,9	48,4	36,3±10,2	12,5±1,9	5,4±7,5
<b>ukupno, n = 111</b>	<b>100,0</b>	<b>39,6</b>	<b>36,3±8,6</b>	<b>12,5±2,2</b>	<b>6,8±6,5</b>

*Grafikon 1.* Vrednosti ukupnog koeficijenta inteligencije u zavisnosti od dijagnoze.



Grafikon 2. Vrednosti verbalnog i manipulativnog koeficijenta inteligencije u zavisnosti od dijagnoze

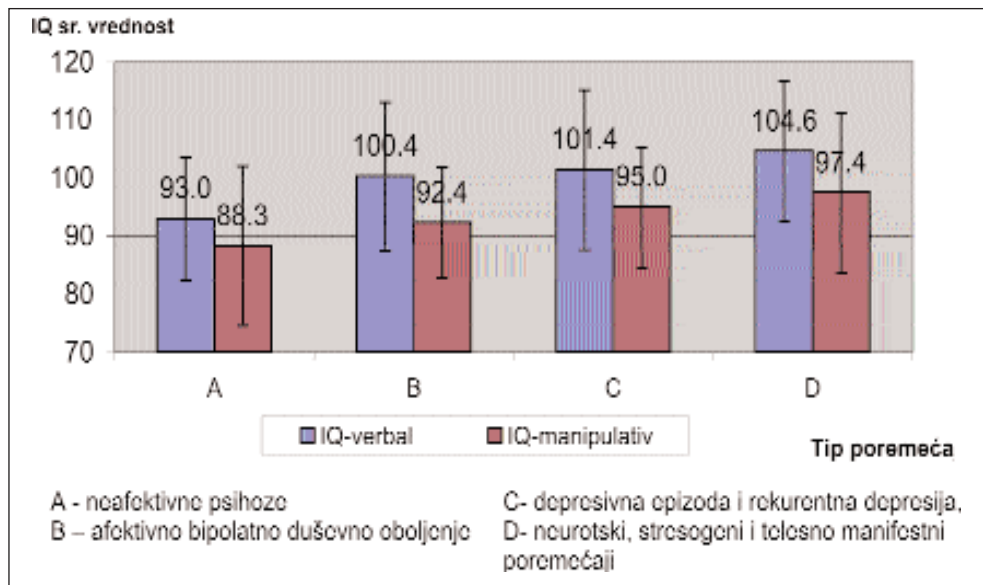


Tabela 2. Nivoi značajnosti razlike međugrupnog poređenja vrednosti inteligencije izračunati t-testom

B	0,04 *	0,03 *	0,21						
C	0,02 *	0,01 *	0,04 *	0,73	0,78	0,36			
D	0,00 ***	0,00 ***	0,01 *	0,12	0,22	0,11	0,23	0,36	0,44
	IQ	IQv	IQm	IQ	IQv	IQm	IQ	IQv	IQm
	A			B			C		

A -neafektivne psihoze  
 B –afektivno bipolarno duševno oboljenje  
 C-depresivna epizoda i rekurentna depresija,  
 D-neurotski, stresogeni i telesno manifestni poremećaj

Podaci su prikazani kao nivoi statističke značajnosti (p), pri čemu su statistički značajne razlike označene sa \* ( p<0,05), a visoko statistički značajne razlike sa \*\*\* ( p<0,01).

# IS THERE ANY DIFFERENCE IN COEFFICIENT OF INTELLIGENCE AMONG TYPES OF PSYCHIATRIC DISORDERS?

Ana Munjiza<sup>1</sup>  
Dragan Stojiljković<sup>1</sup>  
Marija Dulović<sup>1</sup>  
Helena Rosandić<sup>2</sup>  
Nađa Marić<sup>2</sup>

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

**Summary:** *Introduction:* Evaluation of the psychiatric disorders from neurodevelopmental and neuropsychological perspective posted a question if there was any difference in IQ among types of psychiatric disorders. *Objective:* To analyze if there is any difference in IQ, measured by WIAS, among adult patients with different types of psychiatric disorders. *Method:* Retrospective analysis of 111 medical psychiatric records has been performed, including the subjects who were diagnosed as (ICD X): (1) non-affective psychosis, n=31, (2) bipolar disorder, n=23, (3) depressive episode and recurrent depression, n=26 and (4) neurotic, stress-induced and somatoform disorders, n=31; mean age 36.7±8.7 years, mean illness duration 6.8±6.5 years. WAIS results (total IQ, manipulative IQ and verbal IQ) were analysed further on. *Results:* Statistically significant difference was found in terms of IQ in subjects with non-affective psychosis (90.7±10.9) in comparison to subjects diagnosed as neurotic, stress induced and somatoform disorder (IQ 101.8±11.8); subjects with bipolar disorder (IQ 96.8±9.8) and subjects with depressive episode and recurrent depression (97.8±11.0). The highest mean WAIS IQ-verbal and IQ-manipulative scores were found in subjects with neurosis, stress-induced and somatoform disorder (104.6±12.2 and 97.5±13.8), while persons with non-affective psychosis scored the lowest (93.0±10.6 and 88.3±13.8). No other between group differences have been found, except those considering illness duration.

*Conclusion:* It can be assumed that the non-affective psychoses and intelligence deficiency share a similar, abnormal neural basis (related to cognition!). Thus, lower IQ in subjects with non-affective psychosis could be recognized as an additional mark of widespread cognitive and structural brain abnormalities that underlie severe mental illness, qualified as a “severe” on the basis of its profound psychopathology and neurobiological origins.

**Key words:** Intelligence, schizophrenia, depression, bipolar disorder, anxiety

## Literatura:

1. Wechsler D. (1958). The measurement and appraisal of adult intelligence. (4th ed.). Baltimore, MD: The Williams & Wilkins Company.
2. Andreasen NC. Creativity and mental illness: prevalence rates in writers and their first-degree relatives. *Am J Psychiatry* 1987;144(10):1288-92.
3. Gaines T Jr, Morris R. Relationships between MMPI measures of psychopathology and WAIS subtest scores and intelligence quotients. *Percept Mot Skills*. 1978;47(2):399-402.
4. Twamley EW, Hami S, Stein MB. Neuropsychological function in college students with and without posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Res*. 2004;126(3):265-74.
5. Gardner H, Kornhaber ML, Wake WK. Inteligencija: različita gledišta. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1999.
6. Gunnell D, Harrison G, Rasmussen F, Fouskakis D, Tynelius P. Associations between premorbid intellectual performance, early-life exposures and early-onset schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry* 2002; 181:298-305.
7. Zammit S, Allebeck P, Anthony SD, Dalman C, Hemmingsson T, Lundberg I, Lewis G. A longitudinal study of premorbid IQ score and risk of developing Schizophrenia, Bipolar Disorder, Sever Depression and other nonaffective psychosis. *Archives of General Psychiatry* 2004; 61:354-360.
8. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva, Switzerland: the Organization, 1992.
9. Heinrichs RW, Zakzanis KK. Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology* 1998; 12:426-445.
10. Quraishi S, Frangou S. Neuropsychology of bipolar disorder: a review. *Journal of affective disorders* 2002; 72:209-226.
11. Gorlyn M, Keilp JG, Oquendo MA, Burke AK, Sackeim HA, John Mann J. The WAIS-III and depression: absence of VIQ/PIQ differences. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2006; 28:1145-1157.
12. Cvetić T., Vuković O. Cognitive deficit in schizophrenia: comparative analysis of positive and negative subtype and predictors of positive subtype. *Psychiatr Danub*. 2006; 18(1-2):4-11.
13. Rabinowitz J, Reichenberg A, Weiser M, Mordechai M, Kaplan Z, Davidson M. Cognitive and behavioural functioning in men with schizophrenia both before and shortly after first admission to hospital. *The British Journal of Psychiatry* 2000; 177:26-32.
14. Maric N, Kamer T, Schneider Axmann T, Dani I, Jasovic Gasic M, Paunovic VR, Falkai P. Volumetric analysis of gray matter, white matter and cerebrospinal fluid space in schizophrenia. *Srp Arh Celok Lek*. 2003;131(1-2):26-30.
15. Cavanagh JTO, Van Beck M, Muir W, Blackwood DHR. Case-control study of neurocognitive function in euthymic patients with bipolar disorder: an association with mania. *The British Journal of Psychiatry* 2002; 180:320-326.
16. Ferrier IN, Thompson JM. Cognitive impairment in bipolar affective disorder: implications for the bipolar diathesis. *The British Journal of Psychiatry* 2002; 180:293-295.
17. Beyer JL, Krishnan KR. Volumetric brain imaging findings in mood disorders. *Bipolar Disorders* 2002; 4:89-104.
18. Walker J, Curtis V, Shaw P, Murray RM. Schizophrenia and bipolar disorder are distinguished mainly by differences in neurodevelopment. *Neurotox Res* 2002; 4:427-436.
19. Wright IC, Rabe-Hesketh S, Woodruff PW, David AS, Murray RM, Bullmore ET.



Meta-analysis of regional brain volumes in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157:16-25.

20. Schneider-Axmann T, Kamer T, Moroni M, Maric N, Tepest R, Dani I, Honer WG, Scherk H, Rietschel M, Schulze TG, Muller DJ, Cordes J, Schonell H, Steinmetz H, Gaebel W, Vogeley K, Kuhn KU, Wagner M, Maier W, Traber F, Block W, Schild HH, Falkai P. Relation between cerebrospinal fluid, gray matter and white matter changes in families with schizophrenia. *J Psychiatr Res.* 2006; 40(7):646-655.
21. Swayze V, Andreasen NC, Alliger RJ. Subcortical and temporal structures in affective disorder and schizophrenia: a magnetic resonance imaging study. *Biological Psychiatry* 1992; 31:221-240.
22. Sax KW, Strakowski SM, Zimmerman ME. Frontosubcortical anatomy and the continuous performance test in mania. *American Journal of Psychiatry* 1999; 156:139-141.
23. Ali SO, Denicoff KD, Altshuler LL. A preliminary study of neuropsychological performance to neuroanatomic struc-

tures in bipolar disorder. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioural Neurology* 2000; 13:20-28.

24. Kadojić D, Obradović M, Čandrić M, Filaković P. Neurobiological and clinical consequences of post-traumatic stress disorder. *Acte Clin Croat* 2000; 39:89-94.

---

**Ana Munjiza**  
Visokog Stevana 18, 11000 Beograd  
Telefon: +381112180363  
          +381642207331  
E-mail: [munjiza@ptt.yu](mailto:munjiza@ptt.yu)

I biblija sadrži reči-“ i bi poruka”, dakle još od tog vremena je bilo važno da uspostavimo dijalog jedni sa drugi-



# UTICAJ SAVREMENE MASOVNE KOMUNIKACIJE NA SOCIJALNU INTERAKCIJU MLADIH

Mirjana Zebić  
Tijana Cvetić  
Olivera Vuković  
Miroslava Jašović-Gašić

UDK: 616.89-008-07:316.613.62

Institut za psihijatriju,  
Klinički centar Srbije, Beograd

ma. Komunikacija nas može i približiti i udaljiti, ona predstavlja i radnju i stanje, potpuno je neotuđiva od razmišljanja, postojanja i samog življenja i naše spoznaje sveta oko sebe. Može se reći da ona čini osnovu opstanka čoveka jer čovek je društveno biće i u stalnom je kontaktu sa drugim ljudima. Ljude razlikujemo po veštini, odnosno kompetentnosti komuniciranja koja pokazuje uspešnost ostvarivanja individualnih, ali i relacijskih ciljeva. Komunikacija se može kategorisati u 4 grupe-intrapersonalna komunikacija pod kojom podrazumevamo komunikaciju koju subjekt obavlja sa samim sobom, npr. kada rešavamo neki problem, pišemo dnevnik I tada je subjekt istovremeno i pošiljalac i primalac poruke, interpersonalna komunikacija- komu-

*Kratak sadržaj:* Komunikacija predstavlja osnov ljudskog opstanka, jer je čovek društveno biće i u stalnom je kontaktu sa drugim ljudima. Internet, mobilna telefonija i drugi moderni izvori komunikacija postali su sastavni deo naše svakodnevnice. Kao i odrasli, i deca imaju potrebu da komuniciraju na različite načine, što u današnje vreme podrazumeva i upotrebu najnovijih specifičnih oblika tehnologije. Uticaj moderne tehnologije na svakodnevni život pojedinca još uvek nije dovoljno istražen, te iz rezultata postojećih istraživanja nije moguće izvesti jednoznačan zaključak.

*Cljučne reči:* komunikacija, sredstva masovne komunikacije, adolescenti

nikacija između najmanje dve osobe (licem u lice, telefonom), a može i između više osoba npr. porodični ručak, grupna komunikacija- komunikacija u okviru grupe ili između dve ili više grupa- komunikacija u maloj grupi ili u velikoj grupi- publika na stadionu ili zaposleni u velikoj korporaciji, masovna komunikacija- komunikacija u kojoj učestvuje ogroman broj učesnika bez razlike na profesionalni, uzrasni, itd. status koja je moguća posredovanjem medija masovnog komuniciranja. Elektronska oprema koja služi kao medij komunikacije obuhvata centralne kompjutere, mikrokompjutere, personalne računare, sistem elektronske pošte, pisaće mašine, "bipere", mobilne telefone.

Ono što se dogodilo u proteklih nekoliko godina može se slobodno nazvati ‘tehnološkom revolucijom’. Internet, mobilna telefonija i drugi moderni izvori komunikacija postali su sastavni deo naše svakodnevnice. Danas je u svetu gotovo 1,5 milijardi korisnika mobilnih telefona, što čini četvrtinu svetske populacije. Mobilni telefon je forma tehnologije koja je dobila pečat personalnosti, privatnosti. Prenosne računare sa sobom nosi tek mali broj ljudi, a osim toga, ona nemaju tu “personalnu” konotaciju koju imaju mobilni telefoni. Moderni mobilni svojim vlasnicima, osim svoje osnovne funkcije, nude i priliku za samoizražavanjem, kroz mogućnost izbora melodije zvona i wallpapera. U isto vreme, sposobnost mobilnog telefona da nas sa drugim ljudima poveže koristeći nevidljive radio-talase je gotovo magična – štaviše, ideja pronalazača telefona Alexandera Grahama Bella bila je podstaknuta potrebom za razvijanjem sposobnosti za nadprirodnom ili duhovnom komunikacijom. Do danas, telefoni su zadržali svoju misterioznu konotaciju: npr. ljudi koji u Kini učestvuju u Festivalu Gladnog Duha spaljuju papirnate makete u prirodnoj veličini – od televizora do mobilnih telefona – „kako bi njihovi mrtvi mogli uživati u tim stvarima u zagrobnom životu“.... Čak i telefonski brojevi mogu imati nadprirodne konotacije: nedavno je u Pekingu jedan čovjek telefonskoj kompaniji platio ogromnu novčanu sumu kako bi dobio srećan telefonski broj. U kantonskom kineskom, reč za broj 4

zvuči isto kao i reč “smrt”, i stoga se broj 4 smatra nesrećnim, dok reč za broj 8 zvuči kao “sreća”, pa se broj osam smatra srećnim. Stoga nije neobično da čak i stranci koji žive u tom delu Kine plaćaju velike iznose kako bi im bili dodeljeni srećni telefonski brojevi. Govorna komunikacija i dalje predstavlja najviše korišćenu funkciju na mobilnim telefonima, a iza nje slijedi SMS poručivanje. Funkcionalnosti poput snimanja video isečaka, igara i gledanja TV programa na mobilnom terminalu najviše zanimaju osobe koje privlače nove tehnologije i te usluge još nisu zanimljive većini korisnika. Mlađi korisnici su privučeni naprednim uslugama koje im nude bogatije komunikacijske mogućnosti poput slanja slika i video isečaka te usluga namenjenih zabavi korisnika, kao što su muzika i igrice. Starije korisnike više privlače usluge koje nude razne pogodnosti i funkcionalnost u svakodnevnom životu. Mladi ljudi su pokretačka snaga globalnog razvoja telekomunikacija. Oni definišu značenje novih usluga i aplikacija, kada i zašto se nove usluge koriste. Upravo stoga, industrija obraća posebnu pažnju na ponašanje i navike mlađih korisnika u ovom području. Mobilni telefoni imaju i značenje modnog dodatka ili trenda uz sredstvo za zabavu i lakoću i mogućnost slanja i primanja poruka u bilo kom trenutku. Poznato je da postojeće društvene norme formiraju i karakter svojih članova tzv.društveni karakter. Želja za sticanjem, održavanjem i uvećanjem vlasništva, poseđovanjem što savremenijih marki

proizvoda, je osnovna karakteristika društvenog razvoja, ali u takvom odnosu vlasnika prema svom mobilnom telefonu mogu postojati i elementi depersonalizacije tj. on nije konkretan predmet koji ima određenu funkciju već je simbol statusa, moći, deo identiteta, sredstvo samopotvrđivanja i uvažavanja od strane drugih. Sticanje-kratkotrajno imanje i kratkotrajna upotreba –pa odbacivanje (ili novčano povoljna zamena za bolji model) tj. novo sticanje predstavlja zatvoreni krug potrošačkog mentaliteta. “Moje vlasništvo konstituše mene i moju vrednost, ja sam ono što imam.” Stvari su dakle zamena za doživljaj identiteta, slike koju želimo da drugi, ali i mi imamo o sebi [1]. Ovakav način mišljenja u adolescenciji može se shvatiti i kao odraz emocionalne nezrelosti, nedostatka samosvesti, sigurnosti u sebe, potrebe da se kroz posedovanje realizuje pripadnost socijalnoj grupi.

Iako su mobilni telefoni i kompjuteri primarno zamišljeni kao radna sredstva poslovnih ljudi, u novije vreme se beleži sve veći porast korišćenja moderne tehnologije kod sve mlađe populacije. Zanimljivo je, da je samo nekoliko godina unazad, trend SMS i e-mail komunikacije koje su prihvatili adolescenti, vrlo brzo prešao na tinejdžere, a u današnje vreme i na mlađu decu, te su tako vrlo retki slučajevi osnovnoškolske dece koja ne znaju da pošalju SMS poruku ili se služe Internetom. Zanimljivo je pitanje zašto ljudi preferiraju komunikaciju putem SMS poruka, a ređe uspostavljaju pozive iako oni, realno, omogućuju puno

bržu i dinamičniju razmenu informacija. Odgovor se možda krije u tome što je komunikacija putem SMS poruka pouzdanija (nema straha od prekida mreže, a i može se slati na ogromne udaljenosti bez smetnji veze), privatnija (naročito za tinejdžere koji se žele poveriti prijateljima ili međusobno koketirati, a ne žele se dovesti u situaciju da roditelji čuju njihov razgovor), diskretnija (posebno za ljude koji svoje privatne razgovore vode u javnosti) i pristupačnija [2]. Možda zbog svojih prednosti, a možda zbog popularnosti mobilnih telefona i SMS komuniciranja koje delom nameću mediji, a delom društvo u kojem živimo, pisanje poruka postaje sve omiljeniji oblik komuniciranja. Porast popularnosti SMS poruka najočigledniji je kod tinejdžera, a zatim i kod adolescenata [1]. Komunikacija SMS porukama proširila se neverovatnom brzinom. One su postale ne samo interpersonalno sredstvo komuniciranja poslovnih partnera i saradnika, već i članova porodica, prijatelja i kolega. SMS poruka postoji kao omiljeni način komuniciranja koji omogućuje raznolikost sadržaja i specifičnost jezika korištenog u poruci. SMS poruke postoje kao dobar razlog za grupno druženje i adolescenti često izjavljuju da im je lakše da izraze emocije putem poruke nego putem direktnog kontakta s nekom osobom, te korišćenje mobilnog vide kao sredstvo za izgradnju boljih veza sa vršnjacima. Mladi ljudi najviše koriste nove načine komuniciranja jer su otvoreniji za promene, brže uče i usvajaju pravila, (pisanje SMS poruka zahteva određenu

motoričku spretnost i apstraktnu sposobnost povezivanja jedne tipke sa većim brojem znakova), bolje se osećaju koristeći takav oblik komuniciranja, i doživljavaju ga kao pozitivan dodatak ostalim oblicima komunikacije. Adolescenti, kao i tinejdžeri, koriste mobilni u svojoj komunikaciji sa vršnjacima upravo zato što osigurava privatnost i donekle, barem više od kućnog, porodičnog telefona, garantuje pristup upravo onoj osobi kojoj je poziv upućen ili poruka namenjena, sa minimalnom mogućnošću da informacija dopre do pogrešne osobe (npr. do znatizeljnih roditelja) [2]. Adolescenti koriste mobilne telefone za razne aktivnosti – od ‘čavrljanja’ sa prijateljima, preko ugovaranja i otkazivanja sastanaka, do razgovora o ozbiljnim temama i problemima, od razmenjivanja informacija i postavljanja pitanja, do slanja podsetnika. Ipak, omiljeni sadržaji SMS poruka adolescenata su dogovori za viđanja, čemu ide u prilog i informacija da se veći broj SMS poruka među adolescentima razmeni vikendom koji predstavlja pogodno vreme za druženje. Zanimljivo je da devojke češće putem SMS poruke pozivaju mladiće na sastanak. S obzirom na to da poziv na sastanak kao moguću reakciju ima odbijanje druge strane, a SMS u tom slučaju nudi manje neugodnosti nego telefonski razgovor, moguće je da devojke upravo zato biraju ovaj oblik komunikacije [2]. Različita istraživanja pokazuju da devojke i u drugim situacijama češće šalju i primaju poruke nego mladići, što je u skladu s istraživanjima koja pokazuju da su žene uop-

šteno aktivnije u svim oblicima komunikacije.

Jedno od istraživanja sa tinejdžerima, tj. mladim ljudima koji se nalaze u kritičnom razvojnom periodu kada odnosi sa vršnjacima igraju važnu ulogu za njihov dalji razvoj i kada su oni sami potencijalno vrlo osetljivi na uticaj okoline, krenulo je od pretpostavke da je razumevanje svrhe korišćenja mobilnih telefona i percepcija uticaja korišćenja mobilnih telefona na vršnjačke odnose, vrlo važno za praćenje mentalnog zdravlja dece u razvoju. Tinejdžeri istraživanog uzorka većinom su izveštavali da pozive putem mobilnog telefona koriste ređe od SMS poruka, i to sa svrhom javljanja ili prenošenja važnih informacija članovima porodice. S druge strane, poruke, kao omiljeni način komuniciranja, koriste puno češće, naročiti u komunikaciji s prijateljima, svojim vršnjacima [3]. SMS poruke koje šalju i primaju različitih su sadržaja, te često obuhvaćaju šale, pitanja, dogovore za razna druženja, ogovaranja ili tračeve, čak i ozbiljne probleme, a kod malo starijih tinejdžera i pozive na sastanke. Rezultati istraživanja Kasesniemi i Rautiainena sugerišu da dečaci šalju kraće SMS poruke od devojčica te, za razliku od devojčica, ne koriste ogovaranja ili tračeve kao sadržaj poruka [2]. Devojčice pak, sadržaje svojih poruka rado dele sa svojim prijateljicama i na neki način preferiraju SMS poruke kao dobar razlog za grupno druženje.

Istraživanje na uzorku 578 srednjoškolskih tinejdžera iz Japana, pokazalo je da velik procenat dece (55%)

smatra da je lakše izraziti emocije putem poruke nego kod direktnog kontakta sa nekom osobom. Što se tiče pitanja uticaja mobilnih na komunikaciju i vršnjačke odnose, mnogi tinejdžeri su saopštavali kako "korištenje mobilnih omogućuje brojnije i dublje interpersonalne odnose te da korištenje mobilnih omogućuje izgradnju boljih veza sa vršnjacima". Iz navedenog jasno proizlazi pitanje koje se javlja kod većine odraslih ljudi: ne zanemaruje li se, naglašavanjem SMS povezanosti među decom, izgradnja međuljudskih odnosa na temelju direktnog kontakta sa vršnjacima? Na ovo pitanje, različiti istraživači daju različite odgovore. S jedne strane istraživači smatraju da se komunikacijom putem SMS poruka, na neki način, ljudi otuđuju jedni od drugih [2], a s druge strane istraživači pozitivnijeg gledišta smatraju da ovakav oblik komunikacije samo učvršćuje međuljudske odnose [3]. U skladu s tim je i podatak koji govori da su ispitanici koji su izveštavali da imaju puno prijatelja češće koristili SMS poruke, a čini se sa svrhom poboljšanja svojih interpersonalnih odnosa. Naravno moguće su i negativne strane npr. nasilje putem SMS poruke koje podrazumeva bilo kakav oblik poruke zbog koje se osoba oseća neugodno ili joj se na taj način preti a može biti tekstualna, videoporuka i fotografija, odnosno, bilo kakva višestruko slana poruka kojoj je cilj uvreda, pretnja i nanošenje bilo kakve štete vlasniku mobilnog telefona. Uglavnom se radi o oblicima komunikacije koji traju duže vreme, osim kod direktnih jednokratnih pretnji smrću,

povredom i slično. Kao i kod pravog zlostavljanja, problem nije toliko u sili, koliko u omalovažavanju. Stoga takav problem često neprimetno prolazi pored roditelja, koji će pre primetiti psovke i neprimereno ponašanje nego činjenicu da je njihovo dete predmet vređanja.

