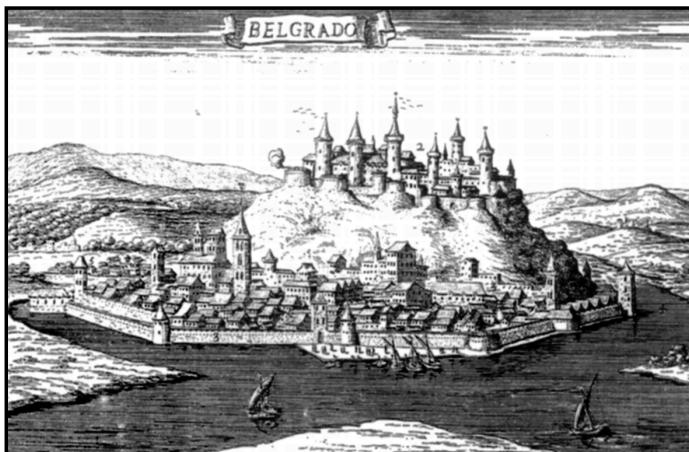


ENGRAMI

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU
PSIHOLOGIJU
I GRANIČNE DISCIPLINE

3-4



Volume 31 Beograd, jul-decembar 2009.

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU, PSIHOLOGIJU I GRANIČNE DISCIPLINE

JOURNAL FOR CLINICAL PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY AND RELATED DISCIPLINES

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

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

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

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

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

Izdavački savet / Consulting board
LJUBIŠA RAKIĆ
IOSIP BERGER
MILAN POPOVIĆ
MIROSLAV ANTONIJEVIĆ
DIMITRIJE MILOVANOVIĆ
IOSIF VESEL
MILUTIN DAČIĆ
SLAVICA ĐUKIĆ-DEJANOVIĆ (Kragujevac)
MIRKO PEJOVIĆ
JOVAN MARIĆ
SRBOLJUB MILJKOVIĆ (Niš)
ALEKSANDAR KNEZEVIĆ (Novi Sad)

*Internacionalni redakcioni odbor
International editorial board*

U. HALLBREICH (New York)
P. GASNER (Budapest)
D. KOSOVIC (New York)
N. ŠARTORIUS (Geneve)
D. ŠVRAKIĆ (St. Louis)
D. BLOCH (New York)
B. SAMUEL-LAJEUNESSE (Paris)
G. MILAVIĆ (London)
V. STARCEVIĆ (Sydney)
[A. MARUŠIĆ (Ljubljana)]
V. FOLNEGOTOVIĆ-ŠMALC (Zagreb)
M. JAKOVLJEVIĆ (Zagreb)
S. LOGA (Sarajevo)
J. SIMIĆ-BLAGOVČANIN (Banja Luka)
Z. STOJOVIĆ (Herceg Novi)
B. MITRIĆ (Podgorica)
M. PEKOVIC (Podgorica)
S. TOMČUK (Kotor)
A. MIHAJLOVIĆ (Chicago)
Sekretar / Secretary
GORDANA MARINKOVIĆ
Lektor za engleski jezik
NELA BRITVIĆ
Lektor za srpski jezik
KATARINA VUKOVIĆ

Časopis ENGRAMI izlazi četiri puta godišnje.

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

IZDAVAČ / EDITED BY:

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

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

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

SADRŽAJ

CONTENTS

ORIGINALNI NAUČNI RADOVI/ORIGINAL ARTICLES

Dragan M. Švrakić, Nenad M. Švrakić

- SAVREMENI KONCEPT I DIJAGNOSTIKA POREMEĆAJA LIČNOSTI 5
MODERN CONCEPT AND DIAGNOSTIC OF PERSONALITY DISORDERS 16

Dorđe Ćurčić, Maja Ćurčić

- SINDROM IZGARANJA KOD ZAPOSLENIH U SPECIJALNOJ BOLNICI
ZA PSIHIJATRIJSKE BOLESTI „DR LAZA LAZAREVIĆ“ 19
BURNOUT SYNDROM IN MEDICAL STAFF AT SPECIAL HOSPITAL
FOR PSYCHIATRIC DISORDERS „DR LAZA LAZAREVIC“ 27

Dijana Plut, Marina Videnović, Jelena Pešić

- PSIHOSOCIJALNI KONTEKST OPIJANJA SREDNJOŠKOLACA 29
PSYCHOSOCIAL CONTEXT OF TEENAGE ALCOHOL ABUSE 37

Vladimir Janjić

- EFEKTI RIVASTIGMINA U TRETMANU BIHEVIORALNIH
SIMPTOMA ALCHAJMEROVE BOLESTI 39
THE EFFECTS OF RIVASTIGMINE IN THE TREATMENT
OF BEHAVIORAL SYMPTOMS OF ALZHEIMER'S DEMENTIA 44

Danilo Obradović, Marina Pantić, Milan Latas

- PROCENA PSIHIČKOG STANJA STUDENATA MEDICINSKOG FAKULTETA 47
EVALUATION OF THE PSYCHICAL STATE OF MEDICAL STUDENTS 54

REVIJALNI RADOVI / REVIEW ARTICLES

Ivona Milačić-Vidojević

- ASPERGEROV SINDROM – VALIDNOST DIJAGNOSTIČKOG KONCEPTA 57
ASPERGERS SYNDROME – VALIDITY OF DIAGNOSTIC CONCEPT 66

<i>Boris Kordić</i>	
PSIHIČKA REALNOST U KLASIČNOJ PSIHOANALITIČKOJ TEORIJI	69
PSYCHIC REALITY IN CLASSICAL PSYCHOANALYTICAL THEORY	75
<i>Zdravko Šolak, Olesja Nedić</i>	
EKONOMSKE ODLIKE PREVALENCE MENTALNIH BOLESTI S POSEBNIM OSVRTOM NA PROMENE TOKOM POSTSOCIJALISTIČKOG PREOBRAŽAJA	77
ECONOMIC CHARACTERISTICS OF PREVALENCE OF MENTAL ILLNESSES WITH A SPECIAL INSIGHT INTO CHANGES WHICH OCCURED DURING THE POST-SOCIALIST TRANSITION	85
<i>Dragan M. Pavlović, Aleksandra M. Pavlović</i>	
MUZIČKA GNOZIJA	89
MUSICAL GNOSIA	93
<i>Goran Z. Golubović</i>	
DIGITALIZOVANA EHOENCEFALOVENTRIKULOGRAFIJA U MALIM NEUROLOŠKIM I PSIHIJATRJSKIM ORDINACIJAMA	95
DIGITALIZED ECHOENCEPHALOVENTRICULOGRAPHY IN SMALL NEUROLOGICAL AND PSYCHIATRIC OFFICES	104
<i>Aleksandar Damjanović, Aleksandar Božić</i>	
FRANC KAFKA – JEDAN PRILOG ZA (PATO)BIOGRAFIJU	107
FRANZ KAFKA – A TRIBUTE TO PATHO-BIOGRAPHY	112
<u>PRIKAZ SLUČAJA / CASE REPORT</u>	
<i>Jasminka Marković, Dragan Mitrović, Svetlana Ivanović-Kovačević, Vesna Vasić-Zarić</i>	
PRIKAZ USPEŠNOG OPORAVKA OD AGRANULOCITOZE IZAZVANE OLANZAPINOM NAKON NEUTROPENIJE IZAZVANE KLOZAPINOM	113
CASE OF SUCCESSFUL RECOVERY OF PATIENT WITH OLANZAPIN -INDUCED AGRANULOCYTOSIS AFTER CLOZAPINE- INDUCED NEUTROPENIA	119
<u>SEĆANJE</u>	
<i>Prof. dr Dušan J. Dunjić</i>	
PROF. DR DIMITRIJE P. MILOVANOVIĆ	121
UPUTSTVO AUTORIMA	125

SAVREMENI KONCEPT I DIJAGNOSTIKA POREMEĆAJA LIČNOSTI

Dragan M. Švrakić¹
Nenad M. Švrakić²

UDK: 616.89-008-07:159.97

Kratak sadržaj

Suprotno očekivanjima, DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) kategorijalni pristup nije uspeo da poveća pouzdanost dijagnoze kod poremećaja ličnosti što je uticalo na kvalitet istraživanja u ovom polju, naročito na studije etiopatogeneze i lečenje. Da bi se u ovoj oblasti napredovalo, najvažnije je da buduće klasifikacije uvedu krupne revizije koncepta, dijagnoze i klasifikacije poremećaja ličnosti. Ovaj rad predlaže jednu takvu reviziju.

Polazeći od nedavnog napretka u molekularnoj biologiji epigenetskih modulacija ponašanja, poremećaje ličnosti definisemo kao maladaptivne sindrome koji su se razvili kroz interakciju osobe i okoline. Maladaptaciju konceptualizujemo kao zakazivanje integrativnih funkcija ličnosti, npr., onih koje su zadužene za adaptivne procese kao sto su konceptualno učenje, sekundarne emocije, moralno rasuđivanje, socijalnost itd. Ova nesposobnost adaptacije može biti izazvana snažnim biogenetskim dispozicijama ili patološkim uticajima sredine, ili oboma. Zbog toga, precizna dijagnoza poremećaja ličnosti zavisi od neurobioloških i adaptivnih patogenih faktora. Predlažemo dijagnostički algoritam poremećaja ličnosti u dva koraka: adaptivni procesi (npr. karakter) se koriste za dijagnostikovanje maladaptacije, dok se neurobiološki aspekti (npr. temperament) koriste za klasifikovanje kliničke prezentacije i za postavljanje diferencijalne dijagnoze. Predlažemo da se termin "poremećaj ličnosti" zameni adekvatnijim terminom "poremećaj adaptacije" zato što ovaj pojam preciznije raspodeljuje kauzalnost maladaptivnih sindroma (izmedju ličnosti i okoline), i smanjuje stigmu koja je vezana za ovu dijagnozu. Prednosti u dijagnostici, istraživanju i lečenju koje nudi predloženo rešenje su detaljnije prodiskutovane.

Ključne reči: epigenetika, maladaptacija, poremećaji ličnosti, temperament, karakter

1 Medicinski fakultet u Vašingtonu, Odsek za psihijatriju, Sent Luis, Misuri, SAD

2 VA Medicinski centar u Sent Luisu

UVOD

Prva dva izdanja Dijagnostičkog i statističkog priručnika o mentalnim poremećajima DSM 1952. [1] i DSM II 1968.[2] klasifikuju mentalne poremećaje bazirano na neprecizno definisanim, psihodinamskim kriterijumima koji nisu bili pouzdani u istraživanjima. Da bi se ovaj problem prevazišao DSM III [3] je uveo operacionalizovane, tj. jasno formulisane, lako prepoznatljive kategorijalne kriterijume od kojih se očekivalo da povećaju pouzdanost dijagnoze poremećaja ličnosti i da poboljšaju kvalitet istraživanja, naročito studije etiopatogeneze i lečenja. Suprotno očekivanjima, DSM III kategorijski pristup nije uspeo da postigne gore navedene ciljeve uglavnom zbog toga što je fenotip poremećaja ličnosti bio loše definisan, sa nedovoljno specifičnim kriterijumima koji se vide kod više od jednog poremećaja, nedovoljno validnim kategorijama (npr. pasivno-agresivni poremećaj ličnosti), heterogenim deskriptorima koji variraju od emocija (npr. depresija) preko konkretnog ponašanja (npr. kradja) do personalnih osećanja koja je teško objektivizirati (npr. osećanje predodredjenosti). Uz neke manje izuzetke, sledeća izdanja DSM-a, DSM III R 1985.[4], DSM IV 1994 [5], DSM IV TR 2006 [6] u suštini su zadržala iste kriterijume za poremećaje ličnosti i time i iste probleme kao prethodna izdanja. Nedavno istraživanje 400 eksperata pokazuje nezadovoljstvo kategorijalnim konceptom poremećaja ličnosti [7].

Dimenzionalni kontinuum izmedju normalne i devijantne ličnosti

Očekuje se da će poremećaji ličnosti biti dimenzionalizovani u budućim klasi-

fikacijama, tj. individualni poremećaji će biti opisani kao varijacije duž određenog broja fundamentalnih dimenzija ponašanja. Značano je ovde prepoznati da poremećaj ličnosti ne mogu biti precizno definisani samo na osnovu ekstremnih dimenzija ponašanja.

Prvo, ni jedna crta ličnosti, ekstremna ili ne, do sada nije identifikovana kao specifična za poremećaje ličnosti i, *ipso facto*, ni jedna crta ličnosti se ne može koristiti kao reprezentativna za ove poremećaje.

Drugo, ne postoje prirodne prelazne tačke između normalnih i ekstremnih pozicija u dimenzijama ponašanja. Drugim rečima, dimenzije karakteristične za poremećaje ličnosti (npr. kompulzivnost) su kontinuirane sa normalnim crtama ličnosti (npr. upornost) bez prirodne tranzicije od normalne upornosti do patološke kompulsivnosti. Dijagnostički modeli koji su definisani samo ekstremnim crtama ličnosti moraju da koriste proizvoljni presek kako bi razbili kontinuiranu dimenziju i ekstrahovali samo njene ekstremne aspekte. Ovo predstavlja snažan argument protiv odvajanja proučavanja normalne ličnosti od proučavanja maladaptirane ličnosti. Zapravo, kontinuum između normalnih i maladaptivnih varijanti predstavlja jedinstvenu priliku da se sindromi maladaptivne ličnosti proučavaju u kontekstu retke ali optimalne šeme u kojoj kontrolni i eksperimentalni subjekti dele iste osnovne kontinuirane crte ličnosti.

Treće, definicija poremećaja ličnosti bazirana samo na ekstremnim dimenzijama je neprecizna zato što može pogrešno da uključi normalne, dobro adaptirane osobe. Npr., veoma stidljiva osoba

koja je inače dobro adaptirana se kvalificuje za dijagnozu zasnovanu samo na ekstremnim crtama ličnosti (tj. stidljivost), ali ne bi bila obuhvaćena dijagnozom ako bi se i drugi aspekti njene ličnosti (npr. adaptacija) uzeli u obzir. Slični argumenti važe za hostilnost, emocionalnu labilnost ili kompulsivnost, koje su takođe predložene da kao dimenzije re-

prezentuju poremećaje ličnosti [8]. Uistinu, veliki broj autora se slaže da je nezavisna procena oštećenja neophodna da bi se dijagnostikovali poremećaji ličnosti zato što visoki ili niski nivoi crta ličnosti nisu nužno pokazatelji patologije [9,10,11,12].

U zaključku, smatramo da je dimenzionalizacija poremećaja ličnosti korak u

Tabela 1/1. TCI skale temperamenta i karaktera, podskale, i deskriptori visokih ili niskih rezultata
Table 1/1. Temperament and Character scales, subscales and descriptors of high and low scores

I TEMPERAMENT	Visoki rezultati	Niski rezultati
Izbegavanje kazne (Harm Avoidance - HA)		
HA1 briga i pesimizam nasuprot neinhibiranog optimizma	pesimističan	optimističan
HA2 strah od nepoznatog nasuprot smelosti	bojažljiv	smeo
HA3 stidljivost pred strancima nasuprot otvorenosti	stidljiv	otvoren
HA4 zamorljivost i astenija nasuprot energičnosti	umoran	energičan
Potraga za novim (Novelty Seeking - NS)		
NS1 istraživačko uzbudjenje nasuprot stočke rigidnosti	istraživački	rezervisan
NS2 impulsivnost nasuprot refleksiji	impulsivan	promišljen
NS3 rasipništvo nasuprot uzdržljivosti	rasipan	štedljiv
NS4 neurednost nasuprot urednosti	razdražljiv	ravnodušan
Zavisnost od nagrade (Reward Dependence - RD)		
RD1 sentimentalnost nasuprot rezervisanosti	sentimentalan	hladan
RD2 društvenost nasuprot povučenosti	otvoren	izolovan
RD3 privrženost nasuprot odvojenosti	topao	ravnodušan
RD4 zavisnost nasuprot nezavisnosti	odan	nezavisan
Postojanost (Persistence - PS)		
PS1 želja za radom nasuprot odlaganju	vredan	lenj
PS2 ojačanost radom nasuprot razmaženosti	odlučan	razmažen
PS3 ambicioznost nasuprot neispunjavanju očekivanja	entuzijasta	podbacivač
PS4 perfekcionizam nasuprot pragmatizmu	perfekcionist	pragmatičan

dobrom pravcu, ali ne i finalno rešenje dijagnostike poremećaja ličnosti. Dijagnostički algoritam koji stavlja maladaptaciju kao ključni element dijagnoze a kroz dimenzije ponašanja uspostavlja razlike u kliničkoj prezentaciji ima daleko više izgleda da pokrene ovu oblast sa mrtve tačke.

Normalna i maladaptirana ličnost: zajednička kontinuirana dimenzija

Jedan od centralnih problema u teoriji ličnosti je identifikacija prirodnih sastavnih jedinica ("sastavnih delova") da bi se objasnila prava struktura lichenosti, tj. struktura koja odgovara realnim gradivnim blokovima ličnosti (za razliku od

strukture do koje se dolazi statističkom obradom opserviranih ponašanja). Da bi se jedna crta ličnosti smatrala za prirodnu sastavnu jedinicu, mora da bude fundamentalna (tj. da obuhvata istinski različite tendencije u ponašanju) i dovoljno opšta kako bi obuhvatila fundamentalne jedinice ličnosti sa svim svojim različitim ekspresivnim aspektima.

Postoji opšta saglasnost da četiri široke dimenzije ponašanja čine osnovu i normalnog temperamento [9, 10] i simptoma poremećaja ličnosti [8,11]. Što se tiče normalnog temperamenta, dimenzije su izbegavanje kazne (HA), potraga za novim (NS), zavisnost od nagrade (RD) i postojanost (P) [12]. Što se tiče poremećaja ličnosti, dimenzije su različito ozna-

**Tabela 1/2. TCI skale temperamenta i karaktera, podskale,
i deskriptori visokih ili niskih rezultata**

**Table 1/2. TCI Temperament and Character scales, subscales and descriptors
of high and low scores**

II KARAKTER		
Samoupućenost (Self-directedness - SD)		
SD1 odgovornost nasuprot okriviljavanju	odgovoran	okriviljujući
SD2 celishodnost nasuprot nedostatku cilja	celishodan	besciljan
SD3 snalažljivost nasuprot bespomoćnosti	snalažljiv	pasivan
SD4 prihvatanje sebe nasuprot samo-težnji	samouveren	nesiguran u sebe
SD5 spontanost nasuprot nedostatku podudarne druge prirode	spontan	protivrečan
Kooperativnost(Cooperativeness - C)		
C1 društveno prihvatanje nasuprot društvenoj netrpeljivosti	tolerantan	netolerantan
C2 empatija nasuprot društvenoj ravnodušnosti	saosećajan	osvetoljubiv
C3 uslužnost nasuprot neuslužnosti	empatičan	bezosećajan
C4 saosećanje nasuprot osvetoljubivosti	uslužan	sebičan
C5 pravičnost/principi nasuprot oportunizmu	principijelan	oportunista

ćene: a) neurotičnost ili emocionalna dis-regulacija, b) antagonizam ili antisocijal-nost, c) introverzija ili socijalna izolacija i d) kompulsivnost ili savesnost [8,11]. Lako je uočljivo da dimenzije utvrđene kod poremećaja ličnosti predstavljaju ekstreme normalnih dimenzija tempera-menta. Napr., neuroticizam, antisocijal-nost, socijalna izolacija, i kompulsivnost [11] blisko korespondiraju sa, po redu, visokom HA, visokom NS, niskom RD, i visokom P (tabela 1).

Petofaktorski Model (FFM-Five Factor Model) [13] definiše četiri faktora (neurotičnost, ekstraverternost, savesnost, otvorenost) koji odgovaraju gornjim di-menzijama normalnog temperamenta i poremećaja ličnosti. Peti faktor u FFM (tj.saradljivost) korespondira sa adaptivnim ponašanjima koje smo u ovom radu obeležavali kao crte karaktera.

Da sumiramo, bazirajući se na istorijskim, kulturološkim, normativnim i kli-ničkim podacima, čini se da su četiri di-menzije temperamenta prirodne gradivne jedinice ličnosti i normalnih odnosno devijantnih ponašanja: one su opšte de-terminante fundamentalno različitih obrazaca ponašanja, visoko su nasledne, stabilne tokom vremena, kroz situacije i kulture [9, 14, 15]. Uzgred, četiri crte temperamenta visoko korespondiraju sa konceptom "en-dofenotipa" kao nezavisni, stabilni fenotipovi koji su blisko po-vezani sa svojim genetskim korenima.

Normalne i maladaptirane crte ličnosti su epigenetskog porekla

Danas se DNK više ne smatra glav-nom odrednicom fizičkih i ponašajnih odlika fenotipa već kao okvirni plan za

sveukupnu adaptivnu fleksibilnost orga-nizma. DNA definiše nekoliko bazičnih fizičkih i bihevioralnih dispozicija koje se kristalizuju u širi repertoar specifičnih adaptivnih odlika kao odgovor na speci-fične stimuluse iz okoline (za detalje vi-deti 16, 17, 18,19, 20, 21, 22, 23, 24).

Efekti okoline regulišu ekspresiju ge-na i moduliraju odlike fenotipa putem remodeliranja hromatina. Ovo se postiže jednostavnim hemijskim „markerima“ (metilacija, acetilacija ili fosforilacija DNA i histonskih repova) a bez prome-na DNK sekvence [17]. Epigenetsko re-gulisanje ekspresije gena je izraz interak-cije gena i okoline (GxE) i rezultira u "programiranju" genoma od strane oko-line čime se odreduje konačni fenotipski ishod. Epigenetski markeri DNK su sta-bilni [23], ali su reverzibilni, čak i u od-rasлом dobu i mogu se bilo uspostaviti bilo izbrisati novim efektima okoline [o-vi mogu biti farmakološki [15] ili dru-štveno/situacioni ili i jedni i drugi].

Epigenetske modulacije DNK nisu ograničene samo na rano detinjstvo. Kao što pokazuje Champagne [23], novi uslovi okoline u odrasлом dobu mogu da promene epigenom, tzv. interakcija okoline sa okolinom (ExE), pri čemu se već uspostavljene epigenetske odlike mo-difikuju u interakciji sa novim uslovima okoline. Iako precizni mehanizam još uvek nije jasan, ovi ExE efekti su po svoj prilici postignuti kroz DNA metilaciju [27, 28, 29]. Kod ljudi, jednojajčani bli-zanci imaju približno isti nivo DNA me-tilacije sa tri godine života, ali kada na-pune 50 godina života postoji četvoros-truka razlika [19]. Ova razlika se obja-šjava epigenetskom modifikacijama na-kon rodjenja [20].

Opisana epigenetska otkrića su od fundamentalnog značaja za buduća istraživanja, konceptualizaciju i lečenje psihijatrijskih poremećaja uopšte, uključujući poremećaje ličnosti.

Epigenetsko poreklo ponašanja

Ukupan spektar ljudskog ponašanja proističe iz malog broja opštih dispozicija (agresija, strah, zadovoljstvo) koje se kroz GxE interakciju uspješivo granaju u više specifičnih crta ličnosti koje su sve dalje od svojih bio-genetskih korena [30]. Iznenadjujuće, međutim, čak i kompleksne socijalne crte ličnosti (npr. crte karaktera) pokazuju visoku naslednost sličnu naslednosti temperamenta [31]. Ovo se objašnjava činjenicom da karakter i temperament dele zajedničke korene, samo nastaju razlicitim mehanizmima učenja: temperament asocijativnim uslovljavanjem, karakter konceptualnim učenjem. Kao ishod, opserviraju se dva veoma različita domena ličnosti (jedan adaptivni, drugi emocionalni) koji imaju slično visoku naslednost.

Razvojno gledano, karakter se pojavljuje kasnije u životu kao "konceptualni intrfejz" koji optimizirala adaptaciju temperamenta na okolinu [9]. Drugim rečima, razvojem karaktera uskladjuje se diskrepanca izmedju unutrašnjih emocionalnih potreba ličnosti i spoljašnjih normativnih pritisaka, čime ličnost nalazi svoje mesto u društvu a da pri tome ne žrtvuje (ili bar ne u potpunosti) svoje potrebe (socijalizovani život u kojem bi svako zadovoljavao svoje emocionalne potrebe bez ikakvih kočnica bi naravno bio gotovo nemoguć)

Nova saznanja dovode u pitanje stare, a postavljaju nove metodologije

Nedavno je pokazano tzv. ne-genomsко nasledje fenotipskih osobina: stečena ponašanja mogu da se prenose kroz generacije putem nekompletnog uklanjanja epigenetskih markera u toku mejoze, a bez promene u DNK sekvenci [17, 20, 23].