Moderna tehnologija je omogućila neprestanu dostupnost, što ima svoju i dobru i lošu stranu, veća je isprepletanost profesionalnog i privatnog života pojedinca, a time i mogućnost stresa i problema u drugim aspektima psihičkog funkcionisanja uključujući psihosocijalnu prilagođenost. Upotreba mobilnih telefona je omogućila i veću kontaktibilnost, ali i interpersonalnu kontrolu nad potrebama za bliskošću, ali i distancom. Nedostatak ubedljivih objašnjenja o razlozima "nedostupnosti" su takođe čest razlog interpersonalnih konflikata. Roditelji kao motiv kupovine mobilnih telefona deci često navode svoju psihološku potrebu za smanjivanjem strepnje, brige oko dece, kontrole njihovog kretanja što je naravno razumljivo, ali se zaboravlja da razvoj tehnike ne može da nadomesti važne aspekte sadržaja komunikacije: iskrenost, otvorenost, poverenje [4]. Osim toga, instant, telegrafski način ophođenja koji njihova deca primenjuju u korišćenju mobilnih postaje je generalizovan i na "žive", direktne kontakte, osiromašujući komunikaciju. Komunikacija naime, sadrži i neverbalni aspekt-čak 55% informacija se prenosi pokretima, izrazima lica i očiju, pokretima ruku, držanjem i udaljenošću tela,. I ona uglavnom prenosi

emocionalni odnos informacije koju iznosimo.

Rezultati istraživanja britanskog Instituta za psihijatriju su otkrili da su čak 62% ispitanika pokazivali tendenciju ka zavisnosti time što su proveravali svoju elektronsku poštu, poruke na mobilnom i kada su na odmoru i kada su kod kuće. Čak njih 50 % odgovaralo je na poruke najbrže što može, a 21% priznaje da bi prekinuli važan sastanak da bi odgovorili na poruke. Novija tehnologija može da poveća produktivnost, ali preterana upotreba, na osnovu naučnih istraživanja smanjuje inteligenciju korisnika. Kod prekomernih korisnika elektronske pošte i mobilnih telefona je zabeležen pad koeficijenta inteligencije za 10 %, što je dva puta veći pad od onoga evidentiranog kod korisnika marihuane. Istraživanje Thomée i sar. je pokazalo da je učestalo korišćenje moderne informacijske i komunikacijske tehnologije rizičan faktor za razvoj psihičkih simptoma među adolescentima i da je količina sati izloženosti informacijskoj i komunikacijskoj tehnologiji u pozitivnoj korelaciji sa manifestacijama kontinuiranog stresa, simptomima depresije i smetnjama spavanja [4]. Tinejdžeri i adolescenti u istraživanjima izveštavaju da „ne bi mogli živeti“ bez svojih mobilnih telefona. U današnje vreme, oni imaju tendenciju (kao i veliki deo ostatka populacije) da stalno proveravaju da li su dobili poruku i odgovaraju na poruku odmah po prijemu. Takva vrsta potrebe, koja se manifestuje stalnim proveravanjem da li je SMS poruka stigla u ulazni prijem-

nik mobilnog, ulazi u psihologiju zavisnosti, i iako istraživanjima ovaj fenomen još nije potvrđen, smatra se da ovaj rizik nije uputno zanemariti [3].

Moderna informacijska i komunikacijska tehnologija pruža mogućnost brže direktne interakcije među korisnicima i osigurava pristup ogromnim količinama informacija. Istovremeno, ona ima velik uticaj na naše živote, i neretko se postavlja pitanje hoće li intenzivna interakcija sa modernom informacijskom i komunikacijskom tehnologijom dovesti do neuralnih i kognitivnih promena u ljudskom mozgu [4]. Thomée i sar. (2005) su u istraživanju sa adolescentima nastojali utvrditi da li je učestalo korišćenje moderne informacijske i komunikacijske tehnologije rizičan faktor za razvoj psihičkih simptoma među adolescentima [5]. U istraživanju je u obzir uzeto sledeće: izloženost informacijskoj i komunikacijskoj tehnologiji (korišćenje interneta, e-maila i chata, te korišćenje mobilnih telefona uključujući pozive i SMS poruke); zdravstveno stanje (trenutni i kontinuirani stres, depresija, smetnje spavanja i smanjena produktivnost uzrokovana anksioznim ili depresivnim raspoloženjem); demografski podaci i psihosocijalni faktor. Rezultati istraživanja su pokazali je količina sati izloženosti informacijskoj i komunikacijskoj tehnologiji u pozitivnoj korelaciji sa kontinuiranim stresom (koji može postati hroničnim) i sa simptomima depresije. Nadalje, dobijeno je da je pretraživanje internet stranica u pozitivnoj korelaciji sa manifestacijama smetnji spavanja (učestalog buđenja

tokom noći) kod adolescentkinja, dok je kod adolescenata vrlo česta opterećenost pozivima i SMS porukama u pozitivnoj korelaciji sa nesanicom [5]. Ipak, u nekim od istraživanja nije pronađen negativan uticaj količine provedenog online vremena i psihosocijalne prilagođenosti (usamljenosti, socijalne anksioznosti, depresije ili svakodnevnog zadovoljstva).

Prema tome, kod ovakvih istraživanja potreban je velik oprez kod generalizacije rezultata. Naime, za razvoj stresa i depresije važno je uzeti u obzir individualne razlike u osetljivosti na podražaje koji potencijalno mogu dovesti do stresa ili simptoma depresije, kao i predispoziciju pojedinca za određeni poremećaj, te različite osobine ličnosti. Takođe, potrebno je uzeti u obzir i samoefikasnost, ekstraverziju i usamljenost [6]. Na primer, lično zadovoljstvo ekstravertiranih pojedinaca raste s povećanjem vremena provedenog na internetu, dok za introverte to nije slučaj. Upravo suprotno, lično zadovoljstvo introvertnih osoba opada s povećanjem vremena provedenog na internetu. Drugim rečima, kakav će biti uticaj korišćenja informacijske i komunikacijske tehnologije na psihičko stanje pojedinca, uveliko zavisi o sa-

mom pojedincu i nije isključivo korišćenje interneta u svrhu opuštanja i zabave, što može imati funkciju privremenog smanjivanja stresa kod pojedinaca.

## ZAKLJUČAK

Moderna tehnologiju ne možemo zaobići, već joj se beskompromisno moramo prilagođavati. Kao i odrasli, i deca imaju potrebu da komuniciraju na različite načine, što u današnje vreme podrazumeva i najnovije specifične oblike tehnologije. Uticaj moderne tehnologije na svakodnevni život pojedinca još uvek nije dovoljno istražen, te iz rezultata postojećih istraživanja nije moguće izvesti jednoznačan zaključak. U svakom slučaju, jasno je da su efekti s jedne strane pozitivni (npr. po pitanju produbljivanja interpersonalnih odnosa pomoću novih načina komuniciranja), a s druge strane negativni (npr. povećani stepen stresa koji su pokazala neka istraživanja), te da zavise o individualnim razlikama među pojedincima. Odgovore na pitanja koja su ostala otvorena, pružiće nova istraživanja.

1. Fromm E. Imati ili biti. Izdavačko preduzeće Nolit, Beograd, 1984.



# THE INFLUENCE OF MODERN MASS COMMUNICATION ON THE SOCIAL INTERACTION IN YOUTH

Mirjana Zebić  
Tijana Cvetić  
Olivera Vuković  
Miroslava Jašović-Gašić

Institute of psychiatry, Clinical  
Centre of Serbia, Belgrade

*Summary:* Communication presents the base of the human survival, as a man is a social being and in constant contact with other people. Internet, mobile phones and other modern sources of communication have become a major part of our everyday life. Children, as well as adults, have the need to communicate in different ways, which in modern time means the use of the newer specific models of technology. The influence of modern technology on everyday life of an individual is not yet fully researched; therefore it is not possible to deduce a specific conclusion.

*Key words:* communication, modern tools of mass communication, adolescence

## Literatura:

2. Faulkner X, Culwin F. When fingers do the talking: a study of text messaging. *Interact Comput* 2005; 17(2):167-85.
3. Kamibeppu K, Sugiura, H. Impact of the Mobile Phone on Junior High – School Students' Friendships in the Tokyo Metropolitan Area. *Cyberpsychol Behav* 2005;8(2): 121-30.
4. Thomée S, Eklöf M, Gustafsson E, Nilsson R, Hagberg M. Prevalence of perceived stress, symptoms of depression and sleep disturbances in relation to information and communication technology (ICT) use among young adults – an explorative prospective study. *Comput Human Behav* 2007; 23(3):1300-21.
5. Bianchi A, Phillips JG. Psychological predictors of problem mobile phone use. *Cyberpsychol Behav* 2005;8(1):39-51.
6. Gross EF. Adolescent Internet use: What we expect, what teens report. *Dev Psychol* 2004; 25(6):633-49.

---

Mirjana Zebić  
Institut za psihijatriju KCS  
Pasterova 2  
tel. +381113065637  
fax. +381113065637  
email mirazebic@gmail.com

Dosadašnje analize upućuju da su mediji primarni izvor informacija o mentalnim poremećajima. Naime, eks-



# MEDIJI I MENTALNI POREMEĆAJI

**Olivera Vuković**  
**Tijana Cvetić**  
**Mirjana Zebić**  
**Zorana Pavlović**  
**Aleksandar Damjanović**  
**Miroslava Jašović-Gašić**

UDK: 616.89-008-02:316.774/.776

Institut za psihijatriju,  
Klinički centar Srbije, Beograd

perti američkog Nacionalnog udruženja za mentalno zdravlje (1997) objavili su studiju čiji rezultati ukazuju da najveći broj informacija o mentalnim poremećajima dobijamo posredstvom različitih televizijskih programa (televizijskih magazina, vesti, tok-šou programa i sl.) i štampe [1]. Međutim, postavlja se pitanje koje su teme atraktivne i da li način na koji mediji prikazuju mentalno obolele osobe odgovara realnom stanju.

Analiza članaka domaćih i svetskih štampanih medija u kojima se pominju mentalno oboleli, pokazuje da se ove osobe često dovode u vezu sa brutalnim ubistvima i nasiljem. Navešćemo neke od primera: „Motivi ubistva nisu poznati, a neki izveštaji govore da je

*Kratak sadržaj:* Na osnovu raspoloživih podataka, mediji predstavljaju jedan od najznačajnijih izvora informacija o zdravlju i bolesti. Slično važi i kada je reč o domenu mentalne patologije. Očigledna je paralela između medija i psihijatrijske prakse - predstavnici medija, a i psihijatri pokazuju tendenciju тумачења i analize motivacije ljudskog ponašanja u različitim socijalnim kontekstima. Postoji mnogo načina na koje se mentalni poremećaji prikazuju široj javnosti - kroz knjiženost, umetnost uopšte, sredstva javnog informisanja. U radu, stavljen je akcenat na filmsku umetnost i štampane medije - odnosno na način na koji ove kulturološki dominantne forme mas-medija portretišu mentalno obolele osobe.

*Ključne reči:* mediji, mentalni poremećaji, stigmatizacija

moguće da je napadač bio mentalno poremećen“ (Londonski “Dejli Telegraf”, 07.03.2000) ili na primer: „Tako je bilo i početkom godine kada je Horvat pušten iz “Laze Lazarevića” da bi nakon toga ubio onu koja je za njegovo mentalno zdravlje garantovala“ (Blic, 23.20.2003.). U skorije vreme, jedan od medijski najpropraćenijih događaja bilo je ubistvo ministarske inostranih poslova Švedske Ane Lind. Počinilac - mentalno obolela osoba kod koje je postavljena dijagnoza shizofrenije.

Još jedan slučaj brutalnog ubistva - ovoga puta ubica žena, Andrea Yaets, koja je bolovala od teškog oblika depresije psihotičnog kvaliteta. Ovaj događaj propratili su svi mediji, a na in-

ternetu se čak mogu naći i filmski zapisi i izveštaji sa suđenja koje je od 2000-e godine kada se zločin desio pa sve do danas, veoma aktuelan.

Šta kažu istraživanja? Tabloidi često dovode u vezu mentalne poremećaje, kriminalitet i nasilje. U obimnoj i često citiranoj Glazgov studiji (1993) nađeno je 62% novinskih članaka opisuju mentalno obolele kao agresivne. Sa druge strane, utvrđeno je da 24% ispitanika veruje da su psihijatrijski pacijenti agresivniji u odnosu na zdrave osobe. Philo (1993) pretpostavlja da predrasude laika o povezanosti nasilja i mentalnih poremećaja proizlaze iz medija [2]. Realnost je, međutim, sasvim drugačija. Procenjuje se da svega 3-5% od ukupnog broja nasilja u SAD-u počine osobe sa mentalnim poremećajem [3].

Otkud onda sklonost medija da nasilje dovode u vezu sa mentalnim poremećajima? Allen i Nairn (1997) smatraju da novinari nisu dovoljno informisani o ovoj problematici ili dobijaju netačne informacije o problemima mentalnog zdravlja [4]. Interesantan je i koncept senzacionalizma. Naime, rad novinara često se bazira na premisi da »senzacija prodaje« odnosno da šokantne priče prodaju novine. Analizirajući način na koji mediji prezentuju problem suicida u Škotskoj, Coyle i MacWhammel (2002) dolaze do zaključka da novinari često pokušavaju da protumače uzroke tog fenomena [5]. Reč je o opštoj ljudskoj tendenciji da se da objašnjenje kako i zašto se (neki) događaj desio.

Da li negativnim prikazivanjem mentalno obolelih štampani mediji doprinose stigmatizaciji ove populacije pacijenata? U prvi mah deluje logično da je odogovor potvrđan. Mnogi koji su ispitivali ovu problematiku slažu se sa takvom tvrdnjom. Medijsko predstavljanje osoba sa mentalnim poremećajem kao nasilnih, opasnih i nepredvidivih, dovodi do prezira i diskriminacije ove populacije [6]. Međutim, ima i onih koji smatraju da je komunikacija između medija i publike daleko složenija od simplifikovanog, uzročno-posledičnog odnosa. Pre svega gledaoci i čitaoci nisu pasivni primaoci medijskih informacija. Svako od nas aktivno selektuje informacije koje prima i donosi sud na osnovu tih predstava. Zapažanje da su opisi mentalno obolelih na filmu i u novinskim člancima odgovorni za formiranje javnih stavova je mit! Ovo je ujedno i najznačajniji zaključak. Naša kultura sve više shvata problem mentalne bolesti kao integralni deo društvene stvarnosti. To je analogno tvrdnji da je način na koje se tokom srednjeg veka i renesane gledalo na ludilo - što je imalo za posledicu izolaciju bolesnih, a mit bi bio da je Brantova slika *Ship of Fools* u 15. veku dovela do toga da se mentalno oboleli čuvaju daleko od ostatka sveta.

Prikazivanje mentalne bolesti i psihijatarata na filmu nije nov fenomen. Holivud je u dugoj »emotivnoj« vezi sa psihijatrijom. Od prvog »psihijatrijskog« filma, Dr. Dippy's Sanitarium (1906), u oko 500 filmova govori se o mentalnim poremećajima. Među naj-

poznatijim su *Psycho* (1960) i *One Flew Over the Cuckoo's Nest* (1975).

I u savremenoj kinematografiji nailazimo na mnogobrojne primere: "Shine" (1998), "Iris" (2000), "A Beautiful Mind" (2001) i sl. U vezi s' tim nameće se niz pitanja. Na koji način su psihijatrijski pacijenti opisani u ovim filmovima? Da li su prikazani na način koji odgovara realnoj slici? Da li filmovi pomažu pacijentima da shvate suštinu sopstvenog poremećaja? Nažalost, kinematografijom dominira izobličavanje dijagnostičkih kategorija a često i njihova simplifikacija, pri čemu su u žiži interesovanja „egzotični“, spektakularni DSM-IV sindromi (APA, 1994) [7]. Mainstream filmovi pogotovo, ako ne uvek verodostojno u prvi plan stavljaju amneziju, disocijativni poremećaj identiteta ili druge disocijativne reakcije zbog njihovog melodramatičnog potencijala. Kako se zapravo, mentalni poremećaji najčešće predstavljaju? Prema Hyler-u i sar. (2003) [8] postoji nekoliko tipova stereotipa: homicidalni manjaci, narcistički paraziti, zavodnici i darovite osobe. Takođe, često se specifična dijagnoza mentalnog poremećaja zanemaruje (bilo pri opisivanju realne ili imaginarne ličnosti). Najčešće se koristi termin „psihijatrijski pacijent“, ili „mentalno obolela osoba“. Nije retko ni da čujemo termine koji imaju krajnje pežorativnu konotaciju - lud, sumanut, bezuman, obuzet, umobolan, netsabilan, poludeo, nastran, manijak, ekscentričan, i sl. Međutim, neobično ponašanje nije uvek indikator mentalnog poremećaja. Brojni su razlozi zbog

kojih osoba može da se ponaša krajnje bizarno (npr. hipoglikemija, intoksikacija alkoholom ili drogom, patološki afekt i sl.).

Na sreću, ima i izuzetaka. Mnogi predavači koriste pojedine filmove u cilju ilustracije specifičnih psihijatrijskih sindroma i poremećaja. Tako na primer, dati su izvanredni opisi Shizofrenije u filmu "Shine" (1996), Opsevno-kompulsivnog poremećaja u "As Good as it Gets" (1997), Demencije u filmu "Iris" (2001), ili recimo Afektivnog poremećaja u filmu "The Life and Death of Van Gogh" (1989).

Što se tiče načina na koji su predstavljeni psihijatri, iuzev „zlatne ere Holivuda“ u periodu od 1957 do 1963, kada je snimljeno 22 filma u kojim su (psiho)terapeuti prikazani pozitivno, kao i mali broj izuzetaka u narednom periodu, ni jedan psihijatar nije dobro prošao. Od sredine 60-ih, navode Gabbard i Gabbard (1980) [9], samo su holivudski autori tri filma sa simpatijama opisali psihijatre i to u filmovima: "I Never Promised You a Rose Garden" (1977), "Ordinary People" (1980) i "Good Will Hunting" (1997). Način na koji se psihijatri prikazuju u sedmoj umetnosti moguće je klasifikovati na zle psihijatre, bolesne i smešne psihijatre. Pa čak i u filmu *As Good as it Gets* (1997) psihijatar opisan kao veoma korektan, profesionalnog stava, ipak je u izvesnoj meri izveštačen i rigidan. Pomenuli bi smo da je ovo prvi film u istoriji kinematografije, u kojem se navodi da su lekovi (antidepresiv Prozac) korisni u tretmanu mentalnih poremećaja.

Posebno je interesantan način na koji kinematografija gleda na lečenje mentalno obolelih. Nije potrebno naglašavati kakav je uticaj imao film *Let iznad kukavičijeg gnezda* (*One Flew Over the Cuckoo's Nest*) na stavove pacijenata na primenu elektrokonvulzivne terapije. Posebno je interesantan fenomen antidepresiva Prozaka - koji je do sad jedini lek (u medicini uopšte) koji se našao na naslovnim stranama časopisa poput *Newsweek*-a, *Time*-a i *New Yorker*-a.

Na koji način pacijenti reaguju na negativan odnos medija prema mentalnim poremećajima? Analiza stavova o načinu na koji mediji predstavljaju mentalne poremećaje kod 515 mentalno obolelih ukazuje da 50% ispitanika smatra da mediji negativno utiču na njihovo mentalno stanje, dok je 34% ispitanika izjavilo da mediji direktno pogoršavaju simptome poput depresivnosti i anksioznosti. Takođe, ovim ispitivanjem utvrđeno je da njih 22%

smatra da su povlačenje i izolacija direktna posledica uticaja medija, dok četvrtina ispitanika navodi iskustvo neprijateljskog ponašanja okruženja nakon televizijskih ili novinskih reportaža u kojima se zločini dovode u vezu sa mentalnim poremećajima (BBC News Online Health, 2000) [10].

Očigledno je da je odnos između predstavljanja mentalnih poremećaja u mas medijima i uticaja na stavove javnosti izuzetno kompleksan. Neophodno je da se mediji aktivnije i na pozitivniji način angažuju u promeni postojećeg negativnog stava prema mentalnim poremećajima. Thornton i Wahl (1996) [11] nalaze da uticaj novina na stavove prema mentalnim poremećajima daleko pozitivniji kada novinari raspolažu sa tačnim informacijama. Neophodno je obelodaniti mit o vezi između nasilja i mentalnih poremećaja. Takođe je neophodno objavljivati priče o uspešnom oporavku mentalno obolelih.

# MENTAL DISORDERS AND THE MEDIA

Olivera Vuković  
Tijana Cvetić  
Mirjana Zebić  
Zorana Pavlović  
Aleksandar Damjanović  
Miroslava Jašović-Gašić

Institute of psychiatry, Clinical Centre  
of Serbia, Belgrade

*Summary:* Based on available data, media presents one of the most important sources of information of health and illness. The same is true in the field of mental pathology. The parallel between media and psychiatric practice is obvious – the media representatives and psychiatrists as well show a tendency to interpret and analyze the motivation of human behavior in different social contexts. There are many ways of showing mental disorders to the broad public – through literature, the art in general, and means of public information. In this paper the accent is put on film art and printed press that is the way that these culturally dominate forms of mass media portray persons with mental illness.

*Key words:* media, mental illness, stigmatization

## Literatura:

1. National Mental Health Association in the United States, 1997  
<http://www.nmha.org/>
2. Philo G. Mass Media Representations of Mental Health/Illness: Audience Reception Study Glasgow: Glasgow University Media Group, 1993.
3. Monahan J, Arnold J. Violence by people with mental illness: a consensus statement by advocates and researchers. *J Psychiatr Rehabil* 1996; 19(4):67-70.
4. Allen R, Nairn RG. Media depictions of mental illness: an analysis of the use of dangerousness. *Aust N Z J Psychiatry* 1997; 31(3):375-81.
5. Coyle J, MacWhannel D. The importance of 'morality' in the construction of suicide in Scottish newspapers. *Sociol Health Illn* 2002; 24(6):689–713.
6. Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. *Cogn Behav Pract* 1998; 5(2):201-22.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
8. Hyler SE, Gabbard GO, Schneider I. Homicidal maniacs and narcissistic parasites: stigmatization of mentally ill persons in the movies. *Hosp Community Psychiatry* 1991; 42(10):1044-8.
9. Gabbard G, Gabbard K. From Psycho to Dressed to Kill: The Decline & Fall of the Psychiatrist in the Movies. *Film/Psychology Review* 1980; 4(2):157-62.
10. BBC News Online: Health. (Feb. 9, 2000). Media "unfairly stigmatises mental illness." <http://news.bbc.co.uk>
11. Thornton JA, Wahl OF. Impact of a newspaper article on attitudes toward mental illness. *J Commun Psychol* 1996; 24(1):17-24.

Olivera Vuković  
Institut za psihijatriju KCS, Pasterova 2  
tel. +381 113 065 637  
fax. +381 113 065 637  
e-mail [olivukovic@gmail.com](mailto:olivukovic@gmail.com)



# POVEĆANA UPOTREBA INTERNETA I SOCIJALNA IZOLACIJA

**Darko Hinić**  
**Goran Mihajlović**  
**Slavica Đukić-Dejanović**  
**Mirjana Jovanović**

UDK: 616.89-058:316.774:004.738.4

Klinika za psihijatriju, Medicinski  
fakultet, Kragujevac

*Kratak sadržaj.* Društvene nauke moderne ljudske civilizacije su u izvešnoj meri opterećene pitanjem **stepena štetnog uticaja** različitih oblika **medija na socijalne odnose**, čvrstinu društvenih struktura i socijalno ponašanje u celini. Iako se Internet prvenstveno koristi za interakciju i komunikaciju sa drugim osobama, sve veći je broj istraživanja koja dovode u vezu njegovu povećanu upotrebu sa **osećanjem i stanjem usamljenosti**, odnosno socijalne izolacije njegovih korisnika. Ta dilema je u literaturi postala poznata i pod nazivom "Internet paradoks".

Ovaj pregled dosadašnjih istraživanja na tu temu je zamišljen kao podloga ili uvertira u grupu metodološki i prediktivno sofisticiranijih studija i projekata, sa ciljem da se izvrši deskripcija i postigne razumevanje psiho-socijalnih posledica razvoja informacionih tehnologija, na prvom mestu Interneta. U današnjem trenutku, i stanju kakvom se sajberpsihologija kao empirijska nauka nalazi, sve se više uviđa potreba za konceptijskim i sadržinskim dopunama ciljeva i zadataka koji su postavljeni u trenutku rađanja sajberpsihologije kao nauke. Samim tim, cilj ovog pregleda, osim upoređivanja nalaza dobijenih u raznovrsnim istraživanjima na temu Internet i usamljenost, bio bi i specifikovanje predloga za nove zadatke, pitanja i ciljeve u oblasti proučavanja mogućeg štetnog uticaja korišćenja Interneta na proces socijalne uključenosti.