Dokazi za ne-genomsko nasledje dovode u pitanje validnost metodologija koje se tradicionalno koriste u istraživanju ličnosti. Konkretno, kvantitativna genetika je dugo prepostavljala da su genetski uticaji na fenotip direktni i aditivni. Nedavna otkrića u molekularnoj biologiji [16, 17] dovode u pitanje validnost nalaza kvantitativne genetike koja nije dovoljno precizna da razlikuje gensko i ne-gensko nasledje.

Epigenetske modulacije, za koje se ranije smatralo da su vrlo retke, sada se smatraju mnogo češćim i metodologije za njihovo proučavanje se aktivno razvijaju [32]. Otkriće enzima koji su specifični za modulaciju, tokom poslednjih 20 godina, uspostavilo je vezu između uticaja okoline sa jedne strane i hromatinske strukture, DNA metilacije, ekspresije gena i fenotipskih odlika sa druge strane. Istoriski gledano, istraživanje ličnosti je pratilo pravac "odozgo-nadole" započinjući od posmatranih fenotipskih karakteristika i dedukujući njihovu etiologiju do psiholoških i bioloških korena. Očekuje se da nove metodologije omoguće istraživačima da prate suprotni "odozdo-nagore" pristup: da započnu na molekularnom nivou prateći koordinisano vezivanje faktora transkripcije za mreže ciljnih gena koje su uključene u određeni adaptivni odgovor, i prate razvoj pona-

šanja dok kontrolišu uticaje okoline sve do manifestovanog fenotipa. Iako ova kva očekivanja mogu da deluju preuređeno u ovom trenutku, neke početne tehnologije za proučavanje vezivanja transkripcionih faktora genoma u kontrolisanim uslovima su već primenjene na primitivne organizme [33, 34]. Ove metode su još uvek rudimentarne, ali će neizbežno napredovati kako bi se prime-nile i na ljudski genom, na kraju će omogućiti naučnicima da istražuju osjetljivost na uobičajene bolesti. Jedan problem koji treba prevazići u budućnosti je uzorkovanje tkiva, pošto epigenetske modulacije traže specifično mesto (tkivo) [20].

Epigenetski pogled na odnos Ose I i Ose II

Epigenetske modulacije i GxE interakcija sadržane su kod psihijatrijskih poremećaja odraslih. Naprimjer, loša materinska briga zajedno sa prezaštićenošću u detinjstvu (takozvani obrazac "kontrola bez emocija") povećava rizik od antisocijalnih crta ličnosti, zavisnosti, manjka pažnje, opsesivno-kompulsivnih poremećaja, anksioznosti i depresije [21] u odrasлом dobu. Suprotno tome, dobra materinska briga je u korelaciji sa visokim samopouzdanjem, smanjenom crtom anksioznosti i smanjenim pljuvačnim kortizolom pri reakciji na stres [22]. Jasno je da rana briga kod ljudi postavlja podlogu za širok spektar poremećaja ili mentalnog zdravlja preko epigenetski modulirane ekspresije početnih genetskih podložnosti, mnogo više nego što se to ranije verovalo. Zaista, mnogi ako ne svi psihijatrijski poremećaji, uključujući psihoze, emocionalne poremećaje, i poremećaje ličnosti, mogu se u značajnoj meri utvrditi pomoću epigenetskih fak-

tora [35] što ukazuje na to da je razlika između Ose I i Ose II samo didaktička i veštačka.

Maladaptacija: distinkтивna odlika poremećaja ličnosti

DSM dijagnoza poremećaja ličnosti se ne bazira na ekstremnim crtama ličnosti, već se postavlja na osnovu ponašanja koja "su značajno devijantna u odnosu na očekivanja društva" [6]. U skladu sa ovim, određeni broj autora se zalaže da se uvede nezavisna procena oštećenja da bi postavila dijagnoza poremećaja ličnosti jer ekstremne crte ponašanja nisu neophodno patološke ili disfunkcionalne [8, 9, 11, 36]. Na primer Wakefield [36] kaže da poremećaji ličnosti reflektuju "slom u centralnoj funkciji ličnosti....koja integriše osobine ličnosti.., kako bi se ispunili osnovni zadaci" (strana 391). Slično tome Livesley [8] opisuje poremećaj ličnosti kao "neuspeh pri rešavanju adaptivnih zadataka u životu koji se odnose na identitet ličnosti, intimnost i vezivanje, i pro-socijalna ponašanja" (strana 203). Svaki od ovih predloga prepoznaće fundamentalni aspekt dijagnoze poremećaja ličnosti: koren problema je maladaptacija, tj. devijantna ili loša adaptacija na okolinu, a ne ekstremne crte ponašanja (iako su se ekstremne crte mogle uplesti u uspešnu adaptaciju).

Većina autora konceptualizuje adaptaciju kao suboptimalni razvojni ishod koji je rezultat neuspeha integrativnih, adaptivnih funkcija ličnosti [12, 24, 36]. Iako je više stručnjaka prepoznalo ključni značaj maladaptacije za koncept poremećaja ličnosti, postoji samo nekoliko predloga za njeno merenje. Dva pažnje

vredne primera su opisana u nastavku teksta.

Psihoanalitički koncept odbrambenih mehanizama korišćen je u ove svrhe [37, 38]. Konkretno, primitivni odbrambeni mehanizmi centrirani oko splitting-a koreliraju sa nezrelošću i simptomima poremećaja ličnosti [37, 38]. Drugi način da se meri maladaptacija jeste da se koriste operacionalizovane adaptivne crte ponašanja, kao što su crte karaktera [12]. Preciznije, niski skorovi na crtama karaktera (prvenstveno crte "Oslanjanje na sebe" i "Kooperativnost") konzistentno koreliraju sa simptomima poremećaja ličnosti [39]. Drugim rečima, nerazvijen karakter obuhvata probleme licnosti da radi, da se osloni na sebe, da nadje smisao, da živi sa ciljem (crtka karaktera "Oslanjanje na sebe") ili, s druge strane, da saradjuje sa drugima, da prihvata ili pomaže druge, da bude empatična ili predusretljiva (crtka karaktera "Kooperativnost"). Upitnik za procenu temperamenta i karaktera (TCI) je lako primenljiv u praksi i koristi se u ove svrhe.

Maladaptivna ličnost: samo-organizujući patološki sistem

Razvoj ličnosti odražava složeni, ne linearni, samo-organizujući, adaptivni proces da se optimalno usklade unutrašnje potrebe i spoljašnji zahtevi okolne [9, 40, 41]. Poremećaji ličnosti odražavaju isti samo-organizujući proces, ali, u ovom slučaju, on vodi ka maladaptaciji. Ovakva adaptacija u "pogrešnom pravcu" može biti izazvana ekstremnim nefleksibilnim dispozicijama ponašanja ili patogenim elementima okoline, ili i jed-

nim i drugim. Sa jedne strane, snažne genetske dispozicije utiču na čovekovu percepciju okoline i izbor veza i aktivnosti (takozvana "gen-okolina" korelacija) [42]. Sa druge strane, patogeni faktori okoline iniciraju maladaptivna ponašanja i kognitivni stil koji postaju stabilni kroz epigenetske mehanizme. [20,21,43]

Poremećaji ličnosti su hronični i rezistentni na lečenje. Na vrhuncu maladaptivnog razvoja, koji je ustanovljen kroz suboptimalne lične i socijalne uloge, osoobe sa poremećajem ličnosti vremenom postižu tačku relativne [40,41]. Spontana promena ka boljoj adaptaciji je retka zato što su pokušaji da se postigne novi razvojni vrhunac (nova tačka stabilnosti) obeshrabreni periodom početne nestabilnosti koja je vezana za promenu. Ova razvojna kriva u obliku slova "U" („prvo mora da bude gore da bi bilo bolje“) objašnjava hroničnost i otpornost na lečenje koje se primećuje kod mnogih osooba sa poremećajem ličnosti [9].

Poremećaji ličnosti ili poremećaji adaptacije?

Predlažemo da se dijagnoza "poremećaj ličnosti" zameni prikladnjim dijagnostičkim terminom "poremećaj adaptacije" iz sledećih razloga.

Prvo, termin "poremećaj adaptacije" preciznije odražava etiološku realnost problema zato što ravnomernije rasporedjuje kauzalnost - između osebe i okoline. Drugo, većina drugih psihijatrijskih poremećaja je dobilo ime po dominantnim simptomima (napr. anksiozni poremećaji), ili oštećenoj funkciji (poremećaj spavanja), ili po istorijski preuzetoj etiologiji (shizofrenija – podeljen um). Nijedan drugi poremećaj ne uključuje terminologiju koja izdvaja opštег

imenioca psihičkog života, npr. ličnost, a ne njegovu pogodenu komponentu, npr. oštećenu adaptaciju. Zapravo, poremećaj ličnosti je verovatno najneodređeniji dijagnostički termin u čitavoj psihijatriji, i može da se primeni na većinu ako ne i sve mentalne poremećaje. Na kraju, mnogo je manje stigmatizirajuće, pozitivnije i motivišuće fokusirati pacijente na njihove "probleme adaptacije" nego na njihov "poremećaj ličnosti".

Psihobiološki model ličnosti ("model od sedam faktora")

Najčešće korišćeni dimenzionalni modeli ličnosti i poremećaja ličnosti su modeli od pet faktora (five factor model-FFM), model od sedam faktora temperamenta i karaktera [9, 12] i dimenzionalna procena

patologije ličnosti (Dimensional Assessment of Personality Pathology-DAPP) [8]. Od ova tri modela, model od sedam faktora [9, 12] je najpodudarniji sa opisanim epigenetskim shvatanjem razvoja ponašanja i etopatogeneze poremećaja ličnosti. Mi ovde nikako ne sugerisemo da je ovaj model konačan i besprekoran. Buduće revizije, možda čak i krupne, mogu biti neophodne da bi se održao korak sa naučnim napretkom. U vreme njegovog uvođenja 1987. i 1993., bio je sigurno avangardni model sa mnogo vizionarskih hipoteza. U međuvremenu, mnoge od ovih hipoteza su testirane i empirijski dokazane u SAD-u i širom sveta (videti 9 za pregled).

Druga dva dostupna dimenzionalna modela normalne i devijantne ličnosti FFM [13] i DAPP [8], konceptualizuju poremećaje ličnosti bazirajući se samo na ekstrem-

Tabela 1/2. TCI skale temperamenta i karaktera, podskale, i deskriptori visokih ili niskih rezultata
Table 1/2. Temperament and Character Scales, subscales and descriptors of high and low scores

	TEMPERAMENT	KARAKTER
Tip učenja	Proceduralno	Učenje uslovljavanjem
Nivo svesti	Automatski	Namerni
Oblik pamćenja	Percepti, koncepti	Procedure, uslovljavanje
Principi učenja	Asocijativno uslovljavanje	Koncept, uviđanje
Ključni moždani sistem	Limbički sistem, stratum	Prednji/temporalni neokorteks hipokampus
Manifestujuće crte ličnosti	Navike, emocije	Adaptivni koncepti, socijalizovan
Udružene emocije	Primarne emocije (bes, strah, istrajnost, privrženost)	Sekundarne emocije (ponos, saosećanje, moral, nesebičnost)
Uloga subjekta u mentalnoj aktivnosti	Pasivna, reproduktivna	Aktivna, konstruktivna
Oblik mentalne reprezentacije	Stimulus-odgovor sekvence dodatno variraju u snazi	Interaktivne mreže (konceptualna shema) variraju kvalitativno u konfiguraciji

nim dimenzijama ponašanja (DAPP), mešaju biološke i adaptivne procese ličnosti (FFM), ne uzimaju maladaptaciju kao integralnu dijagnostičku komponentu poremećaja ličnosti (FFM) i ne obezbeđuju sredstva/načine za procenu maladaptacije u kliničkom radu (DAPP i FFM).

Model od sedam faktora tamperamenta i karaktera je detaljno opisan kod Cloninger-a i Švrakića [9]. Prema ovom modelu, struktura ličnosti se sastoji iz dve različite interaktivne komponente - temperamenta i karaktera, od kojih svaka odražava različite forme učenja i pamćenja i svaka ima jedinstveni razvojni i funkcionalni značaj u ljudskom životu. Ovaj model opisuje četiri dimenzije temperamenta (tzv. biološko jezgro ličnosti) i tri dimenzije karaktera (tzv. "adaptivni interfajz" ličnosti). Svaka dimenzija je definisana kao bipolarni kontinuum od niske do visoke izraženosti, obuhvatajući i normalnost i ekstremne reprezentacije. Dimenzije temperamenta i karaktera i skale njihovih aspekata su prikazane u Tabeli 1.

Model od sedam faktora je kvantitativni model razvoja normalne i maladaptivne ličnosti koji je samo-organizujući, višedimenzi-

onalni dinamički sistem stvoren kroz GxE interakciju, tj. kroz recipročni kauzalitet biogenetskih faktora, iskustva i adaptacije [40, 41]. Ovakvi sistemi su definisani kao kompleksni adaptivni sistemi u biologiji.

Crte temperamenta se razvijaju rano u životu, putem asocijativnog učenja i jačanja sinapsi što stvara stabilna opažanja, afekte, i navike. Crte temperamenta i rane navike su konceptualizovane kao oblici ponašanja izvedeni iz primarnih emocija (npr. strah, agresivnost, radost, društvenost) [9,12]. Suprotno tome, crte karaktera se razvijaju kasnije u životu putem konceptualnog učenja i učenja uviđanjem i one su mnogo više pod uticajem adaptivnih epi-genetskih mehanizama i GxE interakcije, i stoga su manje stabilne, više kulturološki uobličene i više sklone promeni u skladu sa promenom okruženja. Neke od ključnih razlika između temperamenta i karaktera su prikazane u Tabeli 2.

Opis temperamenta i karaktera (The Temperament and Character Inventory-TCI) [15] je grupa testova, ličnih izveštaja i intervjuja koji su dizajnirani da izmere crte karaktera i temperamenta koje su iznad opisane (Tabela 1). TCI je potvrđen kroz

*Tabela 3. DSM kategorije i TCI dimenzije
Table 3. DSM categories and TCI dimensions*

Kategoriska dijagnoza	TCI dimenzije temperamenta		
	Potraga za novim	Izbegavanje kazne	Zavisnost od nagrade
Asocijalna	Visoka	Nisko	Niska
Histrionska	Visoka	Nisko	Visoka
Granična	Visoka	Visoko	Niska
Narcistička	Visoka	Visoko	Visoka
Izbegavajuća	Niska	Visoko	Visoka
Zavisna	Niska	Nisko	Visoka
Shizoidna	Niska	Visoko	Niska
Opsesivna/anksiozna	Niska	Visoko	Niska

normativne, kliničke i ne-kliničke slučajeve, u različitim kulturama i internacionalno [14, 15].

Dijagnostikovanje maladaptivnih poremećaja u dva koraka

Dijagnoza poremećaja ličnosti uključuje biološke i adaptivne aspekte: karakter je suštinski važan za procenu maladaptacije, temperament za distinkciju dominantne kliničke prezentacije. Ovakav "dvostepeni" algoritam povećava specifičnost dijagnoze jer umanjuje mogucnost da se dijagnostikuju kao poremećaji ličnosti osobe koje imaju jako naglasene crte temperamento, ali su inače dobro adaptirane i nesmetano funkcionišu u društvu. Crte temperamento, s druge strane, omogućavaju diferencijalnu dijagnozu – npr. visoko izražena Potraga za Novim je tipična za Antisocijalne ili Histroične ličnosti dok je Izbegavanje Kazne (Povrede) tipično za Zavisne ili Obsesivne ličnosti. U našim prethodnim studijama smo

pokazali da je ovakav sistem dijagnoze lako primenljiv u praksi, validan i pouzdan [12,39].

Naš model dijagnostikovanja eksplicitno ne uključuje ali istovremeno ne gubi potpuno vezu sa tradicionalnim kategorijama poremećaja ličnosti [39]. Tradicionalne kategorije (npr. narcistički, schizoidni, ili građični poremećaj ličnosti mogu da se opišu kao kombinacije crta temperomenta (tzv. konfiguracije) sto je prikazano u Tabeli 3. Kako se vidi na Tabeli 3, jedinstvene kombinacije visokih i/ili niskih skorova dimenzija temperomenta stvaraju osam složenih konfiguracija koje korespondiraju sa osam kategorijskih DSM dijagnoza poremećaja ličnosti Na ovaj način, moguće je povezati dimenzionalni i kategorijalni metod dijagnoze i tako olakšati rad kliničarima ili istraživačima.

Tabela 4 sumira stalne i promenljive odlike poremećaja ličnosti koje su inkorporirane u dijagnostički proces u dva koraka.

Tabela 4. Dijagnoza u dva koraka / Merljive (dimenzionalne) odlike poremećaja ličnosti (poremećaja adaptacije)

Table 4. Two steps diagnosis / Measurable (dimensional) characteristics of personality disorders (disorders of adoption)

Konzistentne odlike		Varijabilne odlike
Niska samoupućenost	Niska kooperativnost	Visoka postojanost (samo kod opsivno-kompulsivnih simptoma)
Neodgovoran, okrivljujući	Netrpeljiv prema drugima	
Nema zrelih ciljeva	Nedostatak empatije	
Nesnalazljiv, bespomoćan	Neuslužan	Niska zavisnost od nagrade
Nisko samopoštovanje	Osvetoljubiv	Visoka potraga za novim (samo ekscentrična skupina)
Nedisciplinovan	Neprincipijelan	Visoko izbegavanje kazne (samo anksiozna skupina)

MODERN CONCEPT AND DIAGNOSTICS OF PERSONALITY DISORDERS

Dragan M. Švrakić¹
Nenad M. Švrakić²

Summary

Contrary to expectations, the DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) categorical approach missed to increase diagnosis reliability in personality disorder, and that affected research quality in this field, especially the etiopathogenesis study and treatment. Future classifications imply introduction of huge reviews of concepts, diagnosis and personal disorder classification as utmost importance, in order to make progress in this area. This paper is suggestion of a review of a kind.

Starting from the recent progress in molecular biology of epigenetic behavior modulations, the personality disorder is defined as maladaptive syndrome developed through interaction between a person and environment. Maladaptation is conceptualized as non-function of personal interactive functions, for example those in charge of adaptive processes such as conceptual learning, secondary emotions, moral reasoning, sociability, and so on. This adaptation incapability can be caused either by intense biogenetic dispositions or by pathologic environment impacts, or by both. Therefore, a precise diagnosis of personality disorder depends on neurobiological and adaptive pathogenic factors. We suggest the two steps personal disorder diagnostic algorithm: adaptive processes (for example: character) used for maladaptation diagnose, and neurobiological aspects (for example: temperament) used for clinical presentation classification and for differential diagnosis. We suggest the term "personality disorder" to be replaced by more adequate term "adaptation disorder" because this is the concept which with more precision points out to causality of maladaptive syndromes between personality and environment and diminishes the stigma related to this diagnosis. Advantages in diagnostic, researches and treatment offered in the suggested solution have been discussed in details.

Key words: epigenetics, personality disorders

- 1 Washington School of Medicine,
Psychiatry Section, Sent Louis,
Missouri, USA
- 2 VA Medical Center in Sent Louis

Literatura:

1. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM). APA: Washington, DC; 1952.
2. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2nd ed. DSMII. PA: Washington, DC; 1968.
3. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. DSM III. PA: Washington, DC; 1980.
4. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed revised. DSM III R. APA: Washington, DC; 1985.
5. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. DSM IV. APA: Washington, DC; 1980.
6. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed revised. DSM IV -TR APA: Washington, DC; 2000.
7. Bernstein DP, Iscan C, Maser J, and the Boards of Directors of the Association for Research in Personality Disorders and the International Society for the Study of Personality Disorders: Opinions of personality disorder experts regarding the DSM IV personality disorders classification system, *J Pers Dis*, 2007; 21(5), 536-551
8. Livesley J. A framework for integrating dimensional and categorical classifications of personality disorders. *J Personal Disord* 2007; 21:199-224.
9. Cloninger CR, Svarkic D. Personality Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. London: Lippincott, Williams and Wilkins; 2009 (in press)
10. Ignjatovic TD, Svarkic, D. Western Personality Models Applied in Eastern Europe: Yugoslav data. *Compr Psychiatry*, 2003 (44):51-59.
11. Trull T, Durrett CA: Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annu. Rev Clin Psychol.* 2005. 1:355-80
12. Cloninger CR, Svarkic D, Przybeck T. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:975-990.
13. Costa P, McCrae R. NEO PI R. Psychological Assessment Resources Inc. 2008.
14. Miettunen J, Kantojarvi L, Veijola J, Ja'rvelin M-R, Joukamaa M: International comparison of Cloninger's temperament dimensions, *Pers Indiv Diff*, 2006: (41)1515-1526
15. Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., Svarkic, D., Wetzel, R: The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use, Washington University School of Medicine, Department of Psychiatry, St. Louis, MO, 1994
16. Templeton A: Population Genetics and Microevolutionary Theory, Wiley, New Jersey, 2006
17. Colvis CM, Pollock JD, Goodman RH, et al. Epigenetic mechanisms and gene networks in the nervous system. *J Neurosci* 2005; 25:10379-10389.
18. Impey S, McCorkle RS, Cha-Molstad H, Dwyer MJ, Yochum SG, Boss MJ, McWeeney S, Dunn JJ, Mandel G, Goodman RH: Defining the CREB Regulon: A Resource Genome-Wide Analysis of Transcription Factor Regulatory Regions Cell, 2004 (119) 1041-1054,
19. Fraga MF, Ballestar E, Paz MR, Ropero S, Setien F, Ballestar ML, Heine-Suner D, Cigudosa, JC, Urioste M., Benitez J, Boix-Chornet M, San-chez-Aguilera A, Ling C, Carlsson E, Poulsen P, Vaag A, Stephan Z, Spector TD, Wu YZ, Plass C, Esteller M: Epigenetic differences arise during the lifetime of monozygotic twins. *Proc. Natl. Acad. Sci.*, 2005(102): 10604-10609.
20. Champagne, F.A., Curley, J.P., Epigenetic mechanisms mediating the long-term effects of maternal care on development, *Neurosci Biobehav Rev* 2008. Jan 18 (Epub ahead of print)
21. Sato T, Sakado K, Uehara T, Narita T, Hirano S, Nishioka K, Kasahara Y: Dysfunctional parenting as a risk factor to lifetime depression in a sample of employed Japanese adults: evidence for the 'affectionless control' hypothesis, *Psychol. Med.* 28 (1998) 737-742.
22. Pruettner JC, Champagne F, Meaney MJ, Dagher A: Dopamine release in response to a psychological stress in humans and its relationship to early life maternal care: a positron emission tomography study using [11C] raclopride, *J. Neurosci.* 24 (2004) 2825-2831.
23. Champagne F: Epigenetic mechanisms and the transgenerational effects of maternal care. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 2008 (29)386-397

24. Svrakic D, Lecic-Tosevski D, Divac Jovanovic M: DSM Axis II: personality disorders or adaptation disorders?, Current Opinion Psych 2009 29:111-117
25. Nithianantharajah J, Hannan A.J, Enriched environments, experience - dependent plasticity and disorders of the nervous system, Nat Rev Neurosci. 2006 (7):697-709
26. Champagne AF, Meaney JM, Transgenerational effects of social environment on variations in maternal care and behavioral response to nov-elty, Behav Neurosci. 2007 (121): 1353-63.
27. Weaver CI, Cervoni N, Champagne FA, D Alessio CA, Sharma S, Seckl RJ, Dymov S, Szayf M, Meaney JM, Epigenetic programming by maternal behavior, Nat Neurosci, 2004 (7):847-54.
28. Weaver CI, Champagne FA, Brown ES, Dymov S, Sharma S, Meaney JM, Szayf M, Reversal of maternal programming of stress responses in adult offspring through methyl supplementation: altering epigenetic marking later in life, J Neurosci 2005(25):11045-54.
29. Weaver CI, Meaney JM, Szayf M, Maternal care effects on the hippocampal transcriptome and anxiety-mediated behaviors in the offspring that are reversible in adulthood, Proc Natl Acad Sci USA, 2006(103): 3480-85.
30. Johnson-Pynn J, Fragaszy DM, Cummins-Sebree S: Common Territories in Comparative and Developmental Psychology: Quest for Shared Means and Meaning in Behavioral Investigations, Int J Comparative Psychology, 2003 (16) 1-27.
31. Gillespie AN, Cloninger CR, Hath CA, Martin GN: The genetic and environmental relationship between Cloninger's dimensions of temperament and character, Person Ind Diff, 2003(35):1931-46
32. Moffitt T, Caspi A, Rutter M, MD: Strategy for Investigating Interactions Betveen Measured Genes and Measured Environments, Arch Gen Psychiatry. 2005;62:473-481
33. Zvir I, Huang H, Groisman E. Analysis of differentially regulated genes with a regulatory network by GPA genome navigation. Bioinformatics 2005; 21: 4073-4083.
34. Zvir I, Shin D, Kato A, et al. Dissecting the PhoP regulatory network of *E. coli* and *Salmo-nella enterica*. Proc Natl Acad Sci U S A 2005; 102:2862- 2867
35. Petronis, A., Gottesman, I.I., Kan, P., Kennedy, J.L., Basile, V.S., Paterson, A.D., Popendikyte, V., Monozygotic twins exhibit numerous epigenetic differences: clues to twin discordance? Schizophr. Bull. 2003 (29), 169-178
36. Wakefield JC. The perils of dimensionalization: challenges in distinguishing negative traits from personality disorders. Psychiatr Clin North Am 2008; 31:371-393.
37. Mulder R T, Joyce PR, Sullivan PF, Bulik CM, Carter FA: The relationship among three models of personality psychopathology: DSM-III R personality disorder, TCI scores and DSQ defenses, Psycholl Med, 1999, 29, 943-951.
38. Mulder RT, Joyce PR, Sellman JD, et al. Towards an understanding of defense style in terms of temperament and character. Acta Psychiatr Scand 1996; 93:99-104.
39. Svrakic D, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR: Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry 1993; 50:991-999.
40. Svrakic NM, Svrakic DM, Cloninger CR: A General Quantitative Theory of Personality Development: Fundamentals of a Self-Organizing Psychobiological Complex, Development and Psychopathology, 8: 247-272, 1996.
41. Cloninger, CR, Svrakic, N. M., Svrakic, D: Role of personality in the development of mental order and disorder, Development and Psychopathology, 1997: (9): 881-906
42. Saudino KJ, Pedersen NL, Lichtenstein P, et al. Can personality explain genetic influences on life events? J Pers Soc Psychol 1997; 72:196-206.
43. D. Maestripieri, Early experience affects the intergenerational transmission of infant abuse in rhesus monkeys, Proc. Natl. Acad. Sci. USA 102(2005) 9726-9729
44. Svrakic D, McCallum K: Antisocial Behavior and Personality Disorders, Am J Psychother,1991; 45:181-197

Dragan M Svrakic MD PhD,
Medicinski fakultet u Vašingtonu
odsek za psihijatriju
Sent Luis, Misuri
VA Medicinski centar u Sent Luisu
Email: svrakicd@psychiatry.wustl.edu

SINDROM IZGARANJA KOD ZAPOSLENIH U SPECIJALNOJ BOLNICI ZA PSIHJATRIJSKE BOLESTI “DR LAZA LAZAREVIĆ”

Đorđe Ćurčić
Maja Ćurčić

UDK: 616.89-008.48:614.253

Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti
“Dr Laza Lazarević”, Beograd

Kratak sadržaj

Uvod. U poslednjih dvadesetak godina zajedno sa industrijskim razvojem, savremenim načinom rada i funkcionalisanja, pojavio se društveni i profesionalni problem opisan kao sindrom izgaranja na poslu. Mnoga profesionalna medicinska udruženja u SAD i Zapadnoj Evropi razvila su svoje preventivne i terapijske mere za sprečavanje posledica ovog sindroma.