*Ključne reči:* informacione tehnologije, Internet uticaj, socijalna interakcija i izolacija, socijalne veze



“Loneliness is a gun”  
– House of Love

## UVOD

Današnji teoretičari humanističkih nauka su u Internetu donekle prepoznali konačan udarac sve očiglednijih individualističkih tendencija u razvoju čovekovog ponašanja. U tom kontekstu, društvene nauke moderne ljudske civilizacije su u prvi plan svojih ispitivanja postavile pitanje **stepena štetnog uticaja** različitih oblika **medija na socijalne odnose**, čvrstinu društvenih struktura i **socijalno ponašanje u celini** [1]. Pitanja koja se uporno postavljaju su: da li će ovaj proces razvoja masovnih medija proizvesti više informisanu, preduzimljiviju, uključeniju, uticajnijiu, ukratko sposobniju i čvršće povezanu mas-medija publiku ili će kao otrovna sila neprimetno, iznutra izjedati društvene strukture, prvenstveno porodične i prijateljske grupe, i dovesti do uvećanih bezličnih odnosa i otuđenja? Da li će tehnologija kojoj je osnovna svrha da nam uštedi vreme, to vreme u stvari sve više vezivati za sebe? [2]

Sredinom devedesetih godina prošlog veka, u Americi, od strane Veronis, Suhler

& Associates agencije, izvedena je vremenska procena godišnjih i dnevnih aktivnosti prosečnog pripadnika zapadne civilizacije. Na medije u globalu, običan Amerikanac je trošio otprilike 9 sati dnevno. Internet je tada bio tek u zamahu. Za poslednjih desetak godina situacija se drastično promenila. Internet je najglobalniji oblik globalne tehnologije kakav do sada nije postojao na medijskoj sceni [3]. Komunikacija je prestala da bude ograničena daljinom i granicama među narodima. Činjenica da postoje male razlike u količini vremena provedenog na Internetu, po različitim starosnim grupama (izuzev ljudi iznad 65 godina starosti), govori i o tome da se danas živi u svetu u kome postoji **trend u ponašanju**: “ako želiš da budeš deo modernog i razvijenog društva, moraš biti prikačen”<sup>1</sup>. [4]

## KOMUNIKACIJA I INTERNET

Uloga Interneta i ostalih sredstava masovne komunikacije u razvoju i modifikaciji komunikacionih procesa u savreme-

<sup>1</sup> [www.stanford.edu/group/siqss/](http://www.stanford.edu/group/siqss/);  
[www.rider.edu/users/suler/psycyber.html](http://www.rider.edu/users/suler/psycyber.html)

Tabela 1. Klasifikacija sredstava komunikacije prema kriterijumu diskriminativnosti i uzajamnosti samog procesa

KOMUNIKACIJA	JEDNOSMERNNA	UZAJAMNA
Diskriminativna - vezana za određenog pojedince	Monolog Pejdžer	Dijalog, Pošta, Telegraf, Telefon
Nediskriminativna – upućena većem broju ljudi	Knjige, Časopisi, Novine, Filmovi, Radio, TV	određene Radio i TV emisije sa uživo kontaktnom

nom društvu je nesumnjiva. U skladu sa osnovnim oblicima i karakteristikama komunikacije može se napraviti klasifikacija medija (Tabela 1).

Kao što je očigledno u tabeli nije naveden upravo Internet. To je zato što je Internet, za razliku od drugih oblika informacionih tehnologija, značajno napredovao u kombinovanju interpersonalne i masovne komunikacije, kao i jednosmernog i dvosmernog uticaja učesnika u komunikaciji [5]. Termin **masovni** je bio od samog početka vezivan za pojam Interneta, s tim što je uz taj termin dodatno vezivana i karakteristika **interaktivnosti**, odnosno dvosmernog odnosa učesnika u komunikacijskom procesu. Upravo ova karakteristika je nešto što je nedostajalo ostalim oblicima masovnih medija, i što je još uvek najjači adut svet-ske mreže.

Usko vezana za ovu karakteristiku je i **povećana aktivnost** samog korisnika Interneta. Bila to stvarna ili prividna moć u rukama korisnika, većina ljudi koji su ikada tražili nešto online izjaviće da se za razliku od korišćenja tzv. klasičnih medija, osećala mnogo **slobodnije** i **angažovanije**, jer su sami tražili i konačno sami **birali** informacije koje će uzeti u obzir i u kasniju obradu i korišćenje.

Vrlo često se u skladu sa ovom konstatacijom govori o **liberalizaciji komunikacije** putem Interneta [6]. To znači da se više nego ikad u čovekovoj istoriji **sloboda izbora** i **brojnost mogućnosti** nalazi pred svakim korisnikom ovog sredstva komunikacije. Sajbersurfer može birati sa kime želi da komunicira, kada da započne i kada

da prekine komunikacioni proces, u koju ulogu da “uskoči” i to sa vrlo malo stvarnih posledica. Mogućnost **interakcije** i oslobađanje od pasivnosti, **aktivniji pristup** izboru informacija, su dakle ono što najviše izdvaja Internet od svih ostalih oblika medija, naročito televizije [7].

Osim pomenutih, karakteristike ovog prostora su i **ograničenost čulnih iskustava**, jer uglavnom postoji slaba mogućnost za angažovanjem većine čulnih kapaciteta na koje se oslanjamo u svakodnevnom životu, zatim **asinchronost verbalne razmene** (veća kod elektronske pošte, manja kod četovanja), mogućnost **čuvanja podataka**, uključujući i celokupan tok interakcije sa drugim osobama. **Anonimnost** omogućava povećanu slobodu i početnu jednakost koja dalje može proizvesti povećanu **otvorenost** i **iskrenost**, mogućnost sprečavanja pojave predrasuda, ali nažalost i mogućnost **lažnog predstavljanja** i manipulisanja.

Navedene promene u komunikacionim procesima, kao i veći broj modifikacija koje nisu pomenute, nagnale su teoretičare da započnu brojne diskusije i o **negativnim posledicama** takve interakcije i takvih mogućnosti. U njima se sve češće pominje teza da se komercijalizacijom Interneta i mogućnosti komunikacije preko Mreže, ljudska interakcija trajno promenila pri tome naginjući ka sve većem **distanciranju**, **površnosti**, **slabim fizičkim kontaktima** i **bezličnošću**. Kao primer uzima se e-mail koji je ubedljivo **najzastupljenija aktivnost** na Internetu i koji po pretpostavkama pomenutih teoretičara pretilo da u budućnosti verovatno

ozbiljno ugrozi komunikaciju “živom reči”. Profesor N.Nie (glavni istraživač na projektu Internet and Society, Stanford univerziteta) kaže: “e-mail, kao ubedljivo najzastupljenija aktivnost, je način da se ostane u kontaktu sa ljudima, ali njime definitivno ne možete da popijete kafu ili pivo sa nekim, ili pak da zagrlite nekog”.

Ljudi putem Interneta najčešće održavaju i grade slabe, veze i odnose (weak ties), a snažne (strong ties) i dublje ostaju uglavnom zapostavljene jer zavise od fizičke blizine i direktnog kontakta. U tom kontekstu Internet bi teoretski mogao biti ultimativni način izolacije, i to veći nego što je TV ikada bio. Televizija je bila i ostala tehnologija kod koje više ljudi (naročito onih bliskih) može da koristi isti aparat u isto vreme<sup>2</sup>. Internet, odnosno pojedinačni kompjuteri to već nisu. To je individualna aktivnost koja ne može da egzistira kao “pozadinska buka” već traži mnogo više pažnje i angažovanja. Ova strahovanja važe kako za izolaciju od socijalnih kontakata, tako i na sveopšte distanciranje od realnih odnosa i obaveza.

Pripadnici suprotne struje međutim ističu da su pomenute tvrdnje tačne kada se u obzir uzme pojedinačni kompjuter i ne-socijalni vidovi Internet aktivnosti. One ipak nisu tačne kada se u obzir uzme mogućnost umrežavanja više računara i više individualnih korisnika. I upravo to je osnovna definicija i karakteristika Interneta kao svetske mreže, pa iz tog razloga navedena strahovanja ne bi trebalo da se odnose na njega, naročito ukoliko je svrha njegovog korišćenja neka od

društvenih potreba i društvenih motiva. Samim tim Internet se negde više približava funkciji telefona, a manje televizije kao sredstva masovne komunikacije što su pokazala i brojna istraživanja koja su kao prvenstvenu upotrebnu funkciju Interneta identifikovala interpersonalnu komunikaciju (Kraut, Mukhopadhyay, Szczypula, Kiesler, & Scherlis, 1998).

Skorašnje studije uticaja Interneta na društvenost stvorile su očigledno poprilično polarizovanu atmosferu (loš Internet/dobar Internet). Sa jedne strane, su oni koji smatraju da je Internet novi, bolji medijum koji će omogućiti nove obrasce u komunikaciji i povezivanju ljudi, te da kao takav podstiče i olakšava društvenost; sa druge oni koji smatraju da upotreba Interneta može dovesti samo do socijalne izolacije. Cilj ovog rada je pregled istraživačkih pokušaja da se rasvetle mogući štetni efekti uticaja Interneta na ljudsku komunikaciju i **socijalne veze** u realnosti.

## Ljudske potrebe i Internet

Iako znamo da se Internet može koristiti u najrazličitije svrhe i za zadovoljenje najrazličitijih **ljudskih potreba**, sve one se u suštini mogu podvesti pod dve kategorije:

- traženje i korišćenje **informacija** koje su korisniku potrebne, i

<sup>2</sup> mada je kvalitet, u smislu socijalnog benefita, takvog korišćenja nizak. “*To je medij koji omogućava milionima ljudi da čuju isti vic, u istom trenutku, a opet ostanu usamljeni*” T. S. Eliot

## SOCIJALNI ŽIVOT

- **interakcija, komunikacija sa drugim ljudima** u virtuelnom prostoru

“Postoje dve vrste znanja: Ili mi sami nešto znamo, ili znamo gde da se o tome obavestimo”<sup>3</sup>. **Lakoća pristupa velikim količinama informacija** je nešto što ljude privlači mnogobrojnim aktivnostima na Mreži, od običnog pretraživanja (search ili surfing) pa do raznovrsnih oblika kupovine, rezervacija, bankarstva i sl; i to sve u onom trenutku kada sam korisnik to zaželi, u skladu sa njegovim rasporedom i raspoloženjem. Mnogi se Internetu okreću i kao načinu da **izbegnu pritisak i diskomfor svakodnevnog života**. Istraživanja pokazuju da je Internet često i sredstvo ostvarenja već **postojećih oblika zavisnosti, preteranih preferencija i/ili kompulsivnog ponašanja**.

Pored svih ostalih razloga, ipak i pre svega, ljudi se okreću Internetu da bi zadovoljili svoje važne **socijalne i psihološke potrebe**, na prvom mestu **interpersonalnu komunikaciju**, a onda i potrebu za **pripadanjem, samopouzdanjem, radoznalost, osećanje sopstvene vrednosti** i dr. Međutim, kliničko, ali i empirijsko iskustvo govore i o brojnim negativnim razlozima, odnosno posledicama istog. U ovom radu izdvojićemo jednu, možda najčešće pominjanu i ispitivanu negativnu posledicu povećane upotrebe Interneta, a to bi bila **socijalna izolacija, usamljenost, gubitak socijalnih kontakata** ili u najblažem obliku definisanu kao **slabljenje socijalnih veza**.

Pojam **socijalne uključenosti** (social involvement) teorijski se definiše kao vreme provedeno u komunikaciji sa porodicom, prijateljima, ili kao veličina socijalne mreže (uže i šire), a operacionalno kao broj osoba sa kojima individua komunicira barem jedanput nedeljno, odnosno jedanput mesečno. Takođe jedna od operacionalnih definicija je i **indeks socijalne podrške**. Istraživanja su pokazala da su društvene veze i socijalna uključenost u život zajednice jedan od najboljih prediktora životnog zadovoljstva (up. Putnam, 2000.). Zajednice sa nižim stepenom razvijenosti socijalnih veza (social network) u ovim istraživanjima pokazuju niži uspeh dece u školama, više problema sa maloletničkom delinkvencijom, veću prenatalnu smrtnost, veću stopu kriminala, manju političku i izbornu angažovanost, niži nivo poverenja, niži stepen volontiranja...[8]. Bez obzira na pretpostavke o mogućoj tendenciji savremenog čoveka ka otuđivanju i socijalnoj izolaciji koje se sve češće čuju u krugovima teoretičara psiho-socijalnih kretanja ljudske civilizacije, ljudi su očigledno i dalje potrebni drugi ljudi i kontakti sa njima. U tom kontekstu, pre pregleda konkretnih istraživanja i rezultata na temu povezanosti Internet upotrebe i promena u kvalitetu socijalnog života njegovih korisnika neophodno je osvrnuti se kratko na teorijske postavke koncepcije o **socijalnoj podršci** i posledicama njenog nepostojanja ili deprivacije, **usamljenosti i socijalnoj izolaciji**.

<sup>3</sup> Semjuel Džonson

## Socijalna podrška

Pojam **socijalne podrške** odnosi se različite oblike podrške (pomoć, saradnja, savetovanje, empatija) koje ljudi mogu dobiti od socijalne sredine koja ih okružuje. Ovaj pojam se generalno klasifikuje u dve (ponekad tri) glavne kategorije: **emocionalna, instrumentalna** (i ponekad **informaciona**) podrška. **Emocionalna podrška** se odnosi na stvari i radnje koje drugi ljudi čine i zbog kojih se mi osećamo voljeni i prihvaćeni i koje uvećavaju naše osećanje važnosti, samopouzdanja i vere u sebe (npr. hrabljenje, razgovor o problemima, ispovedanje, aktivno slušanje, savetovanje, saosećanje); najčešće nema veze sa materijalnom, ekonomskom pomoći. Suprotno tome, **instrumentalna podrška** se uglavnom odnosi na materijalnu, fizičku i ekonomsku pomoć (npr. pozajmice svih oblika, bejbisitovanje, fizička, manualna pomoć...). Treći oblik je **informativna podrška** (često se prilikom teorijskih razmatranja uključuje u instrumentalan oblik) i odnosi se na pomoć koju nam drugi pružaju dajući nam adekvatne (korisne, relevantne i tačne) i pravovremene informacije.

Istraživanja u ovoj oblasti socijalne psihologije su se kretala ka pronalaženju **veza između** pojma **socijalne podrške** i drugih, za čovekov život važnih **proces**a kao što su **psihološko blagostanje, fizičko zdravlje, psihička stabilnost, stres**, više oblika **psihičke neprikladnosti** i disfunkcionalnosti, itd. Neka od ovih istraživanja su imala više uspeha, mada većina nije bila ni približno jednoznačna u svojim nalazima.

Između ostalog, identifikovano je da se socijalni stresori i njima izazvan **stres češće javljaju** u sredinama sa **manjim indeksom socijalne podrške** (Evans et al., 1989; Lepore et al, 1991.). Utvrđena je i korelativna veza suprotnog smera, tj. **socijalni stresori depriviraju** poverenje, otvorenost, saradnju u datoj socijalnoj sredini (Krause, 1992). **Najjače asocijacije** utvrđene su između emocionalnog oblika podrške i **psihičkog blagostanja** (psychological well-being) izraženog kroz nizak rizik od depresije, psihičku ravnotežu i odsustvo stresa (up. George, 1989., Stanfeld, 1997.). Ova povezanost se najviše zapaža kod populacije dece i adolescenata (**rizik od depresije** – Kaslow and Leweinsohn, 1994.; **suicidalne ideje** - Adams, 1994). Veza sa **fizičkim blagostanjem** (npr. infarkt, moždani udar, kancer) je sa druge strane daleko od potvrđene.

Ovi podaci nepobitno govore o **posredujućoj ulozi socijalne podrške i saradnje u mnogim psiho-socijalnim procesima** koji se vrlo često reflektuju i na čovekovo opšte psiho-fizičko blagostanje, odnosno dobrobit [9]. To je jedan od najvažnijih razloga zašto se pretpostavlja da **procena dostupnosti socijalne podrške** igra važnu ulogu i u **preferencijama prema Internetu** i u njegovom (većem ili manjem) korišćenju, naročito posmatrana u korelaciji sa individualnim osobinama ličnosti koje su u međudejstvu sa njom. Takođe, to je dobar razlog i za pretpostavku da se individue koje imaju realan ili subjektivan osećaj **nedostatka socijalne podrške** u životnoj sredini koja ih okružuje mogu okrenuti sajberprosto-

ru u potrazi za istom, i to mnogo više i intezivnije od onih koje nemaju takav osećaj.

### Usamljenost i socijalna izolacija

Nesumnjivo je da je jedna od osnovnih ličnih potreba svakog pojedinca da bude u zajednici sa drugim ljudima, da bude prihvaćen od njih. Zadovoljenje odnosno nezadovoljenje ove potrebe (**usamljenost** ili **socijalna izolacija**) samim tim predstavlja temelje osećanja sigurnosti, psihičkog blagostanja i kvaliteta života. **Socijalna izolacija** predstavlja neprijatno, ugrožavajuće osećanje usamljenosti, nedostatak socijalne podrške i značajnijih personalnih, ličnih veza. Može biti nametnuta od strane drugih ljudi usled neprilagođenih stavova, potreba ili neprihvatljivog socijalnog ponašanja same osobe, nesposobnosti komunikacije u socijalnim situacijama, odbijajućeg fizičkog izgleda i sl. U tom slučaju dominantna osećanja su osećanje odbačenosti, osećanje različitosti od drugih, nesigurnost u javnosti ili u masi i dr. Pod ovim pojmom se takođe podrazumeva i samoinicijativno osamljivanje, izdvajanje i samoća, preokupiranost sopstvenim mislima i osećanjima ukratko slaba komunikacija i manjak kontakta sa drugim ljudima.

Iako se socijalna izolacija često povezuje sa pojedinim mentalnim poremećajima (depresija, autizam) kao izdvojena pojava se ne ubraja u mentalna oboljenja i kao takva se uglavnom i ne tretira terapijski. Uprkos toj činjenici ona ostaje predmet ispitivanja mnogih naučnih studija.

### Vrste socijalne izolacije

Trenutno se u literaturi izdvajaju **dva pristupa** u definisanju socijalne izolacije. Prvi je baziran na niskoj frekvenci interakcije sa drugim osobama, a drugi na niskom nivou prihvatanja od strane drugih (operacionalno izraženo kroz sociometrijske mere i skorove).

U skladu sa tim pristupima i izdvajanje iz socijalne sredine i slabljenje kontakata sa drugim ljudima iz uže/šire socijalne sredine može se posmatrati u više oblika. Kada osoba ne želi da bude sa drugima (**aktivna socijalna izolacija**) i kada drugi ne žele da budu sa tom osobom (**pasivna socijalna izolacija**). Situacija da sama osoba izbegava druženje sa drugim ljudima uobičajena je za depresivna stanja i za posttraumatska stanja. Druga, slična podela izolacije, izdvaja **protektivnu** i izolaciju spolja nametnutu. Prva je dobrovoljna i za osobu ima ulogu zaštite od perцепiranih pretećih sadržaja, dok druga nije.

Sledeća podela je na **potpunu**, koja podrazumeva i **fizičku izolaciju**, i **samo mentalnu/emotivnu** koja podrazumeva da je osoba emotivno izolovana pri čemu i dalje može biti uključena u fizičkom smislu u funkcionisanje socijalne mreže u kojoj se nalazi.

**Kratkotrajna samoća** se obično odnosi na period u kome persona traži samoću i mir kako bi mogla da razmišlja, odmara se ili radi na miru. Često se u ovom kontekstu koristi i pojam **privatnost**. Sa druge strane, **dugotrajna samoća** ili izolovanost se najčešće tumači u negativnom svetlu, kao nepo-



željno ponašanje koje može prouzrokovati složenije posledice kao što su anksioznost, distorzije u perceptivnim i procesima pažnje, gubitak socijalnih kontakata, otuđenost, depresiju, patološku socijalna izolaciju.

### Veza između socijalne izolacije i Interneta

Ispitivanja socijalne izolacije i usamljenosti kao mogućih **determinanti povećane upotrebe Interneta** daleko su brojnija od bilo kojih drugih koja su se bavila nekom od mogućih štetnih posledica korišćenja Interneta. Razlozi su različiti. Od lakše operacionalizacije pojma, kraćih i jednostavnijih instrumenata za dijagnostikovanje, do složenosti ostalih pojmova. Najvažniji razlog je da, kao što je već naznačeno, socijalna izolacija predstavlja često jedan od simptoma drugih, ozbiljnijih psihičkih poremećaja, od fizičkih oboljenja i mana, preko neuroza, depresije do autizma [10]. Gledano na taj način, istraživači čiji je prvenstveni cilj bio proučavanje nekog kompleksnijeg poremećaja npr. depresije, su na početku svojih istraživanja posmatrali upravo socijalnu izolaciju kao jedan od mogućih indikatora i prediktora tih disfunkcija. Bez obzira da li su uzroci socijalnog izdvajanja psihološke prirode ili situacione prirode, osobe u toj situaciji mogu pokazivati ozbiljne poteškoće u daljem praktično/emotivnom funkcionisanju pa se i iz preventivnih razloga, Internet kao medij koji preuzima primat na „medijskom nebu“ mora držati pod konstantnom „prismotrom“

radi pravovremenog evidentiranja i lokalizovanja mogućih štetnih efekata.

Kako upotreba Interneta među mladim osobama, naročito tinejdžerima, beleži eksponencijalni porast tokom poslednjih deset godina tako raste i zabrinutost javnosti u vezi sa njegovim mogućim štetnim dejstvom po psihološko blagostanje omladine (Becker, 2000). Anketa sprovedena na uzorku od 1000 američkih roditelja otkrila je veliku zabrinutost roditelja u vezi sa uticajem Interneta na razvoj i socijalno prilagođavanje (ukratko **socijalizaciju**) njihove dece. Skoro dve trećine roditelja izrazilo je brigu da učestalo boravljenje na svetskoj mreži može dovesti do **socijalne izolacije** njihove dece (Turow, 1999). Rana istraživanja su donekle potvrdila ove pretpostavke što je dovelo do širenja zabrinutosti i lavine novih pretpostavki i istraživanja. U longitudinalnoj studiji Kraut-a i saradnika (1998), nakon dve godine povećane upotrebe Interneta, kod ispitanih porodica došlo je do **smanjenja porodične komunikacije i obima socijalnih veza** van nje. Dodatno, došlo je do povećanog osećanja **depresije** i **usamljenosti** kod nekih ispitanika, naročito onih u mlađem i adolescentnom dobu [11]. Međutim, većina ovih istraživanja je još uvek bila metodološki nečisto isplanirana, krajnje problematično tehnički izvedena i sa vrlo olako izvedenim i generalizovanim zaključcima. Pa čak i tada, sa svim greškama, dobijene statističke vrednosti su pokazivale samo male i ne uvek statistički značajne veze sa socijalnom izolacijom i poremećajima ponašanja. Ipak, kritike su usledile prekasno i ova



istraživanja su već pokrenula niz novih studija.

Glavni ciljevi koji su se nalazili pred novim studijama bili su - utvrditi:

- sličnosti/razlike socijalne interakcije preko Interneta i one u „stvarnom životu“
- da li učestvovanje u online socijalnim grupama, ima iste prednosti/posledice po društveni identitet kao što ima sudelovanje u grupama iz nevirtuelnog prostora?
- da li su poznanstva ili prijateljstva formirana preko Interneta tako čvrsta, trajna i smisaona kao ona iz stvarnog života?
- i konačno glavno pitanje, da li ljudi koji više vremena provode sa virtuelnim prijateljima postaju istovremeno više izolovani od svoje ne-Internet društvene sfere i na taj način srljaju ka usamljenosti i depresiji?

Iako su u trenutku rađanja sajberpsihologije kao nauke pomenuta pitanja bila ne samo smisljena već i dovoljno široka i sveobuhvatna, u današnjem trenutku, i stanju kakvom se sajberpsihologija kao empirijska nauka nalazi, sve se više uviđa potreba za konceptivnim i sadržajnim dopunama gore navedenih ciljeva i zadataka. Samim tim, cilj ovog pregleda, osim upoređivanja nalaza dobijenih u raznovrsnim istraživanjima na temu Internet i usamljenost, bi bio i specifikovanje predloga za nove zadatke i pitanja u oblasti procuavanja mogućeg štetnog uticaja korišćenja Interneta na proces socijalne uključenosti. Ova pitanja biće izneta u delu diskusije.

## REZULTATI DOSADAŠNJIH ISTRAŽIVANJA

Korišćenje Interneta zahteva određeno vreme. U zavisnosti od učestalosti i intenziteta njegovog korišćenja, ostale dnevne aktivnosti će trpeti manje ili veće promene. Generalno gledano, vreme provedeno u obavljanju tih aktivnosti može biti samo manje, jer konačna suma ne može biti veća od 24 časa. Međutim, **na užtrb kog vremena se ostvaruje ova aktivnost?**

“**Bowling Alone**” sada već bestseller naučno-popularne literature, Robert D. Putnam-a, politikologa sa Harvard Univerziteta, donosi zanimljiv pristup i pogled na pojavu sve većeg urušavanja “**socijalnog kapitala**” modernog, naročito američkog, društva [8]. Patnam kao primere ovog društvenog procesa navodi sve manji intenzitet kontakata ljudi sa njihovim bližnjima, manji broj neformalnih veza prosečnog američkog građanina, koji postaju sve više izolovani, cinični, pasivni i generalno otuđeni od javnog života, opštu depriaciju socijalnih mreža, smanjenje članstva u raznim oblicima društvenih grupa, klubova, političkih partija, humanitarnih i volonterskih organizacija, poseta crkvi...Čak i kada samo članstvo ne opada, opada stvarna, aktivna uključenost u delatnostima date grupe ili organizacije, koja se sve više svodi na “pisanje čekova”, a sve manje na fizičko prisustvo i stvarno angažovanje. Iako se ovo delo direktno ne odnosi na Internet, autor ga uz druge vrste medija (prvenstveno televiziju) više puta pominje u svom delu. Sa jedne strane kao medij koji unosi letargiju i

pasivnost u ljudske živote podstičući proces socijalne izolacije, ali sa druge i kao medij koji omogućava nove oblike komunikacije i socijalnog udruživanja. Paradoks ili e-volucija?

U **HomeNet studiji** (Human Computer Interaction Institute), mereći demografske karakteristike, socijalnu ekstravertnost i socijalnu uključenost ispitanika, kao i psihološko stanje (well-being) ispitanika, istraživači su došli do zaključaka da povećana upotreba Interneta dovodi do statistički značajnog  **smanjenja komunikacije** među članovima porodice korisnika,  **smanjenja mreže bliskih društvenih odnosa** i pojave osećanja  **usamljenosti** [11]. Iako je ova studija za sobom ostavila mnoštvo diskusija, doživela kritike i neslaganja (čak i konačno opovrgavanje većine rezultata ponovljenim testiranjem), nakon objavljivanja ovih rezultata počelo je sve više da se govori o pojmu  **Internet paradoksa**, tj. pojavi da jedan medij, prvenstveno razvijen da bi se poboljšala komunikacija i socijalna interakcija njegovih korisnika u stvari dovodi do sve veće socijalne izolacije i nezadovoljstva socijalnom mrežom [12].

Nacionalna studija  **Katz & Aspden** (1997) je jedna od retkih, ranih, studija, koje su se bavile uporednom analizom socijalne participacije Internet korisnika i  **ne-korisnika** [13]. Ovi istraživači nisu došli do statistički značajnih razlika između korisnika i ne-korisnika u pogledu njihovog članstva u religijskim, kulturnim i rekreativnim organizacijama, kao i u pogledu subjektivne procene vremena provedenog u

komunikaciji sa porodicom i prijateljima.

Glavni nalaz  **Stanfordove** studije iz 2000. pod nazivom " **Internet & Society**" je da korišćenje Internet uzima vreme uglavnom od gledanja televizije (više od 50% ispitanika je izjavilo da manje gleda televiziju od kada su počeli da koriste Net). Ni ostali oblici masovnih medija nisu zabeležili pozitivnije rezultate. Ono što je važnije za priču o socijalnim odnosima je da telefonski razgovori i vreme provedeno sa prijateljima i porodicom beleži pad kod 26%, odnosno 13% ispitanika; nešto više od posećivanja društvenih događaja kod kojih se pokazao najmanji pad, kod 8% ispitanika<sup>4</sup> [2,14].

U istraživanju „ **Upotreba Interneta i društveni život njegovih korisnika**“ (Hinić D. 2006), došlo se do zaključka da je uticaj Interneta na živote korisnika u našim uslovima minimalan i skoro u potpunosti  **pozitivan**.  **Negativan uticaj**, Internet je imao samo na korišćenje ostalih oblika  **sredstava masovne komunikacije** [15]. Ovo istraživanje korišćenja Interneta sprovedeno na području gradova Beograd, Novi Sad i Kragujevac, tokom 2005/6, za razliku od prethodno navedenih govori više o  **intenzitetu smanjenja vremena** (ne samo o procentu korisnika) koje korisnici Interneta provode u ostalim svakodnevnim aktivnostima, koliko je ono ozbiljno, a koliko ne. Iako nije bilo moguće objektivno izmeriti promene u intenzitetu, u ovom slučaju i subjektivna procena nastalih promena je poka-

<sup>4</sup> ovi podaci se odnose na prosečnu grupu Internet korisnika (5 sati nedeljno *online*),

zala zanimljive i dosta verovatne rezultate. Ispitanicima je, između ostalog, bilo zatraženo da na skali od -3 (u potpunosti se smanjilo) do +3 (jako se povećalo), procene da li je i koliko došlo do **promene u količini vremena** koje posvećuju navedenim aktivnostima od kada su počeli da koriste Internet. Osim upotrebe drugih oblika medija, predmet ispitivanja su bile i promene u drugim oblicima socijalnog ponašanja i angažovanja, kao što su: vreme provedeno sa porodicom, prijateljima, poslovna aktivnost, obavljanje kućnih poslova i posećivanje društvenih događaja i manifestacija. Indikativno je da su i u ovom slučaju masovni mediji pretrpeli najjači udarac. Nasuprot stanfordskom istraživanju u ovom su se ostale aktivnosti, koje nemaju veze sa upotrebom nekog medijskog sredstva, kao što su **vreme provedeno u druženju sa porodicom i prijateljima** ili obavljanju kućnih poslova, našle u drugom planu, sa **neznatnim frekvencama**.

**Janet Morahan-Martin i Phyllis Schumaker** ispitali su 283 studenta koji su pohađali kurseve za koje je neophodno korišćenje kompjutera i Interneta [16]. Moguće patološke simptome su prethodno grupisali u tri grupe: **personalni problemi, promene raspoloženja i simptomi apstinencijalne krize**. Rezultati su pokazali da se i ispitanici takođe mogu klasifikovati u tri grupe. Patološki korisnici (prosečno 8.5 sati Interneta nedeljno i svi navedeni simptomi), grupa sa određenim simptomima (prosečno 3.2 sata nedeljno online), dok ispitanici bez ikakvih patoloških simptoma prosečno nisu

prelazili 2.4 sata boravka na Internetu nedeljno. Patološki korisnici su se razlikovali i po tome što su njihovi skorovi na UCLA Loneliness skali takođe bili značajnije viši što po mišljenju autora govori u prilog tezi o negativnom dejstvu Interneta.

**Hamburger & Ben-Artzi** su predložili model koji pretpostavlja da se ljudi koji već u realnom životu imaju problema sa osećanjem usamljenosti i napuštenosti više okreću Internetu iz prostog razloga jer pokušavaju da bar u virtuelnom svetu smanje ili se eventualno u potpunosti liše tih osećanja [17]. U svojoj studiji iz 2002. kritikujući model Krauta i saradnika<sup>5</sup> ovi istraživači sa pravom naglašavaju da se ubuduće mora ozbiljno uzeti u obzir i pitanje **tipologije i dinamike ličnosti Internet korisnika**, jer ono što je dobro, poželjno ili barem ne-štetno za jednu osobu ne mora nužno biti i za drugu [18].

Specifična vrednost ove studije je da demonstrira ne samo primer uticaja personalnih karakteristika na online ponašanje već jasno sugerise **redosled i smer povezanosti** tih karakteristika sa osećajem usamljenosti kao jednim od važnijih prediktora faktora koji uopšteno možemo nazvati psihološko blagostanje, ili kvalitet života. Taj model glasi: **neuroticism** → **loneliness** → **Internet** (naročito socijalni aspekti Interneta). U nastavku svojih radova dotični istraživači (Amichai-Hamburger, 2002, ali i Wang, 2001) predlažu i druge rele-

<sup>5</sup> povećana upotreba Interneta vodi ka povećanju usamljenosti i socijalne izolovanosti

vantne personalističke, teorijske modele i konstrukte koji bi mogli biti predmet budućih istraživanja, na primer: potreba za stimulacijom, lokus kontrole, potreba za jasnoćom ili kognitivna disonanca, vezivanje, avanturizam (risk taking) i druge.

Matricu varijabli u studiji „Internet use and well-being in adolescence” između ostalih činili su i sledeći kompleksi varijabli: **specifična online i offline aktivnost** sa jedne i **socijalna anksioznost i usamljenost** sa druge strane. Važnost ove studije ogleda se u njenom predmetu istraživanja, koji je definisan kroz vrstu online i offline aktivnosti, tj. kroz podatke o tome ŠTA je to što ispitanici radi kada svoje vreme provode u online ili offline aktivnostima [19]. Iako je kod izvesnog broja ispitanika utvrđena visoka mera intenziteta Internet aktivnosti, skoro svi ispitanici su nastavili da redovno i normalno provode vanškolsko vreme u aktivnostima od kojih je većina podrazumevala i interpersonalnu interakciju sa porodicom, prijateljima, poznanicima. Zaključak studije je da ne postoji jedinstven efekat Interneta na svakodnevne aktivnosti prosečnog adolescenta i da Internet služi potpuno drugačijoj svrsi kod socijalno anksioznih i usamljenih individua [20]. Kod onih ispitanika koji su inače zadovoljni svojom socijalnom mrežom i intenzitetom socijalnih veza u realnosti, identifikovana **svrha Internet upotrebe nije sticanje novih, već nastavak i produbljivanje već postojećih veza**. Nasuprot tome, ispitanici koji se u svakodnevnom školskom i vanškolskom životu oseća-

ju odbačenim, napuštenim ili socijalno anksioznim uglavnom stupaju u online kontakt sa nepoznatim osobama, što znači da je kod njih svrha Internet upotrebe u **stvari sticanje novih socijalnih veza**.

U studiji McKenna & Bargh [21] 68% ispitanika, koji su prethodno imali problema sa melanholijom, usamljenošću i depresivnošću, je nakon određenog perioda korišćenja Interneta izjavilo da ima osećaj da im je Internet pomogao u širenju ličnog socijalnog kruga, samo 3% je izjavilo da im se krug prijatelja smanjio, dok 28% nije primetilo nikakvu promenu. Rezultati, koji po mišljenju autora sugerišu da Internet može biti poprilično korisno sredstvo za građenje novih odnosa i socijalnih relacija kod individua koje su usamljene i socijalno anksiozne.

## DISKUSIJA

Kao što je napomenuto pre dela o rezultatima dosadašnjih istraživanja, cilj ovog pregleda je i izdvajanje dodatnih pitanja na koje savremeni proučavaoci uticaja Interneta na ljudsko ponašanje moraju odgovoriti. Ta pitanja su sa porastom empirijske građe postepeno izranjala iz tumačenja istih, a neka od njih su već ozbiljno uzeta u obzir u najnovijim studijama. Neka su već pomenuta u delu o rezultatima istraživanja, čak je i sam izbor prikazanih istraživanja bio takav da bi ukazao na raznovrsnost različitih pitanja i pristupa. Bez obzira na to, sva pitanja će

biti na ovom mestu jasno izdvojena i naglašena kao takva.

Pitanje **svrhe** online aktivnosti je jedno od pitanja koje se sve ozbiljnije shvata. Uočeno je da u suštini nije isključivo presudno koliko vremenski neka individua provede na Internetu. Vremenski kriterijum zavisnosti od Interneta ili podložnosti drugim negativnim posledicama se već neko vreme ne uzima za dovoljan dijagnostički kriterijum. Veoma je bitno i različito da li to vreme osoba provodi u **komunikaciji sa drugim ljudima** ili u potrazi za informacijama, kupovini ili igranju igrica [22,23].

Još bitnije je **sa kojim to osobama** i u kakvu **vrstu interakcije** ta individua stupa [24]. Da li Internet ima loš ili pozitivan uticaj na socijalni život pojedinca zavisi od toga kako Internet utiče na balans između slabih i jakih socijalnih veza tog pojedinca. Suštinski je apsolutno drugačije da li je svrha takve interakcije održavanje **jakih i čvrstih veza** sa bliskim osobama ili su to **slabi i kratkotrajni** odnosi sa **površnim** poznanicima ili trenutnim istomišljenicima i „slučajnim prolaznicima“ u sajberprostoru. Iako i jedna i druga vrsta odnosa, veza, obezbeđuje individui određen nivo socijalne podrške razlike su očigledne. Čvrste i jake veze su definisane učestalim kontaktima, dubljim emocijama vezanosti, empatije i dužnosti. Dijapazon njihovog uticaja na sadržaje i životne situacije individue je takođe i mnogo širi. Slabe veze se opisuju kao površne, lako se prekidaju, intenzitet kontakata i interakcije je nizak, a njihov uticaj na ostatak života

individue uzak. Slabe, površne veze (Granovetter, 1973), uključujući i one online (Constant, Sproull, & Kiesler, 1996), su naročito korisne pri povezivanju ljudi sa potrebnim informacijama i sredstvima kao i socijalnim resursima koji nisu čoveku na raspolaganju u njegovoj realnoj socijalnoj sredini, tj. lokalnom okruženju. Sa druge strane, čvrste veze predstavljaju one odnose koji više utiču na čovekov emotivni život, smanjenje stresa, i konačno dovode do pozitivnih pomaka u njegovom psihološkom blagostanju. (S. Cohen & Wills, 1985; Krackhardt, 1994). Najviše socijalne podrške i pomoći, ipak ljudi dobijaju upravo od onih osoba sa kojima su u najfrekventnijem kontaktu, sa kojima imaju emotivno i lično razumevanje, i od kojih zbog čvrtine veza mogu očekivati najveće usluge (Wellman & Wortley, 1990). Intimne veze, odnosi sa bližnjima, su potvrđene kao važan prediktor osećanja samopouzdanja i zadovoljstva, i „negativan prediktor“ nedostatku samopouzdanja, lošoj self-slici i konačno depresiji [14]. U tom smislu i buduća istraživanja bi trebalo da ozbiljnije pristupe operacionalizaciji i rasčlanjivanju **tipova odnosa** i **tipova učesnika** u sajberinterakciji.

Pitanje **personalnih karakteristika** Internet korisnika takođe sve više privlači pažnju [25]. Primeri istraživanja kao što su Hamburger & Ben-Artzi (2002) i Gross E.F, Juvonen J, Gable S.L. (2002) potvrdili su da svaki pojedinačni korisnik Interneta u zavisnosti od svojih interesovanja, potreba i ličnosti izgrađuje svoj idiosinkratičan

model online ponašanja. Jedan od upečatljivih nalaza je i da usamljeni ljudi gledaju televiziju više nego ostali (Canary & Spitzberg, 1993), a kao razlog za to navode upravo potrebu da izbegnu osećaj usamljenosti (Rubinstein & Shaver, 1982; Rook & Peplau, 1982).

**Pitanje vrste socijalne podrške** se takođe logički dedukuje iz prethodnih pitanja. U istraživanjima koja se služe indeksom socijalne podrške kao merom socijalne uključenosti u buduće se moraju uzeti u obzir i pojedinačni indeksi tipova socijalne podrške. Kao što se vidi, **emocionalna** podrška se više vezuje za intimne i čvrste veze dok se **instrumentalna** i **informaciona** podrška mogu lakše i češće vezivati i za slabe i površne veze.

Konačno, neizbežno je i **pitanje smeru u odnosu usamljenost-korišćenje Interneta**. Argumenti bazirani na isključivom posmatranju atributa tehnologije kao takve uglavnom nikuda nisu doveli. Sam termin personalni računar govori nam nešto. Ljudi **sami, lično** kreiraju način i svrhu kako će iskoristiti mogućnosti koje im računar kao naprava sa svojim tehničkim karakteristikama pruža. U skladu sa tim sve više se pretpostavlja da se Internet u većini slučajeva koristi kao sredstvo za ublažavanje inicijalne, već postojeće usamljenosti ili socijalne izolacije. Kao primer već je bila navedena studija **Hamburger & Ben-Artzi** iz 2003, koja je između ostalog pretpostavila **redosled** i **smer povezanosti** osećaja usamljenosti i ponašanja na Internetu u smeroneuroticizam usamljenost Internet. Jedan od sličnih nalaza je i nalaz

(Canary & Spitzberg, 1993), da usamljeni ljudi gledaju televiziju više od ostalih.

## ZAKLJUČAK

Sagledavajući konačno celokupnu temu, kroz prizmu opisanih kretanja, čini se da rezultati navedenih studija više opisuju prirodne procese globalnog razvoja zapadne, a sve više i ostataka civilizacije, gde je Internet samo sredstvo, nikako uzrok uočenih kretanja i društvenih promena. Kako profesor **Eriksen** u svom delu **Tiranija trenutka** primećuje, u trenutku u kome se danas nalazi ljudska civilizacija, a čija je glavna karakteristika enormna količina dostupnih informacija, generalno se smanjuje vreme koje pojedinac može da posveti svakoj pojedinačnoj aktivnosti, naročito onoj koja se nalazi izvan poslovnih i radnih obaveza, na koje je najčešće hteo ne hteo formalno "nateran". Internet se u takvoj situaciji nužno nametnuo kao logičan izbor u sve bržem prenosu i sve većoj potrebi za informacijama. Mrežu bi u tom svetlu trebalo pre shvatiti kao proizvod, posledicu globalne evolucije ljudskog društva i prirodnog stremnjenja sveta ka ubrzanju.

Priča o antisocijalnom dejstvu boravka na Internetu više u većini slučajeva ne stoji. Slično kao i u slučaju sa koncepcijom o depresivnom dejstvu Interneta na mlade ljude i ova koncepcija se suviše dugo zadržala na istim pozicijama bez adekvatne i pravovremene empirijske verifikacije i teorijske adaptacije. [26]



O tome govore brojni podaci o rasprostranjenosti i daljem širenju online zajednica i komunikacijskih aplikacija/softvera. Komunikacija sa bližnjima je danas sve više olakšana raznovrsnim aplikacijama kao što je instant messaging, koje omogućavaju korisnicima da u svakom trenutku znaju da li su njihovi prijatelji ili poznanici online i da samim tim istog trenutka budu u stanju da stupe sa njima u kontakt. Kada su započete studije o uticaju Interneta na društvenost to nije bio slučaj, ali se danas instant messaging aplikacije kao što su AOL IM i ICQ, Skype<sup>6</sup> ubrajaju u najkorišćenije programe na Internetu (Subrahmanyam et al. 2001). Ostaje **pitanje kvaliteta** tako uspostavljene **interakcije**, ali se njemu mora pristupiti sa daleko sofisticiranijim i dugotrajnijim (longitudinalnim) postupkom praćenja ispitanika.

Dosadašnja istraživanja Internet ponašanja i njegovih posledica po ostale životne aktivnosti često više otvaraju nego zatvaraju pitanja i dileme (u skladu sa specifičnošću predmeta i stupnju razvoja ove oblasti naučnog delovanja), tako da se nije daleko došlo na tom putu. Neprestano uslo-  
žnjavanje i stvaranje novih oblika i na-

čina delovanja na mreži ostaje krupan problem, nemogućnost šireg obuhvatanja svih željenih pojmova i procesa, nužnost eklektičnijih pristupa, a primoranost na usitnjavanje predmeta i zadataka, takođe, ali ono što je najvažnije je da je učinjeno nekoliko dosta sigurnih koraka u pravcu njihovog amortizovanja.

Gledano iz jedne perspektive, može se zaključiti da postoji opasnost od širih socijalnih implikacija navedene situacije kao i da će prevlast Interneta kao medija dovesti i do većih socijalnih posledica [27]. Gledano sa druge strane, zahvaljujući mail-u, chat-u i forumima, Internet je sredstvo koje će pomoći povezivanju i saradnji ljudi, opet više nego što će televizija ikada učiniti<sup>7</sup>. Istina je verovatno negde između. Jedina konačna opaska bi bila, da bi se trebalo, barem za sada, suzdržati od a priori zaključaka i predrasuda o Internetu kao "tihom ubici" socijalnih odnosa, bez obzira da li, recimo, postoje slični rezultati u oblasti ispitivanja uticaja televizije. Vreme, kao jedan od najvažnijih faktora u razvoju svakog društvenog procesa će i u ovom slučaju pokazati svoje.

---

<sup>6</sup> aplikacija za jeftino telefoniranje i razgovor sa inostranstvom

<sup>7</sup> ova dilema je u literaturi poznata i pod nazivom "Internet paradoks"



# INCREASED INTERNET USE AND SOCIAL ISOLATION

Darko Hinić  
Goran Mihajlović  
Slavica Đukić-Dejanović  
Mirjana Jovanović

*Summary.* Social sciences of modern human civilisation are to a certain extent encumbered with the issue of harmful effect of different forms of the media on social relations, firmness of social structures and social behaviour on the whole. Although the Internet is primarily used for interacting and communicating with other persons, there is a growing number of researches which relate its increased usage with the feeling and state of loneliness, i.e. social isolation of its users. This kind of dilemma has become known as 'the Internet paradox' in reference books.

The review to follow has been designed as the foundation or overture to methodological, predictive and more sophisticated studies and projects, with the aim of providing both a detailed description, as well as a clear insight into psycho-sociological consequences of IT development, in the first place the Internet. Concerning the time and the state in which cyberpsychology as an empirical science finds itself, it is clear that there is a growing need for conceptual and content supplements to aims and tasks established in the dawn of cyberpsychology as a science. Consequently, the aim of this review, apart from comparison of the results gathered in various researches on the Internet and loneliness, would be also to specify proposals for new tasks, questions and goals in the field of studying potentially harmful impact of the Internet use on the process of social involvement.

*Key words:* information technologies, Internet influence, social interaction and isolation, social ties

## Literatura:

1. Suler J, The Psychology of Cyberspace, [www.rider.edu/users/suler/psyber.html](http://www.rider.edu/users/suler/psyber.html)
2. Nie N, Erbring L, Internet and Society: A Preliminary Report, Stanford, CA: SIQSS, 2000. [www.stanford.edu/group/siqss/](http://www.stanford.edu/group/siqss/)
3. Giddens A, Sociologija – Odabrana poglavlja, Ekonomski fakultet, Beograd 2002.
4. Horrigan J, Rainie L, Allen K, Boyce A, Madden M & O'Grady E, The Ever-Shifting Internet Population, 2003, <http://www.pewinternet.org/reports/>
5. Walther, J. B. (1996). Computer-mediated communication: Impersonal, interpersonal and hyperpersonal interaction. *Communication Research*, 23,
6. Wilson S, Mass Media / Mass Culture: An Introduction, McGraw-Hill Inc, 1993.
7. Hinić D, Internet i tradicionalni mediji, CePIT, BOŠ, Beograd, 2004.
8. Putnam R, Bowling Alone; The Collapse and Revival of American Community, New York: Simon and Schuster, 2000.
9. Cobb S, Social support as a moderator of life stress, *Psychosomatic Science*, 38, 1976.
10. Young K. S, Caught in the Net, New York, NY: John Wiley and Sons, Inc, 1998.
11. Kraut R, Patterson M, Lundmark V. Internet Paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American Psychologist* Vol.53, 1998.
12. Kraut R, Kiesler S. The social impact of Internet use. *Psych. Science Agenda*; 2003.
13. Katz J, Aspden P, A Nation of Strangers? Friendship patterns and community involvement of Internet users, *Communications of the ACM*, December 97/vol. 40, No.12, 1997.
14. Nie N, Sociability, Interpersonal Relations, and the Internet, *American Behavioral Scientist*, 2001.
15. Hinić D, Upotreba Interneta i društveni život njegovih korisnika, Empirijska istraživanja u psihologiji, Beograd, 2007.
16. Morahan-Martin J, Schumaker P. Incidence and Correlates of Pathological Internet Use. Annual Convention of the American Psychological Association; 1997.
17. Hamburger Y.A, Ben-Artzi E. Loneliness and internet use. *Computers in Human Behavior*; 2003; 19, 71-80.
18. Hamburger Y.A, Ben-Artzi E. The relationship between extraversion and neuroticism and the different uses of the Internet. *Computers in Human Behavior* 16; 2000.
19. Gross E.F, Juvonen J, Gable S.L. Internet use and well-being in adolescence. *Journal of Social Issues*; 2002; 58(1), 75-90.
20. La Greca A.M, Lopez N. Social anxiety among adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*; 1998; 26(2), 83-94.
21. McKenna K.Y.A, Bargh J.A. Can you see the real me? Relationship formation and development on the Internet. Manuscript submitted for publication; 1999.
22. Milanović G, Bakić I, Golčevski N, Internet pregled: Beograd 2002., CePIT, Beograd, 2002.
23. Golčevski N, Milanović G, Globalni građani – Empirijska studija korisnika Interneta u Srbiji 2003., CePIT, BOŠ, 2003.
24. McKenna K.Y.A, Bargh J.A. Causes and Consequences of Social Interaction on the Internet. *MEDIA PSYCHOLOGY I*; 2000.
25. Bakić I, Povezanost ponašanja pri korišćenju interneta i dimenzija ličnosti, Diplomski rad, Filozofski fakultet, Beograd, 2003.
26. Ybarra M. The Role of Adolescent Depressive Symptomatology in Internet Experiences. Johns Hopkins University Baltimore; 2006.
27. LaRose R, Eastin M. S, Gregg J, Reformulating the Internet paradox: Social cognitive explanations of Internet use and depression. *Journal of Online Behavior*, 1, 2001.

---

**Darko Hinić**  
Braće Hadžića 60/31, 34000 Kragujevac  
tel. 034 313 410, mob. 064 190 80 77  
e-mail: dahinfla@ptt.yu



# VINIKOT DONALD VUDS IZMEĐU IGRE I DESTRUKCIJE

**Srđa Zlopaša**

UDK: 616.89-008-07:316.613.62

Institut za psihijatriju,  
Klinički centar Srbije, Beograd

Teorija objektnih odnosa nastaje kao odvojena škola psihoanalitičke misli u Velikoj Britaniji. Neslaganja u Britanskom psihoanalitičkom društvu (The British Psychoanalytic Society) pre II svetskog rata, je dovelo do podele na tri pravca, koji su i danas prisutni. Prvoj grupi pripadaju naslednici Melani Klajn, drugoj sledbenici Ane Frojd, dok se treća grupa naziva – nezavisnom i srednjom (middle groupers). Ovu grupu čine uvaženi kliničari Vinikota (Winnicott), Ferbarna (Fairbairn), Harija Gantripa (Harry Guntrip), Majkla Balinta (Michael Balint), Margaret Litl (Margaret Little) i Džona D. Sadrlenda. Grupa je nastala kao posledica želje da se ne priklone ni klajnijanskoj ni struji sledbenika Ane Frojd. U vreme raskola između Klajnijanskog pravca objektnih odnosa i ego psihološke škole Ane Frojd ostaje u nezavisnoj grupi i razrađuje sopstveno originalno shvatanje selfa, objektnih odnosa, značenja igre, prelaznih fenomena itd. [5] Ipak u osnovi se mora priznati

*Kratak sadržaj:* U radu su izneti osnovni pojmovi iz dela Donalda Vinikota britanskog pedijatra i psihoanalitičara sa osnovnim podacima iz njegove biografije. Cilj rada je da istakne i približi čitaocima delove kompleksne teorije ovog autora.