Cilj rada je bio da se utvrdi stepen rasprostranjenosti sindroma izgaranja među zaposlenima u psihijatrijskoj bolnici, koji predstavljaju jednu od najugroženijih grupacija kada je ovaj sindrom u pitanju i da se proveri povezanost ovog fenomena sa polom, vrstom zanimanja, starošću i dužinom rada.

Metod rada. Uzorak je činilo 90 zaposlenih u Specijalnoj bolnici za psihijatrijske bolesti „Dr Laza Lazarević“ u Beogradu. Podaci su prikupljeni pomoću dva upitnika: Skale za samoprocenu nivoa stresa i Upitnika profesionalnog izgaranja (MBI). Dobijeni podaci predstavljeni su kroz frekvencije, procente, aritmetičke sredine, te kroz poređenje statističkih značajnosti razlika AS.

Rezultati. Rezultati ukazuju da iako naši ispitanici generalno negiraju prisustvo stresa (53.33%), kod većine postoji izraženo prisustvo sindroma izgaranja. Statistički značajne razlike nađene su u odnosu na godine starosti i u odnosu na dužinu radnog staža na psihijatriji i to kako u pogledu samoprocene nivoa stresa, tako i na dvema subskalama MBI: Emocionalna iscrpljenost i Ispunjeno potrebljivanje. U pogledu pola i zanimanja kojim se bave, među ispitanicima nisu nađene statistički značajne razlike.

Zaključak. Prema dobijenim podacima najugroženije kategorije zaposlenih su između 31 i 50 godine života, odnosno grupacije koje su na psihijatriji provele između 10 i 30 godina. Pik je oko 40 godine života i 20 godina radnog staža.

Ključne reči. Sindrom izgaranja; stres; MBI; medicinsko osoblje; psihijatrija

UVOD

U poslednjih dvadesetak godina, uporedno sa industrijskim razvojem i savremenim načinom rada i funkcionalisanja, pojavio se društveni i profesionalni problem opisan kao *sindrom izgaranja na poslu*. Kompjuteri, mobilni telefoni i internet svakako su ubrzali komunikaciju, informacije su lako dostupne, poslovi se mogu obavljati znatno brže. Istovremeno, očekivanja su postala enormno velika, tržišna borba za efikasnošću i profitom strašno napeta. Sve ovo stvilo je pred pojedinca niz stresnih faktora sa kojima često nije sposoban da se izbori. Sindrom izgaranja na poslu javio se mnogo ranije, pre svega u takozvanim pomažućim profesijama u koje, ispred svih spada medicinska struka. Međutim, ovom sindromu nije se pridavalo dovoljno pažnje, sve dok nije dosegao globalne razmere. Tek tada počela su intenzivna istraživanja o uzroцима, simptomima, lečenju i posledicama izgaranja.

Sindrom izgaranja je stanje psihičke, fizičke ili psihofizičke iscrpljenosti prouzrokovane preteranim i prolongiranim stresom [1]. On se manifestuje kroz tri osnovne faze, odnosno stadijuma sagorevanja. U **početnoj fazi** javljaju se česti fizički (organski znaci) izgaranja: srčane aritmije, hipertenzija, akutni gastrointestinalni problemi, dijabetes. Od psihičkih smetnji u ovom stadijumu karakteristični su poremećaji pažnje, zaboravnost, nesanica, anksioznost. Ovo su dosta nespecifični simptomi, te ih većina ne uzima za ozbiljno, ili ih ne povezuje direktno sa poslom. Ipak, bilo koja dva od navedenih simptoma dovoljan su znak da je osoba ušla u prvu fazu stresa. Ovo je, praktično, faza u kojoj organizam apeluje da nešto nije u redu, traži pomoć. Ako osoba nastavi da radi i funkcioniše u neizmenjenim uslovima, koji su i doveli do izgar-

nja, ulazi u **drugu fazu** za koju je karakteristično nastojanje organizma da sačuva energiju, a u cilju kompenzacije stresa. Ovo se manifestuje kroz preterano kašnjenje na posao, odlaganje poslova, produžavanje pauza, stalni umor, ogorčenost. Javljuju se problemi i u drugim oblastima življena: gubitak seksualne želje, izolacija od prijatelja i porodice, kao i preteranost u pušenju, opijanju, uzimanju lekova ili psihootaktivnih supstanci. Pojava dva od navedenih simptoma ukazuje na postojanje druge faze izgaranja. U ovoj fazi mnogi primećuju promene u ponašanju pogodene osobe, ali retko se utiče na sam uzrok pojave izgaranja. U **trećoj fazi** dolazi do pojave hroničnog poremećaja raspoloženja, što može dovesti do teške depresije. Javljuju se pad imuniteta sa učestalim razboljevanjem, hronične digestivne tegobe, migrena, potpuno povlačenje od porodice i prijatelja, suicidalne ideje. Simptomi navedeni u ovom trećem stadijumu, jasan su pokazatelj da sindrom izgaranja moramo jako ozbiljno shvatiti, jer njegove posledice mogu biti katastrofalne [2]. U Japanu je npr. tokom 2007. godine čak 176 osoba izvršilo suicid, a 147 iznenada umrlo, samo zbog posledica stresa i preopterećenosti na poslu. Izdvojen je i poseban *Karoshi sindrom* (smrt usled preopterećenosti poslom) [3].

Postavlja se pitanje ko je i zbog čega najugroženiji kada je u pitanju sindrom izgaranja. Sindrom se značajno češće javlja u radnim sredinama gde se pojedinci susreću sa problemom nesigurnosti za svoje radno mesto, neadekvatnom finansijskom nadoknadom za posao koji vrše, neadekvatnim uslovima rada bez dovoljnog odmora, kod osoba koje rade na poslovima gde su zadataci bez kraja i vidljivog rezultata (npr. zdravstveni radnici koji rade sa neizlečivim pacijentima). Loša organizacija rada i psihosocijalna klima značajno doprinose javljanju

sindroma izgaranja. Ovde se misli na prekomernu i neujednačenu opterećenost, nedostatak supervizije, prekratke rokove izvršenja zadataka, pomanjkanje dnevnih i godišnjih odmora, rivalitet, sputavanje kreativnosti. Svakako, jedan od značajnijih spoljašnjih uzroka je mobing koji je sve prisutniji i često za posledicu ima „burnout“ sindrom. Ipak, niko nije imun na izgaranje na poslu, svaka osoba u svakoj profesiji kandidat je za izgaranje.

Dokazano je da, ipak, glavni uzrok leži u psihološkim osobinama pojedinca. Najpodložnije ovom sindromu su osobe koje mnogo jače nego što je uobičajeno doživljavaju frustracije u situacijama kada nisu adekvatno nagrađene za svoj rad, ili ne dobijaju nikakvo priznanje za svoje zalaganje. Nesvesnost pojedinca o frustracijama koje ga okružuju na radnom mestu i vlastitoj preopterećenosti rezultira neprimetnom pojavom sindroma sagorevanja.

Mnogobrojnim analizama i istraživanjima, radna mesta u zdravstvu pokazala su se

kao najugroženija. Naime, u medicinskoj profesiji postoje specifičnosti koje značajno povećavaju rizik od razvijanja sindroma izgaranja na poslu. To su pre svega previsoko postavljeni zahtevi brige o pacijentu, manjak slobodnog vremena za predah na poslu, preteran direktni kontakt sa pacijentima i bolestima, slaba društvena podrška profesiji, stalna susretanja sa situacijama koje mogu dovesti do nečije smrti, čest prekovremeni rad, ometanje porodičnog života, često nemogući zahtevi hroničnih pacijenata, itd.

S' obzirom na dramatičan uticaj fenomena izgaranja na kvalitet rada, te činjenicu da profesionalci koji se bave pomagačkim profesijama spadaju među najčešće "žrtve" ovog sindroma, osnovni cilj je bio da ispitamo stepen rasprostranjenosti ovog sindroma kod zaposlenih u psihijatriji. Osim toga ispitivana je veza između pojedinih demografskih varijabli (pol, godine stariji, zanimanje, dužina radnog staža, sa naglaskom na dužini rada na psihijatriji) i

*Tabela 1. Struktura uzorka ispitanika
Table 1. Structure of sample*

<i>Demografska varijabla Demographic Variable</i>	<i>Kategorije Categories</i>	<i>Broj (N) Frequencies</i>	<i>Procenti Percentage</i>
Pol / Gender	Muški / Male	11	13%
	Ženski / Female	79	87%
Godine / Age	20-30	13	15%
	31-40	39	43%
	41-50	29	32%
	51-65	9	10%
Zanimanje / Profession	Lekari / Physicians	15	17%
	Medicinske sestre / Nurses	68	75%
	Zdravstveni saradnici / Medical Assistants	7	8%
Staž u psihijatriji / years of employment in psychiatry	0-10	40	44%
	11-20	37	41%
	21-30	11	13%
	31-35	2	2%

stepena izraženosti sindroma izgaranja, kao i komparacija subjektivnog doživljaja izloženosti stresu i realne zahvaćenosti zaposlenih ovim sindromom

METOD RADA

Istraživanjem je obuhvaćen uzorak od 90 ispitanika, zaposlenih u Specijalnoj psihijatrijskoj bolnici "Dr Laza Lazarević", sektor Padinska Skela. Istraživanje je obavljeno u periodu od 02. do 30. aprila 2009. godine. Struktura uzorka ispitanika data je u Tabeli 1.

U ovom istraživanju korišćena su dva instrumenta: Skala za samoprocenu nivoa stresa (Girdin, Everly & Dusek; 1996) i Upitnik profesionalnog izgaranja (Maslach Burnout Inventory, MBI- Maslach & Jackson).

Skala za samoprocenu nivoa stresa sastoji se iz deset pitanja, kojima su obuhvaćena četiri osnovna faktora preopterećenosti (hronični nedostatak vremena, pre-

terana odgovornost, nedostatak podrške i preterano očekivanje od samog sebe i svoje okoline). Odgovori su ponuđeni u formi Likertove skale od četiri stepena (gde je 1- skoro uvek, a 4-skoro nikad). Odgovori se skoruju i sabiraju, a skor iznad 25 ukazuje na prisustvo subjektivnog osećaja preopterećenosti poslom [5].

Upitnik profesionalnog izgaranja sastoji se iz 22 tvrdnje koje opisuju osećanja osobe u vezi njenog radno mesta, a procenjuje tri komponente profesionalnog izgaranja: emocionalnu iscrpljenost (obuhvata 9 tvrdnji, koje se odnose na osećaj emocionalne preopterećenosti i iscrpljenosti poslom), depersonalizaciju (obuhvata 5 tvrdnji, kojima se registruje „bezličan odnos“, otuđenje, gubitak empatije u odnosu na pacijente i negativne stavove prema njima usled mentalnog distanciranja i gubitka idealizma u profesionalnom radu) i ispunjenost poslom (obuhvata 8 tvrdnji, koje se odnose na percepciju sopstvene profesionalne efikasnosti). Ovde su

Tabela 2. Rezultati upitnika za samoprocenu stresa
Table 2. Scores on Questionnaire for self-evaluation of the stress

Ispitanici / Subjects	Bodovi / Scores	
	25	<25
N	43	47
%	46,67	53,33

Tabela 3. Aritmetičke sredine prema polu ispitanika
Table 3. Means according to gender

Skala / Scale	Pol / Gender	
	Muški / Male	Ženski / Female
Samoprocena stresa	23,00	23,58
Emocionalna iscrpljenost / Emotional exhaustion	23,11	18,95
Depersonalizacija / Depersonalization	8,22	7,60
Ispunjeno poslom / Personal accomplishment	37,00	35,10

odgovori dati u formi Likertove skale od sedam stepeni (gde je 0- nikad, a 6- svaki dan). Skor na svakoj skali može biti kategorisan u kontekstu niskog, prosečnog ili visokog nivoa sagorevanja. Visoki skorovi na subskalama Emocionalna iscrpljenost i Depersonalizacija, te nizak skor na subskali Ispunjeno poslom indikuju visok stepen profesionalnog izgaranja [6,7,8].

Statistička analiza je rađena u programskom paketu SPSS za Windows. Kvantitativni podaci predstavljeni su kako u apsolutnim brojevima (frekvencama), tako i u procentima. Od mera centralne tendencije, kojima su predstavljeni prosečni skorovi na pojedinačnim skala ma i subskalama, korišćena je aritmetička sredina. Značajnost razlika između aritmetičkih sredina ispitana je pomoću t-testa za nezavisne uzorke.

REZULTATI

Analizom rezultata dobijenih *Upitnikom za samoprocenu nivoa stresa* došli smo do podataka da 43 ispitanika (46,67%) opaža visok nivo stresa na poslu, a čak 53,33 % negira izloženost streisu. Ovi podaci predstavljeni su u Tabeli 2.

Ostale analize (povezanost pojedinih demografskih varijabli i samoprocene nivoa stresa), biće prikazane u narednim tabelama, zajedno sa podacima dobijenim na MBI.

Gledano u odnosu na celokupan uzorak, na subskali Emocionalna iscrpljenost aritmetička sredina je $19,56 \pm 12,97$, na subskali Depersonalizacija $7,67 \pm 4,57$, dok je skor na subskali Ispunjeno poslom iznosio $35,29 \pm 8,21$.

Na subskali Emocionalne iscrpljenosti 68% ispitanika imalo je srednji ili visok nivo emocionalne iscrpljenosti. Elemente depersonalizacije pokazuju gotovo polovinu zaposlenih u našoj ustanovi (12% visok, a srednji nivo 33%). Visok nivo ispunjenosti poslom prikazalo je 51% ispitanika, 39% srednji, a nizak stepen ispunjenosti 9%.

Analizom ovih podataka dobijenih na subskalama MBI testa, saznali smo da čak 51% zaposlenih u našoj bolnici pokazuje izražene simptome sindroma izgaranja (zahvaćenost sindromom izgaranja određuje se na osnovu vrednosti dobijenih na prve dve subskale).

Ispitujući povezanost odabranih demografskih varijabli i stepena izraženosti sindroma izgaranja došli smo do sledećih

Tabela 4. Aritmetičke sredine prema zanimanju ispitanika
Table 4. Means according to profession

Skala / Scale	Zanimanje/ Profession		
	Lekari / Physicians	Medicinske sestre / Nurses	Zdravstveni saradnici /
Samoprocena stresa	26,46	22,45	26,57
Emocionalna iscrpljenost / Emotional exhaustion	23,95	17,55	25,14
Depersonalizacija / Depersonalization	9,00	7,34	7,86
Ispunjeno poslom / Personal accomplishment	36,77	34,82	36,29

rezultata. Raspodela aritmetičkih sredina po polu prikazana je u Tabeli 3. Statističkom analizom nije nađena značajna razlika u aritmetičkoj sredini po polu ni po jednoj subskali Maslach-inog testa, kao ni u pogledu samoprocene izloženosti stresu.

U odnosu na zanimanje, najveće razlike u aritmetičkim sredinama registrovane su na subskali emocionalne iscrpljenosti, pri čemu su medicinske sestre imale najniži skor mada nije nađena statistički značajna razlika. U odnosu na zanimanje nisu nađene ni statistički značajne razlike u pogledu samoprocene izloženosti stresu. Ovi rezultati predstavljeni su u Tabeli 4.

Iz Tabele 5. vidimo da najveći stepen emocionalne iscrpljenosti, kao i nezadovoljstva poslom postoje u starosnim grupama od 31-40 i 41-50 godina, a statistička analiza je potvrdila postojanje statistički značajne razlike u aritmetičkim sredinama između ove dve starosne grupe, u odnosu na grupu zaposlenih starosti od 20 do 30 godina ($p<0.01$). Statistički značajna razlika ($p<0.05$) nađena je i na *Upitniku za samoprocenu nivoa stresa* između grupe zaposlenih starosti do 30 godina i ostalih (starijih)

grupa ispitanika. Naime, najmlađi ispitanici negiraju značajnu izloženost streisu na poslu.

Vrlo slični rezultati dobijeni su i analizom aritmetičkih sredina skorova na subskalama MBI u odnosu na dužinu staža na psihijatriji (Tabela 6). Ovde su najviši skorovi postignuti u grupama zaposlenih koji u psihijatriji rade od 11-20 ili 21-30 godina. I ovde su dobijene statistički značajne na subskalama Emocionalne iscrpljenosti i Ispunjenoosti poslom između navedene dve grupe u odnosu na grupu zaposlenih koji u psihijatriji rade manje od 10 godina ($p<0.05$). Zanimljiv je podatak da osobe sa najdužim stažom na psihijatriji (31 godine više) na *Upitniku za samoprocenu nivoa stresa* imaju niže skorove u odnosu na ostale grupe zaposlenih, i ta razlika je statistički značajna ($p<0.05$).

DISKUSIJA

Analizom podataka dobijenih na subskalama MBI testa, saznali smo da čak 51% zaposlenih u bolnici pokazuje izražene simptome sindroma izgaranja. Ako se imaju u vidu podaci iz svetske literature, po kojima se procenat medicin-

Tabela 5. Aritmetičke sredine prema godinama starosti ispitanika
Table 5. Means according to age of subjects

Skala / Scale	Starost / Age			
	20-30	31-40	41-50	51-65
Samoprocena stresa	18,70	23,65	25,24	24,11
Emocionalna iscrpljenost / Emotional exhaustion	7,60	20,68	21,12	19,00
Depersonalizacija / Depersonalization	6,00	9,03	7,16	6,11
Ispunjenoost poslom / Personal accomplishment	39,00	34,81	33,80	37,00

skog osoblja zaposlenog na psihijatriji, kod kog je registrovan sindrom izgaranja, kreće u rasponu od 25-55% [9, 10], onda su podaci koje smo dobili ovim istraživanjem prilično zabrinjavajući. U našoj zemlji sprovedena istraživanja su takođe pokazala prisustvo ovog fenomena, s' tim da su zaposleni bili zahvaćeni sindromom u nešto manjem stepenu nego u našoj bolnici. Tako, na primer, prema istraživanju sprovedenom 2007. godine u Specijalnoj bolnici za neurološka i posttraumatska stanja Slankamen, odnosno u Domu zdravlja Indija, sindrom sagorevanja registrovan je kod 46,71% zdravstvenih radnika i to kod 44,73% u umerenom a kod 1,97% u izrazitom stepenu [11]. Kod zdravstvenih radnika zaposlenih u Institutu za neurologiju, psihijatriju i mentalno zdravlje u Novom Sadu sindrom sagorevanja prisutan je kod 27% zaposlenih, od toga kod 5% u izrazitom stepenu [12].

Naše istraživanje je pokazalo da nema statistički značajnih razlika u zahvaćenosti sindromom izgaranja, u odnosu na vrstu zanimanja, što ukazuje da su njime gotovo podjednako ugroženi svi zaposleni u psihijatrijskim ustanovama, bez obzira na stručnu spremu. Kada se

ima u vidu da ukupan broj specijalista (neuropsihiyatara i psihiatara) u Srbiji iznosi oko hiljadu, pri čemu više od trećine radi u velikim psihijatrijskim bolnicama ovakvog tipa, da je broj medicinskih sestara i tehničara u ovim ustanovama oko pet puta veći u odnosu na broj lekara, te kad se tome doda i znatan broj psihologa, socijalnih radnika, defektologa, jasno je da je veliki broj zaposlenih izložen ovakvim specifičnim stresogenim uslovima rada [13, 14, 15]. Kada se ovome doda da su istraživanja ukazala na prisustvo sindroma i u drugim specijalnostima medicinske struke [16], jasno je da se radi o široko rasprostranjenom fenomenu, koji značajno utiče na efikasnost i kvalitet rada zaposlenih u zdravstvu.

Dodatni problem koji uočavamo je očigledno prisustvo disproporcije u prepoznavanju stresora na poslu i stvarne zahvaćenosti sindromom izgaranja. Naiime, s jedne strane, utvrdili smo da čak 53% zaposlenih u Specijalnoj bolnici "Dr Laza Lazarević" u sektoru Padinska Skela ne opaža visok nivo stresa na poslu. S druge strane prepoznat je, kako smo već naveli, visok procenat osoblja sa izraženim simptomima Sindroma izgaranja. Ovi rezultati ukazuju na potre-

Tabela 6. Aritmetičke sredine prema dužini staža u psihijatriji
Table 6. Means according to years of employment in psychiatry

Skala / Scale	Staž u psihijatriji / Years of employment in psychiatry			
	0-10	11-20	21-30	31<
Samoprocena stresa	21,72	25,09	28,33	16,00
Emocionalna iscrpljenost / Emotional exhaustion	13,39	24,44	29,33	17,50
Depersonalizacija / Depersonalization	7,97	7,50	7,83	4,50
Ispunjeno poslom / Personal accomplishment	36,89	33,28	33,67	42,50

bu za dodatnom edukacijom medicinskog osoblja zaposlenog u psihijatrijskim bolnicama, jer da bi se suočili sa stresom na radnom mestu, moramo ga najpre prepoznati. S obzirom na već prikazane rezultate o nepostojanju statistički značajnih razlika u odnosu na vrstu zanimanja, neophodno je sprovesti edukaciju kod celokupnog medicinskog kadra zaposlenog na psihijatriji.

U celini gledano, kod zaposlenih u SBPB "Dr Laza Lazarević", prisutan je srednji nivo emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije, kao i umereno visok nivo ispunjenosti poslom. Podaci iz literature ukazuju da su emocionalna iscrpljenost i depersonalizacija direktna posledica bavljenja takozvanim "pomačkim zanimanjima" i na njihov razvoj pored unutrašnjih (pre svega struktura ličnosti), utiču i spoljašnji faktori (nedefinisana organizaciona struktura, nejasna pravila napredovanja, neodgovarajući uslovi rada, te narušeni interpersonalni odnosi) [11].

ZAKLJUČAK

Više od polovine (51%) zaposlenih u SBPB "Dr Laza Lazarević" pokazuje izražene simptome burnout-a. U odnosu na istu populaciju u svetu, ovaj procenat je jako visok.

Najveći stepen emocionalne iscrpljenosti, kao i nezadovoljstva poslom postoji u starosnim grupama od 31-40, i 41-50 godina, a statistička analiza je potvrdila postojanje statistički značajne razlike u aritmetičkim sredinama između ove dve starosne grupe u odnosu na grupu zaposlenih starosti od 20 do 30 godina. Pik je oko 40 godine života i 20 godina radnog staža. Nije nađena statistički značajna razlika u odnosu na pol i vrstu zanimanja.

U Specijalnoj bolnici "Dr Laza Lazarević" u sektoru Padinska Skela 53% zaposlenih ne percepira visok nivo stresa na poslu. Neophodna je stalna edukacija, zaposlenih u psihijatriji, koja bi bila usmerna kako na prepoznavanje i samoprepoznavanje simptoma, tako i na rešavanje ovog problema.

BURNOUT SYNDROM IN MEDICAL STAFF AT THE SPECIAL HOSPITAL FOR PSYCHIATRIC DISORDERS „DR LAZA LAZAREVIC“

Đorđe Ćurčić
Maja Ćurčić

Special Hospital for Psychiatric Disorders
„Dr Laza Lazarevic“, Belgrade

Summary

Introduction. In the last twenty years, side by side with industrial development and modern way of function, our society has been facing the a problem described as burnout syndrome. Many professional medical associations in the USA and Western Europe developed measures to prevent and reduce negative effects of this syndrome.

Objective. The purpose of this study was to investigate the degree of burnout syndrome experienced by medical staff in Psychiatric Hospital, because these are among the most exposed to risk of this syndrome. We also checked this phenomenon in relation to gender, profession, age, and years of employment.

Method. A sample group of 90 employees in The Special Hospital for Psychiatric Disorders „Dr Laza Lazarevic“ in Belgrade was tested. The data were collected in two ways: using Questionnaire for Self-evaluation of Stress Level and Maslach Burnout Inventory (MBI). These data are reported by frequencies, percentages, means, and differences between groups which were assessed using t-test for independent samples.

Results. In spite of general tendency of our participants to deny professional stress (53.33% of them), data analysis and statistical data indicated presence of significant level of burnout syndrome among them. Statistically significant differences were found related to age and years of employment in psychiatry, and both in relation to the Questionnaire for Self-evaluation of the Stress Level as well as to Emotional Exhaustion and Personal Accomplishment (subscales of MBI). There were no statistically significant differences found related to gender and profession.

Conclusion. According to this study, categories mostly threatened by burnout syndrome encompass employees between 31 and 50 years of age, and those working in psychiatry between 10 and 30 years. Peak is about 40 years of age and 20 years of employment in psychiatry.

Key words: *Burnout Syndrome; Stress; MBI; Medical staff; Psychiatry*

Literatura:

1. WHO. Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions. Geneva: WHO; 2005.
2. Cordes CL, Dougherty TW. A review and integration of research on job burnout. Academy of Management Review 1993; 18:621-56.
3. Wikipedia The Free Encyclopedia. [Pristupljeno 2009. Apr 22].
4. Gunderson L. Physician Burnout. Analyze of Internal medicine 1993; 89(2):62-67.
5. Hrvatsko društvo obiteljskih doktora. Mazzi B, Ferlin D. Sindrom sagorjelosti na poslu: naš profesionalni problem. [Pristupljeno 2009. Apr 25]
6. Jackson SE, Maslach C. After-effects of job-related stress: Families as victims. Journal of Occupational Behaviour 1982; 3:63-77.
7. Maslach C, Jackson SJ, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. Mountain View, California: CPP. 1996.
8. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory. (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
9. Ajduković D. Izvori profesionalnog stresa i sagorijevanja pomagača. U: Ajduković D, Ajduković M (ur.): Pomoći i samopomoći u skrbi za mentalno zdravlje pomagača. Zagreb: Društvo za psihološku pomoći 1996; p.29-37.
10. Jeleč D. Sindrom sagorijevanja na poslu socijalnih radnika u zdravstvu. Magistarski rad. Zagreb: Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada. 2006.
11. Čanković S, Pešić-Gilanji S. Stepen sagorevanja zdravstvenih radnika uzrokovani uslovima i organizacijom rada. Medicina danas 2007;6(7-8): p.503-06.
12. Pavlović D. Burnout among medical workers [thesis]. Novi Sad: Filozofski fakultet; 1977. P.12-15.
13. Lecic-Tosevski D, Christodoulou GN, Hermann H, et al. WPA Consensus Statement on Psychiatric Prevention. Dynamische Psychiatrie [Dynamic Psychiatry] 2003; 36; 5-6: 307-15.
14. Lecic-Tosevski D, Draganic-Gajic S. The Serbian Experience. In: Lopez-Ibor JJ, Maj M, Christodoulou GN, Sartorius N, Okasha A. (editors). Disasters and Mental Health. John Wiley & Sons; 2004. p.247-55.
15. Lečić-Toševski D. Zaštita mentalnog zdravlja u Srbiji – izazovi i rešenja. Psihijatrija danas, Suppl. 2005; 37/1,9-15
16. Lešić A, Petrović-Stefanović N, Peruničić I, Milenković P, Lečić-Toševski D, Bumbaširević M. Burnout in Belgrade orthopaedic surgeons and general practitioners, a preliminary report. ACI 2009; Vol. LVI: p.53-59

Đorđe Ćurčić
Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti
“Dr Laza Lazarević”
Višegradska 26,
11000 Beograd
064/221 33 94
e-mail: dzordzic@yahoo.com

Zahvalnica

Autori izražavaju zahvalnost dr Miri Petrović na pomoći i podršci tokom izrade rada

PSIHOSOCIJALNI KONTEKST OPIJANJA SREDNJOŠKOLACA

Dijana Plut
Marina Videnović
Jelena Pešić

UDK: 616.89-008.441.3:613.81

Kratak sadržaj

Uvod. Pijenje mlađih nema isti smisao kao pijenje starijih. Za mlade to je oblik osvajanja zrelosti i distinkтивna osobenost, u vršnjačkoj grupi visoko vrednovanog, životnog stila. Iz perspektive mlađih, problem imaju ne oni koji piju već oni koji ne piju.

Cilj rada. Ispitali smo: prvo, koliko često se srednjoškolci opijaju (prema samooceni i prema proceni vršnjaka iz odeljenja) i, drugo, sa kojim faktorima je povezana sklonost mlađih ka opijanju.

Metod rada. Zadata su dva upitnika. Ispitano je 1745 učenika uzrasta od drugog do četvrtog razreda iz svih tipova srednjih škola. Ispitivanjem je obuhvaćeno 25 škola iz 9 gradova Srbije ravnomerno regionalno raspoređenih.

Rezultati. Prema sopstvenom priznanju, više od dva puta se opilo 58% srednjoškolaca dok se prema procenama vršnjaka opija najmanje 42% učenika a možda i više. Mladići se opijaju više od devojaka, stariji više nego mlađi. Učenici koji se više opijaju imaju lošiji odnos sa roditeljima ($p \leq .00$), subotom provode manje vremena sa porodicom ($p \leq .02$), takođe, imaju više problema sa nastavnicima i sa učenjem ($p \leq .00$). Mladi iz ove grupe zadovoljniji su odnosom sa bliskim vršnjacima ($p \leq .01$) i među njima nalaze osobu na koju mogu da se osalone ($p \leq .00$). Opterenost ličnim problemima ne razlikuje se u ove dve grupe.

Zaključak. Broj mlađih koji se opijaju je zabrinjavajuće velik pogotovo kada se ima u vidu velika kulturna tolerancija prema piću. Naši podaci potvrđuju pretpostavku da pijenje ima važnu ulogu u socijalnom životu mlađih jer su mlađi koji piju čvršće vezani za vršnjačku grupu od onih koji ne piju. Sledstvено, njihovi odnosi sa svetom odraslih su redi i konfliktniji. Podaci ukazuju na to da je važno da odrasli ne ustuknu pred snažnim magnetizmom vršnjačke grupe jer je prisustvo odraslih u životima mlađih glavna zaštita mlađih od zabavnog ali veoma rizičnog nemira vršnjačke grupe.

Ključne reči: opijanje, srednjoškolci, faktori rizika

Institut za psihologiju, Filozofski fakultet,
Beograd, Srbija

UVOD

Ovaj rad se bavi opijanjem srednjoškolaca jer je to najčešći oblik njihovog rizičnog ponašanja [1, 2]. Za ovaj oblik rizičnog ponašanja u našoj kulturi postoji velika tolerancija: u kaficima se toči piće maloletnicima, u prodavnicama je dozvoljeno slobodno kupovanje alkohola, na sportskim manifestacijama se reklamiraju proizvođači piva (najčešće ih i sponzorišu), roditelji tolerišu opijanje na kućnim zabavama, nastavnici na ekskurzijama, u medijima se snažno promovišu "bratstva" zalivena pivom i sl.

Fenomen pijenja mlađih u novijoj literaturi se interpretira u svetu teorija koje objašnjavaju generalno proces formiranja socijalnog identiteta [3] i ulogu pijenja u konstituisanju specifičnog simboličkog kapitala mlađih koji je relevantan za njihov položaj u grupi vršnjaka [4]. Prema tim shvatanjima, socijalni identitet se gradi u odnosu na grupe koje su "izvan", važno je uspostaviti i održati granicu koja deli "nas" od "njih" zbog toga oni koji su "unutra" grade prepoznatljiv životni stil u okviru kojega neka ponašanja dobijaju posebnu simboličku vrednost, odnosno, postaju "simbolički kapital" grupe, neka vrsta "ulaznice" za grupu. Kada se u tom svetu analizira pijenje mlađih pokazuje se da se uz pijenje vezuje upravo takav, značajan i za "elitne grupe" vezan simbolički kapital. Članovi takvih grupa rano počinju da "šegrtuju" uz iskusnije vršnjake, prolaze težak i rizičan proces učenja kako se pije, postepeno izgrađuju kakavu takvu kontrolu nad pijenjem (uz mnoga posrtanja) i tako postaju nosioci važnog i, od odraslih zabranjenog, znanja o tajnama odraslosti i zrelosti. Nagrada za pijenje je velika i zanimljiva socijalna mreža, socijalna prihvaćenost i popularnost među vršnjacima [4, 5, 6, 7].

Istraživanja pokazuju da je najbitnija karakteristika životnog stila, po kojima se mlađi skloni rizičnom ponašanju razlikuju

od svojih vršnjaka, često provođenje vremena u aktivnostima sa vršnjacima koje se odigravaju bez nadzora odraslih: gluvaranje, zabavljanje, izlasci, pričanje telefonom, vožnja automobilima radi zabave [8]. S druge strane, zaštitini faktori tj. aktivnosti koje su povezane sa manjom učestalošću rizičnog ponašanja su provođenje vremena u porodicu, sa roditeljima [9] i učestvovanje u vannastavnim, strukturisanim aktivnostima [10]. Brojne studije takođe pokazuju da su veći nadzor roditelja ali i jača vezanost za roditelje prisutniji kod mlađih koji nisu skloni rizičnim ponašanjima [11].

Podaci koje ćemo prikazati u ovom radu prikupljeni su u istraživanju koje je 2007. godine (tokom oktobra i novembra) izveo tim Instituta za psihologiju iz Beograda. Projekat je podržan od Ministarstva omladine i sporta Republike Srbije i Ministarstva za nauku Republike Srbije a izведен je u okviru aktivnosti na projektu 149 018.

CILJEVI RADA

1. Prvo što smo želele da ustanovimo u istraživanju, koje je u ovom radu prikazano, jeste koliko se srednjoškolci opijaju. Sudeći prema literaturi, odgovor na ovo pitanje u priličnoj meri zavisi od načina na koji istraživači operacionalizuju konzumiranje alkohola. U ECC (European School Survey) studiji u koju je uključena većina evropskih zemalja, konzumiranje alkohola se meri brojem popijenih čašica [12]. U drugim istraživanjima uzimane su procene ispitanika o tome koliko puta se desilo da zaredom popiju više čašica pića [9], kada su prvi put probali alkohol, da li su pili alkohol dva dana zaredom [4]. Najčešće se u istraživanjima koriste upitnici, intervju i fokus grupe.

2. Naš drugi cilj je bio da ispitamo uticaj različitih faktora na opijanje mlađih: uticaj roditelja, vršnjaka, odnos prema školi, i vezu pijenja sa ličnim problemima učenika.

METOD

Za potrebe istraživanja konstruisana su dva upitnika. U prvom su se našla pitanja o navikama pijenja i stavovima mladih. Drugi upitnik nazvali smo "Budžet vremena", po moću njega smo rekonstruisali dva konkretna dana srednjoškolaca (pitali smo za radni dan koji je prethodio ispitivanju i za prethodnu subotu). Dobili smo obilje podataka o tome šta su deca radila, s kim i gde su bili.

Procenu o tome koliko se mlađi opijaju zasnovamo, [1] na procenama učenika o tome koliko vršnjaka iz njihovog odeljenja se opija i, [2] na odgovorima učenika na direktno postavljeno pitanje o tome koliko često se oni lično opijaju i kada su se prvi put napili [7]. Interesovalo nas je koliko će se procene zasnovane na ove dve vrste podataka slagati. Postojala je sumnja da učenici neće biti sasvim iskreni u odgovorima na direktno pitanje. Pored procene vezane za opijanje svojih vršnjaka, ispitanici su donosili sud i o učestalosti drugih oblika rizičnog ponašanja vršnjaka iz njihovog odeljenja.

UZORAK

U ovom delu istraživanja učestvovalo je 2 419 učenika srednjih škola iz Srbije (1043 devojaka i 1371 mladića) rođenih od 1991 do 1995. godine. Ispitani su učenici iz 25 škola, iz 9 gradova ravnomerne regionalno raspoređenih, koji pohađaju gimnazije, četvorogodišnje i trogodišnje srednje stručne škole. Vodili smo računa da u svakoj školi ispitamo po jedno odeljenje svakog razreda, obuhvaćena su 93 odeljenja. U najvećem broju analiza neće biti prikazani podaci za I razred jer ispitivanje je izvršeno u oktobru 2007. što znači da se učenici prvog razreda nisu stigli dovoljno upoznati da bi mogli da odgovore na pitanja o rizičnim ponašanjima svojih vršnjaka. Uzorak bez prvog razreda iznosi 1745 učenika.

REZULTATI

1. Koliko srednjoškolci piju?

Koliko srednjoškolci piju prema procenama vršnjaka. Prva grupa podataka koje ćemo prikazati su procene vršnjaka iz odeljenja o tome koliko njihovih školskih drugova piye. Pitanje na koje su učenici odgovarali glasilo je: "Koliko učenika iz tvog odeljenja se opija? Stavi znak X u rubriku koja označava broj učenika iz tvog odeljenja koji se opijaju. Potrudi se da napraviš što bližnjiu procenu." Ponuđena je sledeća skala: niko, 1-2 učenika, 3-5 učenika, 6-10 učenika , više od 10 učenika.¹

Više od polovine ispitanih učenika (53%) odgovorilo je da se u njihovom odeljenju opija 10 i više učenika a 47% je odgovorilo da se opija 6-10 učenika. Grafikon 1 prikazuje distribuciju pojedinih tipova odgovora učenika. Samo 4% učenika misli da se niko iz njihovog odeljenja ne opija. U analizu nismo uključili odgovore učenika koji pohađaju prvi razred.

Skala koja je ponuđena u upitniku imala je 5 podeoka (od 1 "niko" do 5 "više od 10"). Aritmetička sredina za izbore učenika je 4.16. Ta vrednost pripada kategoriji "6 do 10 učenika". Međutim, kada se gledaju vrednosti moda i medijane, najčešće birani odgovor je 5 što odgovara proceni da se u njihovom odeljenju opija više od 10 vršnjaka. Imajući takvo opredeljenje učenika na umu mogli bismo napraviti sledeću grubu procenu: u svakom od 66 ispitanih odeljenja opija se najmanje 11 učenika (pošto su učenici rekli "više od 10"), prema tome ukupno se opija najmanje 726 učenika (od ukupnog broja od 1745). Iskazano u procentima,

¹ Skala koju smo ponudili bila je ista za razlike oblike rizičnog ponašanja mladih (pitali smo učenike i o drogi, psihičkim problemima i sl.). To je razlog zbog kojeg je skala osjetljivija na levom kraju, a grublja kada je u pitanju veliki broj učenika koji se rizično ponaša.

opija se prema najblažoj proceni 42% učenika, a vrlo je verovatno da je procenat i veći.

Analiza varijanse je pokazala da se statistički značajno razlikuju procene koje prave učenici različitih razreda ($F=34,79$, $p<.00$). Prosečna procena za učenike drugog razreda je 3.91, za treći razred je 4.18, a za četvrti razred je 4.47. Drugim rečima, što je učenik stariji, izveštava o više ugroženih vršnjaka. Ovde se vrlo verovatno radi o generacijskim a ne o kohortnim razlikama, drugim rečima, što su učenici stariji to više piju.

Samoocene srednjoškolaca o tome koliko piju. Direktno pitanje o opijanju glasilo je: "Da li si do sada iskusio/-la kako je to biti pijan-a?" Ponudene su sledeće alternative: (a) nemam takvo iskustvo; (b) jednom sam se opio/-la; (c) 2-3 puta sam se opio/-la; (d) više puta sam se opio/-la; (e) često mi se to desi.

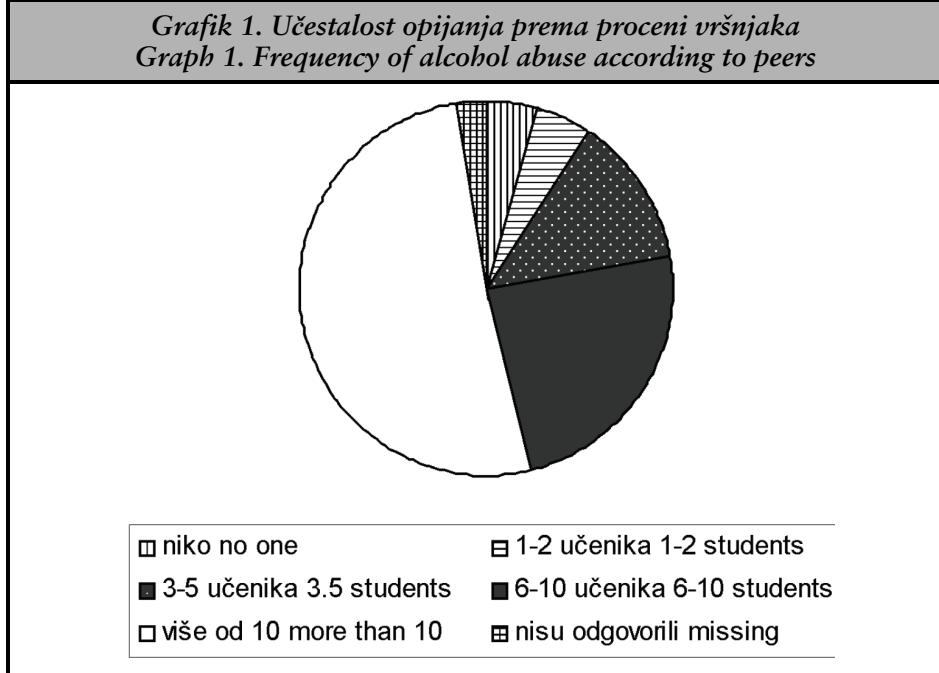
Samo 28% učenika (bez prvog razreda) se nikada nije opilo, a samo jednom se opilo 14%. Gotovo jedna petina učenika

(21%) je u kategoriji onih koji su se opili dva do tri puta. U kategoriji koja nas posebno brine je 37% učenika (25% -opili su se više puta, 12% -opijaju se često). Ove učenike ne smatramo alkoholičarima, ali možemo reći da su u riziku, pre svega psihološkom. Ukupno, 58% srednjoškolaca se napilo dva puta i više.

Mladići se opijaju više od devojaka ($t=9.24$, $df=1376$ i 5, $p<.00$). Zanimljivo je da devojke generalno strožije ocenjuju sve vrste rizičnih ponašanja svojih vršnjaka, pa i opijanje ($t=-2.87$; $df=1312$ i 3; $p<.00$).

Nema velike razlike između samoproce- ne o opijanju i procene vršnjaka o opijanju. Prema sopstvenoj proceni više puta i često se opija 37% učenika. Prema procenama vršnjaka, opija se najmanje 42% učenika. Mogli bismo zaključiti, prvo, da vršnjaci vide i neke od onih koji piju dva do tri puta (a koji i nas brinu), i drugo, da se učenici ne stide da priznaju koliko piju, što nas takođe brine jer potvrđuje naše sumnje da postoji i vršnjačka i kulturna tolerancija prema pijenju.

Grafik 1. Učestalost opijanja prema proceni vršnjaka
Graph 1. Frequency of alcohol abuse according to peers



Prvo opijanje desilo se kod najvećeg broja učenika (51%) između 14. i 16. godine. Sličan podatak dobijen je u ESPAD studiji koju je sproveo Institut "Batut" [12]. U odgovoru na ovo pitanje 34% učenika je izabralo odgovor "nisam se nikada napio-la". Nažalost, to je još jedna potvrda da je mnogo više onih (65%) koji su već iskusili kako je to biti pijan.

Razlike između odeljenja. Posebnost našeg pristupa problemu opijanja jeste to što nas interesuje i odeljenje kao jedinica analize. U odeljenju se uspostavljaju grupne norme koje značajno utiču na ponašanje svih učenika. Interesovalo nas je možemo li izdvojiti neka odeljenja kao više rizična od ostalih?

Da bismo odgovorile na to pitanje izdvojile smo tri grupe odeljenja: (1) odeljenja u kojima više od 70% učenika smatra da više od 10 njihovih vršnjaka ima problema s opijanjem, (2) odeljenja u kojima je više od 70% učenika dva ili više puta doživelo stanje pijanstva i (3) odeljenja u kojima su prisutna oba prethodna kriterijuma. Prema procenama vršnjaka izdvojeno je 8 rizičnih odeljenja, prema samoprocenama 6 odeljenja a prema kombinaciji oba kriterijuma izdvojeno je dodatnih 10 odeljenja. Ukupno, unutar 66 odeljenja iz uzorka izdvojili smo 24 rizična odeljenja. Nema značajnih razlika u broju rizičnih odeljenja po uzrastima a zanimljivo je i to da su rizična odeljenja podjednako raspoređena u svim tipovima škola.

Razlike između rizičnih i ostalih odeljenja nisu velike, ali jesu u pravcu koji bismo mogli očekivati. U tabeli 1 prikazali smo uporedne rezultate za ove dve grupe odeljenja.

U rizičnim odeljenjima je 68% onih koji su se opili dva puta ili više što je za 10% više nego u ostalim odeljenjima. Takođe, između rizičnih i ostalih odeljenja postoji očekivana razlika u broju učenika koji se nikad nisu opili (20% prema 28%) što ukazuje na uticaj grupe na rizično ponašanje pojedinaca. Ipak, razlike između dve grupe odeljenja nisu toliko velike da bismo mogli govoriti o rizičnim i bezbednim odeljenjima jer podaci, generalno, ukazuju na to da se mnogo piće u svim odeljenjima.

Mračna slika sveta onih koji piju. Pored procena o opijanju vršnjaka, naši ispitanici su procenjivali i druge oblike rizičnih ponašanja svojih školskih drugova. Podaci ukazuju na to da srednjoškolci skloni piću procenjuju da se veći broj njihovih vršnjaka rizično ponaša (na različite načine). Razlike u procenama su statistički značajne na nivou $p \leq .01$ za procene broja pušača, seksualnog ponašanja, uzimanja ekstazija i težih droga, rizične vožnje, samopovređivanja, krađa, tuča i članstva u nasilnim grupama. Posebno velike razlike ispoljavaju se u proceni broja onih koji uzimaju marihuanu ($t = -11,045$; $df = 1707$, $p \leq .00$) i u procenama koliko vršnjaka piće ($t = -8,94$; $df = 1705$, $p \leq .00$). Ovaj nalaz mogao bi se tumačiti na različite načine, na primer, kao projektova-

Tabela 1- Procenat opijanja: rizična i ostala odeljenja
Table 1 – Percentage of alcohol abuse: risky classes and other

	Nikad Never	Jednom Once	Dva-tri puta Two or three times	Više puta Several times	Često Often
Rizična odeljenja Risky classes	20	11	23	29	16
Ostala odeljenja Other classes	28	14	21	25	12

nje na druge sopstvenih problema, kao pri-druživanje vršnjacima koji imaju slične rizične sklonosti ali i kao stvarno bolje poznavanje prilika.

2. Analiza činilaca koji su povezani sa opijanjem srednjoškolaca

U nastavku teksta prikazaćemo neke od parametara prema kojima se učenici skloni opijanju razlikuju od onih koji manje piju. Statistička procedura koju smo koristili je jednofaktorska analiza varijanse (ANOVA).

Odnos sa roditeljima. Grupa učenika koji se ne opijaju se statistički značajno razlikuje od rizične grupe prema broju sati koje provode sa roditeljima. Zanimljivo je da su razlike značajne samo za vreme koje su proveli sa roditeljima u subotu ($df = 1$ i 917; $F = 9,55$; $p \leq .02$), dok za radni dan razlika nije statistički značajna.