*Ključne reči :* Vinikot, psihoanaliza, razvoj, teorija objektnih odnosa

zasluga Melani Klajn koja je napravila pomak od klasične teorije ka teoriji objektnih odnosa.

Pedijatar i psihoanalitičar originalna je pojava u psihoanalitičkom i psihoterapijskom miljeu sredinom prošlog veka čiji inovativni termini, poimanje razvojne psihologije, psihoterapijske prakse i kulturološkog iskustva danas predstavljaju nezaobilazni deo kurikulumuma savremene psihoterapijske misli. Svoje teorijske postavke modelirao je pre svega u pedijatrijskoj praksi dugoj četrdeset godina u Paddington Green Children's hospital ležeći više od šesdeset hiljada dece, ne napuštajući je ni kao već renomirani psihoanalitičar [5]. I danas u ovoj bolnici postoji odeljenje koje primenjuje Vinikotove smernice u nezi i unapređenju razvoja dece.

Donald Vinikot je rođen u 1896. godine u Plimontu, Velika Britanija, odrastao je u dobrostojećoj, metodističkoj trgovačkoj porodici u vreme društvene liberalizacije na kraju Viktorijanskog perioda. Rano pokazuje interes za Darwinovu teoriju, prolazi

kroz turbulentan adolescentni period, te odlazi u internat na školovanje. U to vreme lomi ključnu kost i za vreme boravka u bolnici odlučuje da postane lekar. Nakon toga upisuje koledž gde je posvećen medicinskim studijama kada otkriva kod sebe strast i talenat za uzimanje iscrpnih detalja za istorije bolesti, zainteresovan je za ljudske priče i sudbine pored somatskih nalaza. U univerzitetskoj biblioteci dolazi do primerka Frojdovih tumačenja snova, počinje da proučava svoje snove i misli da je našao nešto što odgovara njegovim sklonostima. Za vreme prvog svetskog rata volontira u sanitetu Kraljevske Mornarice kada se suočava sa smrću svojih vršnjaka. [3] Diplomirao je 1920. godine kada dobija specijalizaciju iz dečije medicine kako se zvala pedijatrija u to vreme, bavi se širokom patologijom od poliomijelitisa, osteomijelitisa, epidemija dijareja, piše radove o virusnom encefalitisu, eneurezi, problemima spavanja kod dece... Tokom 1931., počinje psihoanalitičko obrazovanje u periodu kada kulminiraju sukobi u Britanskom psihoanalitičkom društvu i dovode do institucionalne podele na grupu okupljenu oko Melani Klajn koja daje primat urođenim intrapsihickim silama i Ane Frojd koja istrajava u pedagoškom principu koji uključuje tehniku igre i fenomenološki pristup u posmatranju infantilnih psihoza. Prvu ličnu analizu imao je sa Džejmsom Strejčijem inače prevodiocem celokopnog Frojdovog dela na engleski jezik, zatim kod Džozan Rivier koja je bila blizak saradnik Melani

Klajn. Posle duge i bogate karijere preminuo je 1971. godine. [3,6]

U svakodnevnoj praksi sreće se sa fizički i mentalno obolelom decom te neposredno posmatra odnos majki sa svojom decom formuliše neke od ključnih pojmova u svojoj teoriji. Pisao je nesvakidašnjim stilom u kom se smenjuje kolokvijalnost sa hermeneutički obojenim formulacijama, odlikovala ga je toplina i antropološki optimizam, ne tako čest u stručnoj literaturi. Teoretski i tehnički doprinos psihoanalizi, psihoterapiji i psihijatriji Vinikota je ogroman, te ćemo se dotaći samo osnovnih pojmova njegovog dela.

## RAZVOJNE FAZE

Na početku dete je u neizdiferenciranom stadijumu simbioze sa majkom kada dominiraju omnipotentne fantazije kontrole objekta koje se pothranjuju pravovremenim odgovorima i zadovoljenjem potrebama. Zatim, dolazi prelazni period kada dovoljno dobra majka (engl. good enough mother) pomaže detetu u separaciji i prihvatanju objekta kao stvarnog i odvojenog, ona prihvata projekcije straha i frustracija, te pokazuje kako može izdržati i preživeti destruktivne napade i održati kontinuitet u odnosu i tako stvara podržavajuću sredinu (engl. holding environment) neophodnu za osećanje sigurnosti i kontinuiteta [2]. Ključnu ulogu u ovom periodu igra prelazni objekat kao supstitut za izgubljenu svemoć nad objektom, koji postaje osiguravajući most ka stvarnosti te

poligon za začetke kretivosti i destruktivnosti u odnosu na okolinu van materinskog polja. Treba naglasiti da Vinikotov razvojni put počinje intrauterino on formuliše specifično stanje primarne materinske preokupacije (engl. Primary maternal preoccupation) kao povišene senzibilnosti, "kao bolesnog stanja" pred kraj trudnoće i u prvom neonatalnom periodu koji služi kao psihosomatska podešenost za adaptaciju detetovim potrebama. [1,2]

### PRELAZNI OBJEKT I PRELAZNI FENOMENI

Ovaj termin formulisan je 1951. godine s' ciljem da se objasni značenje materijalnog objekta (ćebence, igračka, tkanina...) koji pomaže prelaz odojčeta sa primarnog oralnog odnosa i celovitog objektnog odnosa. Ovaj fenomen koji roditelji mogu uočiti kod svoje dece kao ćebence, plišana životinja isl., koje dete odbija da ostavi i često ga čuva do zrelijih razvojnih faza. Ono je zamena za dojk, prvo "ne-ja" posedovanje. Prelazni objekat je bitan kao prelaz sa subjektivnog, unutrašnjeg, halucinatornog, ka objektu koji je spoljni, percipiran i stvaran a nije majka, a opet je na neki način kreacija deteta. Važnost prelaznog objekta je upravo u sposobnosti da se nešto stvori, izmisli, pomeri. On predstavlja i osnovu za kasniji kapacitet za simbolizaciju čija je funkcija da nešto stoji umesto predhodnog, čega više nema fizički a reprezentuje ga. Ovaj pojam koristi i

za tumačenje kulturnih i društvenih fenomena, tako se u predgovoru za svoju najpoznatiju knjigu "Igranje i stvarnost" 1971. godine osvrće na transupstancijalna značenja hleba i vina u hrišćanskim obredima gde simbolizuju krv i telo Isusa Hrista. [2-4]

### PODRŽAVAJUĆA OKOLINA (eng. holding environment)

Vinikot u ovom konceptu naglašava važnost psihičkog i fizičkog prostora u kom se razvija dete a da toga nije svesno, ovde podrazumeva materinsko prisustvo sa svim karakteristikama od koga zavisi dobar razvojni tok. [1, 6]

### SUBJEKTIVNA OMNIPOTENCIJA

Predhodno spomenuta u početnoj simbiotskoj fazi kada dete događaje iz okoline doživljava kao deo svoje onnipotentne kontrole, ovo još naziva i "trenutkom iluzije" kojoj doprinosi primarna materinska preokupacija kao stanje povišene senzibilisanosti na potrebe novorođenčeta. [1,2]

### DOVOLJNO DOBRA MAJKA

Čuvana Vinikotova sentenca "ne postoji tako nešto kao beba" misleći da dete ne može opstati bez majke i ne može se posmatrati van interreakcije sa negujućim objektom [2]. Majka je osnova podržavajuće okoline (engl. holding environment) koja podrazumeva holding, handling i prezentaciju objekta. Dovoljno dobra majka (engl. good enough mother)

predstavlja skup svesnih, nesvesnih i fizičkih komponenti koje izlaze u susret potrebama deteta i podržavaju razvoj ka autonomnijim stadijumima i celovitim objektnim odnosima. Vinikot namerno ne koristi termin idealna majka jer je umereno frustriranje potreba neophodno kao preduslov razvoja zrelijih struktura te nema integracije ega bez otpora okoline. Podržavajuća okolina je živa i odgovara na podražaje deteta. Veliku važnost pridaje primitivnim anksioznostima anihilacione prirode od kojih majka štiti dete holdingom koje pruža osećanje bazične sigurnosti. Korelate ovih ranih anksioznosti on pronalazi psihotičnim fenomenima u kasnijim razvojnim periodima i u adultnom dobu. Ukoliko odgovori na potrebe deteta nisu dovoljno dobri koriste se adaptacioni mehanizmi koji prelaze u formativnu strukturu koju naziva lažni self (engl. false self).[1]

## PRAVI I LAŽNI SELF

„Samo pravi self može biti kreativan i može se osećati stvarnim“ [3]

Termin self Vinikot koristi kao ego i kao self objektnu reprezentaciju. Koristi ga da prikaže celovitu psihosomatsku organizaciju koja nastaje iz dezintegrisanih stadijuma razvoja postepenim organizovanjem. Na početku izraz pravog selfa je motorički gest, nagoniska potreba, a postepeno poprima sve složenije oblike i u kontaktu sa podržavajućom sredinom nastavlja da se razvija i daje osećaj konti-

nuiteta i stvarnosti postojanja, te predstavlja preduslov za kreativan odnos prema okolini. Ukoliko dolazi do poteskoća u prepoznavanju i odgovorima primarnog objekta i okoline na spontane pokrete, gestove i potrebe formira se lažni self. Termin uvodi 1960. godine u članku „Distorzija ega u funkciji pravog i lažnog selfa“ u kojem na primeru slučaja klijentkinje koja nije imala osećaj stvarnog postojanja. [1] Termin je kasnije proširen na shvatanje egzistencijalnih modusa autentičnog i neautentičnog postojanja. Funkcija lažnog selfa u odnosu na vulnerabilni pravi self je protektivna i čuva ga od povreda, čak i od uništenja. Lažni self ima visoko sofisticiranu socijabilnu komponentu tako da i pored utiska uspešnosti i socijalne prihvatljivosti ne postoji celovit osećaj ispunjenosti i ostvarenosti. Ovim terminima obogaćeno je Frojdovo shvatanje funkcija ega pod uticajem instiktivnih pulzija i onih koje su u službi adaptacije i snalaženja u realitetu. [5]

## KAPACITET DA SE BUDE SAM

Kapacitet da se bude sam predstavlja preduslov za kreativnost i razvija se u periodu separacije. Na samom početku preduslov za razvoj ovog kapaciteta je da roditelj bude prisutan. Biti sam u prisutstvu drugoga je paradoksalan zahtev ali Vinikot prihvata paradoks i smatra da je tolerancija i prihvatanje paradoksa jedan od preduslova mentalnog zdravlja i prih-

vatanja realnosti sa svojim protivrečnostima. [7]

Svi navedeni pojmovi imaju ne samo razvojno psihološku vrednost već i praktične psihoterapijske implikacije. Posebnu važnost pridavao je regresiji u psihoterapijskom setingu i u njoj video šansu za oživljavanje prokreativnih snaga koje su umrtvljene lošim razvojnim iskustvima. Otvarao je probleme ambivalencije i mržnje u kontratransferu. Smatrao je da je neophodno u radu sa psihotičnim pacijentima osvestiti mržnju kao neizostavan fenomen u psihoterapiji teških slučajeva psihotičnih i graničnih pacijenata. [1] Smatrao je da bi pomogli psihijatrima, psihoanalitičari moraju za njih proučavati ne samo primitivne faze emocionalnog razvoja bolesne osobe, već i prirodu emocionalnog bremena koji psihijatri nose obavljajući svoj posao. Koliko god voleli pacijente ne možemo da zane- marmo strahove, ambivalencije i animozitete, te klasifikacijom i proučavanjem kontratransfernih fenomena on rasvetljava ovaj neprijatan deo odnosa pacijenta i terapeuta. [1] Poznata su njegova tumačenja antisocijalnih tendencija i shvatanja delinkvencije kao znaka nade. Naime, Vinikot je imao ogromno u iskustvo u radu sa ostavljenom i raseljenom decom koja su ostala bez roditelja i odrastala u internatskim uslovima i sa adopcionim porodicama. Antisocijalne tendencije naročito su izražene kod ove dece. Gde god postoji antisocijalna

tendencija postojalo je i istinsko lišavanje. [2] Ovde se Vinikot direktno poziva na Bolbijevu teoriju atačmenta i povezuje je sa fenomenima krađe, laganja, kriminalnih radnji i sl. [1]

Vinikotova teorija i shvatanje razvoja korelira sa današnjim shvatanjima u proučavanju neurorazvojnih procesa kod dece te kognitivnih procesa, implicitne memorije itd.

U poznatoj zbirci radova pod imenom „Od pedijatrije do psihoanalize“ obrađuje širok spektar tema koje su po pravilu potkrepljene primerima iz prakse. Analizira poremećaje ishrane kod dece, rane anksiozne fenomene i reparacione mehanizme, ulogu agresije kao sastavnog dela emotivnog razvoja i šanse koju pruža zdrava agresivnost kao pokretač razvoja i napretka. [2]

Pored niza terminoloških inovacija u Vinikotovoj teoriji sreću se originalne postavke, ideje, opservacije ali sam Vinikot nije nikada radio na sistematizaciji svog dela, što ide u prilog činjenici da nije imao nameru da da sveobuhvatnu teoriju i zasnuje školu unutar psihoanalitičkog pokreta. Sam osetljiv na dogmatsku rigidnost tadašnjih suprostavljenih grupa, zazirao je od autoritarnosti i liderstva i ostavljao prostor za nadogradnju i dalji razvoj pravog selfa kod svojih sledbenika. Jedan dobar poznanik Vinikota rekao je da: „Nije tačno da je Vinikot dobro razumeo decu, već su ona njega razumela.“ [3]



# WINNICOT DONALD WOODS BETWEEN PLAY AND DESTRUCTION

Srđa Zlopaša

Institute of psychiatry, Clinical  
Centre of Serbia, Belgrade

*Summary:* The aim of this study is to present essential terms of D.W.Winnicott British pediatrician and psychoanalyst and to make reader familiar with most important concepts from rich work of this author. Also the main biographical data will be shown. Winnicott was unique figure in psychoanalytical movement that escaped trap of dogmatic approach. His work emerged from rich clinical experience with children. He enriched psychoanalytical theory by new terms of transitional object, transitional phenomena, true and false self, good enough mother, holding etc....

*Key words:* Winnicott, psychoanalysis, transitional object, object relation theory

## Literatura:

1. Grupa autora intervizijskog seminara o Vinikotu i nastavljacima. Dovoljno dobro roditeljstvo, Narodna knjiga, Beograd 2006.
2. Winnicott DW. Thought paediatrics to psycho-analysis. The Hogarth press, London 1982.
3. Winnicott RR. Life and Work, Perseus publishing, Cambridge 2003.
4. Winnicott DW. Igranje i stvarnost. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva Beograd, 1999.
5. Rudinesko E, Plon M. Rečnik psihoanalize. Izdavačka knjižarnica Zorana Stojanovića, Sremski Karlovci, Novi Sad, 2002.
6. Winnicott DW. Dijete, obitelj i vanjski svijet. Naprijed, Zagreb 1980.
7. Winnicott DW. Home is where we start from. Penguin books, England 1986.

---

Srđa Zlopaša  
Institut za psihijatriju KCS  
Pasterova 2  
tel. +381 113 065 637  
fax. +381 113 065 637  
e-mail: zlopasa@sbb.co.yu

# EGZOTIČNE PSIHOZE

Tijana Cvetić  
Olivera Vuković  
Mirjana Zebić

UDK: 616.892-07-085

Institut za psihijatriju,  
Klinički centar Srbije, Beograd

Pažnju kulturnih antropologa privlače psihički poremećaji koji su po pravilu omeđeni kulturno-geografski i koji su kulturno specifični. U pristupu dijagnostici i terapiji različitih mentalnih poremećaja, od izuzetnog značaja je da kliničar kao i antropolog polaze od individualnog etničkog i kulturalnog miljea. U multidisciplinarnom pristupu mentalnim poremećajima, postoji snažna povezanost između antropologije, psihologije i psihijatrije što ukazuje na kompleksnost pojave mentalnih bolesti koje ne zavise samo od bioloških već i od psiholoških, socijalnih, ekoloških i duhovnih faktora.

Psihopatološka ispoljavanja kod jedne ličnosti, u značajnoj meri određena su miljokazima njegove egzistencijalne sredine tj. prihvatanjem i razumevanjem bolesti od strane društva u kome živi [1]. Kulturološko formulisanje omogućava sistematični pregled kulturološkog porekla jedne individue i ulogu kulturnog konteksta u ekspresiji i evaluaciji simptoma i dis-

*Kratak sadržaj:* Egzotične psihoze ili transkulturni sindromi sačinjavaju heterogenu grupu različitih fenomena kojima se bave medicinski antropolozi i psihijatri. Eklektična priroda ove kategorije otežava njihovo definisanje i klasifikaciju. Generalno, egzotične psihoze obuhvataju više vrsta poremećaja, koji su kulturološki specifični jer ne odgovaraju poremećajima priznatim od strane zapadne alopatične nozologije.

*Ključne reči:* egzotične psihoze, amok, koro

funkcije. Zbog toga je neophodno da stručnjaci iz ove oblasti uzmu u obzir sve moguće elemente porekla jedne individue i sredine kojoj ta individua pripada. Modeliranje i kreiranje slike o jednoj bolesti od strane društva ima istovremeno i kognitivni i bihevioralni karakter [2].

Od velikog broja opisanih poremećaja specifični za različite kulture, koji obuhvataju lokalno specifične, rekurentne prototipove aberantnog ponašanja i neuobičajenog iskustva, zadržali bi smo se samo na onim koji su poznatiji. „Egzotičnost“ ovih poremećaja jedan je od razloga što su uključeni u savremene klasifikacione sheme mentalnih poremećaja. Neosporno je da se u njihovoj etiologiji može poći sa dva stanovišta:

1) Ukoliko prihvatimo da su ovi sindromi jedinstveni i ograničeni na određenu kulturu onda u njihovom nastanku učestvuju kulturalni i biološki faktori;

2) Ako gledamo na ove sindrome kao na forme standardnih dijagnoza kao što je npr. shizofrenija, onda psihopatološki sadržaji posebno sumanutni sadržaji i halucinacije su uslovljeni specifičnošću kulturološkog obrasca društva u kojoj se javljaju [3].

Egzotične psihoze predstavljaju definisane složene fenomene koji se po ustaljenoj shemi jednog regiona uzimaju za “bolest” ili najmanje rečeno osećanje a mnoge od njih imaju specifično lokalna imena kao što su LATAH, KORO, MAL DE OJO, AMOK, SUSTO. Sredina i njeni odnosi imaju veliki uticaj na definisanje odgovarajućih simptoma koji se pojavljuju u toku ovih poremećaja, zatim na sam tok i socijalno prihvatanje tj. neprihvatanje postojećeg stanja. Ova vrsta poremećaja najčešće je ograničena na specifično društvo ili zone, slikovito opisana i prebojena folklorom tih zajednica, gde je uticaj arhaičnih elemenata ponašanja veoma značajan.

Kulturno-specifični sindromi analizuju se i u okviru medicinske antropologije, ili kako pojedini autori naglašavaju etnomedicine, pod nazivom folklorne bolesti (eng. folk illness). Definišu se kao bolesti kod kojih simptomi ne mogu biti opisani upotrebom postojećeg medicinskog znanja [4].

Status ovih poremećaja je kontraverzan. Mnogi istraživači smatraju da se oni razlikuju samo u stepenu od već posojećih poremećaja u psihijatrijskim klasifikacijama, kao što su anksiozni poremećaji i stresne reakcije i da ih je zbog toga bolje sagledavati

kao lokalne varijacije na već priznate poremećaje. Aneksom Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-10) obuhvaćeno je 12 kulturno-specifičnih poremećaja koji su izdvojeni iz antropološke i medicinske literature na osnovu kliničkih karakteristika. Nije bilo pokušaja da se napišu detaljni dijagnostički kriterijumi za ove poremećaje. Međusobno se razlikuju u pogledu učestalosti (pojedini su izuzetno retki), toka (mnogi su akutni i prolazni), što dodatno otežava sistematičan pristup njihovom istraživanju.

Od pomenutih poremećaja klasifikovanih u novijim klasifikacionim sistemima opisaćemo neke od njih [5].

## AMOK

Malezijska reč amok znaci “ubilačko ludilo” čime se objašnjava iznenadna pojava psihomotornog raptusa praćenog krajnjom hostilnošću i ubilačkim impulsima. Ukoliko ne bude ubijen od onih koji se brane od njega, divlja trka bolesnika završava se iscrpljenjem i amnezijom. Ovaj poremećaj privlači pažnju zato što izaziva strah okoline, te je tako našao mesto i u beletristici npr. u pripoveci Stefana Cvajga (Stefan Zweig). Ovaj poremećaj opisan je prvobitno u Maleziji, ali se javlja i na Filipinima i nekim oblastima Afrike. [6]

Kulturno poreklo amoka vezuje se za staru malajsku borbenu taktiku i fanatizam nekih ranih muslimanskih grupa [7].

## KORO

Koro je sindrom koji se javlja pretežno kod muškaraca jugo-istočnoj Aziji i nekim oblastima Kine gde je poznat pod imenom suc-yeong. Klinički sliku karakteriše panični strah i osećanje da će se penis uvući u trbuh i nestati. Osoba zato stalno drži penis ili čak osigurava sa improvizovanom drvenom napravom. Kod žena se javlja sličan strah od uvlačenja dojki i labija. Kulturno poreklo ovog poremećaja izgleda potiče od zabrana masturbacije, polucija i prekomernog seksualnog odnosa koje su imale zastrašujuć karakter. Ovaj sindrom, koji počiva na kastracionom strahu, povremeno ima epidemijske razmere [8, 9].

## LATAH

Termin latah je maleziskog ili indonežanskog porekla, ali se ovaj sindrom javlja u mnogim delovima sveta. Drugi nazivi za ovo stanje su amurakh, ikota, olan (Sibir); bah tshi, bah tsi (Tajland); imu (Japan); mali-mali silok (Filipini). U Maleziji, ovo stanje javlja se pretežno kod sredovečnih žena nižeg socijalnog statusa, a karakteriše ga nalašena sugestibilnost, eholalija, ehopraksija, ehomimija, uz obilje obscenih reči. Smatra se da simptomi lataha predstavljaju odbranu od teške represije kroz mehanizam indentifikacije sa agresorom. Obscene reči predstavljale bi autentična neprijateljska osećanja, odnosno bunt prema ponižavanju [10].

## MAL DE OJO

Sindrom koji je rasprostranjen u Mediteranskim kulturama ali i u drugim delovima sveta. Mal de ojo je španska fraza koja prevedena na engleski označava "evil eye", u slobodnom prevodu "urotljivo oko". Deca su posebno izložena riziku od oboljenja, a simptomi uključuju nemiran san, plakanje bez evidentnog uzroka, dijareju, povraćanje i groznicu kod dece i odojčadi. Ponekada i odrasli, posebno žene, manifestuju iste simptome [2].

## WINDIGO

Windigo ili wihtigo psihoza je psihijatrijski poremećaj opisan među Indijancima Severne Amerike. Manifestuje se kao kompulzivna potreba za jedenjem ljudskog mesa jer je osoba ubeđena da njim vlada ogromni ledeni duh po kome je i psihoza dobila ime. U početku ove simptome prate digestivni poremećaji, depresija i težnja ka usamljenosti da bi vremenom bolesnik postao agresivan. Ova psihoza kao da oživljava neke arhajske oblike ponašanja kod čoveka. Zanimljivo je da su windigo psihoze po opisu domorodaca, a ne i po viđenju stručnjaka [11, 12].

## VUDU (VOODOO)

Vudu sindrom često poznat kao vudu smrt je verovanje pojedinca da je posedovan od zlog duha. Naročito je česta u južnim delovima Sjedinjenih država, među afričkim Amerikancima

i evropskim Amerikancima kao i na Karibima. “Opčinjena” osoba umire kada je svojim nedoličnim ponašanjem na koje je nagoni demon prekršila važan tabu [3].

## SUSTO

Susto je po Rubel-u i O’Nell-u folklorna bolest ili poremećaj nastao kao posledica nekog iznenadnog zastrašujućeg događaja, koji u tom momentu dovodi osobu do gubitka ravnoteže i pada na pod. Zatim osoba manifestuje doživljaj odvojenosti psihičkog i duhovnog od telesnog. Susto se javlja kod Latino amerikanaca i u Srednjoj Americi. To je stanje anksioznosti, a mogu se ispoljavati i katatoni fenomeni. Tipični simptomi obuhvataju poremećaj apetita, nedovoljno ili prekomerno spavanje, osećaj tuge, gubitak motivacija, osećaj stalne prljavosti. Reč susto je španskog porekla i znači strah. Susto pripada bolestima nastalim zbog uticaja nepovoljnih prirodnih sila, ili kako kažu zbog prirodnih uzročnika koja odgovaraju sferi Božijeg rada [13, 14].