Broj sati koje roditelji (pojedinačno i zajedno) provode na poslu ne odvaja statistički značajno grupu onih koji piju od onih koji ne piju.

I kvalitet odnosa sa roditeljima odvaja mlade koji piju od onih koji ne piju. Mladi koji piju češće procenjuju da su nesuglasice i svađe sa roditeljima za njih veći ili veliki problem ($df = 1$ i 2378; $F = 17,25$; $p \leq .00$); manje su, generalno, zadovoljni kvalitetom odnosa sa roditeljima ($df = 1$ i 2385; $F = 48,39$; $p \leq .00$); u manjoj meri u porodici nalaze osnovni oslonac, tj. osobu od poverenja a u većoj meri se oslanjaju na vrđnjačku podršku ($x_c = 39,25$, $df = 4$, $p \leq .00$).

Jedan od indikatora stepena kontrole koju su roditelji uspeli da uspostave u životu svoje dece je vreme odlaska dece na počinak. Ova varijabla zaista razlikuje mlade koji piju od onih koji ne piju, ali razlika je značajna samo za subotu. Mladi koji piju legli su u 2h i kasnije, a oni koji ne piju legli su otprilike oko 1h ($F = 2,11$; $t = -8,31$; $df = 1286$; $p \leq .00$).

Odnos sa vršnjacima. Varijabla koja značajno odvaja one koji piju od onih koji

ne piju je broj sati provedenih sa vršnjaci-ma tokom vikenda ($F = 12,56$; $df = 1$ i 917; $p \leq .00$). Broj sati sa vršnjacima to-kom radnog dana ne razlikuje značajno ove dve grupe. U skladu sa ovim nalazom je i podatak da se mladi koji piju u većoj meri žale na nedostatak novca za izliske ($F = 1,63$; $df = 2372,38$; $p \leq .00$) i malo za-nimljivih mesta za izliske ($F = 14,94$; $df = 2362,17$; $p \leq .01$).

Sledeća varijabla koja značajno razli-kuje grupe je zadovoljstvo kvalitetom od-nosa sa prijateljima. Mladi koji piju su za-dovoljniji odnosom koji imaju sa bliskim vršnjacima ($F = 16,91$; $df = 2376$; $p \leq .01$).

Na osnovu podataka iz literature [1, 5, 12, 13, 14, 17] pretpostavili smo da bi i ne-ke druge varijable mogle razlikovati mlađe koji piju od onih koji ne piju. Prikazaćemo rezultate do kojih smo došli u ovom istraži-vanju.

Dve grupe se ne razlikuju prema tome koliko su mladi zadovoljni odnosom sa vršnjacima generalno (ali, videli smo da ima razlike u odnosima sa bliskim vršnjacima). Dakle, kada vršnjaci nisu jako bitni, stepen zadovoljstva odnosima je podjednak u obe grupe, ali kada su vršnjaci bitni, odnosom su zadovoljniji oni koji piju.

Nema razlika između grupa u proceni koliko je za njih lično problem pritisak od strane vršnjaka da se ponašaju na određeni način (14% mlađih iz uzorka takav pritisak oseća kao svoj lični problem).

Očekivali smo da će mladi koji ne piju češće davati odgovor da se osećaju "drugačijima" i da se razlikuju od ostalih vršnjaka po pogledu na svet. Pokazalo se da u obe grupe ima podjednako onih koji se tako osećaju (36% mlađih iz uzorka se osećaju "drugačijima" od svojih vršnjaka).

Lični problemi učenika. Lični problemi kao što su usamljenost, potištenost i razne vrste ljubavnih nevolja, muče podjednako mlađe iz obe grupe: usamljenost je problem za 22% mlađih, potištenost i nezadovolj-

stvo sobom takođe za 22% a ljubavni problemi muče 28% mlađih.

Ni dosada se nije pokazala kao bitna varijabla za razlikovanje dve grupe ali zanimljiv je nalaz da se veliki broj mlađih žali na dosadu (35% smatra da im je dosada veći ili veliki lični problem).

Problemi sa školom. Mladi koji piju imaju lošiji školski uspeh od onih koji manje od njih piju ($AS = 3,89$ prema $4,34$; $F = 2,91$; $df = 2390$ i 2366 ; $p \leq .00$), više problema sa nastavnicima ($F = 92,64$; $df = 2377$ i 2349 ; $p \leq .00$) i, generalno, sa školom i učenjem ($F = 19,68$; $df = 2371$ i 2362 ; $p \leq .00$).

Način provođenja slobodnog vremena. Zahvaljujući podacima iz "budžeta vremena", stekli smo uvid u to koliko vremena učenici provode u različitim aktivnostima tokom radnog dana i subote. Posmatrali smo učestalost 27 aktivnosti. Tokom radnog dana grupe mlađih razlikuju se u vremenu provedenom u sledećim aktivnostima: mlađi koji se ne opijaju više vremena provode u učenju ($t = 7,420$, $df = 911$, 924 , $p \leq .00$), dok mlađi koji imaju problem sa pićem više vremena provode u dremanju ($t = -3,255$, $df = 843$, 476 , $p \leq .00$), izlascima ($t = -5,348$, $df = 779$, 332 , $p \leq .00$) i bavljenju sportom ($t = -2,805$, $df = 820$, 405 , $p \leq .00$).

Razlike su vidljive i u načinu na koji dve grupe provode subotu: oni koji manje piju subotom više vremena provode u učenju ($t = 6,523$, $df = 878,305$, $p \leq .00$), gledanju TV-a ($t = 3,979$, $df = 916$, 965 , $p \leq .00$) i u obavljanju raznih kućnih obaveza ($t = 3,688$, $df = 899$, 711 ; $p \leq .00$) dok oni koji piju više izlaze ($t = -6,096$, $df = 868,925$, $p \leq .00$). Ispostavlja se da je bitna razlika između dve grupe u tome da li se aktivnosti odvijaju u kući ili van kuće, kao i da li su aktivnosti na neki način strukturirane ili su slobodno uživanje.

ZAKLJUČCI I DISKUSIJA

Ovo istraživanje započele smo da bismo odgovorile na nekoliko pitanja: prvo, koliko se naši srednjoškolci opijaju; drugo, sa čim je iz njihovih života povezana ta loša navika i, treće, da li se iz tih veza može našluti uloga koju pijenje ima u socijalnom životu mlađih. Najoptimističnija (minimalna) procena o 42% onih koji piju morala je biti revidirana već u svetu izjava samih učenika o učestalosti njihovog opijanja jer je 57% izjavilo da su se opili dva puta i/ili češće. Nažalost, govorimo o opijanju a ne o pijenju i zato treba imati na umu da je broj onih koji piju (ali se ne opijaju) mnogo veći.

Nalaz da su neka odeljenja ugroženija od drugih (izdvojena su 24 rizična odeljenja prema učestalosti opijanja) ukazuje na značaj eksplisitnih i implicitnih grupnih normi za ispoljavanje nasilnog ponašanja učenika. Slični nalazi dobijeni su i u istraživanju nasilnog ponašanja dece [15, 16].

Podatak, koji je iznesen i u drugim istraživanjima [9, 4, 7] ukazuje na to da je uticaj vršnjaka već sam po sebi rizik faktor. Što više vremena mlađa osoba provodi sa vršnjacima (bez nadzora odraslih, makar i veoma diskretnog) to je veći rizik da se upusti u neki oblik rizičnog ponašanja. Naši podaci pokazuju da mlađi koji više piju provode više vremena sa vršnjacima od onih koji manje piju (sledstveno tome, manje su sa roditeljima i drugim odraslima - rođacima i nastavnicima).

Iz podatka da su mlađi koji piju zadowoljniji odnosom sa vršnjacima od onih koji ne piju mogli bismo zaključiti da alkohol ima ulogu u povezivanju sa drugima, možda zato što smanjuje anksioznost i tako olakšava uzajamno otvaranje prema drugima iz grupe, ispunjava uzbudljivim (ali, nažalost, rizičnim) sadržajima susretanja mlađih, i pruža materijal za kasnije narative koji se prepričavaju kao deo grupne supkulture. Vrlo je verovatno da su izlasci "trezveznjaka" manje uzbudljivi, što znači da oni

moraju uložiti više napora da nađu sadržaje koji ih integrišu kao grupu. Ukoliko izlaze sa onima koji piju, ne dele s njima "zabavnu" ludost i zato se ne "predaju" u istoj meri grupnom identitetu. Posebno je zanimljivo to da su "trezvenjaci" manje zadovoljni odnosom sa drugovima koji su im najblizi.

Broj sati koje roditelji provedu na poslu nije povezan sa sklonosću njihove dece ka pijenju što, verovatno, znači da roditelji mogu da nadoknade izgubljeno vreme u nekim drugim prilikama (izgleda da je vikend dobra prilika za to) i da na taj način naprave neku vrstu zaštitne mreže oko svoje dece. Dakle, odsutnost roditeljskog uticaja vikendom (ali ne i radnim danom) se pokazala kao bitan prediktor za sklonost njihove dece ka opijanju. Ma koliko da je vršnjačko društvo važno deci, roditelj mora ostati prisutan u njihovim životima. Podaci pokazuju da bolne usamljenosti mladih i lični problemi koji ih muče ne povećavaju njihovu sklonost ka pijenju.

Mladi koji piju, pored toga što se više druže, vide više od drugih i tamnu stranu sveta, odnosno svesniji su problema koje imaju drugi vršnjaci. U tekstu smo dale nekoliko mogućih objašnjenja za ovaj nalaz, a ovde bismo ponovile da su deca "na ulici" zaista svedoci mnogih scena u kojima su njihovi vršnjaci prešli granice dozvoljenog, na osnovu takvih iskustava oni grade svoju mračniju sliku sveta.

U gotovo svim istraživanjima potvrđen je nalaz da se mladići više opijaju od devjaka [12, 6, 2]. Mogli bismo reći da postoji čak i izvestan kulturni pritisak na njih da demonstriraju izdržljivosti u pijenju.

Lični problemi (usamljenost, potištene-
nost, nezadovoljstvo sobom i ljubavni
problem) nisu se pokazali bitnim za razlikovanje mladih prema sklonosti opijanju. Mogli bismo zaključiti da mladi ne piju da bi "uto-
pili tugu", već piju da bi se uklopili.

Podatak da mladi koji piju imaju slabiji školski uspeh, više problema u školi, poseb-

no sa nastavnicima, upućuje nas na staru mudrost dobrih vaspitača da decu treba angažovati različitim aktivnostima, držati ih zauzetima. Razuman ritam rada i odmora i realno projektovane obaveze daju strukturu životu mlađih, stabilizuju njihove nemire, daju oslonce koji na konstruktivan način upravljuju njihovim životima. Kada roditelji i škola uspeju da izgrade tu vrstu odgovornosti, istovremeno ostvaruju i jedan od najvažnijih preventivnih zadataka u vezi sa rizičnim ponašanjem. Ovo je, po našem mišljenju, najsnažniji oblik preventivnog delovanja i gotovo je u potpunosti odgovornost odraslih.

U uvodnom delu rada smo iznele da se pijenje mlađih u novijoj literaturi ne interpretira kao oblik individualne patologije već se, slobodno bismo mogli reći, smatra oblikom adaptivnog ponašanja adsolescenata. Adolescentima je "od životne važnosti" da budu prihvaćeni, umreženi, prepoznati od vršnjaka kao važni. Rano i dosledno iskoracivanje u sferu rizičnog je ponašanje koje je prepoznato kao distinkтивna karakteristika jednog posebnog životnog stila, kod tinejdžera visoko cenjenog. Iskustvo pijenja i opijanja postaje, kako kaže Bourdieu, "simbolički kapital" koji svojim nosiocima otvara vrata privilegovanih grupa među mladima, vidljiv je kao posebna, prepoznatljiva od drugih, odlika njihovog životnog stila [4]. Oni koji piju, bolje su socijalno umreženi i prihvaćeni od onih koji ne piju. Iz perspektive mlađih, problem nemaju oni koji piju, već oni koji ne piju i koji su zbog toga socijalno marginalizovani. U istraživanju Nairnove i saradnika [7] je, na primer, pokazano da mladi koji ne piju moraju da primene čitav niz strategija prikrivanja svoje apstinencije da ne bi bili prokazani i odbačeni. I naši podaci ukazuju nato da je pijenje oblik konformiranja važećim grupnim normama mlađih i da svaki pokušaj intervencije u vezi sa pijenjem treba da se zasniva na razumevanje ove njegove uloge.

PSYCHO-SOCIAL CONTEXT OF TEENAGE ALCOHOL ABUSE

Dijana Plut
Marina Videnović
Jelena Pešić

Institute of Psychology, Faculty
of Philosophy, Belgrade, Serbia

Summary

Introduction. Youth drinking has a different meaning than drinking at an older age. For youth, it is a form of conquering maturity and a trait of distinction, a lifestyle highly valued by peers. From the youth perspective, the problem is with those who do not drink, not those who do.

Objective. We surveyed first, the frequency of alcohol abuse among highschool students (self-assessment and classmate assessment), and second, factors related to the tendency for alcohol abuse in youth.

Method. Two questionnaires were developed for 1745 pupils in grades 10-12 of all types of secondary schools. The survey covered 25 schools from 9 evenly distributed Serbian cities.

Results. 58% of pupils declare they have been drunk more than twice, while peer assessments suggest at least 41% of pupils abuse alcohol - boys more than girls, older students more than younger ones. Students more prone to alcohol abuse have a worse relationship with parents ($p \leq .00$), spend less time with families on Saturdays ($p \leq .02$), and have more problems with teachers and studying ($p \leq .00$). They are satisfied with their relations with close peers ($p \leq .01$) and find reliable persons among them ($p \leq .00$). Experience of personal problems is the same in these two groups.

Conclusion. The number of young people abusing alcohol is disturbingly high, especially given the obvious culture of tolerance for drinking. Our data confirm the assumption that drinking plays an important role in youth social life, manifested in stronger bonds with peer groups. Consequently, their relations with the world of adults are less frequent and more confrontational. Data indicate the importance of adults not retreating before peer group magnetism, since adult presence in the lives of young people is key to their protection from the fun but highly risky unrest of the peer group.

Key words: *alcohol abuse, highschool students, risk factors*

Literatura:

1. Galanter M. (Ed.) Recent developments in alcoholism: alcohol problems in adolescents and young adults. NY: Kluwer Academic Plenum Publishers. 2005.
2. Jugović A. (Zlo)upotreba alkohola u omladinskoj populaciji Srbije. Socijalna misao 2005: 2-3: 67-92.
3. Tajfel H. Human groups and social categories. Cambridge: Cambridge University Press; 1981.
4. Jarvinen M, Gundelach P. Teenage Drinking, Symbolic Capital and Distinction Journal of Youth Studies 2007: 10 : 1: 55-71.
5. Grotevant HD. & Cooper RC. Individuality and connectedness in adolescent development. In: Personality Development in Adolescence: A cross national and life span perspective. Elisabeth E, Skoe AE (Eds.), London, New York. Routledge, 2005: 3-37.
6. Jeremy Northcote J. Nightclubbing and the Search for Identity: Making the Transition from Childhood to Adulthood in an Urban Milieu. Journal of Youth Studies 2006: 9: 1:1-16.
7. Nairn K, Higgins J, Thompson B, Anderson M, Fu N. It's just like the teenage stereotype, you go out and drink and stuff': Hearing from young people who don't drink. Journal of Youth Studies 2006: 9: 287-304.
8. Osgood DW, Anderson AL. Unstructured socializing and rates of delinquency. Criminology 2004: 42: 519–49.
9. Barnes GM, Welte JW, Dintcheff BA. Adolescents' Time Use: Effects on Substance Use, Delinquency and Sexual Activity. J Youth Adolescence 2007: 36: 697–710.
10. Fredricks JA, Eccles S. Developmental Benefits of Extracurricular Involvement: Do Peer Characteristics Mediate the Link Between Activities and Youth Outcomes? Journal of Youth and Adolescence 2005: 34: 6: 507–20.
11. Cota-Robles S, Gamble W. Parent-adolescent processes and reduced risk for delinquency: The effect of gender for Mexican American adolescents. Youth and Society 2006: 37: 4: 375-92.
12. Evropsko istraživanje o upotrebi alkohola i drugih droga među mladima u Srbiji. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije i Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“ 2009. <http://www.mos.gov.rs/upload/dl/OMLADINA/Istrazivanja/>
13. Miller KE, Melnick MJ, Barnes GM, Sabo D, Farrell MP Athletic Involvement and Adolescent Delinquency. Journal of Youth Adolescence 2007: 36: 711–23.
14. Rook KS. Promoting social bonding: Strategies for helping the lonely and socially isolated American Psychologist 1984: 39, 12: 1389-1407.
15. Plut D, Popadić D. Reagovanje dece i odraslih na školsko nasilje. Zbornik Instituta za pedagoška istraživanja 2007: 2: 39: 347-66.
16. Popadić D. Nasilje u školama. Beograd, Institut za psihologiju i UNICEF: 2009.
17. Mitrović D, Smederevac S, Grujičić, S, i Čolović P. Tipološki pristup rizičnom ponašanju adolescenata. Zbornik Instituta za pedagoška istraživanja 2006: 38: 1: 264-78.

Dijana Plut
Institut za psihologiju
Filozofski fakultet
Čika Ljubina 18-20, Beograd
tel/faks 2639 724
dplut@unet.rs

EFEKTI RIVASTIGMINA U TRETMANU BIHEVIORALNIH SIMPTOMA ALCHAJMEROVE BOLESTI

Vladimir Janjić^{1,2}

UDK: 616.892.3-085

- 1 Psihijatrijska klinika, Medicinski fakultet, Klinički centar, Kragujevac, Srbija
- 2 Zavod za smeštaj odraslih lica „Male Pčelice“, Kragujevac, Srbija

UVOD

Alchajmerova bolest je progresivno neurodegenerativno oboljenje sa teškim posledicama u kognitivnom, bihevioralnom, emocionalnom i socijalnom funkcionisanju čoveka u porodici i društvu [1].

Alchajmerova i druge demencije često su udružene sa bihevioralnim ispadima, a prema konsenzusu Internacionale psihogerijatrijske asocijacije ovi simptomi se označavaju kao bihevioralni i psihološki simptomi demencije (BPSD) [2]. Iako je kod Alchajmerove bolesti dominantno oštećena kognicija bihevioralne promene slabo koreliraju sa kognitivnim deficitom i rezultat su regionalne moždane disfunkcije u zonama različitim od onih koje su odgovorne za kogniciju [3]. Međutim ovi simptomi mogu se ispoljiti i pre nego što

Kratak sadržaj

Alchajmerova bolest često je udružena sa bihevioralnim i psihološkim simptomima, čije prisustvo utiče na pogoršanje kognitivog statusa, ometa funkcionalnost, smanjuje kvalitet života pacijenata i negovatelja i skraćuje vreme do smeštaja u specijalizovane ustanove.

Cilj ovog rada je da prikaže dostupne podatke iz literature i naša iskustva o efikasnosti rivastigmina, dualnog inhibitora acetilholinesteraze i butirilholinesteraze, u smanjenju i/ili otklanjanju bihevioralnih simptoma kod pacijenata sa Alchajmerovom bolešću.

Naša iskustva kao i brojne studije pokazuju da rivastigmin, dualni inhibitor acetilholinesteraze i butirilholinesteraze, popravlja ne samo kognitivne već i bihevioralne i psihološke simptome demencije. Efekti rivastigmina u tretmanu bihevioralnih simptoma se ispoljavaju kako u smanjenju i/ili povlačenju ovih simptoma, tako i kroz smanjenju potrebu za primenom drugih psihotropnih lekova.

Ključne reči: rivastigmin, Alchajmerova bolest, bihevioralni simptomi

se Alchajmerova bolest dijagnostikuje, zbog čega se ovi pacijenti često prvo javljaju psihijatrima, a kako bolest napreduje, ispadi su sve češći [4]. Prevalenca bihevioralnih i psiholoških simptoma kod pacijenata sa umerenom do umereno teškom Alchajmerove bolesću, smeštenih u specijalizovanim ustanovama, viša je od 80% [5]. Jedna od studija koja se bavila ovom problematikom pokazuje da se socijalno povlačenje, jedan od najranijih simptoma, registruje kod 40% pacijenata prosečno 33 meseca pre dijagnoze. Simptomi koji se često evidentiraju pre postavljanja dijagnoze su depresija, paranoja i anksioznost. Prema ovoj studiji agitacija je najčešći simptom, koji se evidentira deset meseci nakon dijagnoze kod čak 77% pacijenata. Kod preko 50% pacijenata mogu se javiti,

pojedinačno ili udruženo, apatija, izmenjena motorna aktivnost, disforija i anksioznost, a neretko i halucinacije, sumanute ideje, iritabilnost i agresivnost [6].

Prisustvo bihevioralnih i psiholoških simptoma utiče na pogoršanje kognitivnog funkcionisanja i neretko su razlog smeštaja pacijenata u ustanove socijalnog staranja, odnosno ovi simptomi skraćuju vreme do smeštaja u specijalizovane ustanove [7]. Neke studije povezuju agitiranost, halucinacije i iritabilnost sa bržim kognitivnim propadanjem i češćim smrtnim ishodom [8, 9], dok su agresivno poнашање и poremećaj spavanja prediktor bržeg kognitivnog propadanja [10]. Druge studije ukazuju da su paranoidne ideje, halucinacije, poremećaj aktivnosti i eks-trapiramidalni znaci prediktori bržeg funkcionalnog propadanja [11]. Takođe, prisustvo bihevioralnih ispada značajno smanjuje kvalitet života kako pacijenata tako i njihovih negovatelja, a sa druge strane povećava troškove lečenja i nege [12, 13]. Stoga, prepoznavanjem i adekvatnim tretmanom ovih simptoma postiže se višestruka dobit, ne samo po pacijente već i po negovatelje, ali i čitavu društvenu zajednicu.

Preveniranje i lečenje bihevioralnih i psiholoških poremećaja kod bolesnika sa Alchajmerovom demencijom mora se sprovoditi obazrivo i prema određenim pravilima. Naime, lekove bi trebalo primenjivati onda kada su neophodni i opredeliti se za one koji su dokazano efikasni a sa što manje neželjenih efekata. Obavezno početi sa nižim dozama koje se postepeno povećavaju. Neke lekove potrebno je davati kontinuirano kako bi se postigli željeni efekti [14]. Bihevioralni i psihološki simptomi obično se tretiraju primenom

odgovarajućih simptomatskih lekova (SSRI antidepresivi, atipični antipsihotici, nebenzodijazepinski hipnotici i dr.) [15]. Međutim brojna saopštenja ukazuju da lekovi tipa inhibitora acetilholinesteraze kao što su donepezil, rivastigmin i galantamin, osim dokazanog uticaja na poboljšanje kognitivnog funkcionisanja kod obolelih od Alchajmerove bolesti, mogu da preveniraju, odlože ili ublaže bihevioralne i psihološke simptome [16, 17].

Cilj rada je da prikaže dostupne podatke iz literature i naša iskustva o efikasnosti rivastigmina, dualnog inhibitora acetilholinesteraze i butirilholinesteraze, u smanjenju i/ili otklanjanju bihevioralnih simptoma kod pacijenata sa Alchajmerovom bolešću. U radu smo analizirali dostupne radove dobijene pretraživanjem MEDLINE baze podataka, kao i podatke koje smo sakupili tokom jednogodišnjeg perioda u radu sa 25 pacijenata obolelih od Alchajmerove bolesti, smeštenih u Zavodu za smeštaj odraslih lica Male Pčelice u Kragujevcu, a koji su lečeni rivastigminom.

Inače, efekti tretmana bihevioralnih is pada mogu se procenjivati na dva načina. Jedan je korišćenje različitih mernih instrumenata, od kojih se najčešće primenjuje Neuropsihijatrijski inventar (NPI) verzija od 12 ajtema: izmenjeno motorno poнашање, anksioznost, agitacija, apatija, sumanute ideje, depresija, dezinhibicija, euforija, halucinacije, iritabilnost, noćni nemir i izmena apetita. Prilikom skoriranja negovatelji procenjuju frekventnost pojedinačnih ajtema od 1 do 4 (1 = manje od jednom nedeljno a 4 = jedan put ili više puta dnevno) i težinu skorom od 1 do 3 (1 = blago, 2 = umereno i 3 = teško) [18, 19, 20]. Drugi način je indirektan preko

evidentiranja potrebe za psihotropnim lekovima. Oba načina se primenjuju u analiziranim radovima, kao i u našem praćenju.

PRIMENA RIVASTIGMINA U TRETMANU BIHEVIORALNIH I PSIHOLOŠKIH SIMPTOMA ALCHAJMEROVE BOLESTI

Većina pacijenata sa Alchajmerovom bolešću ima najmanje jedan nekognitivni simptom tokom nekog od stadijuma bolesti [21]. Iako se nekognitivni simptomi mogu javiti u bilo kom stadijumu bolesti najučestaliji su u kasnijim stadijumima [2]. Najčešći bihevioralni i pshiloški simptomi demencije su apatijska, izmenjena motorna aktivnost, disforija i anksioznost, koji se javljaju u više od 50% pacijenata [4]. U zavisnosti od prisutnih bihevioralnih simptoma razlikujemo tri grupe pacijenata sa Alchajmerovom bolešću. Jednu grupu karakteriše prisustvo različitih bihevioralnih simptoma. Druga grupa je sa predominantno psihotičnim simptomima, dok treću grupu čine pacijenti sa dominirajućim poremećajem emocija [22]. Inače, dokazano je da je holinergička disfunkcija u vezi sa nekim bihevioralnim i psihološkim simptomima demencije, kao što su psihotičnost, agitacija, karakterne izmene i poremećaji spavanja [23].

Kako je rivastigmin dualni inhibitor acetilholinesteraze i butirilholin esteraze prikazaćemo nekoliko studija koje pokazuju efikasnost ovog leka u tretmanu bihevioralnih i psiholoških simptoma demencije.

Randomizovana, dvostruko slepa, placebo kontrolisana studija Roslera i sar. [24], koja je obuhvatila pacijente sa bla-

gom do umereno teškom formom Alchajmerove bolesti tretiranih tokom 26 nedelje rivastigminom ili placebom, a potom narednih 104 nedelje tretiranih samo rivastigminom pokazala je stabilizaciju bihevioralnih ispada uključujući agresivnost, poremećaj aktivnosti, halucinacije i paranoidne ideje. Poremećaji raspoloženja su se značajno popravili u 52 i 104 nedelji u poređenju sa početnom procenom ($p=0,001$).

Jednogodišnja, prospективna, multicentrična otvorena studija Hatouma i sar. [25], koja je sprovedena kod pacijenata smeštenih u dom za stare a koji su dobijali preko 6 mg dnevno rivastigmina za Alchajmerovu bolest, pokazala je statistički značajno poboljšanje simptoma ($p<0,05$) kao što su anksioznost, frekventnost halucinacija, dezinhibiranost i frekventnost i intenzitet sumanutih ideja.

Studijom koja je sprovedena u 29 staračkih domova u SAD-u, tokom 26 nedelje, kada su pacijenti dobijali rivastigmin (3-12 mg/dan), a procena vršena NPI-NH skalom za neuropsihijatrijske i bihevioralne ispade, utvrđeno je statistički značajno poboljšanje za 8 od 12 simptoma na NPI-NH skali u odnosu na početni nivo i to: sumanute ideje, halucinacije, agitacija, apatijska, iritabilnost, motorni ispadi, noćni nemiri i poremećaj apetita [26].

Praćenjem bihevioralnih ispada tokom 52 nedelje tretmana rivastigminom obolelih od Alchakmerove bolesti dobijeni su rezultati koji su pokazali statistički značajnu razliku na NPI-NH skali nakon 52 nedelje u odnosu na početak praćenja. Kod 50% pacijenata došlo je do min. 30% ukupnog smanjenja bihevioralnih simptoma, a najviše je došlo do redukcije dezin-

hibicije, noćnog nemira, halucinacija i sumanutih ideja [27].

Edwards i sar. [28] su nakon 26 nedelja tretmana rivastigminom, nastavili još 26 nedelja da prate korišćenje psihotropnih lekova kod pacijenata sa Alchajmerovom demencijom [27]. Kod 40% pacijenata je posle 52 nedelje tretmana u odnosu na početak praćenja, došlo do redukcije doze psihotropnih lekova ili njihovog ukidanja. Takođe je utvrđena statistički značajna redukcija na NPI-NH skali simptoma anksioznosti, halucinacija, sumanutih ideja i euforije, a nije bilo statistički značajnog poboljšanja kada su u pitanju agitacija i depresija.

Slične rezultate pokazuje i studija Narayana i sar., u kojoj je kod pacijenata tretiranih rivastigminom došlo do redukcije primene antipsihotika u cilju kupiranja bihevioralnih simptoma [29].

Studije Dantoina i sar. [30], kao i Figielia i sar. [31] pokazale su statistički zna-

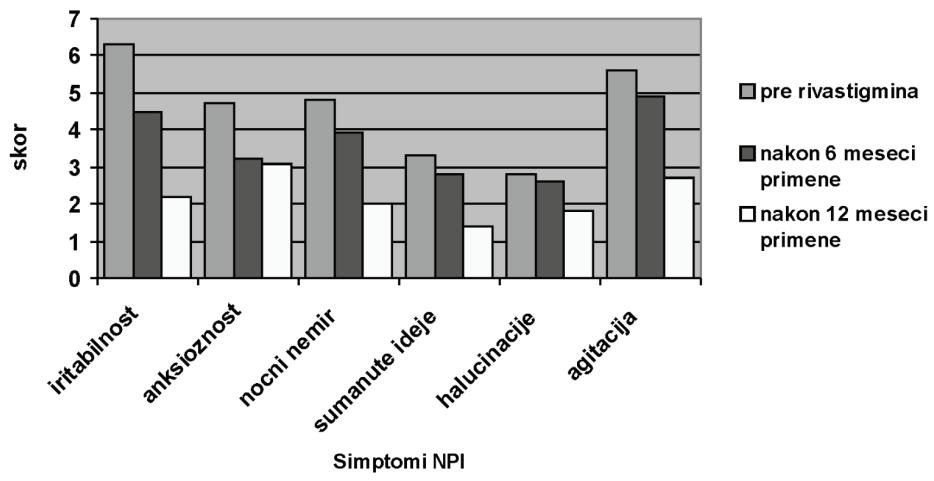
čajno poboljšanje skorova neuropsihijatrijskih i bihevioralnih simptoma na NPI skali kod pacijenata tretiranih rivastigminom, a koji su predhodno dobijali druge inhibitore acetilholinesteraze.

NAŠA ISKUSTVA U TRETMANU BIHEVIORALNIH I PSIHOLOŠKIH SIMPTOMA ALCHAJMEROVE BOLESTI RIVASTIGMINOM

Tokom jednogodišnjeg perioda kod 25 pacijenata sa Alchajmerovom bolesču koji su smeštenih u Zavodu za smeštaj odrašlih lica „Male Pčelice“ u Kragujevcu i koji su lečeni rivastigminom pratili smo bihevioralne i psihološke simptome demencije primenom NPI-NH skale i to nultog dana, nakon 6 i nakon 12 meseci, kao i primenu druge psihotropne medikacije.

Dobili smo rezultate koji pokazuju poboljšanje ukupnog skora na NPI-NH skali za 2,9 nakon 6 i nakon 3,3 nakon 12

Grafik 1. Bihevioralni simptomi pre i nakon tretmana rivastigminom
Graph 1. Behavioral symptoms before and after rivastigmine therapy



meseci praćenja. Nakon 6 meseci tretmana značajno poboljšanje evidentirano je za simptome iritabilnost ($p=0.001$), anksioznost ($p=0.003$), noćni nemir ($p=0.005$) i sumanute ideje ($p=0.006$), a nakon 12 meseci poboljšanje je uočeno za simptome iritabilnost ($p<0.001$), halucinacije ($p=0.004$), sumanute ideje ($p=0.001$), noćni nemir ($p<0.001$) i agitacija ($p<0.001$) (grafikon 1.).

Analizirajući potrošnju psihotropnih lekova (grafikon 2.) evidentirano je smanjenje primene antipsihotika (risperidon, haloperidol) i nebenzodiazepinskih hipnotika (zolpidem), iskazano brojem Definisanih dnevnih doza (DDD).

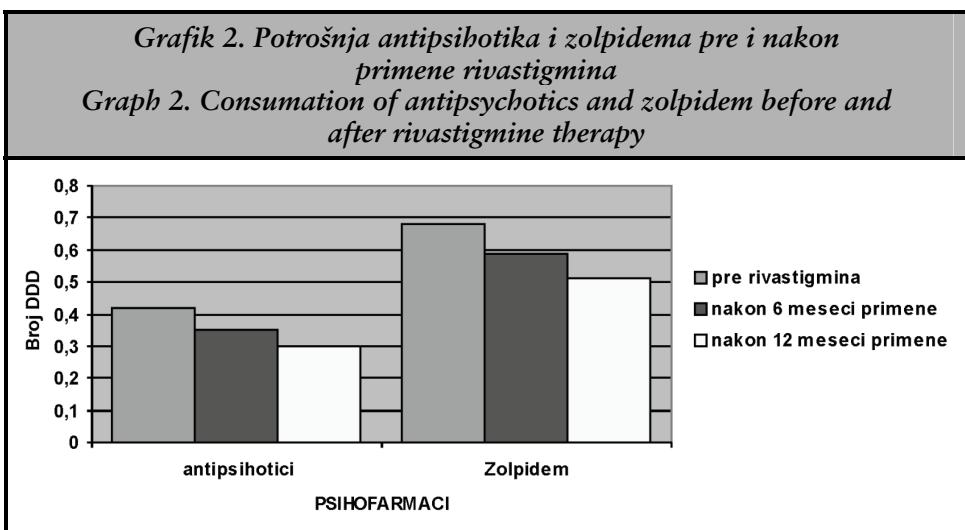
ZAKLJUČAK

Kognitivno oštećenje predstavlja glavnu simptomatologiju Alchajmerove bolesti. Međutim kod velikog broja pacijenata, osim kognitivnih, javljaju se bihevioralni i psihološki simptomi. Oni se mogu javiti i pre postavljanja dijagnoze Alchajmerove demencije, a kako bolest napreduje sve su

učestaliji, što je jedan od razloga zbog kojih se pacijenti često prvojavljuju psihijatru. Prisustvo bihevioralnih simptoma je prediktor bržeg kognitivnog propadanja, poremećaja funkcionisanja i češćeg smrtnog ishoda. Takođe skraćuju period do smeštaja u ustanove i dovode do redukovanih kvaliteta života pacijenata i negovatelja.

Naša iskustva kao i brojne studije pokazuju da rivastigmin, dualni inhibitor acetilholinesteraze i butirilholinesteraze, popravlja ne samo kognitivne već i bihevioralne i psihološke simptome demencije. Efekti rivastigmmina u tretmanu bihevioralnih simptoma ispoljavaju se kako u smanjenju i ili povlačenju ovih simptoma, tako i kroz smanjenu potrebu za primenom drugih psihotropnih lekova.

Buduće studije trebalo bi intenzivnije da prate uticaj inhibitora acetilholinesteraze na bihevioralne i psihološke simptome demencije, a sugestija autora je da bi neke od tih studija trebalo dizajnirati kao farmakoekonomiske, u cilju utvrđivanja mogućih ušteda u lečenju „skupog“ poremećaja kakva je Alchajmerova bolest.



THE EFFECTS OF RIVASTIGMINE IN THE TREATMENT OF BEHAVIORAL SYMPTOMS OF ALZHEIMER'S DEMENTIA

Vladimir Janjić^{1,2}

- 1 Psychiatric clinic, Medical School, Clinical center, Kragujevac, Serbia
2 Institution for accommodation of adults „Male Pčelice“, Kragujevac, Serbia

Summary

Alzheimer's disease is often associated with behavioral and psychological symptoms, whose presence causes deterioration of cognitive status, disrupts functionality, abates quality of the patients' and caregivers' lives, and shortens the time until the patients' admission to specialized institutions.

The purpose of this paper is to present available data from the scientific literature, along with our experience regarding efficacy of rivastigmine, the dual inhibitor of acetylcholinesterase and butyrylcholinesterase, in reducing and/or averting of behavioral symptoms in patients with Alzheimer's disease.

Our experience and numerous clinical studies show that rivastigmine, dual inhibitor of acetylcholinesterase and butyrylcholinesterase, improves not only cognitive but behavioral and psychological symptoms of dementia as well. The effects of rivastigmine in the treatment of behavioral symptoms evince in reduction and/or withdrawal of these symptoms, as well as in reduction of need for other psychotropic medications usage.

Key words: *Rivastigmine, Alzheimer's disease, behavioral symptoms*

Literatura:

1. Agronin M. Alzheimer Disease and other Dementias. Lippincott Williams&Wilkins 2009; 2-13.
2. Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G, et al. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. Int Psychogeriatr 1996;8(Suppl 3):497-500.
3. Cummings JL, Zhong K. Treatments for behavioural disorders in neurodegenerative diseases: drug development strategies. Nat Rev Drug Discov 2006;5:64-74.
4. Piccinini M, Di Carlo A, Baldereschi M, et al. Behavioral and psychological symptoms in Alzheimer's disease: frequency and relationship with duration and severity of the disease. Dementia Geriatr Cogn Disord 2005;19:276-81.
5. Banerjee S, Murray J, Foley B, et al. Predictors of institutionalization in people with dementia. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2003;74:1315-6.
6. Jost BC, Grossberg GT. The evolution of psychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a natural history study. J Am Geriatr Soc 1996;44:1078-81.

7. Phillips VL, Diwan S. The incremental effect of dementia related problem behaviors on the time to nursing home placement in poor, frail, demented older people. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:188-93.
8. Moritz DJ, Fox PJ, Luscombe FA, Kraemer HC. Neurological and psychiatric predictors of mortality in patients with Alzheimer disease in California. *Arch Neurol.* 1997;54:878-885.
9. Lopez OL, Wisniewski SR, Becket JT, et al. Psychiatric medication and abnormal behavior as predictors of progression in probable Alzheimer disease. *Arch Neurol.* 1999;56:1266-1272.
10. Walsh JS, Welch HG, Larson EB. Survival of outpatients with Alzheimer-type dementia. *Ann Intern Med.* 1990; 113:429-434.
11. Mortimer JA, Ebbitt B, Jun SP, Finch MD. Predictors of cognitive and functional progression in patients with probable Alzheimer's disease. *Neurology.* 1992 ;42:1689-1696.
12. Shin IS, Carter M, Masterman D, et al. Neuropsychiatric symptoms and quality of life in Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13:469-74.
13. Markowitz JS, Guterman EM, Sadik K, Papadopoulos G. Healthrelated quality of life for caregivers of patients with Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2003;17:209-14.
14. Pavlovic DM, Pavlovic AM. Demencije-aktuelna saznanja. *Engrami.* 2002;24:9-28.
15. Gurvich T, Cunningham JA. Appropriate use of psychotropic drugs m nursing homes. *Am Faro Physician.* 2000;61:1437-1446.
16. Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, et al. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry* 1987;48(Suppl):9-15.
17. Mega MS, Masterman DM, O'Connor SM, et al. The spectrum of behavioral responses to cholinesterase inhibitor therapy in Alzheimer disease. *Arch Neurol* 1999;56:1388-93
18. Cummings JL, Mega M, Gray K, et al. The neuropsychiatric inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994;44:2308-
19. Cummings JL. The neuropsychiatric inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology* 1997;48:S10-S16.
20. Wood S, Cummings JL, Hsu MA, et al. The use of the neuropsychiatric inventory in nursing home residents. Characterization and measurement. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000;8:75-83.
21. Brodaty H, Draper B, Saab D, et al. Psychosis, depression and behavioural disturbances in Sydney nursing home residents: prevalence and predictors. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16:504-12.
22. Lyketsos CG, Sheppard JM, Steinberg M, et al. Neuropsychiatric disturbance in Alzheimer's disease clusters into three groups: the Cache County study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16:1043-53.
23. Cummings JL, Kaufer D. Neuropsychiatric aspects of Alzheimer's disease: the cholinergic hypothesis revisited. *Neurology* 1996;47:876-83.
24. Rosler M, Retz W, Retz-Junginger P, Dennler HJ. Effects of twoyear treatment with the cholinesterase inhibitor rivastigmine on behavioural symptoms in Alzheimer's disease. *Behav Neurol* 1998;11:211-6.
25. Hatoum HT, Lin SJ, Arcona S, et al. The use of the occupational disruptiveness scale of the neuropsychiatric inventory-nursing home version to measure the impact of rivastigmine on the disruptive behavior of nursing home residents with Alzheimer's disease. *J Am Med Dir Assoc* 2005;6:238-45.
26. Cummings JL, Koumaras B, Chen M, Mirski D. Effects of rivastigmine treatment on the neuropsychiatric and behavioral disturbances of nursing home residents with moderate to severe probable Alzheimer's disease: a 26-week, multicenter, openlabel study. *Am J Geriatr Pharmacother* 2005;3:137-48.

27. Aupperle PM, Koumaras B, Chen M, et al. Long-term effects of rivastigmine treatment on neuropsychiatric and behavioral disturbances in nursing home residents with moderate to severe Alzheimer's disease: results of a 52-week open-label study. *Curr Med Res Opin* 2004;20:1605-12.
28. Edwards K, Koumaras B, Chen M, et al. Long-term effects of rivastigmine treatment on the need for psychotropic medications in nursing home patients with Alzheimer's disease: results of a 52-week open-label study. *Clin Drug Invest* 2005;25:507-15.
29. Narayanan S, Beusterien KM, Thomas SK, et al. Antipsychotic drug use among nursing home residents taking rivastigmine. *J Am Med Dir Assoc* 2006;7:12-6
30. Dantone T, Auriacombe S, Sarazin M, et al. Rivastigmine monotherapy and combination therapy with memantine in patients with moderately severe Alzheimer's disease who failed to benefit from previous cholinesterase inhibitor treatment. *Int J Clin Pract* 2006;60:110-8.
31. Figiel G, Sadowsky C. A systematic review of the effectiveness of rivastigmine for the treatment of behavioral disturbances in dementia and other neurological disorders. *Current Medical Research and Opinion* 2008;24:157-166.

Vladimir Janjić
Psihijatrijska klinika
Zmaj Jovina 30
34000 Kragujevac
e-mail: vladadok@yahoo.com

PROCENA PSIHIČKOG STANJA STUDENATA MEDICINSKOG FAKULTETA

Danilo Obradović¹
Marina Pantić¹
Milan Latas^{1,2}

UDK: 616.253.4-07

Kratak sadržaj

Uvod. Narušeno mentalno zdravlje, kao i prisustvo brojnih faktora koji negativno utiču na psihičko stanje studenata medicine, mogu imati nepovoljne reperkusije u profesionalnim aktivnostima budućih lekara.

Cilj. Analiza psihičkog stanja studenata Medicinskog fakulteta i njegovo poređenje sa psihičkim stanjem studenata Farmaceutskog fakulteta Univerziteta u Beogradu.

Uzorak i metode. Istraživanje je sprovedeno na Medicinskom i Farmaceutskom fakultetu Univerziteta u Beogradu. Prvu grupu je sačinjavalo 155 studenata Medicinskog fakulteta, dok je drugu grupu ispitanika sačinjavao 101 student Farmaceutskog fakulteta. Parametri psihičkog stanja kod studenata oba fakulteta ispitivani su uz pomoć SCL-90 upitnika (Symptom Checklist 90-R).

Rezultati. Kod studenata Medicinskog fakulteta najčešće sejavljaju simptomi anksioznosti i depresije, prilikom čega nema statistički značajnih promena u intenzitetu ispitivanih simptoma tokom rezličitih godina studiranja. Kod studentkinja Medicinskog fakulteta, statistički značajno, češće se beleže simptomi somatizacije i interpersonalne sensitivnosti u odnosu na mušku populaciju. Studenti Farmaceutskog fakulteta najčešće doživljavaju simptome anksioznosti, paranojdnosti i opsivno-kompulsivne simptome. Poređenjem rezultata dobijenih obradom upitnika utvrđeno je da se studenti Medicinskog i Farmaceutskog fakulteta visko statistički značajno razlikuju u ostvarenim skorovima, gde su studenti Farmaceutskog fakulteta ostvarili veće skorove u svim supskalama.

Zaključak. U poređenju sa studentima Farmaceutskog, studenti Medicinskog fakulteta imaju stabilnije parametre psihičkog stanja, što ukazuje da njihova medicinska edukacija nema posebnog uticaja na pojavu određene psihijatrijske simptomatologije.

Ključne reči: psihičko stanje, studenti, medicinski fakultet, simptomi, SCL-90

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

UVOD

Cilj medicinske edukacije je da pomogne razvoj kompetentnog i profesionalnog zdravstvenog radnika, sposobnog da brine o zdravlju pacijenata, kao i da unapređuje znanje medicinske struke. U skladu sa tim studenti medicine pohađaju dugogodišnju intezivnu edukaciju i rigorozan sistem selekcije kako bi se kvalifikovali kao stučni i odgovorni za rad u zdravstvu. Veliki broj faktora kao što su: naporno učenje, briga o finansijama, manjak sna, izloženost patnjama pacijenta i smrti, predstavljaju faktore koji ugrožavaju psihičko stanje studenata medicine. Brojna istraživanja govore u prilog ovakvim pretpostavkama, u isto vreme ističući da su studenti medicine izloženi većem intenzitetu stresa u odnosu na opštu polkulaciju [1]. Istraživanja, takođe, pokazuju da aktuelan sistem medicinske edukacije može imati nenameran negativan uticaj na mentalno zdravlje studenata, sa visokom učestalosti simptoma anksioznosti, depresije i stresa među studentima medicine [2]. Promena mesta boravka, psihosocialnog okruženja, suočavanje sa novim životnim obavezama i izazovima, poznati kao redovni pratioci akademskog života svakog studenta, takođe, predstavljaju faktore koji u izvesnoj meri mogu precipitovati razvoj različitih dimenzija psihopatologije, što predstavlja dodatni pritisak na psihičko stanje studenata medicine. U isto vreme predpostavlja se da "burn-out" fenomen, kada je prisutan kod lekara u kliničkoj praksi, ima svoje korene tokom studija medicine [3]. Narušeno mentalno zdravlje, kao i prisustvo brojnih faktora koji imaju negativan uticaj na psihičko stanje studenata medicine, mogu imati negativne reperkusije u profesionalnim

aktivnostima kao i kvalitetu zdravstvene delatnosti budućih medicinskih radnika. U skladu sa navedenim, ističe se neophodnost sprovođenja preventivnih aktivnosti usmerenih u cilju očuvanja mentalnog zdravlja, kao i redovan skrining u cilju otkrivanja faktora koji dovode do njegove detekcije.

Cilj rada je bio analiza psihičkog stanja studenata medicine, kao i poređenje parametara psihičkog stanja studenata Medicinskog i Farmaceutskog fakulteta Univerziteta u Beogradu.

UZORAK I METOD

Istraživanje je sprovedeno na Medicinskom i Farmaceutskom fakultetu Univerziteta u Beogradu tokom zimskog semestra 2008/2009. godine. U istraživanju su učestvovale dve grupe ispitanika. Prvu grupu je sačinjavalo 155 studenata Medicinskog fakulteta: 38 (24,5%) studenata II godine studija, 31 (20,0%) III godine studija, 36 (23,2%) studenata IV godine studija, 24 (15,5%) studenata V godine studija i 26 (16,8%) studenata VI godine studija. Drugu grupu ispitanika sačinjavali su studenti Farmaceutskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. U istraživanju je učestvovao ukupno 101 student Farmaceutskog fakulteta: 21 (20,8%) student I godine studija, 19 (18,8%) studenata II godine studija, 23 (22,8%) studenata III godine studija, 18 (17,8%) studenata IV godine studija i 20 (19,8%) studenata V godine studija.

Parametri psihičkog stanja kod studenata oba fakulteta ispitivani su SCL-90 upitnikom (Symptom Checklist 90-R) [4]. Ovaj upitnik, incijalno je namenjen proceni relativne efikasnosti tokom kliničke faze ispitivanja lekova, dok se danas koristi u dijagnostikovanju psihij-

trijskih oboljenja, oceni težine simptoma, itd. Upitnik se sastoji od 90 pitanja. Sva pitanja podeljena su u 9 supskala koje služe za procenu osnovnih dimenzijsa simptoma karakterističnih za različite psihičke probleme i psihopatološke feniomene. Pomoću SCL-90 upitnika prate se supskale: Somatizacija, Opsesivno-kompulsivni simptomi, Interpersonalna senzitivnost, Depresija, Anksoznost, Hostilnost, Agorafobija, Psihoticizam i Paranoidnost. Odgovori su prezentovani u vidu petostepene rastuće skale Likerto-

vog tipa, u kojoj ocena 1 označava najslabiji intenzitet ispitivanog simptoma odgovarajuće supskale a 5 najjači intenzitet ispitivanog simptoma. Svi ispitanici su odgovarali na ista pitanja na isti način. Vreme za popunjavanje anketa je bilo neograničeno. Istraživanje je obavljeno nakon što je studija u potpunosti objasnjena ispitanicima i dobijen njihov pisani informisani pristanak.