## ZAR

Zar u prevodu znači „zli duh“. Najprostranjeniji je u Etiopiji i drugim krajevima Severne Afrike kao i u različitim Arapskim zemljama, a karakterišu ga epizode disocijacije koje se lokalno pripisuju opčinjenosti duhovima. Vikanje, smejanje, samopovređivanje i automutilacija, kao i pevanje, plakanje potom apatija i izolacija su glavni simptomi Zara. Ovaj poremećaj tradicionalno se leči kroz ceremonije egzorcizma, uključujući pevanje, igranje i pijenje krvi žrtvenog jarca.

## ZAKLJUČAK

Dva su glavna razloga fokusa istaživanja na ove poremećaje. Prvi je povećana kulturna različitost osoba koje traže psihijatijsku pomoć, što je pokazatelj veće kulturne različitosti današnjeg društva. Imigranti donose sa sobom svoje obrasce ponašanja kao i koncepte o mentalnoj bolesti. Kliničari bi trebali da znaju više o ovakvim sindromima zbog globalizacije i povećane migracije stanovništva. Drugi razlog je njihova inkluzija u postojeće dijagnostičke klasifikacije, kao i veća saznanja o prirodama ovih poremećaja.

Ideja autora ovog prikaza je da ukažu na značajnost i povezanost kulturoloških, socioloških i bioloških faktora u pojavi grupe kulturno-arhaičnih poremećaja. Kulturne pojave obojene su i subjektivnim aspektima tj. kulturno-specifičnim aspektima ličnosti. Značaj kulture u formiranju ličnosti ocenjuje se visoko te bi čovek bio “kreatura kulture” tj. čovek ulazi u kulturu koja ga oblikuje na njoj svojstven način. Tako se iz mnoštva ljudskih mogućnosti razvijaju one koje odgovaraju određenoj kulturi. Kulturni antropolozi traže u kulturi opšte stereotipe, centralne vrednosti-bazične ličnosti.

U zaključku bi smo rekli da vreme masovne kulture i masovnih komunikacija čini da se opisani sindromi, uglavnom zatvorenih kulturnih sredina, sve ređe sreću. No, njihovo postojanje više nego ma koji drugi fenomen rečito govori o značaju kulture, možda više u modeliranju nego u nastanku psihičkih poremećaja.

# CULTURE-BOUND SYNDROMES

Tijana Cvetić  
Olivera Vuković  
Mirjana Zebić

Institute of psychiatry, Clinical  
Centre of Serbia, Belgrade

*Summary:* Culture-bound syndromes comprise a heterogeneous set of illness phenomena of particular interest to medical anthropologists and to psychiatrists. The eclectic nature of the category makes it hard to define precisely, and has invited much dispute over the best name and definition for it. More generally, culture-bound syndromes comprise several kinds of illness or affliction, all of which are defined as culture-bound in that they do not have a one-to-one correspondence with a disorder recognized by Western, allopathic nosologies.

*Key words:* culture-bound syndromes, amok, coro

## Literatura:

1. Lebra WP, ed. Culture-bound syndromes, ethnopsychiatry, and alternate therapies. Honolulu, University of Hawaii, 1976.
2. Simons RC, Hughes CC, eds. The culture-bound syndromes. Dordrecht, Reidel, 1985.
3. Kaplan H, Sadock B Synopsis of Psychiatry (8th Ed.). Baltimore: Williams & Wilkins. 1998.
4. Favazza AR 1985, Anthropology and psychiatry. In: Comprehensive Textbook of Psychiatry, Vol. 1, 4th ed., Kaplan H and Sadock B, eds. Baltimore: Williams and Wilkins.
5. World Health Organization. The International Classification of Diseases-10 classification of mental and behavioral disorders clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1992.
6. Lin Keh-Ming. Hwa-byung: a Korean culture-bound syndrome? American journal of psychiatry, 1983, 140(1): 105-7.
7. Spores J. Running amok: an historical inquiry. Athens, OH, Ohio University Center for International Studies, 1988 (Southeast Asia Series, No. 82).
8. Bernstein RL, Gaw AC. Koro: proposed classification for DSM-IV. American journal of psychiatry, 1990, 147(12): 1670-4.
9. Adityanjee, Zain AM, Subramaniam M. Sporadic koro and marital disharmony. Psychopathology, 1991, 24(1): 49- 52.
10. Jenner JA. Latah as coping: a case study offering a new paradox to solve the old one. International journal of social psychiatry, 1990, 36(3): 194-9.
11. Bishop C. Northern Algonkian cannibalism and windigo psychosis. In: Williams T, ed. Psychological anthropology, The Hague, Mouton, 1975: 237-8.
12. Hay T. The windigo psychosis. American anthropologist, 1971, 73: 1-19.
13. Houghton A, Boersma F. The grief-loss connection in susto. Ethnology, 1988, 27: 145-54.
14. Rubel AJ, O'Neil CW, Collado-Ardon R. Susto, a folk illness. Berkeley, University of California Press, 1984.

Tijana Cvetić  
Institut za psihijatriju KCS  
Pasterova 2  
tel. +381 113 065 637  
fax. +381 113 065 637  
e-mail: tijanacvetic@yahoo.com





# STARENJE I PSIHOLOŠKE PROMENE

Slobodan Simić<sup>1</sup>  
Srđan Milovanović<sup>2</sup>  
Jasmina Barišić<sup>2</sup>  
Cvetana Crnobaric  
Nataša Šikanić<sup>3</sup>  
Goran Bajić<sup>4</sup>

UDK: 616.89-008.053.9

- 1 Klinika za psihijatriju, Kliničko bolnički centar "Zvezdara", Beograd
- 2 Institut za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd
- 3 Klinika za psihijatriju, Kliničko bolnički centar "Dr Dragiša Mišović", Beograd
- 4 Opšta bolnica Užice, Odeljenje za psihijatriju

Starenje stanovništva je socijalno-demografski proces koji je prisutan i karakteriše sve zemlje sveta. Uzroci ovog procesa su uslovljeni nizom fenomena kao što su: opadanje smrtnosti i porast srednjeg trajanja života, opadanje fertiliteta ženskog stanovništva i migraciona kretanja koja idu sa urbanizacijom i industrijalizacijom. Povećani standard života, napredak medi-

*Kratak sadržaj.* U radu su prikazani podaci koji se tiču broja starije populacije u Srbiji, kao i podaci u vezi razvoja gerontologije u svetu, njenim začecima i razvoju. Definišu se periodi kao i psihološke promene koje mogu nastati u starosti, a prikazane su i osnovne postavke psihologije starenja. Reakcije koje se mogu javiti kao odgovor na staračku dob i perspektivu su takodje izložene.

*Ključne reči:* gerontologija, psihologija, starost

cinske nauke i poboljšanje socijalnih uslova su isto tako doprineli povećanju populacije starijeg stanovništva.

Prema popisu stanovništva iz 2002. godine, više od 1.200 000 lica, ili šestina ukupne populacije Srbije ima 65 i više godina [1]. Tabela br. 1 prikazuje porast broja starijih od 60 godina prema popisima stanovništva.

	GODINA						
	1948	1953	1961	1971	1981	1991	2002
Ukupan broj stanovnika	6527966	6979154	7642227	8446591	9313676	9778991	7498001
Stanovnici preko 60 g.	575292	641888	790485	1088067	1156776	1156776	1684289

Starenje stanovništva ima svoj uticaj na sve segmente društvenog života – povećavaju se troškovi za izdržavanje starih, potom, povećanje broja izdržavanog stanovništva u odnosu na radno sposobno vodi i zaostajanju u privrednom i društvenom razvoju; negativni demografski trendovi - porast opšteg mortaliteta i opadanje nataliteta doprinose daljem starenju populacije; u oblasti socijalne zaštite – obezbeđivanje adekvatne institucijalne i vaninstitucionalne zaštite.

Iako nema sfere društvenog života od porodice pa do državnih ustanova koja nema udela u problematici starijeg doba, ipak se zdravstvene usluge nalaze ispred svih kada se susrećemo sa problemima koji mogu pratiti senijum, jer se povećava potreba za svim vrstama zdravstvene pomoći, kao i za stvaranjem heterogenih, a usko specijalizovanih vidova pomoći.

Konstantno povećanje broja starih odrazilo se i na polje nauke. Interesovanje u svetu za socijalne, zdravstvene i sve druge probleme starih osoba je pokrenulo dve bazične naučne discipline: gerontologiju i gerijatriju.

Iako se pojavila tokom treće decenije XX veka, gerontologija praktično tek odmiče od svog početka. Pojavila se kao naučna disciplina posvećena studiji opštih biopsiholoških zakona starenja, psihosocijalnih svojstava staračkog doba kao i fizičkih promena koje u starosti nastaju [2,3].

U starosti može doći do promene u mišljenju (kognicija), memoriji, samoj ličnosti i njenom raspoloženju i ponašanju. Postaviti granicu između bolesti i normalnih procesa često nije lako,

npr. umanjeње ili usporenje mentalnih procesa može biti sagledano kao posledica starosti, a što u svojoj osnovi može biti posledica uspešno lečive bolesti (npr. depresija, hipotireoidizam). Brzo propadanje u sferi kognicije je gotovo uvek posledica bolesti. Uticaj starenja na mentalno zdravlje je u tesnoj vezi sa socijalnim životnim faktorima starih.

Jedno od istraživanja iz Sjedinjenih Država koje se baziralo prema uslovima života i brige i starima nalazi da je prevalenca psihijatrijskih poremećaja kod osoba dobi od 65 godina a koje žive u zajednici 15 do 25%, dok za osobe koje su u hospitalnom smeštaju ista karakteristika prisutna od 27 do 55%. Proces opadanja mentalnih sposobnosti može se sprečiti ili bar odložiti ukoliko se stara osoba kontinuirano bavi nekim oblikom intelektualnog rada. Istraživanja pokazuju da mentalna aktivnost pomaže u očuvanju funkcija mozga, kao što su sposobnost učenja, pamćenja novih sadržaja i smanjenje zaboravnosti. Očuvanje funkcija mozga u što većoj meri spada među najbitnije faktore za očuvanje kvaliteta života u starosti.

Mentalne alteracije u starih, kao i njihova prevencija, lečenja i rehabilitacija, izučavaju se u okviru posebne discipline koja se označava kao gerijatrijska psihijatrija ili psihogerijatrija. Sama reč geron, gerontos je grčkog porekla, označavala je osobu koja je bila doživotno izabrani savetnik vladara u staroj Grčkoj. Obzirom da se radilo o starijoj osobi, značaj reči je izveden te se istom rečju označava i osoba starije životne dobi.

Koncepcija Birera (Burrer), osnivača savremene gerijatrije, zasniva se postavci da starenje počinje sa začecem i da njegove biološke, psihološke i socijalne aspekte determinišu uslovi i način života u detinjstvu, mladosti i zreloom dobu. U razvoju gerijatrije kroz stari i srednji vek, pa skoro i do naših dana bilo je u pojedinim sredinama perioda kada je prevladavalo mišljenje da starost sama pa sebi predstavlja bolesno stanje, da je lekarska intervencija nesvrishodna, pošto su bolesti starih progresivne i ireverzibilne.[2,3,4]

Fizički i psihički razvoj čoveka kreće se uzlaznom i silaznom krivuljom. Uzlazna strana predstavlja razdoblje razvoja i sazrevanja (evolucija), a silazna razdoblje u kojem slabe fizičke i psihičke funkcije (involucija). Smatra se da ne postoje oštre granice dokle traje evolucija a kada započinje involucija. Staračko doba je treće razdoblje u kojem se dovršava starenje mozga i javljaju eventualno oraganske patološke promene. Povezano se opštim zdravstvenim, kulturalnim i ekonomskim životnim okolnostima granica involucije i starosti se pomera prema napred, tako da se danas za period rane starosti uključuju osobe između 60 do 75 godina.

Starije doba podrazumeva u medicinskom smislu izuzetno raznoliku populaciju. Nesumljivo je da se u toku involucije postepeno snižava sposobnost čoveka da u potpunosti ovlada novim i komplikovanijim situacijama. Međutim u sencenciji može da bude a često i jeste osoba mentalno potpuno očuvana i sposobna da stvara.[5,6]

Iako savremena istraživanja ruše neke mitove vezane za poznu životnu dob, kao na primer, predrasudu o senilnosti, odnosno stav da svaka stara osoba postaje senilna, samo ako dovoljno dugo poživi, zatim mit o neefikasnosti i neproduktivnosti starih koji podrazumeva da stare osobe ne mogu da budu efikasne, socijalno aktivne i kreativne, te verovanje da stari nemaju kapacitete da se menjaju i da prihvate promene, ovakva uverenja ostaju duboko ukorenjena u poimanju starenja i starosti, a njihovo konstantno održavanje i širenje dovelo je do novog vida diskriminacije - ejdžizma (ageism). Termin "ejdžizam" prvi je upotrebio Batler 1969. godine kako bi u jednoj reči izrazio sistematsko stereotipiziranje i diskriminaciju baziranu na godinama starosti.[7]

Ejdžizam je široko rasprostranjena pojava koja obuhvata sve strukture društva i sve uzrasne grupe. Posle rasizma i seksizma, smatra se trećom velikom, po nekima, najsurovijom predrasudom. Negativan uticaj ejdžizma jasno je vidljiv u tri velike oblasti društvenog života:

1. diskriminacija na radnom mestu,
2. neravnopravan položaj u sistemu zdravstvene zaštite i
3. socijalna stigmatizacija.

Brojna istraživanja su pokazala da je ejdžizam u najvećem broju slučajeva proizvod i posledica socijalizacije. Usvajanje određenih stavova, načina mišljenja i modela ponašanja koji se u određenom društvu smatraju poželjnim mogu, i najčešće dovode, do usva-

janja predrasuda prema starosti i stari-  
ma.[8,9]

Tačno je, da je u poznim godinama struktura ličnosti stabilna, ali čovekova sposobnost da se menja više zavisi od predhodnog životnog iskustva i primarne strukture nego od godina, odnosno starosti. Tako i mogućnost adaptacije, visina praga tolerancije i uopšte odbrambeni potencijali ličnosti podležu individualnim varijacijama koje nisu male. Pojam psiholoških promena u involuciji obuhvata sva stanja koja se javljaju u ovom razdoblju kao pojave za sebe ili kao propratne pojave fizioloških promena. U starosti takođe može doći do razmimoilaženja između psihičkog i telesnog stanja, npr. moguća je očuvanost psihičkih funkcija uz izraženu fizičku oronulost i obrnuto. Psihološka proučavanja starenja upućuju na sledeće aspekte: psihičko afektivne promene i /ili reakcije i socioekonomski aspekt i organske promene osobe koja stari.[6]

## DEFINICIJA, PERIODIZACIJA I PSIHOLOŠKE PROMENE U DOBA STAROSTI

Kontinuitet razvoja, kao i individualne razlike u tempu razvoja otežavaju tačno omeđivanje staračke dobi i utvrđivanje granice između srednje odraslog doba i staračkog perioda u životu pojedinca. Biološki kriterijumi opadanja funkcija tkiva nisu lako primenjivi zato što pad nekih funkcija (limfoidnog tkiva npr.) počinje već oko desete godine, a nekih tek u dubokoj starosti. Kod nekih ljudi pad efikasnosti (fizič-

ke i intelektualne) počinje već oko pedesete godine, dok kod drugih srećemo i u dubokoj starosti visok nivo životne i radne energije. Ipak moglo bi se reći da staračko doba nastupa u onom periodu života kada se jave i objektivni znaci zastoja i nazadovanja na biološkom, socijalnom i psihološkom planu. [10, 11, 12]

Predmet psihologije starenja je dvostruk. Obuhvata starenje kao dinamički proces i starost kao određenu etapu života. [6]

Najznačanije psihološke karakteristike većine osoba u ovom dobu su po Furlanu [5]: slabljenje motivacije i sužavanje interesa. Promena motivacije za većinu aktivnosti kojom se čovek bavio u periodu aktivne profesionalne delatnosti jedna je od suštinskih psihičkih promena kod starih ljudi koja iz osnove menja manifestnu sliku ponašanja, pa time i predstavu koju imamo o mentalnim procesima kod većine osoba u ovom životnom dobu. Značajne promene se dešavaju i u odnosu prema životu.

Karakteristika starenja, koja se takođe ističe, kao deo stadijuma životnog ciklusa, su brojni biopsihosocijalni gubici. Gubitak je jedna izraženih karakteristika emocionalnog iskustva starosti. Stari ljudi su često suočeni sa brojnim a ponekad i simultanim gubicima: npr. smrt bračnog druga ili prijatelja, popuštanje fizičkog zdravlja, penzionisanje, gubitak socijalnog položaja i/ili socijalne sigurnosti. Gubici na životnim poljima imaju za posledicu da stari ljudi troše mnogo emocionalne i fizičke energije u procesu tugo-

vanja i osećanja krivice, u adaptaciji na promene koje su nastale kao posledica gubitka, i oporavku od stresa koji je nerazdvojni deo ovih kriza. Gubitak u ovoj dobi više nego u drugim, prati i pojava samoizolacije ili pak udaljavanja od porodice. Notira se u meri koja nije beznačajna da je porodica manje spremna da se brine o bolesnim i starim članovima, te da ima tendencu da brigu premešta na socijalne i zdravstvene institucije. Posledično izolacija starih može biti i šire društveno uslovljena, gde dominantu ulogu ima kvalitet institucionalne i vaninstitucionalne brige o starima.

Rezimirajući studije o psihičkim promenama kod starih ljudi može se zaključiti (dopunjeno Furlan, 1981) sledeće:

– Pažnja vidno slabi. Promene u intenzitetu pažnje su tipična pojava u ranom dečjem i staračkom dobu. Teško je proceniti da li se radi o slabljenju integrativnih kapaciteta zasnovanih na padu neuroloških sposobnosti ili padu motivacije za aktivnosti kojim se osoba do tada bavila. Dodatno selektivnom percepcijom stimulusa stari isključuju, za njih neprijatne i nepovoljne stimulse za koje su nepripremljeni i sa kojima ne mogu da se nose.

• Slabije pamćenje i zaboravljanje obično se smatra prvim znakovima starenja. Pamćenje se najkraće definiše kao sposobnost zadržavanja i reprodukcije prethodno usvojenih sadržaja, sastoji se iz tri faze: upamćivanje, pamćenje i sećanje. Trenutno pamćenje (upamćivanje) odnosi se na baš kratak vremenski period, kratkotrajno se od-

nosi na od nekoliko minuta do dan – dva, dok se dugotrajno odnosi na mesece i godine unazad. Oštećenje pamćenja prevashodno trenutnog i kratkotrajnog je često primarni znak grupe oboljenja koje nazivamo demencijama. U sklopu psihijatrijskog oboljenja može biti i prateći simptom depresije. Ipak treba reći da je zaboravljanje i normalna pojava koja prati svaku stariju dob. Kod nekih starih osoba je zapaženo je da se lakše reprodukuju doživljaji iz rane mladosti, nego li aktuelna zbivanja. Izgleda da promena statusa (i to uglavnom negativna promena) intenzivira potrebu za samopoštovanjem i prizanjem od strane drugih, pa u sećanju dominantno mesto dobijaju oni događaji koji osobu prikazuju u povoljnom svetlu. Ovakav tip selektivnosti pamćenja ne mora uvek da bude znak mentalnog i intelektualnog propadanja, već može da predstavlja odbrambeni mehanizam izbegavanja bolnih i neprijatnih događaja sadašnjosti. Dugo se smatralo da je tendencija starih ljudi da pričaju o prošlosti znak mnestičkog deficita (gubitka skorašnjeg pamćenja) u okviru patološkog starenja (demencije). Aktuelni stav je da reminiscencija može biti i deo normalnog procesa pravljenja životnog bilansa. Karakteriše se progresivnim vraćanjem i osveščivanjem predhodnog iskustva, i posebno, ponovnim oživljavanjem nerešenih konflikta na kojima sada stara osoba radi i reintegriše ih u aktuelno iskustvo. Ukoliko je ova reintegracija uspešna, to može da da novi smisao i značaj životu stare osobe.

– Karakteristika starosti je da se sve teže stiču nova znanja. Navodi se da se mentalne sposobnosti razvijaju do 18-20 godine, da ostaju nepromenjene do 30-te, da bi se intelektualne sposobnosti potom lagano umanjivale do 50-te godine, kada pad postaje uočljiviji. Jedno istraživanje inteligencije nalazi pad za 30 % kod iste osobe (od 18- te do 65 godine). Ipak novija istaživanja ukazuju da postoji tesna veza između mentalne aktivnosti i intelektualnih potencijala u starosti.

– Slabljenje čulne osetljivosti je jedna od značajnih promena koja usložnjava odnos starih osoba sa sredinom u kojoj žive (oko 25 % starih ima oštećenje sluha). Slušna osetljivost počinje najranije slabiti, i kod stare osobe izaziva praktično automatsku promenu ponašanja, npr. povećanje intenziteta zvuka prilikom praćenja TV programa ili radio prijemnika. Reakcije kako osobe tako i okoline na ovakvo novonastalo stanje i ponašanje mogu biti raznorodne i dinamične. Treba primeti da ovakav vid tkz. senzorne deprivacije može usloviti često nesigurnost, pojavu napetosti, osećanja poput ugroženosti ili neshvaćenosti te prouzrokovati kod osobe reaktivan stav koji se može ispoljiti depresivnim ponašanjem, a ponekad i paranoidnim idejama ili pak stanjem akutnog nemira. Slabljenje vida otežava bavljenje raznih aktivnostima a u težim slučajevima i kretanje na otvorenom prostoru (pogotovu u saobraćajnim zonama). Veće smanjenje čula ukusa se zapaža tek nakon 70 godina života. Iz dosadašnjih istraživanja

proizilazi da sa starošću ne dolazi do značajnijeg slabljenja čula mirisa.

– Motorne funkcije su uglavnom usporene. Vreme reakcije, period između pojave signala i motornog pokreta, je produženo. Smanjena provodljivost nervnih puteva, smanjenje senzorne osetljivosti i usporavanja procesa u CNS-u povećavaju reakciono vreme, a degenerativne promene na lokomotornom aparatu (mišićima i zglobovima) takođe usporavaju opštu motoriku.

Kostnapfel [5] ističe sledeće psihološke (delom i filozofske) kategorije koje se nalaze dominantno kod starije populacije:

- usamljenost,
- dosada,
- osećanje protraćenog života,
- osećanje krivice,
- zasićenost životom,
- strah od još dublje starosti,
- strah od umiranja,
- strah od smrti,
- dileme u vezi posmrtnog života i u vezi smisla samog života.

Način obrade i pristupa navedenim temama je individualan i određen brojnim činiocima (karakternim i psihodinamičkim, interpersonalnim, potom profesionalnim, kulturalnim, porodičnim, socijalnim...). Može se reći da je pristup navedenim temama dobrim delom pod uticajem ličnog doživljaja sebe u starosti.

## REAKCIJE NA STARAČKO DOBA

Razilicite poglede i stavove prema staračkom dobu prepoznamo kod osoba ove starosne grupe. Istraživanja



jedne grupe psihoga nalaze nekoliko tipičnih reagovanja na starost (modifikovano prema V. Smiljanić, 1981):

1) Konstruktivan stav prema životu zrelih osoba. Ovo je idealan standard prilagođenosti starog čoveka modernog društva na starost. Osobe iz ove grupe su opisane kao stabilne, sposobne za uspostavljanje toplih odnosa sa drugim ljudima, uživaju u životu, imaju smisla za humor, svesne su svojih nedostataka, vrednosti, kao i budućnosti. U životnoj istoriji osviha osoba se nalazi srećno detinjstvo, stabilan brak, uspešna profesionalna karijera, odsustvo finansijskih teškoća i napredovanje na osnovu vlastitih sposobnosti.

2) Zavisnost – Osnovna karakteristika ove grupe je da su materijalnom i emotivnom pogledu oslanjaju na druge. Osobe iz ove grupe opisane su kao neambiciozne, rado se penzionišu, ne vole da rade i da preuzimaju odgovornost. Pokušavaju da žive iznad svojih mogućnosti. U odnosu na bračnog partnera zauzimaju submisivnu ulogu.

3) Odbrambeni stav – Ova grupa starih je opisana kao emocionalno suzdržana i kontrolisana, vezana za navike, konvelncionalna i prisilno aktivna. Rad im služi kao odbrana od suočavanja sa starošću i problemima koje starost nosi. Zatvoreni su i teško se poveravaju, pogotovo kada se postavljaju pitanja o problemima u porodičnim i socijalnim odnosima. Opsednuti su radom. Starenje i smrt ignorišu kao problem. Razmišljanje o tim temama potiskuju aktivnošću.

4) Gnevni tip – Osnovno osećanje starih osoba iz ove grupe je ogorčenje

zbog neostvarenih ciljeva u životu. Agresivno ponašanje je dominantna karakteristika u odnosima sa drugim ljudima. Čvrsto su vezani za navike, skloni su sumnjičavosti, povlačenju od drugih ljudi, pa i usamljeničkom životu. Smanjenje i suženje na emotivnom, intelektualnom i socijalnom planu dovođi do okupiranosti sobom, a sve manjim interesom za osobe u okruženju. Može doći ponekad i do patološke egocentričnosti, kada je pažnja usmerena prema sebi i svojim problemima, dalji korak je progrediranje do autizma sa potpunom afektivnom indiferentnošću. Strah od smrti može biti prisutan. U životnoj istoriji osoba iz ove grupe nalaze se česti padovi u karijeri, a i drugi neuspesi. U odnosima prema mladima dominira zavist, ljubomora i neprijeljsko raspoloženje.

5) Reznirani tip – Osnovna karakteristika osoba iz ove grupe je mržnja prema samom sebi. Na pređeni životni put osoba iz ove grupe reaguje osećanjem razočarenja i promašaja, ali za razliku od osoba iz prethodne grupe, neraspoloženje pa i agresivnost okreće se prema sebi. Svoje prošlosti se nerado seća. U životnim istorijama se mogu naći brojni problemi. Neuspeli brakovi, manje-više neuspesne profesionalne karijere, ekonomski problemi. Osećanje usamljenosti, savišnosti, zavisti dominiraju ukupnom mentalnom slikom.

6) Mizoneizam – (gr. misein, mrzeti i neos, novo). Ipak retka pojava. Radi se o neprijateljskom stavu prema svemu što je novo. Kočenje misaonih tokova ili rigidnost može prerasti u patološku



tvrdoglavost i konzervativizam. Pored težnje ka statusu quo gotovo u svim segmentima života, karakteristična je privrženosti prošlosti.

Kao i ostali pokušaji klasifikovanja ljudi u strogo određene kategorije i ova klasifikacija ima nedostataka. Individualne razlike su velike i ponašanje starih može imati karakteristike više od jednog navedenog tipa, kao i variranja u stepenu izraženosti.

Karakterne promene u senijumu predstavljaju posebno interesantno područje u gerijatrijskoj psihijatriji. Aktuelan je stav i danas da se karakterne promene ne mogu interpretirati kao neke posebne morbidne pojave, već da se radi o grubom karikiranju, pojačavanju i isticanju pojedinih crta ličnosti koje su i ranije postojale. Npr. štedljiv čovek postaje u starosti cicija, da bi u pojedinim slučajevima ta osobina poprimila abnormalne razmere.

Socijalno prihvaljivi kriterijumi adekvatne prilagođenosti na starenje uključuju skladnost između unutrašnjeg mentalnog stanja i spoljašnjih

okolnosti, potom kontinuitet između prošlog iskustva i aktuelnog načina prilagođavanja, prihvatanje neminovnosti starosti, kao i postojanje određenog stepena zadovoljstva koje proizilazi iz sigurnosti i opuštenosti zbog nedostatka odgovornosti. Interesantno je da jedno istraživanje nalazi da stari ljudi, uprkos svemu, doživljavaju manje negativnih emocija (tuga, bes i strah) a više pozitivnih osećanja, u odnosu na mlađu uzrastnu grupu. Objašnjenje ovakvih rezultata nalazi se u činjenici da je starenje udruženo sa povećanom sposobnošću inhibiranja negativnih osećanja, odnosno sa zadržavanjem pozitivnih (autori ovih istraživanja su to nazvali model emocionalne kontrole).

Konačno, osećaj sigurnosti i adekvatnih finansijskih okolnosti su najvažniji osnov za dobru prilagođenost na starost. U uslovima povoljne mentalne i socijalne klime, gde nije pod udarom nemaštine, diskriminacije i segregacije, populacija starih može biti dobro integrisana, zadovoljna svojim socijalnim mestom i ulogom i na svoj način konstruktivna.[3]

# AGING AND PSYCHOLOGICAL CHANGES

Slobodan Simić<sup>1</sup>  
Srđan Milovanović<sup>2</sup>  
Jasmina Barišić<sup>2</sup>  
Cvetana Crnobarić  
Nataša Šikanić<sup>3</sup>  
Goran Bajić<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Clinical Center "Zvezdara",  
Department of Psychiatry, Belgrade

<sup>2</sup> Institute for Psychiatry, Clinical  
Centre of Serbia, Belgrade

<sup>3</sup> Clinical Center "Dragiša Mišović",  
Department of Psychiatry, Belgrade

<sup>4</sup> Hospital "Užice", Department  
of Psychiatry, Užice

1. Vesti i novosti iz sistema zdravstva. Nacionalni plan akcije o starenju. Zdravstvena zaštita 2006; 3:66-7.
2. Petrović D: Istorijat i gerijatrijski aspekti gerijatrijske psihijatrije, Anali zavoda za mentalno zdravlje 1970; II, 1
3. Poleksić J. Zaštita duševnog zdravlja starih osoba. Beograd. Privredno finansijski vodič; 1979.
4. Hrnjica, S. Životni ciklus U: Berger J, Biro M, Hrnjica S. urednici. Klinička psihologija, Beograd: Naučna knjiga, 1990, p. 127-131
5. Kostnapfel J: Psihoterapija starih (uvod u diskusiju za okruglim stolom): Zbornik radova 3, 4. Kongres Psihoterapevtov Jugoslavije, Bled 27.9.-1.10.1983, str. 1265-1270
6. Smiljanić V. Psihologija starenja. Beograd. Nolit; 1979
7. Butler RN. Age-ism: another form of bigotry. Gerontologist 1969;9(4): 243-6.
8. Palmore E. The ageism survey: first findings. Gerontologist 2001;5: 572-5.

*Summary.* The study presents data concerning the elderly population in Serbia, as well as data concerning global evolution of gerontology, its origins and development. The study also defines periods and psychological changes that may occur in elderly age; furthermore, it presents basic principles of the psychology of ageing. Reactions which may occur as a response to elderly age and perspective have also been examined herein.

*Key words:* gerontology, psychology, old age

9. Macgregor D. Editorial: neglecting elders in the workplace: civil society organizations, ageism, and mandatory retirement. Can. J. Aging. 2006;3: 243-6.
10. Reyna C, Goodwin EJ, Ferrari JR.: Older adult stereotypes among care providers in residential care facilities: examining the relationship between contact, education, and ageism. J. Gerontol. Nurs. 2007;2: 50-5.
11. Ward D. Ageism and the abuse of older people in health and social care. Br. J. Nurs. 2000;9: 560-3.
12. Jakič – Kozarčanin, L. Starost između države i porodice, Službeni glasnik, Beograd, 2003



# PROCENA I KONTROLA KOD NASILNIH PACIJENTA UKLJUČUJUĆI PSIHIJATRIJSKU I NEUROLOŠKU SEMILOGIJU- ISKUSTVA IZ ZAPADNIH ZEMALJA

Siniša Jovović

UDK: 616.89-008.441-07-08

Služba psihijatrije, Zdravstveni centar  
"Dr M. Marin", Loznica

*Kratak sadržaj.* U radu su izneta neka iskustva iz oblasti urgentne psihijatrije, razvijenijih zemalja sveta, sa osvrtom na procenu i kontrolu eventualnog nasilja, predikcije, preventive itd. Neobaveštenost, predrasude i senzacionalizam utiču na mnoge predrasude vezane za psihijatrijske bolesnike. Nesporno je da sama psihička abnormalnost ima svoje značenje i uticaj na antisocijalno ponašanje i kriminalno delovanje. Međutim mišljenja stručnjaka se razilaze u odgovoru na pitanje koliko je udeo psihičkih poremećaja u opštem kriminalitetu. Statistički podaci na osuđeničkim populacijama u pogledu udela psihički abnormalnih kreću se uglavnom u rasponu od 15-25 %, od čega upravo na prave duševne bolesnike otpada vrlo malo. Jako je dakle važno izdiferencirati deo koji u agresivnom ponašanju proizilazi iz bolesti odnosno psihičkog poremećaja od onih delova koji pripadaju premorbidnoj psihičkoj strukturi te psihosocijalnim egzogeno provocirajućim činiocima. Pored nabrojanih najvažnijih psihijatrijskih i neuroloških entiteta koji utiču na temibilnost, govori se o uzrocima, i egzogenim deklanširajućim faktorima. Takođe, je važan i odnos između poremećaja iz detinjstva i nasilja, kao i faktori rizika za pojavu nasilja. U praktičnim smernicama su napomenuti neki prediktori potencijalnog nasilja, kao i odgovarajući stav i odgovor na potencijalno nasilno ponašanje. Kritički se razmatra i institut izolacije i zatvaranja nasilnog pacijenta, kao i upotreba odgovarajućih medikamenta, mehanizam delovanja, i eventualne rizike kod primene. Na kraju se razmatra mogućnost dugoročne farmakološke prevencije nasilnog ponašanja.

*Ključne reči:* nasilje, ličnost, bolest, rizik, kontrola

## Koliko je u medicinskoj praksi uobičajeno nasilno ponašanje?

Prijavljeno je da oko 60% pacijenata u izvesnim periodima pokazuje fizički agresivno ponašanje. Procenat zavisi od brojnih promenljivih vrednosti, uključujući kliničko mesto studije, definiciju "nasilnog" ponašanja i način na koji se prati delokrug takvog ponašanja. Iako su izvođenje zaključaka iz ovih studija i njihova primena na specifičnu kliničku populaciju teški, nasilje je očigledno postalo uobičajeno a verovatno se i povećava. [1] Srećom, većina agresivnih postupaka ne završava se ozbiljnom povredom; i pored toga, razumevanje uzroka ovakvih postupaka i kontrola nad njima predstavlja imperativ za medicinsko osoblje.

### Šta prouzrokuje nasilno ponašanje?

Uopšteno se veruje je da čin nasilja podrazumeva psihijatrijski poremećaj. Iako veliki broj ovih studija, uključujući i studije o agresivnim prestupnicima, podržava ovaj odnos, nisu svi činovi nasilja u vezi s psihijatrijskom ili medicinskom bolešću. Promišljeni činovi nasilja, posebno oni koji se ne ponavljaju, mogu da se pojave i u odsusutvu definisane bolesti. I obrnuto, nemaju sve psihijatrijske bolesti potencijal za nasilje. Prema tome, nasilno ponašanje je nespecifičan simptom koji može ali i ne mora da odražava medicinsku ili psihijatrijsku bolest koja se krije iza njega.

### Za koje specifične poremećaje postoji verovatnoća da budu povezani sa nasilnim ponašanjem?

- Shizofrenija
- Manična faza, bipolarni poremećaj

- Zloupotreba droga i alkohola
- Antisocijalni poremećaji ličnosti
- Granični poremećaji ličnosti
- Poremećaji vezani za detinjstvo
- Poremećaji ponašanja
- Mentalna retardiranost
- Povremeni eksplozivni poremećaj
- Mentalni poremećaji usled opšteg medicinskog stanja
- Promene u ličnosti
- Demencija
- Delirijum
- Psihoteični poremećaj i poremećaj raspoloženja

### Koji je glavni mentalni poremećaj najčešće povezan s nasilnim ponašanjem?

Shizofrenija. Bilo kao odgovor na halucinatorne komande ili na paranoidne obmane, shizofrenija je otežana dezorganizacijom misli i ponašanja i može se ispoljiti manifestovati agresivnim ponašanjem. Znakovi pretećeg nasilja mogu ali ne moraju biti prisutni i nasilno ponašanje se može pojaviti naglo, bez upozorenja, kao odgovor na unutrašnji stimulans. Svest o ovome je od suštinskog značaja za one koji procenjuju i leče shizofrene bolesnike. [2]

### Šta prouzrokuje nasilno ponašanje kod maničnih pacijenata?

Kombinacija pometnje, impulsivnosti i formiranja pogrešnih ideja ili halucinacija postavlja manične pacijente pred rizik nasilnog ponašanja. Njihovo nasilje često je iznenadno zbog nedostatka inhibicije (odustajanja od nečega). Nehotičan izazov njihove kontrole, naročito u svetlosti njihove grandomanije, tipičan je uzročnik takvog ispada.

## Kako alkohol i droga utiču na nasilno ponašanje ?

Zloupotreba tih supstanci nosi daleko veći rizik od nasilnog ponašanja nego mentalna bolest sama po sebi. Rizik se dalje povećava ukoliko postoji i neki psihijatrijski poremećaj. Izgleda da alkohol povećava rizik posredstvom dezinhibicije intoksikacije i uznemirenosti, delirijuma i halucinacija povlačenja. I stimulansi i halucinogeni često se podjednako optužuju za čino-ve nasilja. Kokain i amfetamin mogu voditi ka uznemirenosti, emocionalnoj labilnosti i psihozama, naročito kad nastane početna euforija i tokom hronične upotrebe. Poznato je da amfetamini utiču na mentalno stanje čak i dve nedelje posle upotrebe. [3] Fenciklidin (PCP) je verovatno halucinogen koji se najčešće povezuje s oštrim nasiljem, zbog svog uticaja na razmišljanje, rasuđivanje i opažanje. Prisustvo horizontalnog ili verikalnog nistagmusa povezano s uznemirenošću trebalo bi da upozori lekara na mogućnost PCP intoksikacije. Barbiturati i benzodiazepini mogu prouzrokovati agresiju na dva načina: 1. u toku faze povlačenja, uznemirenost može biti povezana sa nasilnim ponašanjem i 2. starije mentalno retardirane osobe i neke osobe sa poremećajima centralnog nervnog sistema mogu paradoksalno odgovoriti na sedative uznemirenošću i nasiljem. Pretpostavlja se da su mehanizmi slični onima kod alkoholnog povlačenja i patološke intoksikacije, ponaosob. Opijati su indirektno povezani sa nasiljem, verovatno posredstvom ponašanja povezanog sa datom drogom, pre nego sa psihogenim efektom.

## Odnos između poremećaja ličnosti i nasilja

Kod graničnih poremećaja ličnosti, znaci naglašenog besa, impulsivnosti i neobuzdanih odnosa često se pojavljuju u vezi sa zloupotrebom droga i alkohola i drugim samodestruktivnim ponašanjima. Za takve pacijente se naročito vezuje rizik samoubistva i agresivnosti. Njihova tendencija prema afektivnoj nestabilnosti i poremećajima ponašanja neizbežno su važan deo diferencijalne dijagnoze. Kod antisocijalnih poremećaja ličnosti, pacijent narušava mnoge društvene norme i nasilje je samo jedna od mnogih manifestacija tog poremećaja. [2]

## Odnos između poremećaja iz detinjstva i nasilja

Prema definiciji, poremećaji ponašanja u detinjstvu prethode antisocijalnim poremećajima ličnosti u zreloom dobu, iako se ne događa da se sva deca sa poremećajem ponašanja kasnije razvijaju u osobe takvog ponašanja. Deca sa opozicionim poremećajem pokazuju često izlive gneva, bes i prkosno ponašanje; fizička nasilnost obično nije problem, ali može da se pojavi. Najzad; kod mentalno retardirane dece i odraslih osoba postoji rizik nasilnog ponašanja. Čini se da je prag njihove agresivnosti niži zbog 1) tendencije ka impulsivnosti, 2) teškoće u efikasnoj kontroli sopstvenih potreba.

## Povremeni eksplozivni poremećaj

Povremeni eksplozivni poremećaj, koji je ranije nazivan epizodičnim od-  
susutvom kontrole je poremećaj im-

pulsa, pri čemu se čin agresivnosti pojavljuje kao neproporcionalan podsticaju. Interepizodno ponašanje nije obeleženo impulsivnošću. Dijagnoza zahteva da se isključe svi drugi potencijalni uzroci i poremećaji povezani sa nasiljem. Iako neki autoriteti predlažu da opseg takvog odsustva kontrole može biti veći među pacijentima sa iznenadnim napadima bolesti, nijedan dokaz ne navodi na to da stanja napada ili posle napada uzrokuju takvo ponašanje.

### Najčešće neurološke i druge bolesti koje mogu voditi ka nasilju

Mnoštvo opštih medicinskih stanja može da vodi ka nasilju menjajući ličnost ili raspoloženje, ili izazivajući delirijum i demenciju. [4]

Neurološke bolesti:

-Dementia (s. Alzheimer, Pikova, Normotenzivni hidrocefalus)

-Strok sindrom.

-Hipoksija mozga

-Wilsonova bolest

-Infekcija CNS (sifilis, HIV, herpes simplex virus, drugi encefaliti i meningitis)

-Ictal, postictal i interictal stadijumi.

-Tumori, naročito tumori temporalnog i frontalnog režnja

-Multipla skleroza

-Hantingtonova bolest

-Trauma glave

-Parkinsonova bolest.

-Sistematski poremećaji koji utiču na CNS funkciju

-Metaboličke bolesti (hipoglikemija, elektrolitni disbalans)

-Toksični agensi (droga, alkohol, teški metali, otrovi)

-Infektivne bolesti.

-Vitaminski nedostatak (B12, folna kiselina, tiamin)

-Endokrini (tiroidea, Kušingova bolest)

-Hepatička i uremička encefalopatija

-Akutna intermitentna porfirija

-Lupus eritematosus. [5]

### Faktori rizika za nasilje

Očigledno, bilo koji poremećaj povezan sa povećanim opsegom nasilja predstavlja faktor rizika, naročito kad je prisutno nepridržavanje date terapije. Kao dodatak, studije nasilnog ponašanja su otkrile druge specifične faktore rizika, među kojima se mnogi povezuju u vezi s poremećajima pomenu tim pod 10. pitanjem.

\*Sve više se ispostavlja da je istorija fizičke zloupotrebe deteta ili prisustvovanja takvoj zloupotrebi u uzajamnoj vezi s nasiljem u zreloj dobi. Prisutno okruženje takođe treba da se uzme u obzir; na primer kulture u kojima je fizička agresivnost prihvatljivo izražavanje besa ili frustracije mogu povećati rizik agresivnog ponašanja. Takve kulture se obično povezuju sa rastućom skalom nezaposlenosti, fizičke prenaseljenosti i siromaštva, i svako od njih čini nezavisni faktor rizika. Nije ustanovljeno da je etničko poreklo jedan od faktora rizika agresivnog ponašanja. [6]

\*Muškarci su generalno agresivniji od žena, iako se srazmera među polovima izjednačuje u pogledu broja pacijenata na bolničkom lečenju, možda i



zbog izdvajanja agresivnih muškaraca u zatvore.

Pokazalo se da su grupe mlađe populacije više sklone ispoljavanju agresivnosti. Međutim, istraživanje celokupnog spektra populacije otkriva da kod starije populacije raste obim nasilja, verovatno zbog agresije povezane sa demencijom i delirijumom.

- Kao i slučaju samoubistva, istorija nasilja ili impulsivnosti ili artikulisanog plana za pristup oružju značajno povećava rizik od nasilja. Ovo su kritički elementi u istoriji (vidi pitanja 15 i 16).

### **Odnos između iznenadnog napada bolesti i nasilja**

Dok osobe sa epilepsijom pokazuju povećan obim psihijatrijskih poremećaja, kod njih se, s druge strane, ne primećuje povećani rizik od nasilnog ponašanja. Agresija koja se ispoljava tokom napada nije upravljena na individu, niti je fokusirana na okolinu. Međutim, nasilje upravljeno ka određenom cilju opisano je u stadijumima posle napada. Ovi stadijumi su obeleženi psihozama, i čini se da nasilje ne može biti pripisano konfuziji posle napada. Ova agresija je slična onoj koja je viđena kod psihotičnih poremećaja uzrokovanih drugim medicinskim stanjima. [7]

### **Neurološki podsticaj agresije**

Iako ne postoji striktna veza između agresije i mesta povrede, eksperimenti u prirodi i studije na životinjama podržavaju vezu takvog ponašanja s povredom srednjeg medijalnog režnja, hipotalamusa i septuma. Dezinhibicija

koja se može pojaviti sa patologijom frontalnog režnja, takođe može rezultirati nasiljem i drugim vidovima impulsivnog ponašanja. [5]

Brojna istraživanja su pokušala da identifikuju neurohemijske podsticaje nasilja. Iako testosteron, noradrenalin i dopamin imaju izvesnu ulogu, verovatno je najznačajniji serotonin. Čini se da je smanjeni nivoi metabolita serotonina u cerebrospinalnoj tečnosti povezan s nasilnim ponašanjem, naročito kad je počinjeno impulsivno.

### **Koji su nagoveštaji potencijalnog nasilja?**

Predstojećem nasilju ne prethode uvek znakovi upozorenja. Međutim, trebalo bi da lekari budu upoznati s izvesnim, uobičajenim indikatorima. Dijagnostičke grupe u pitanju 3 i faktori rizika u pitanju 11, treba uzeti u obzir, naročito u vezi sa sledećim:

-Ukoliko u hitnoj pomoći pacijent odbije lekove ili usluge, onda to obično prethodi agresiji.

-Prvi dani u bolnici, vreme u kome su pacijentu nejasne prihvaćene granice ponašanja ili plan lečenja, uključuju povećan rizik.

-Iznenadna promena ponašanja, dokaz intoksikacije ili korišćenje naočara za sunce u zatvorenom prostoru trebalo bi da posluže kao upozoravajući znakovi dolazećeg nasilja ili bar da privuku pažnju ka potencijalnoj paranoji ili mogućem korišćenju droga.

-Uznemirenost, glasan ili napregnut govor, ili gnev, trebalo bi brižljivo nadzirati.

-Iznad svega, verbalne pretnje nasilja uvek se moraju ozbiljno shvatiti i za njima moraju uslediti dalja ispitivanja.

### Šta podstiče nasilno ponašanje?

Nasilje je simptom i zbog toga bi trebalo ga proceniti kao bilo koji drugi prisutni simptom:

- Iscrpna istorija nasilnog ponašanja
  - sadašnje i prošlo ponašanje
  - druga impulsivna ponašanja.
- Detaljno ispitivanje nasilnih pretnji
  - početak bolesti, trajanje, učestalost
  - specifične metode
  - namera (cilj)
- Pristup oružju.
- Mentalni status i kognitivna ispitivanja
  - uznemirenost
  - znaci psihoze, manije i intoksikacija
  - funkcionisanje pažnje i memorije
- Fizičko i neurološko ispitivanje
  - laboratorijske studije
- Hemijske analize i hematoloških testova.
- Proučavanje funkcija tiroide.
- Procena B12, folne kiseline, kalcijum, magnezijum, PO4, rapid (brzi) plasmin reagin (reagens,?). [8]
- Serum i urinska toksikologija.
  - ostale kliničke studije (piktoralne studije mozga, specijalističke studije cerebroskinalne tečnosti, seruma i urina)
- Piktoralne studije mozga
- Elektroencefalogram

- Dokumentacija:
  - direktni navodi od pacijenta
  - detaljna obrazloženje lečenja i upućivanje drugim specijalistima
  - razgovori sa trećim stranama

### Kako pojednostaviti opširnu istoriju?

Opširna istorija ponašanja pacijenta, isto kao i drugi podaci, imaju suštinski značaj. Često je od pomoći da započnete tako što ćete izvesti istoriju pacijentovih glavnih žalbi, a onda je kasnije, tokom intervjua, kada je izveštaj utvrđen, preneti u istoriju nasilnog ponašanja. [9]

### Kako bi trebalo verbalno odgovoriti na nasilno ponašanje?

Pokušajte da održite smiren, kontrolisan stav. Bes je uobičajen odgovor na pretnju, ali takva manifestacija od strane lekara neizbežno vodi ka eskalaciji od strane pacijenta. Eskalacija će verovatno uslediti i ako lekar izazove pacijenta bilo kakvim pokazivanjem snishodljivosti ili kontranapada. Ostanite koliko god je moguće svesni neodgovarajućih reakcija i ostanite suzdržani. Možete biti na dobitku u takvoj situaciji ukoliko prihvatite potčinjenu poziciju. [10] Priznajte da ste zaplašeni pacijentovim ponašanjem; ovo priznanje obično vodi ka smanjenju pacijentovog besa i omogućuje mu korisnu proveru realnosti. Takođe, korisno je da u formi pitanja identifikujete emocije za koje vam se čini da ih pacijent doživljava („izgledate sasvim uznemireno“). Ohrabrite pacijenta da govori o tome šta ga uznemirava. [7]

Ako se pretnje nasiljem nastave, recite pacijentu da ćete zvati pomoć – i odmah to učinite. Ako se čini da će se nasilje ubrzo ispoljiti, lekar treba da napusti prostoriju, da pokrene osoblje i da osigura osoblje i druge pacijente.

### **Odgovarajući odgovor na ponašanje nasilnog pacijenta**

Trebalo bi najpre pokušati s verbalnom kontrolom, ali ona nije uvek dovoljna, naročito kod pacijenata koji imaju organske ili psihotične poremećaje. Trebalo bi da lekari, u dogovoru s osobljem, imaju dobro razrađenu strategiju, koju će primeniti kada bude potrebno. [11] Trebalo bi da sredine sa velikim rizikom, kao što su hitna pomoć ili psihijatrijske ordinacije, budu opremljene alarmima, šiframa ili signalima koji bi osoblje diskretno upozorili na potencijalno nestabilnog pacijenta. Osoblju bi trebalo da bude jasno kako da reaguje i trebalo bi da zna kada da pozove (obezbeđenje, policiju) i kako da se pobrine za bezbednost ostalog osoblja i eventualnih ostalih pacijenata u okruženju. [12] Povremeno obučavanje za praktičnu primenu ovih mera može da spase živote. Kad god je reč o nasilnom ponašanju, pacijenta bi trebalo da vidi osoblje (kliničko ili obezbeđenje) koje će se nalaziti u blizini ili u istoj prostoriji.