Za analizu podataka dobijenih anketom, korišćene su metode deskriptivne i analitičke statistike. Podaci su predsta-

Tabela 1. Intenzitet simptoma i značajnost razlika studenata Medicinskog i Farmaceutskog fakulteta
Table 1. Intensity of symptoms and significance of differences of medical and pharmacy students

Supskala Subscale	Medicinari Medical students (SD)	Farmaceuti Pharmacy students (SD)	t
	1,41(2,38)	1,67(1,86)	-4,66*
Opsesivno-kompulsivni simptomi Obsessive-compulsive	1,55(0,50)	1,92(0,63)	-5,14*
Interpersonalna senzitivnost Interpersonal sensitivity	1,34(0,39)	1,81(0,73)	-6,63*
Depresija Depression	1,44(0,42)	1,73(0,58)	-4,72*
Anksoznost Anxiety	1,64(0,49)	1,97(0,62)	-4,57*
Hostilnost Hostility	1,42(0,52)	1,71(0,81)	-3,59*
Agorafobija Phobic anxiety	1,11(0,19)	1,25(0,42)	-4,23*
Psihoticizam Psychoticism	1,15(0,27)	1,37(0,47)	-4,65*
Paranoidnost Paranoid ideation	1,41(0,46)	1,83(0,71)	-5,78*

* = p<0,001

vljeni aritmetičkim sredinama, standardnim devijacijama i relativnim frekvencama. Za statističku obradu podataka korišćen je Studentov T test i Anova test kod određivanja značajnosti razlika numeričkih podataka. Statistička obrada demografskih podataka, kao kategorijalnih varijabli, obavljena je uz pomoć hi-kvadrat testa. Statistička značajnost je određena na nivou $p<0,05$ i $p<0,001$.

REZULTATI

U istraživanju je učestvovalo ukupno 270 studenata Medicinskog i Farmaceutskog fakulteta. Anketiranjem je dobijeno

256 (94.8%) pravilno popunjениh, validnih upitnika.

Prosečna starost studenta Medicinskog fakulteta koji su učestvovali u istraživanju iznosila je 22,7 godina u rasponu od 19 do 28 godina. Prosečna starost studenata Farmaceutskog fakulteta iznosila je 21,6 godina u rasponu od 19 do 37 godina. Primenom t-testa utvrđeno je da su studenti Medicinskog fakulteta statistički značajno stariji od studenata Farmaceutskog fakulteta koji su učestvovali u istraživanju ($t=3,86$, $p<0,001$). Među studentima Medicinskog fakulteta bilo je 97 (62,6%) studenata ženskog pola i 58 (37,4%) studenata muškog po-

Tabela 2. Poređenje intenziteta simptoma u odnosu na godinu studija Medicinskog fakulteta
Table 2. Comparison of intensity of symptoms related to year of studying Medical faculty

Supskala Subscale	Prosečna vrednost Mean	F	p
Somatizacija Somatization	0.11	0.78	$p=0.540$
Opsesivno-kompulsivni simptomi Obsessive-compulsive	0.21	0.82	$p=0.513$
Interpersonalna senzitivnost Interpersonal sensitivity	0.11	0.72	$p=0.584$
Depresija Depression	0.12	0.68	$p=0.605$
Anksioznost Anxiety	0.21	0.82	$p=0.516$
Hostilnost Hostility	0.23	0.83	$p=0.509$
Agorafobija Phobic anxiety	0.01	0.25	$p=0.911$
Psihoticizam Psychoticism	0.04	0.55	$p=0.698$
Paranoidnost Paranoid ideation	0.27	1.32	$p=0.266$

la, dok je među studentima Farmaceutskog fakulteta bilo 78 (77,2%) ispitanika ženskog pola i 23 (22,8%) ispitanika muškog pola. Primenom hi-kvadrat testa zabeležena je statistički značajno veća učestalost studenata ženskog pola Farmaceutskog fakulteta ($hi=6,06$, $p<0,05$).

Analizom podataka dobijenih obrađom SCL-90 upitnika (tabela 1) utvrđili smo da se kod studenata Medicinskog fakulteta najčešće javljaju simptomi anksioznosti i depresije. Studenti se žale na nedostatak energije i gubitak interesovanja, slab apetit, osećaj potištenosti, nedostatak sna, osećanje da je sve teret. Suicidalne ideje i misli sreću se veoma retko u ovoj populaciji studenata. Simpto-

me agorafobije kao i pshotičnu simptomatologiju studenti Medicinskog fakulteta su najrede označili u svojoj svakodnevnići.

Studenti Farmaceutskog fakulteta najčešće osećaju simptome paranoidnosti i opsesivno-kompulsivne simptome, u isto vreme ističući simptome anksioznosti kao svoj najveći psihički problem (tabela 1). Nervoza i unutrašnje treperenje, teškoće u pamćenju i koncentraciji, napetost i prenapregnutost su veoma učestali anksiozni simptomi kod studenata Farmaceutskog fakulteta. Od paranoidnih simptoma najčešći su: osećanje da su ljudi neprijateljski raspoloženi, ubeđenje da se ljudima ne može verovati, nedosta-

Tabela 3. Polne razlike intenziteta simptoma studenata Medicinskog fakulteta
Table 3. Gender differences of medical students' intensity of symptoms

Supskala Subscale	Muški pol Male (SD)	Ženski pol Female (SD)	t	p
Somatizacija Somatization	1,29(0,32)	1,48(0,37)	3,016	$p<0,05$
Opsesivno-kompulsivni simptomi Obsessive-compulsive	1,50(0,44)	1,58(0,53)	0,900	0,369
Interpersonalna senzitivnost Interpersonal sensitivity	1,23(0,32)	1,39(0,42)	2,462	$p<0,05$
Depresija Depression	1,37(0,34)	1,47(0,46)	1,483	0,140
Anksioznost Anxiety	1,55(0,46)	1,69(0,52)	1,618	0,108
Hostilnost Hostility	1,38(0,51)	1,45(0,54)	0,827	0,409
Fobija Phobic anxiety	1,08(0,23)	1,09(0,18)	0,203	0,839
Psihoticizam Psychoticism	1,14(0,23)	1,16(0,29)	0,638	0,525
Paranoidnost Paranoid ideation	1,34(0,41)	1,45(0,48)	1,327	0,186

tak bliskost sa osobama iz neposrednog okruženja. Studenti se takođe žale na teškoće u donošenju odluka, želju za ponavljanjem iste radnje i potrebu za dnevnom rutinom. Prema rezultatima istraživanja kod studenata Farmaceutskog fakulteta najređe se javlja psihotična simptomatologija.

Poređenje rezultata dobijenih obradom anketa studenata Medicinskog i Farmaceutskog fakulteta po supskalama upitnika prikazani su u tabeli 1. Poređenjem rezultata dobijenih obradom anketa utvrđeno je da se studenti Medicinskog i Farmaceutskog fakulteta visko statistički značajno razlikuju u ostvarenim skorovima pri popunjavanju upitnika, gde su studenti Farmaceutskog fakulteta ostvarili veće skorove u svim supskalama.

Poređenje rezultata dobijenih obradom anketa studenata Medicinskog fakulteta prema godini studija, prikazani su u tabeli 2. Uočeno je da se kod studenta različitih godina studija Medicinskog fakulteta ne javlja promena intenziteta ispitivanih simptoma praćenih pomoću SCL-90 upitnika, tokom godina njihovog studiranja.

Poređenje rezultata dobijenih obradom SCL-90 upitnika studenata Medicinskog fakulteta u odnosu na pol, prikazano je u tabeli 3. Analizom rezultata utvrđeno je da se kod studenata Medicinskog fakulteta ženskog pola statistički značajno češće beleže simptomi Somatizacije ($t=3,06$, $p<0,05$) i Interpersonalne senzitivnosti ($t=2,46$, $p<0,05$). Popunjavajući upitnik i odgovarajući na pitanja iz upitnika iz domena somatizacijskih simptoma studenti ženskog pola kao svoje najčešće simptome navodili su: glavobolju, osećaj nesvestice i vrtoglavice, muku i stomačne probleme. Od parametara interpersonal-

ne senzitivnosti prema rezultatima istraživanja najzastupljeniji su osećaj usamljenosti i povređenosti.

DISKUSIJA

Ovim istraživanjem želeli smo da ispitamo parametre psihičkog stanja kod studenata Medicinskog i Farmaceutskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Brojna istraživanja na sličnu temu sugerisu neophodnost kontinuiranog praćenja parametara psihičkog zdravlja u studentskoj populaciji. Grupa autora sa Univerzitetom u Kaliforniji, bavila se ispitivanjem faktora koji utiču na psihičko stanje studenata medicine [6]. Utvrđeno je da se psihičko stanje studenata medicine pogoršava tokom studija, a kao psihičke nokse navode se stres, unutrašnji konflikt, nedostatak slobodnog vremena i energije. Kao rezultat sadejstva ovih faktora depresivni i anksiozni simptomi se mogu naći sa prevalencom od 25 do 58% u studentskoj populaciji, u zavisnosti metoda i vrste studije [5].

Rad pod nazivom "Dogadaji iz privatnog života i "burnout" fenomen kod studenata medicine" naučnika sa Univerziteta u Minesoti imao je za cilj da utvrdi u kojoj meri događaji iz profesionalnog života i sa druge strane teške životne situacije dovode do psihičke deteoriracije kod studenata medicine [6]. U istraživanju je učestvovalo ukupno 1098 studenata sa tri Medicinska fakulteta u Minesoti. Rezultati ukazuju da se kod ispitanika koji su prošli kroz veći broj teških životnih situacija (kao što su bolest i smrt bliskog člana porodice, razvod, itd.), sa većom učestalošću javljaju simptomi depresije, anksioznosti kao i "burnout" fenomen. Prema rezultatima grupe istraživača sa Univerziteta iz Oslo, optimizam i profesionalni en-

tuzijazam tokom fakulteta gube na svom intenzitetu [7]. Tokom istraživanja posmatrana je grupa od 421-og studenta u vremenskom periodu trajanja studija medicine. Poređenjem rezultata dobijenih ispitivanjem studenata I., III i VI godine studija uočen je značajan pad profesionalnog entuzijazma kao i pad zadovoljstva kvalitetom života u III godini studija.

Istraživači sa Aga Khan Univerziteta iz Pakistana utvrdili su da faktori koji dovede do javljanja simptoma depresije, anksioznosti, hostilnosti, itd., u populaciji studenata medicine, takođe, mogu indukovati pojavu ozbiljnijih psihijatrijskih poremećaja [8]. Prema rezultatima autora uočena je razlika u zastupljenosti simptoma depresije i anksioznosti kod studenata ženskog pola u odnosu na studente muškog pola. Prema podacima istraživača sa Mayo Klinike iz Ročestera, kod studenata ženskog pola registruje se veći intenzitet psihološkog stresa, kao i njegove posledice koje se ogledaju u slabijoj akademskoj uspešnosti, većem procentu napuštanja studija, kao i otežanog profesionalnog razvoja [9].

Rezultati našeg istraživanja potvrđuju visok intenzitet simptoma anksioznosti i depresije u populaciji studenata Medicinskog fakulteta, što je u velikoj meri saglasno sa rezultatima dostupnih naučnih istraživanja [10]. Pritom nije utvrđena razlika u prisustvu navedenih simptoma između studenata ženskog i muškog pola. Kod studentkinja Medicinskog fakulteta su učestaliji somatizacioni simptomi i simptomi interpersonalna senzitivnost, što se ogleda u prisustvu određenih somatskih problema (vrtoglavica, mučnina, bolovi u predelu stomaka) kao i otežanom uspostavljanju interpersonalnih relacija usled: neprijatnosti u prisustvu drugih ljudi, osećanja usamljenosti, nerazumeavanja i

odsustvu saosećanja od strane drugih ljudi. Takođe je uočeno da se prisustvo specifične simptomatologije ne menjaju tokom godina studija, što je suprotno rezultatima istraživača sa Univerzitetom iz Oslo [7]. Na osnovu rezultata smo zaključili da nastavne obaveze i akademske aktivnosti različitih godina studija nemaju negativne reperkusije na psihičko stanje studenata Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu.

Poređenjem psihičkog stanja studenata Medicinskog i Farmaceutskog fakulteta utvrđeno je da studenti Farmaceutskog fakulteta predstavljaju populacija koja je vulnerabilnija i sklonija razvoju psihopatološke simptomatologije u odnosu na studente Medicinskog fakulteta. Odgovarajući na pitanja iz upitnika studenti Farmaceutskog fakulteta ostvarili su veće skorove u svim ispitivanim subskalama, a kao svoje glavne probleme ističući anksioznost, ponašanje karakteristično za opsessivno-kompulsivni poremećaj i paranojdnost.

Treba naglasiti da pri tumačenju rezultata treba imati u vidu metodološku ograničenost studije. Ona se odnosila na to da su studenti sami odgovarali na pitanja o parametrima psihičkog stanja, što se moglo odraziti na validnost dobijenih podataka, obzirom da je postojala mogućnost neiskrenih odgovora. Takođe, procena prisustva specifične simptomatologije kod studenata dijagnostikovana je isključivo putem upitnika, a ne putem kompletног psihijatrijskog ispitivanja.

Na osnovu svega možemo zaključiti da u poređenju sa studentima Farmaceutskog, studenti Medicinskog fakulteta imaju stabilnije parametre psihičkog stanja, kao i da njihova medicinska edukacija nema posebnog uticaja na pojavu određene psihijatrijske simptomatologije.

EVALUATION OF THE PSYCHICAL STATE OF MEDICAL STUDENTS

Danilo Obradović¹

Marina Pantić¹

Milan Latas^{1,2}

Summary

Introduction. Weak mental health of students of Medicine and the presence of many other factors might have negative repercussion on professional activities of future medical staff.

Aim. To analyze the psychical condition of students of Medicine, and to compare it with psychical condition parameters of students of Pharmacy, University of Belgrade.

Sample and method. Survey was conducted at the Faculty of Medicine and the Faculty of Pharmacy, University of Belgrade. First group comprised 155 medical students and second group comprised 101 pharmacy students. Parameters of the students' psychical condition of both faculties were examined by the SCL-90 questionnaire.

Results. Symptoms of anxiety and depression are the most prominent in medical students. Symptoms of somatization and interpersonal sensitivity that are statistically significant, more often are prominent in female than in male medical students. Comparing the medical students of different grade years, the intensity change of the examined symptoms during their studies is not noted. The Pharmacy students most often feel symptoms of anxiety, paranoid and obsession-compulsive symptoms. Students of Medicine and Pharmacy differ statistically significantly in all scores of the questionnaire, where students of Pharmacy have higher scores on all subscales.

Conclusion. Students of Medicine have more stable parameters of the psychical condition, compared to students of Pharmacy.

Key words: *psychical condition, students, medical faculty, symptoms, SCL-90 questionnaire*

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

Literatura:

1. Lloyd C, Gartrell NK. Psychiatric symptoms in medical students. *Compr Psychiatry*. 1984;25:552–65.
2. Moffat KJ, McConnachie A, Ross S, Morrison JM. First-year medical student stress and coping in a problem-based learning medical curriculum. *Med Educ*. 2004;38:482–91.
3. Wolf TM, Balson PM, Faucett JM, Randall HM. A retrospective study of attitude change during medical education. *Med Educ*. 1989;23:19–23.
4. Matti H. Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90. Helsinki. Department of Psychiatry Helsinki University Finland. ISBN 951-91-5703-7.
5. Dunn LB, Igglewicz A, Moutier C. A Conceptual Model of Medical Student Well-Being: Promoting Resilience and Preventing Burnout. *Academic Psychiatry* 2008;32:44–53.
6. Dyrbye LN, Thomas MR, Huntington JL, Lawson JL, Novotny PJ, Sloan JA, Shanafelt TD. Personal Life Events and Medical Student Burnout: A Multicenter Study. *Acad Med*. 2006;81:374–384.
7. Kjeldstadli K, Tyssen R, Finset A et al. Life satisfaction and resilience in medical school – a six-year longitudinal, nationwide and comparative study. *BMC Medical Education* 2006;6:48
8. Taqui AM, Shaikh M, Gowani SA et al. Body Dysmorphic Disorder: Gender differences and prevalence in a Pakistani medical student population. *BMC Psychiatry* 2008;8:20
9. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med*. 2006;81(4):354–73.
10. Đurić V, Latas M., Trajanović N., Jovanović D., Milovanović S. Analiza predispitne nesanice kod studenata medicinskog fakulteta. *Engrami* 2009;1-2:61-68.

Milan LATAS

Klinika za psihijatriju
Klinički centar Srbije,
Pasterova 2, 11000 Beograd, Srbija
Tel. +381 (0)11 366-2115
E mail: latasm@eunet.rs

ASPERGEROV SINDROM – validnost dijagnostičkog koncepta

Ivona Milačić – Vidojević

UDK: 616..89-008.434.5-07

Fakultet za specijalnu edukaciju
i rehabilitaciju, Beograd, Srbija

HANS ASPERGER I LEO KANER

Pojava autizma je bila dugo nepoznata, a zatim su dvojica istraživača, ne znaći jedan za drugog, jedan u Baltimoru, drugi u Beču, gotovo u isto vreme (Leo Kaner 1943. godine i Hans Asperger 1944. godine) objavila studije slučajeva dece koja su imala zapanjujuće slične karakteristike. Pukom slučajnošću, za opis pojave obojica istraživača izabrala su isto ime - "autizam". Celokupna slava za izdvajanje ranog infantilnog autizma kao posebnog kliničkog entiteta pripala je Leo Kaneru, a rad Hansa Aspergera je ignorisan čitavih trideset godina i u Evropi i u Americi.

Kaner i Asperger su rođeni u Austriji, školovali se u Beču, ali se nikada nisu

Kratak sadržaj

Ovaj rad pokazuje aktualne kontroverze u pogledu dijagnoze, diferencijalne dijagnoze i prirode Aspergerovog sindroma danas. Razmatraju se mogući razlozi za izdvajanje Aspergerovog sindroma kao posebnog kliničkog entiteta i razlozi za njegovo ostajanje u okviru spektra autističnog poremećaja.

U sistemima dijagnostikovanja postoje razlike u pogledu odgovora na pitanje da li se termin Aspergerov sindrom koristi da označi blaže teškoće od onih kod autizma, da li se neuropsihološki profili smatraju značajnim i da li se prepostavlja da se socijalni deficiti razlikuju kod Aspergerovog sindroma i autizma. Pojavljuje se nekoliko linija podatka koji sugeriraju postojanje razlika između Aspergerovog sindroma i autizma, u pogledu predviđanja ishoda, komorbiditeta sa drugim psihiatrijskim poremećajima, neuropsiholoških profila, porodične genetike ili reagovanja na tretman. Ukoliko se ne koriste kao kriterijumi za selekciju ovi bi podaci mogli da posluže za empirijsku validaciju.

Ključne reči: Aspergerov sindrom, dijagnoza, diferencijalna dijagnoza

upoznali. Kaner, rođen 1896. godine, emigrirao je u SAD 1924. godine gde je radio u bolnici Džon Hopkins u Baltimoru. Hans Asperger, deset godina mlađi od Kanera kao specijalista pedijatrije, bio je privučen pedagoškim radom sa "problematičnom" decom. U svojoj drugoj doktorskoj disertaciji, napisanoj 1943. godine, a objavljenoj 1944. godine opisao je slučajeve četiri dečaka upadljivih u oblasti socijalnog, jezičkog i kognitivnog razvoja. Smatrajući da je u pitanju poremećaj ličnosti pojavu je nazvao "autistična psihopatija" [1]. Asperger je umro 1980. godine, nekoliko godina pre nego što je sindrom koji nosi njegovo ime stekao međunarodno priznanje.

Rad Aspergera je ostao relativno nepoznat do 70-tih godina, kada su se pojavili prevodi sa nemačkog na engleski jezik [2, 3], a sam termin "Aspergerov sindrom" (AS) je uvela Wingova [4] u cilju dijagnostičkog razlikovanja sposobnijih osoba sa autizmom koje se nisu najbolje uklapale u Kanerov opis deteta sa autizmom kao "udaljenog, distanciranog, sa nedovoljno razvijenim govorom i bez kontakta očima" [5].

DRUGE RELEVANTNE KLINIČKE SLIKE

"Čudnu decu" su opisivali različiti istraživači, pre i posle Kanera i Aspergera. Neki autori su smatrali da se ova deca mogu svrstati zajedno u okviru jednog stanja, pre svega u dečje psihoze, koje su smatrane ranom varijantom shizofrenije kod odraslih osoba [6,7].

Drugi autori su pokušali da identifikuju specifične sindrome. De Sanctis je 1906. godine upotrebio termin „dementia precocissima“ i „dementia precocissima catatonica“ za stanje koje karakteriše socijalna i kognitivna deterioracija i stereotipno ponašanje posle perioda normalnog razvoja [8]. Heller 1954. godine opisuje slično stanje za koje koristi termin „dementia infantilis“ [9]. Earl 1934. godine govori o „primitivnoj katatonoj psihozi idiotije“ kod adolescenata i odraslih osoba koji funkcionišu u okviru teže i duboke intelektualne ometenosti, indiferentni su u odnosu na druge osobe i zaokupljeni stereotipnim i repetitivnim pokretima [10]. Mahler 1952. godine opisuje decu sa teškoćama u socijalnim odnosima, eholalijom i repetitivnim govorom sa bizarnim temama, a kliničku sliku je nazvala „simbiotska psihoza“ [11]. Navedeni

poremećaji povezani su sa pridruženom intelektualnom ometenošću.

Socijalne i komunikativne teškoće sa neobičnim ponašanjem se mogu naći i kod dece sa graničnom i „normalnom“ inteligencijom. Wientraub i Mesulam 1983. godine govore o „razvojnoj teškoći učenja desne hemisfere“ [12]. Sparrow 1986. godine opisuje „atipičnu“ decu koja imaju karakteristike dece sa autizmom i AS [13]. Iste ili slične kliničke slike se mogu videti kod dece i odraslih kojima se daju različite psihijatrijske dijagnoze (shizoidni i shizotipalni poremećaj ličnosti npr.).

Literatura o jezičkim poremećajima uključuje opise dece sa govorom i ponašnjem koji su slični kod dece sa autizmom i AS. Rapin i Allen su 1983. godine upotrebili termin „semantičko-pragmatski poremećaj“ za probleme govora i ponašanja koji su skoro identični za osobe sa AS [14].

Izgleda da AS i autizam, kao dijagnostičke kategorije potiču iz dve različite tradicije u okviru istorije dečje psihijatrije. Kanerovi opisi dece su se nalazili u knjigama o mentalnom hendikepu ili o „idiot savantima“, a deca koju je Asperger opisao su pre njega bila opisivana kao deca sa psihijatrijskim poremećajima.

KANEROV OPIS AUTIZMA

Kaner je 1943. godine, u radu „Autistično oštećenje afektivnog kontakta“ uveo u svet medicinske literature grupu dece koju je nazvao „autističnom“ [5]. Njegove britke opservacije jedanaestoro dece ukazuju na duboko razumevanje opisane pojave, a opisi i danas služe kao referentne tačke najvažnijih karakteristika autizma. Kao suštinske karakteristike autističnog

sindroma navodi ekstremnu autističnu usamljenost, opsativnu želju za održavanjem istovetnosti, odlično mehaničko pamćenje, odloženu eholaliju, preteranu osjetljivost na stimuluse, ograničenost spontane aktivnosti i dobre kognitivne potencijale.

ASPERGEROVA „AUTISTIČNA PSIHOPATIJA“

Osobenosti „autistične psihopatije“ izvedene su iz Aspergerovih kliničkih opisa i studija slučajeva [1]. To su: socijalna izolacija i egocentričnost, specifičnost u verbalnoj komunikaciji, nedostatak imaginativne igre, repetitivan obrazac aktivnosti, neobično reagovanje na senzorne stimuluse, nedostatak empatije, dobro mehaničko pamćenje i teškoće učenja u ostalim područjima, motorna nespretnost, problemi u ponašanju. Asperger je naglasio znatno veći broj dečaka u uzorku dece; smatrao je da se navedeno stanje ne može prepoznati pre treće godine života kao i da slične crte ličnosti postoje kod roditelja ili rođaka dece čime je naglasio porodičnu zasnovanost stanja kod svojih pacijenata.

WINGOVE MODIFIKACIJE ASPERGEROVOG KONCEPTA

Wingova je zapazila da neka deca koja su imala klasične autistične karakteristike razvijaju u odrasлом dobu fluentan govor i želju za druženjem sa drugim osobama. Sa jedne strane, deca su napredovala izvan dijagnoze autizma (po Kanerovim kriterijumima), ali su i dalje imala probleme u socijalnim veštinama i konverzaciji. Ona su, smatrala je Wingovu, više podsećala na osobe koje je opisao Hans Asperger. Smatrujući da će termin „autistična psihopatija“ biti povezi-

van sa sociopatskim ponašanjem Wingova je 1981. godine predložila novi naziv - Aspergerov sindrom [4]. Na osnovu opisa samog Aspergera Wingova je predložila dijagnostičke kriterijume za sindrom, unoseći izvesne izmene:

1. nedostatak normalnog interesovanja za druge ljudе je očigledan od najranijih dana.
2. deljenje interesovanja i aktivnosti sa drugim ljudima može biti redukovano
3. može nedostajati poriv za verbalnom i neverbalnom komunikacijom sa drugima.
4. razvoj govora može biti zakasneo
5. Aspergerovo zapažanje „govor-pre-hodanja“ se ne odnosi na većinu slučajeva
6. imaginativna igra se ne pojavljuje ili je ograničena na jednu ili dve teme koje se ponavljaju bez varijacija [4].