Trebalo bi da lekari koji rade u okruženju sa velikim rizikom svoju ordinaciju opreme tako da i lekar i pacijent imaju lak, nesmetan pristup vratima. Nikada nemojte sedeti iza stola i uklonite sve teške i oštre predmete. Izbegavajte da nosite nakit ili kravatu kada radite sa takvim pacijentima. [13]

U slučaju da pacijent pobjegne, nemojte trčati za njim. Ako se otkrije da pacijent ima oružje, ne pokušavajte da ga oduzmete; umesto toga, pokušajte da uvedete pacijenta u razgovor, dajte signal za pomoć i ohrabrite pacijenta da odstrani oružje na neutralno mesto. [14]

### **Kakva je uloga izolacije i zatvaranja?**

Ovo je specifična forma kontrole ponašanja koja obezbeđuje sigurnost pacijenta i osoblja kada sve drugo propadne. Primena zahteva da bude dostupno osoblje koje je redovno obučeno za primenu i nadzor zatvaranja i izolacije. Tim za zatvaranje obično ima određenog vođu koji rukovodi sprovođenjem zatvaranja i tokom primene razgovara sa pacijentom. Osoblje mora razumeti ono što u tim trenucima doživljava pacijent. U nekim državama, zakon od osoblja zahteva da, kao deo njihove obuke, i sami neko vreme budu izloženi takvom zatvaranju. [14]

Još uvek se vode rasprave o tome da li bi trebalo dati prednost fizičkom ili hemijskom ograničenju; uopšteno, izbor zavisi od individualnog slučaja i sredstava u okruženju u kojem se sprovodi lečenje. Kada je uzrok agresije nejasan ili kad je nesumnjivo prisutan delirijum, razmotrite mogućnost minimalnog izlaganja pacijenta psihotropnim medikamentima, zato što mogu zbuniti ili pogoršati kliničku sliku.

### **Pravilna upotreba lekova i hemijskog ograničenja prilikom tretmana nasilnog ponašanja**

Prvo i najvažnije, osnovni poremećaj bi trebalo da se tretira farmakološki kad god je to moguće. Korišćenje

hemijskih ograničenja kod kontrole naglašenih oblika nasilnog ponašanja predstavlja drugu formu terapijske intervencije. Farmakološka ograničenja se mogu koristiti nakon što propadne verbalna ili intervencija u ponašanju, i to se mogu koristiti ili sama po sebi ili u kombinaciji sa fizičkim ograničenjem, tj. zatvaranjem. [15] Primena medikamentata predstavlja idealnu intervenciju kada je ustanovljeno da je osnovni uzrok agresije u psihijatrijskoj uznemirenosti i da odgovara na farmakoterapiju. Svim pacijentima bi trebalo pružiti priliku da dobrovoljno uzimaju lekove, ili u oralnoj ili u intramuskularnoj formi.

### Koja bi psihotropna sredstva trebalo razmatrati kod hemijskih ograničenja?

Benzodijazepini. Kroz njihovo sedativno dejstvo, benzodijazepini obično imaju smirujući efekat i mogu obezbediti brz i efektivan odgovor, naročito kada se primene intramuskularno. Brižljivo posmatranje pacijenta je od suštinskog značaja, uz često nadziranje vitalnih znakova, zbog mogućnosti respiratorne depresije. Mogu se pojaviti i paradoksalni odgovori, uključujući povećan bes i uznemirenost, naročito kod mentalno retardiranih, starijih i pacijenata sa poremećajem ličnosti. Misli se da i organski moždani sindromi takođe povećavaju rizik paradoksalnog odgovora. [16]

Neuroleptici. Iako neuroleptici mogu posebno doprineti u lečenju psihotičnih pacijenata koji su krajnje agresivni, antipsihotični efekat se može pojaviti tek posle 7 do 10 dana. Verovat-

no je da su umirujuća svojstva neuroleptika odgovorna za sedativne efekte. I opet, potrebno je pažljivo posmatranje pacijenta, uključujući nadziranje ekstrapiramidalnih propratnih (sporednih) efekata, distonične reakcije i akatisije (nekontrolisani pokreti tela ili udova). Povećanje uznemirenosti bi odmah trebalo da pokrene pitanje da li se lekar našao u začaranom krugu povezivanja dve bolesti, gde se pojavljuje akatisia, koja se, povećavanjem doze neuroleptika, ispoljava povećanjem uznemirenosti. Ako se sumnja na akatisiju, najpre smanjite dozu neuroleptika. Ako to bude vodilo ka daljem povećanju uznemirenosti, pokušajte sa benzodijazepinima ili beta blokatorima, jer su oni često efikasniji prema akatisiji nego antiholinergici. [3]

Barbiturati. Respiratorna depresija i rizik od laringospazma u većini slučajeva sprečavaju upotrebu barbiturata, dajući relativnu prednost benzodijazepinima i neurolepticima (za hitne tretmane nasilnog ponašanja).

Doze benzodijazepina i neuroleptika koje se preporučuju za hitne tretmane nasilnog ponašanja

Benzodijazepini:

Lorazepam: 0,5-2,0 mg oralno ili intramuskularno svaka 1-4 sata.

Koristite manje doze za starije ili medicinski bolesne pacijente.

Motrite na pojavu respiratorne depresije ili laringospazma (retko).

Motrite na paradoksalnu uznemirenost.

Neuroleptici:

Haloperidol: 0,5 -5 mg oralno ili intramuskulatorno svakih 1-4 sata.

Droperidol 5mg intramuskularno ili sporo intravenozno svakih 15 min, dok se pacijent ne smiri, ali ne preko 50 mg/24 h .

Hlorpromazin: 10-25 mg svakih 1-4 sata.

Motrite na ortostatsku hipotenziju, posebno sa hlorpromazinom.

Redovno nadzirite ekstrapiramidalne sindrome, koje ćete tretirati antiholinergicima (npr. benzotropin 1-2 mg oralno ili intramuskularno svaka 4 sata).

Posebno obratite pažnju na pojavu znakova akatizije; tretirajte ih smanjenjem doze ili propranololom, 10-20 mg oralno svaka 4 sata, lorazepam 0,5-2 mg svaka 4 sata.

### **Šta treba uraditi ako je povređen član osoblja ili neki pacijent?**

Ako je u pitanju bilo kakav fizički kontakt, dežurni lekar mora momentalno da izvrši fizički pregled, ukoliko je žrtva pacijent. Ako je žrtva član osoblja ili posetilac, treba pozvati najbližu hitnu službu ili zdravstveni zavod. Dokumentacija bilo kakvog pronalaska ili odsustva povrede je bitna i u istraživanju lekarskog medicinskog izveštaja i u formi izveštaja o incidentu, koji je dostupan u većini institucija.

Jednom, kada je fizička povreda rešena, žrtva mora biti podržana emocionalno - ne samo u vreme incidenta, već i u toku narednih nedelja. Emotivni poremećaji mogu trajati nedeljama i mogu biti sasvim ozbiljni. Simptomi obično imaju oblik posttraumatske stresne reakcije, uz lako zastrašivanje, poremećaj sna, hiperaktivnost, pa čak i povlačenje. Kao dodatak, često se po-

javljuje samooptuživanje, gnev i osećanje krivice, uz pojačano osećanje nezastíćenosti. [13]

Stvari postaju složenije kada je u pitanju institucija. Dinamika institucionalnog sistema može da uključi i zaražno širenje straha i nesvesne pretnje. Zbog takve mogućnosti, neke bolnice su formirale komisije koje nude ograničenu podršku povređenom osoblju.

### **Da li se dugoročna lečenja mogu primeniti na agresivne pacijente?**

Da. Ukoliko agresivnost uzrokuje medicinsko ili psihijatrijsko stanje koje se može definisati, onda ga treba identifikovati i lečiti. Kada terapija osnovnog stanja nije u mogućnosti da potpuno kontroliše nasilno ponašanje, onda mogu biti razmotrene i sledeće strategije (iako nisu zvanično prihvaćene od FDA za lečenje agresivnosti):

#### **Farmakološki pristup**

Stabilizatori raspoloženja. Litijum, kao i karbamazepin i valproat, pokazali su se kao efikasni u slučaju nekih agresivnih pacijenata. Novija sredstva kao što je gabapentin ili lamotrigin takođe mogu biti od koristi, iako još nisu formalno proučena.

Beta blokatori. Propranolol je dugo korišćen u lečenju agresivnog ponašanja. On se mora postepeno uvoditi, počev od 10-20 mg, kako bi se minimizirali kardiovaskularni sporedni efekti. Potrebno je da prođe 1-2 meseca da bi pacijent odgovorio na ovu terapiju. Ostali beta-blokatori, kao što je pindolol mogu biti manje skloni iza-

zivanju ortostaze ili letargije zbog svojih posebnih agonističkih efekata.

Neuroleptici. Atipični antipsihotici mogu biti vredan dodatak našem medicinskom arsenalu, što verovatno delimično dugujemo njihovoj serotonergijskoj aktivnosti. Pokazalo se da klopazapin redukuje agresivno ponašanje kod hronično psihotičnih pojedinaca. Čini se da na sličan način koristi i risperdal i, u komparativnoj studiji s haloperidolom, pokazao se kao izuzetan u smanjenju agresivnosti.

Antidepresivi. Fluoksetin je verovatno antidepresiv koji se najviše koristi za redukovanje agresivnosti i impulsivnosti. I dok je izveštaj, u kojem se sa fluoksetinom povezuje uvećanje suicidalnih težnji, privukao veliku pažnju javnosti, kasnije analize ove moguće veze pokazale su da kod fluoksetina postoji minimalan rizik za povećanje agresivnosti, pa samim tim i one koja je usmerena ka samome sebi. I pored toga, bilo bi razborito da se u slučaju primene ovog leka obezbedi brižljiv nadzor, posebno zbog manifestacija akatasije i povećane uznemirenosti. [15]

Anksiolitici. Benzodiazepini ne predstavljaju dugoročno rešenje za kontrolu agresivnosti, pa čak mogu i da, usled svojih dezinhibirajućih efekata, povećaju rizik agresivnosti. Međutim, buspiron bi mogao da predstavlja dugoročno rešenje, i to zbog svojih antiagresivnih efekata.

Strategije ponašanja. Modifikacija agresije posredstvom strategije pona-

šanja posebno je uspešna u institucionalnom okruženju sa potencijalom za takvo uređenje. Lečenje, na primer, može da uključi nagrade u zamenu za samokontrolu agresije. Naravno, hemijska i fizička ograničenja moraju biti imperativ, ukoliko postoji pretnja od pojave fizičke opasnosti ili ako se napad već dogodio. Trebalo bi da osoblje bude svesno pažnje koju upravlja na pacijenta u procesu njegovog ograničenja, jer ta pažnja može da posluži kao podsticaj. Kao dodatak strategiji ponašanja, pojavljuje se obučavanje u društvenim veštinama, posebno za regresivne, psihotične ili retardirane pojedince, čija agresivnost može da bude uzrokovana frustracijom zbog nezadovoljenih potreba. Takve pojedince bi trebalo poučiti o socijalno prihvatljivijim načinima zadovoljavanja potreba. [15]

Psihoterapija. Pojedinci, porodica i grupna psihoterapija mogli bi da budu veoma korisni za one koji iskreno nastoje da promene svoje nasilno ponašanje i koji mogu da uspostave dovoljnu kontrolu nad svojim impulsima, tako da se terapeut i drugi učesnici u terapiji pored njih osećaju sigurno. Terapeut mora budno motriti na svoj emotivni odgovor na pacijenta i biti svestan da svoje emotivno stanje prenosi i na pacijenta. Od presudnog je značaja osećanje straha. Isto tako, terapeut mora biti svestan da mogućnost da ispolji gnev prema pacijentu predstavlja izraz nesigurnosti. Izliv gneva mogao bi da utiče da terapija krene u neželjenom pravcu. [17]

# ASSESSMENT AND CONTROL IN VIOLET PATIENTS

Siniša Jovović

Dpt. of psychiatry, Health Center “  
Dr M. Marin”, Loznica

*Summary.* This paper presents some experience from the field of urgent psychiatry in developed countries across the world, with review of assessment and control of possible violence, prediction, prevention, etc. Ignorance, prejudices and sensationalism bear impact on many misconceptions related to psychiatric patients. There is no doubt that mental disorders by themselves have their relevance and impact on antisocial conduct and criminal activities. However, the experts differ in reply to question to what extent the mental disorders account for offences in general crime rate. Statistical data on convicts regarding participation of mental disorders indicate the range of 15-25%, out of which genuine psychiatric patients account for only small part. It is therefore of paramount importance to highlight the percentage in which the aggressive conduct results from disease or mental disorder from those causes that belong to pre-morbid psychic structure and psychosocial exogenous provocative factors. Beside the mentioned, most important psychiatric and neurological entities which provoke aggressive conduct, we address causes and exogenous triggering factors. The relation between childhood disorders and violence is also important, as well as risk elements for violence. Some predicting signs of potential violence are given in practical guidelines, as well as appropriate attitude and reply to potential violent conduct. The institute of isolation and incarceration of the violent patient is critically assessed, as well as usage of suitable medicaments, mechanism of action and possible risk related to application of some medicaments. Finally the possibility of long term pharmacological prevention of violent conduct is taken into consideration.

*Key words:* violence, personality, disorder, risk, control



## Literatura:

1. Beck JC: The potentially violent patient: Legal duties, clinical practice, and risk management. *Psychiatr Ann* 17:695-699, 1987.
2. Davis S: Violence by psychiatric in patients: A review, *Hosp Community psychiatry* 42:585-590, 1991.
3. Blair DT: Assaultive behavior. Does provocation begin in the front office? *J Psychosoc Nurs* 29(5): 21-26, 1991.
4. Birkett DP: Violence in geropsychiatry. *Psychiatr Ann* 27(11):752-756, 1997.
5. Elliot FA: Violence. The neurologic contribution: An overview. *Arch Neurol* 49: 595-603, 1992.
6. Miller RJ, Zadolinsky K, Hafner RJ: Profiles and predictors of assaultiveness for different psychiatric ward populations. *Am J Psychiatry* 150: 1368-1373, 1993.
7. Franzen MD, Lovell MR: Behavioral treatments of aggressive sequelae of brain injury. *Psychiatry* 34:44-47, 1983.
8. Eichelman B: Aggressive behavior: From laboratory to clinic. *Quo vadit?* *Arch Gen Psychiatry* 49:488-492, 1992.
9. Lanza ML: The reactions of nursing staff to physical assault by a patient. *Hosp Community Psychiatry* 34: 44-47, 1983.
10. McNiel DE: Correlates of violence in psychotic patients. *Psychiatr Ann* 27 (10): 683-690, 1997.
11. McNiel DE, Myers RS, Zeiner HK, et al: The role of violence in decisions about hospitalization from the psychiatric emergency room. *Am J Psychiatry* 149: 207-212, 1992.
12. Swartz M, Swanson J, et al: Violence and severe mental illness: The effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psych* 155(2): 226-231, 1998.
13. Tardiff K: *Concise Guide to Assessment and Management of Violent Patients*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1989.
14. Randolph LB: When a patient becomes violent. *Psychiatric Resident* May/June 1992, pp 18-22.
15. Citrome L, Volauka J: Psychopharmacology of violence. Part II: Beyond the acute episode. *Psychiatr Ann* 27(10) 696-703, 1997.
16. Stevenson S: Heading off violence with verbal de-escalation. *J Psychosoc Nurs* 29(9): 6-10, 1991.
17. Tardiff K: The current state of psychiatry in the treatment of violent patients. *Arch Gen Psychiatry* 49:493-499, 1992.

---

Siniša Jovović  
D. Popovića 14/22  
15300 Loznica  
Tel. 015 87 42 04  
Mob: 063 83 45 170

# TRAZODON U TERAPIJI DEPRESIVNIH PACIJENATA SA INSOMNIJOM kratak prikaz istraživanja

Prezentovano kao poster  
na 15-tom Evropskom  
psihijatrijskom kongresu ,  
Madrid 2007.

**Jelena Martinović**  
**Aleksandar Miljatović**  
**Lela Trikos**

UDK: 616.89-008.454-085

KBC "Zvezdara", Bolnica  
za psihijatriju, Beograd

Trazodon pripada SARI (Serotonin (5-HT<sub>2</sub>)-Antagonist and Reuptake Inhibitor) grupi antidepressiva. Psihofarmaci ove grupe, posredstvom blokade 5HT-2A receptora, značajno utiču na arhitekturu spavanja [1]. Prema podacima iz literature, više od 90% depresivnih pacijenata ima insomniju [2]. Trazodon je dobra terapijska opcija za depresivne pacijente sa insomnijom, uz podatke da već na početku terapije normalizuje spavanje

*Kratak sadržaj. Uvod:* Poremećaji spavanja su integralni deo depresivnih poremećaja. Antidepressivi iz SARI grupe, preko 5HT-2A antagonizma, utiču na poremećaje spavanja *Cilj rada:* Cilj ovog rada je evaluacija efikasnosti trazodona u tretmanu depresivnih pacijenata sa izraženom insomnijom. *Metod:* Ukupno 45 pacijenata sa dijagnozama F 32.0, F 32.1 I F 32.2 prema MKB-10, sa izraženom insomnijom, tokom 6 nedelja je bilo na terapiji trazodonom 150mg dnevno. Pre započinjanja tretmana, nakon dve i nakon šest nedelja procenjivan je nivo depresivnosti i kvalitet spavanja primenom Montgomery-Asberg Rating Scale (MADRS). *Rezultati:* Vrednosti skorova ajtema 4 Montgomery-Asberg Rating Scale su se menjale od 3,6 pri uključivanju u studiju, preko 2,8 nakon dve nedelje do 0,6 nakon šest nedelja. *Zaključak:* Trazodon je našoj studiji pokazao značajan koristan efekat u terapiji insomnije kod depresivnih pacijenata

*Cljučne reci:* psihijatrija, depresija, klinička praksa, trazodon

[3]. Cilj ovog istraživanja je evaluacija efikasnosti trazodona u terapiji depresivnih pacijenata sa izraženom insomnijom.

U istraživanje je uključeno 45 ambulantnih pacijenata, oba pola, starosti od 29 do 64 godina, sa postavljenim dijagnozama F 32.0, F 32.1 i F 32.2 na osnovu kriterijuma MKB-10. Svi pacijenti su na početku ispitivanja ispunjavali sledeći uslov: vrednosti veće ili jednake 3 na ajtemu

4 Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS). Svi pacijenti su primali trazodon, 150mg/dan, tokom šest nedelja. Procenjivanje je vršeno primenom Montgomeri-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), pri uključivanju u studiju, nakon dve nedelje i nakon šest nedelja. Spavanje je procenjivano preko vrednosti ajtema 4 Montgomery-Asberg Depression Rating Skale (MADRS). Statistička metodologija je primenjivana za procenu efikasnosti trazodona u terapiji insomnije kod depresivnih pacijenata.

Vrednosti totalnog skora Montgomeri-Asberg Rating Scale (MADRS) za sve ispitanike su se menjale od 16,7 na pocetku istrazivanja, preko 14,3 nakon dve nedelje, do 8,5 nakon sest nedelja. Nakon šest nedel-

ja, 69% pacijenata su bili u poboljšanju, sa vrednostima totalnog skora na MADRS-u manjim od 12. vrednosti skora ajtema 4 Montgomeri-Asberg Rating Scale su se menjale od 3,6 na početku istrazivanja, preko 2,8 nakon dve nedelje, do 0,6 nakon šest nedelja.

Rezultati naseg rada pokazuju efikasnost trazodona u terapiji insomnije kod depresivnih pacijenata i u saglasnosti su sa podacima iz dostupne literature [4]. Poboljšanje spavanja je postignuto već nakon dve nedelje od početka terapije, što se takođe nalazi u dostupnim radovima [3].

Trazodon je pokazao značajan efekat u terapiji insomnije kod depresivnih pacijenata, što je od velikog značaja kod opisane populacije pacijenata.

# TRAZODONE IN THE TREATMENT OF THE DEPRESSED PATIENTS WITH INSOMNIA

Poster presented at the  
15th European Congress  
of psychiatry.  
Madrid, Spain, 2007

**Jelena Martinović**  
**Aleksandar Miljatić**  
**Lela Trikoš**

University medical Center "Zvezdara",  
Belgrade, Serbia

## Literatura:

1. Stahl SM; Essential Psychopharmacology. Cambridge University Press 2000.
2. Thase ME. Antidepressant treatment of the depressed patient with Insomnia. J Clin Psychiatry 60 Suppl 17:28-31, 1999.
3. Saletu-Zuhlarz GM, Anderer P, Arnold O, Saleu B; Confirmation of The neurophysiologically predicted therapeutic effect of Trazodone On its target symptoms depression, anxiety and insomnia by Postmarketing clinical studies with a controlled-release formulation in depressed outpatients. Neuropsychobiology 48 (4) : 194-208, 2003.
4. Scharf MB, Sachais BA; Sleep laboratory evaluation of the effects and efficacy of Trazodone in depressed insomniac patients. J Clin Psychiatry 51 Suppl: 13-17, 1990.

*Summary: Introduction:* Sleep disturbances are an integral part of depressive disorder. Antidepressant drugs with 5HT2 blocking properties, such as trazodone, alleviate insomnia and improve sleep architecture. *Objective:* The aim of our study was to evaluate the efficacy of trazodone in the treatment of depressed patients with marked insomnia. *Method:* Total of 45 patients, with diagnosis F 32.0-F 32.2 (according to ICD-10), with marked insomnia, aged 29-64 years, were enrolled. Patients received trazodone 150mg/day 6 weeks, without concomitant medication. The visits were organized at the beginning of treatment, After 2 and 6 weeks of treatment for all patients. The Montgomery – Asberg Depression Rating Scale was used as a rating instrument. Gathered data were statistically processed. *Results:* There was a significant improvement for Trazodone-treated Patients in the MADRS item 4 scores at weeks 2 and 6 versus baseline ( $p < 0,05$ ). They also showed significant and clinically relevant improvement in MADRS total score after trazodone treatment. *Conclusion.* In our study significant beneficial effect in reducing sleep disturbance in depressed patients was noted in patients treated with trazodone.

*Key words:* psychiatry, depression, clinical practice.



---

## SNEVANJE

*Mila Goldner-Vukov*

MIO KNJIGA, Beograd, 2007, str: 214



Nedavno je izašla iz štampe knjiga pod naslovom *Snevanje*, koju je napisala Mila Goldner-Vukov, neuropsihijatar, magistar i doktor medicinskih nauka, docent Medicinskog fakulteta u Beogradu do 1994. godine.

Poslednjih 15 godina radi kao konsultant psihijatar i predavač na Oklenskom medicinskom fakultetu na Novom Zelandu. Član je Kraljevskog psihijatrijskog koledža za Australiju i Novi Zeland. Posebna

interesovanja su joj psihotrauma, transkulturalna psihijatrija i egzistencijalna grupna psihoterapija.

*Snevanje* je knjiga koja povezuje profesionalna iskustva iz oblasti psihijatrije i egzistencijalne psihoterapije sa saznanjima stečenim u toku boravka autorke u egzotičnim oblastima Južnog Pacifika. Tu je posebno upoznala vrednosne sisteme anglosaksonske i aboridžinske kulture i upoređivala ih sa našom kulturom iz

koje je potekla. U opširnom predgovoru obrazloženi su pojmovi: snevanje – egzistencijalizam – egzistencijalna psihoterapija, kao i Jungov pojam “kolektivno nesvesno”. Opisuje se aboridžinski i engleski mentalitet. U daljem tekstu kroz sagledavanje iskusnog psihijatra upoređuju se sličnosti i traže razlike između aboridžinskog, engleskog i (slovenskog) srpskog mentaliteta. Centralni deo knjige odlično prikazuje četiri egzistencijalna problema: smrt, izolaciju, besmisao i slobodu, paralelno sa četiri nivoa svesti: kolektivno nesvesno-individualno nesvesno-real-

no ja i Super ego. Osnovno inspiracija autorke je traganje za otkrivanjem univerzalnih ljudskih vrednosti. Kroz ovu knjigu dr Goldner Vukov se prikazuje kao erudita jer na impresivno razumljiv način i izuzetno jasnim lepim stilom ispričala sve četiri priče, koje predstavljaju mešavinu fikcije i realnog psihijatrijskog iskustva. Na kraju knjige, priložene su dve recenzije: dr Nade Bab-Milkić, specijaliste psihijatra sa Novog Zelanda i Miroslave Maksimović, specijaliste medicinske psihologije iz Valjeva.

Dr Srđan Milovanović



# UPUTSTVO AUTORIMA

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

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

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

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

## OPŠTA UPUTSTVA

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

format A4, a tekst kucati sa levim poravnanjem i uvlačenjem svakog pasusa za 10 mm, bez deljenja reči (hifenacije). Ne koristiti tabulatore i uzastopne prazne karaktere (spesjove) 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 jednodinstano na beloj hartiji formata A4 u tri primerka. Stranice numerisati redom u okviru donje margine, počev od naslovne strane. Podaci o korišćenju literature 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,
- u završnom doterivanju verzije rukopisa koji se priprema za štampanje.

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

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

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

**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 radove u kojima je obavezan kratak sadržaj na srpskom jeziku, koji treba da ima 200-300 reči.

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

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

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

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

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

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

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

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

Za nazive lekova koristiti prevashodno generička imena.

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

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

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

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

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

Svaku tabelu odštampati na posebnoj 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 poledini. 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 10x15 cm, a format zapisa \*.JPG. Ukoliko autori nisu u mogućnosti da dostave originalne fotografije, treba ih skenirati kao Grayscale sa rezolucijom 300 dpi, u originalnoj veličini i snimiti na CD.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Primeri:

#### 1. Članak u časopisu:

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

#### 2. Poglavlje u knjizi:

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

#### 3. Knjiga:

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

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

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

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

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

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