Ove modifikacije uklanjaju razlike na koje je ukazivao sam Asperger, jasno unoseći sindrom u autistični spektar poremećaja koji Wingova definiše kao „trijadu“ oštećenja koja uključuje socijalne, komunikativne i imaginativne aktivnosti. Njen rad inspirisao je mnoge autore da ponude dijagnostičke kriterijume za AS, kao što je i usmerio pravac svih kasnijih rasprava o AS, a to je da je ovaj termin rezervisan za osobe sa autizmom koje imaju visok nivo inteligencije.

Međutim, kako Wingova tvrdi, kada se nečemu da ime „kao živ čovek, termin nastavlja da ima sopstveni život“ [15]. Smatrala je da je AS deo autističnog spektra i da ne postoji razlika između visokofunkcionalnog autizma i AS. Međutim istraživači su počeli da razdvajaju AS

i autizam, da ih smatraju zasebnim entitetima, što je potpuno suprotno prvočinnoj nameri Wingove.

DOKAZI O POSTOJANJU POVEZANOSTI IZMEĐU ASPERGEROVOG SINDROMA I AUTIZMA KOJE NAVODI WINGOVA

1. sve karakteristike koje je opisao Kaner se mogu naći kod osoba koje je opisao Asperger i obratno
2. klinička slika se menja sa uzrastom, dete može početi razvoj sa dijagnozom Kanerovog sindroma, ali dalji razvoj može ići u pravcu AS
3. članovi jedne porodice mogu imati različite oblike autističnog poremećaja. Ukoliko su zahvaćena rođena braća (ponekad sestre) kliničke slike mogu biti veoma različite [15].

RAZLIKE IZMEĐU ASPERGEROVOG SINDROMA I AUTIZMA

Iako su Kanerovi i Aspergerovi pacijenti imali puno toga zajedničkog, Asperger je smatrao da njegovi pacijenti ne kasne u razvoju govora, da je motorni deficit češći, početak javljanja poremećaja kasniji i da su pacijenti skoro svi dečaci. Takođe je naglasio velike razlike u jačini simptoma u području socio-emocionalnog funkcioniranja, jezika, motorike, ograničenih interesovanja što se moglo objasniti karakteristikama pojedinačnih pacijenata koje je opisao Kaner (deca predškolskog uzrasta, sa određenim stepenom intelektualne ometenosti i sa manje razvijenim govorom) i Asperger (deca školskog uzrasta, koja su bolje intelektualnog nivoa i sa razvijenim govorom). Iako se razlike mogu objasniti višim intelektualnim sposobnostima, Asperger je in-

sistirao da se poremećaj može javiti na svim nivoima inteligencije. Pored toga autizam je smatrao psihotičnim procesom, a svoj sindrom poremećajem ličnosti.

DA LI JE ASPERGEROV SINDROM SAMO VISOKOFUNKCIONALNI AUTIZAM?

Ako prihvativimo da je AS autizam na višem nivou funkcionisanja, moramo imati u vidu da je populacija osoba sa autizmom na višem nivou funkcionisanja heterogena i da se većina osoba ne bi uklopila u grupu osoba sa AS. Rumsay i Hamburger ukazuju da postoji grupa visokofunkcionalnih osoba sa autizmom koje se ne uklapaju u opis AS [16]. Autori su naglasili sličnost profila intelektualnog postignuća visokofunkcionalne grupe sa profilom niskofunkcionalne grupe. Ovi rezultati ukazuju da visoke sposobnosti u smislu visokog kvocijenta inteligencije nisu dovoljne za transformaciju autistične slike u sliku AS. Osim toga Tantam opisuje odrasle osobe sa AS i nižim nivoom intelektualnog funkcioniranja [17]. Gillberg takođe ukazuje na određen procenat osoba sa AS koji funkcionišu u okviru intelektualne ometenosti [18].

Vratimo se konstataciji Wingove, koja kaže da je AS praktična označka za decu koja odstupaju od Kanerovog opisa, tako da „atipičnost“ možda ne potiče samo od visine IQ-a.

Interesantana je studija Volkmar koji je koristio različite tipove socijalnog reagovanja osoba sa autizmom koje je definisala Wingove kao „udaljene“, „pasivne“ i „aktivne, ali čudne“. Autor je pronašao razlike između dece podeljene u tri grupe na osnovu socijalnog funkcioniranja. Utvrđeno je da je socijalni tip povezan sa inteligencijom tako da su „aktivna“ deca bila najinteligentnija, a „udaljena“ najmanje

inteligentna. Takođe su specifične sposobnosti bile mnogo češće (80%) u „aktivnoj“ grupi [19]. Možda bi deca koja pripadaju „aktivnoj“ grupi, koja su istovremeno naj-inteligentnija, odgovarala opisu AS.

ASPERGEROV SINDROM 1981 – 1994

Na osnovu rada Wingove, veći broj autora je predložio dijagnostičke kriterijume za AS [20, 17, 21]. Različite karakteristike su smatrane neophodnim ili potrebnim za dijagnozu. Npr. jedna trećina pacijenata koja je zadovoljavala Wingove kriterijume za AS nije ispunjavala Szatmarijeve, a skoro polovina nije ispunjavala Aspergerove ili kriterijume MKB-10.

Različiti dijagnostički sistemi zauzimaju različite pristupe dijagnozi AS. Neke definicije su veoma bliske autizmu, a druge naglašavaju područja razlikovanja. Čak i kada su definicije bliske autizmu neki autori smatraju da je poremećaj zapravo isti, a drugi naglašavaju da su određene „sržne“ karakteristike (npr. socijalni deficit) prisutne kod oba poremećaja.

DIJAGNOSTIČKI KRITERIJUMI ZA ASPERGEROV SINDROM

AS je po prvi put uključen u MKB-10 klasifikacioni sistem gde se nalazi u grupi pervazivnih razvojnih poremećaja [22]. Za razliku od autizma, kod AS ne postoji kašnjenje u kognitivnom razvoju i razvoju govora. Najveći broj osoba je normalnih intelektualnih sposobnosti, ali su često izrazito nespretni. Stanje se većinom javlja u dečaka (8:1).

Dijagnoza se zasniva na kombinaciji nedostatka klinički značajnog zastoja u razvoju govora ili kognitivnih sposobnosti uz prisustvo (kao kod autizma) kvalitativ-

nog oštećenja recipročnih socijalnih interakcija i skučenih repetitivnih i stereotipnih oblika ponašanja, interesovanja i aktivnosti. Mogu, ali ne moraju da postoje problemi u komunikaciji slični onima kod autizma, dok značajno kašnjenje govora isključuje ovu dijagnozu. MKB-10 i DSM-IV razlikuju autizam od AS na osnovu kriterijuma početka poremećaja, bez obzira na socijalna oštećenja koja pacijent pokazuje u kasnijem razvoju. Opisano je puno slučajeva za koje se smatralo da imaju AS, ali koji nisu zadovoljavali kriterijum početka poremećaja [20, 4].

VALIDNOST ASPERGEROVOG KONCEPTA KAO DIJAGNOSTIČ- KOG KONCEPTA

Neki autori smatraju da se klasifikacija ne može rešiti vraćanjem na opise Kanera i Aspergera, ali da će novi dijagnostički koncepti zahtevati i novo ime za dati poremećaj [23]. Ne može se očekivati da jedanaestoro dece koje je opisao Kaner i četvero dece koje je opisao Asperger pokriju čitav opseg manifestacija socijalnih oštećenja. Za razliku od njih koji nisu raspolagali današnjom istraživačkom metodologijom, na savremenim istraživačima je zadatak da ispitaju navedene dijagnostičke konstrukte na osnovu predvidljivosti ishoda ili neuropsiholoških i neurobioloških nalaza. Za razliku od debate «isti ili različiti» nova istraživanja prevazilaze kategorijalnu klasifikaciju fokusirajući se na bihevioralne manifestacije psiholoških ili neurobioloških mehanizama. Složeni sindromi kao što su AS i autizam su verovatno rezultat složenih kombinacija faktora koji na različit način utiču na različite komponente socijalnog razvoja. Profili genetske vulnerabilnosti i rezilijentnosti, bihevioralne, neuropsihološke ili neurobiološke kao i njihova kombi-

nacija mogu dovesti do različitih kliničkih sindroma koji pokazuju različite vrste socijalnog oštećenja. Ova mogućnost povezuje istraživanja o AS sa tek stvorenim socijalnim neuronaukama. Baš kao što je i autizam proteklih godina bio polje proučavanja sa stanovišta različitih teorija socijalizacije, njegovo proširenje u oblast blažih formi socijalnog oštećenja će sigurno dati doprinos novom talasu genetskih istraživanja i neuronaukama.

ZAŠTO SE POSEBNA PAŽNJA POKLANJA SOCIJALNOM OŠTEĆENJU KOD AUTIZMA?

Bilo koja psihološka funkcija, sama ili u kombinaciji sa drugim, može biti oštećena u razvoju, a socijalno oštećenje koje je jedno od mnogih, dobilo je posebnu pažnju jer je centralna karakteristika autističnog spektra bez obzira koje dijagnostičke kriterijume (AS ili autizam) koristimo. Socijalno oštećenje dovodi do zapanjujućih efekata na ponašanje i izoluje osobe sa ovim poremećajem od šire društvene zajednice. Wingova je predložila način klasifikovanja osoba sa autizmom prema socijalnom oštećenju u tri grupe (udaljena grupa, pasivna, aktivna, ali «čudna» grupa) [15].

Vraćajući se na pitanje validnosti AS diskusija koja sledi se fokusira na mere koje nisu uključene u definiciju (razlike u vremenu početka poremećaja i ranim razvojnim karakteristikama) i odnose se na dokaze validnosti AS u odnosu na visokofunkcionalni autizam.

NEUROPSIHOLOŠKI PROFILI

Wingova je smatrala da bi konzistentan profil psiholoških disfunkcija kod AS pružio važnu podršku njegovoj validnosti u odnosu na autizam. Studija Lincoln-a i saradnika pokazuje da osobe sa visokofunk-

cionalnim autizmom imaju značajnije deficite u području jezika [24], a Klinova da su neverbalne sposobnosti područje snage [25, 26]. Ipak, postoje važna razvojna upozorenja, npr. verbalne sposobnosti se mogu poboljšati sa uzrastom kod osoba sa visokofunkcionalnim autizmom, a razlike između verbalnih i neverbalnih veština se mogu posledično smanjiti. Podaci poredjena AS sa drugim stanjima (npr. shizoidnim poremećajem ličnosti ili pervazivnim razvojnim poremećajem koji nije specifikovan) skoro da ne postoje u literaturi.

Druga linija istraživanja se fokusirala na deficite u egzekutivnim funkcijama. Mali broj studija je u svoja istraživanja uključio osobe sa AS. Szatmarijeva studija ukazuje da grupa osoba sa AS ima nižu performansu na Wisconsin Card Sorting Test-u od kontrolne grupe, ali razlika nema statističku značajnost [27].

Nekoliko studija je ispitivalo sposobnost „teorije uma“ [28,29]. U studiji Oznoffa i saradnika ukazano je da se AS i autizam mogu razlikovati na osnovu sposobnosti „teorije uma“ [30], ali druge studije na potvrđuju ovaj nalaz [31,32].

NEUROBIOLOŠKE RAZLIKE

Wing je ukazala na veliki broj perinatalnih problema [4], a Gillberg i Gillberg su ukazali da je rizik veći za osobe sa autizmom nego sa AS [20].

Neke studije su ukazale na moguće razlike u CNS-u kod osoba sa AS i autizmom. McKelvey i saradnici su pokazali da tri pacijenta sa AS pokazuju abnormalnost de-sne hemisfere korišćenjem SPECT tehnike [33]. Berthier i saradnici su pokazali razlike abnormalnosti kod devet pacijenata sa AS korišćenjem MRI tehnike [34].

HEREDITARNI FAKTORI

Važnost genetskog doprinosa kod autizma je počela da se ispituje krajem 70-tih godina, iako su još Kaner i Asperger ukazali na neobične crte ličnosti kod članova porodice osoba sa autizmom i AS [5,1]. Dokazi dolaze iz porodičnih studija i studija blizanaca. Postoji povećana konkordantnost kod monozigotnih blizanaca i povećan rizik za autizam kod braće i sestara u odnosu na opštu populaciju. Iako su genetski faktori važni, u slučajevima monozigotnih blizanaca ne postoji uvek konkordantnost za autizam čime se ukazuje na ulogu sredinskih faktora. Dokazi različitih studija nam ukazuju da postoji mogućnost da je ono što opserviramo kod autizma jedan deo šireg fenotipa socio-komunikativnih teškoća [35].

Burgoine i Wing su opisali slučaj monozigotnih muških trojki sa AS [36]. Mnoge studije porodica su pokazale da u nekim od njih postoji preklapanje autizma i AS [37, 38]. U studiji Gillberga, u jednoj porodici majka je imala crte ličnosti Aspergerovog tipa i visoku inteligenciju, najstariji sin je imao Kanerov autizam i laku intelektualnu ometenost, srednji sin takođe Kanerov autizam i najmlađi sin AS sa visokom inteligencijom [39]. Ovi nalazi ukazuju da ipak postoje važne genetske veze koje spajaju AS i autizam, verovatno kao deo šire grupe poremećaja sa socijalnim oštećenjima.

KOMORBIDITET

Još jedno područje mogućih razlika autizma i AS je pitanje komorbiditeta. Postoje nalazi o povezanosti psihotične depresije i bipolarnog poremećaja sa AS [40]. Tantam je ukazao na povezanost sa shizofrenijom u studijama praćenja [40], ali drugi autori dovode u pitanje ove nalaze [41].

Moguće je da deca koja pokazuju shizoidni poremećaj ličnosti imaju povećan rizik za rani početak shizofrenije [42]. Tendencija osoba sa AS da pokazuju neodgovarajuću verbalizaciju može da dovede do dezorganizujućeg kvaliteta interakcije sa ljudima.

Howlin i Goode ukazuju na radove koji pokazuju povezanost autizma i AS sa afektivnim poremećajima [43]. Literatura o komorbidnim psihijatrijskim stanjima je ograničena i ne pokazuje različit obrazac povezanosti sa autizmom i AS.

ISHOD

Aspergerov originalni rad govori o pozitivnom ishodu za mnoge pacijente, naročito one koji su mogli da se radno angažuju [1]. Smatrao je da je pozitivan ishod važan faktor u razlikovanju AS i autizma. Osobe sa AS mogu okolini delovati kao čudaci, ekscentrični, ali ne i kao psihijatrijski bolesnici, tako da veliki broj osoba sa AS nikada ne potraži pomoć psihijatra. Čak i oni koji je potraže mogu imati dobru prognozu, a to znači da mogu da vode samostalan život i da funkcionišu na profesionalnom i ličnom planu. Dijagnoza AS se daje poslednjih dvadeset godina, a pre toga ove osobe su mogle da dobiju sledeće dijagnoze: «granični», «shizotipalni», «shizoidni» poremećaj ličnosti, «minimalna moždana disfunkcija» i sl. [44].

Iako je prognoza u pogledu postizanja akademskih veština i samostalnog življenja mnogo bolja nego pre dvadesetak godina, istraživanja pokazuju da u odrasлом dobu i dalje perzistiraju bihevioralni, kognitivni i socijalni problemi kod osoba sa AS [17]. Takođe ostaje važno pitanje, da li postoje razlike u ishodu za osobe sa autizmom i AS koje funkcionišu na približno sličnom intelektualnom

nivou. Szatmari i Bremner su ukazali na minimalne razlike u ishodu kod dece sa AS i visokofunkcionalnim autizmom [45].

TRETMAN

Različito reagovanje na tretman bi bio važan način validacije AS u odnosu na druga stanja. Ipak, nema sistematskih studija koje ispituju efikasnost tretmana kod osoba sa AS i visokofunkcionalnim autizmom.

Na osnovu opservacije Klin i Volkmar su zapazili da osobe sa AS mogu biti socijalno izolovane, ali da nisu povučene i socijalno nezainteresovane kao osobe sa autizmom [23]. Baš suprotno, one prilaze drugim ljudima, ali na ekscentričan način. Povajljani neuspesi u socijalnim odnosima mogu biti razlog za pojavu kliničke depresije kod osoba sa AS. Postojanje unutrašnje motivacije za uspostavljanje socijalnih kontakata je važno za rad terapeuta koji mogu da utiču na razvoj socijalnih veština osoba sa AS. Ovakav vid rada je poželjan i sa osobama sa autizmom, ali zbog prirodne nezainteresovanosti za ljude ishodi edukacije mogu biti različiti [46]. Postojanje očuvanih verbalnih sposobnosti je još jedan važan resurs u postizanju bolje adaptacije. Ipak, najbolji način koncipiranja programa bi bio onaj koji je specifičan za konkretnu osobu, a ne dijagnozu [47].

RAZLIKA ASPERGEROV SINDROM – AUTIZAM KOJA JE VAŽNA ZA ISTRAŽIVAČE

U istraživanju za DSM-IV utvrđeno je da se AS razlikuje od autizma u pogledu IQ-a, određenih simptoma i ponašanja zbog kojih je uključen kao zasebna dijagnostička kategorija, ali sa naznakom da dijagnostička validnost nije

utvrđena odn. da nije utvrđeno da li je u pitanju zaseban sindrom ili ne [48]. Pribavljeno je da dijagnozu najviše koriste kliničari, iako se istraživači ne mogu usaglasiti oko validnosti.

Ukoliko se AS i autizam razlikuju po nivou razvijenosti jezika, socijalnim postignućima i simptomima, trebalo bi ispitati da li se AS i autizam razlikuju i po drugim karakteristikama, nezavisnim od dijagnostičkih kriterijuma. Da bi dva poremećaja bila različita moraju se razlikovati po karakteristikama koje su nezavisne od dijagnostičkih kriterijuma, npr. etiologije, ishoda, reagovanja na tretman, a takvih istraživanja još uvek nema dovoljno.

RAZLIKA ASPERGEROV SINDROM – AUTIZAM KOJA JE VAŽNA ZA KLINIČKU PRAKSU

Dešava se da ugledni naučnici ili visokoobrazovani ljudi traže pomoć stručnjaka kada ne mogu da ispune socijalne zahteve u životu. U zajedničkom traganju, stručnjak i pacijent dolaze do koncepta AS. Izgleda da ovi pacijenti nikada ne bi dobili profesionalnu pomoć da je jedina dostupna dijagnostička kategorija bila autizam. Ovaj podatak Wingova smatra najznačajnijim kliničkim aspektom rada [15].

Decenije aktivnog učešća roditelja su obezbedile programe za decu sa autizmom i intelektualnom ometenošću. Programi su usmereni na razvijanje veština samopomoći, podsticanje razvoja govora i elementarnih socijalnih veština. Za decu sa AS postojeći programi nisu adekvatni jer su osobe sa AS ovladale navedenim veštinama. Pored toga, programi ne uvažavaju specifičan način učenja i kognitivni stil osoba sa AS. I na kraju

ju, osobama sa AS se ne odobravaju programi iz oblasti specijalnog obrazovanja jer su «previše pametni» [49].

RAZLIKA ASPERGEROV SINDROM – AUTIZAM KOJA JE VAŽNA ZA RODITELJE

Roditelji se najviše brinu da li će njihova deca moći da vode samostalan život. Zato je važno istražiti uzroke uspešne i neuspešne adaptacije osoba sa AS. U praksi se mogu videti uspešne osobe sa AS koje imaju posao i porodicu, ali i one koje su ostale zavisne od primarne porodice. Najčešći razlog slabijeg ishoda za osobe sa AS su ne razvijene socijalne veštine.

Tantam smatra da razlike u ishodu zavise od IQ-a, razvijenosti govora, pridruženosti psihiatrijskih stanja, ali i od emocionalnih faktora – atmosfere u porodici i pravilnog vaspitanja autističnih crta [40].

RAZLIKA ASPERGEROV SINDROM – AUTIZAM KOJA JE VAŽNA ZA SAME OSOBE SA ASPERGEROVIM SINDROMOM

Nedostatak unutrašnjeg doživljaja socijalnog sveta ponekada čini spoljašnji svet hostilnim i krajnje neprijemčivim mestom za osobe sa AS. Teže uspostavljaju prijateljstva, partnerske odnose, teže nalaze posao. Osobe tipičnog razvoja bi trebalo da uvažavaju razlike među ljudima i da omoguće ljudima koji imaju ponašanje i stanovišta drugaćija od ostalih da ravnopravno koriste resurse u zajednici. Sa druge strane, osobama sa AS se mora pružiti pomoć da se približe «glavnom toku» tj. široj društvenoj zajednici. Opasnost koja uvek preti je da osobe sa AS ostanu izolovane i na margini društva.

ZAKLJUČAK

Napor validiranja AS kao dijagnostičkog koncepta ne bi trebalo vezivati za neempirijske ideje kao što su sličnosti i razlike sa autizmom. Da bi smo utvrdili da li su koncepti isti ili ne potrebno je da imamo dovoljno znanja o spektru autističnih poremećaja i mesta gde se konkretne osobe na njemu nalaze. Ovaj spektar je multidimenzionalan, spaja razvoj i psihopatologiju u područjima kao što su socijalizacija, kognicija, komunikacija i dr. Diskusija ne bi obuhvatila samo autizam i AS nego i mnoga druga stanja.

Ponavljanje pitanje prirode socijalnog deficitu koji se razlikuje kod AS i autizma je važno. Tantam ukazuje da osobe sa AS teže socijalnim interakcijama [17], a Van Krevelen ističe socijalno izbegavanje kod osoba sa autizmom [3]. Ove razlike bi mogle da se izgube u odsustvu osetljivih mera socijalnih interakcija i prisustva globalnih definicija.

Napredak u epidemiološkim studijama zavisi od definicije AS. Nedostatak konsenzusa oko dijagnoze AS bi mogao da znači da su trenutni podaci o prevalenciji poremećaja aproksimativni.

Dijagnostičko pitanje je važno i kada se ispituje ishod poremećaja i reagovanje na tretman. To su dve važne varijable koje se moraju razmatrati u validaciji AS.

Nalazi neurobioloških i genetskih studija mogu da pomognu u sagledavanju validnosti ovih i drugih sličnih stanja. Molekularna genetika bi mogla da nam otkrije gene koji su uključeni u autizam i da nam pojasni mehanizme uključene u poremećaje socijalizacije.

ASPERGER SYNDROME: DIAGNOSTIC VALIDITY

Ivona Milačić – Vidojević

Faculty for special education
and rehabilitation, Belgrade, Serbia

Summary

This paper presents actual controversy regarding diagnosis, differential diagnosis and status of Asperger syndrome today. Reasons for support distinct diagnostic categories as well as spectrum notion of autism are discussed.

There are differences across diagnostic systems including whether Asperger syndrome is used as a term to denote milder difficulties than autism, whether neuropsychological profiles are assumed to be important, whether the nature of the social deficit is considered to be different to that in autism. Several emerging lines of data are suggestive of some differences from autism in predictions of outcome, co-morbidity with other psychiatric disorders, neuropsychological profiles, family genetics or response to treatment. They all would be potential external validators if they were not used as part of selection criteria in the first place.

Key words: Asperger syndrome, diagnosis, differential diagnosis

Literatura:

1. Asperger H. «Autistic psychopathy» in childhood, translated by Uta Frith, in Autism and Asperger syndrome. Cambridge. Cambridge University press; 1991.p.6-32.
2. Bosh G. Infantile autism. New York. Springer –Verlag; 1970.
3. Van Krevelen D. Early infantile autism and autistic psychopathy. J Autism Child Schizophr 1971; 1: 82-6.
4. Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account. Psychol Med 1981; 11: 115-29.
5. Kaner L. Autistic disturbances of affective contact. Nerv Child 1943; 2: 217-50.
6. Bender L. Childhood schizophrenia: clinical study of 100 schizophrenic children. Am J Orthopsychiatry 1947; 17: 40-56.
7. Creak E.M. Schizophrenic syndrome in childhood: progress report of a working party. Cereb Palsy Bull 1961; 3: 501-4.
8. De Sanctis S. Sopra alcune varietà della demenza precoce. Rivista Sperimentale di Freniatria e di Medicina Legale 1906; 32: 141-65.
9. Hulse W.C. Dementia infantilis. J Nerv Ment Dis 1954; 119: 471-7.
10. Earl C.J.C. The primitive catatonic psychosis of idiocy. Br J Med Psychol 1934; 14: 230-53.
11. Mahler M. S. On child psychoses and schizophrenia: autistic and symbiotic infantile psychoses. Psychoanal Study Child 1952; 7: 283-305.
12. Weintraub S, Mesulam M.M. Developmental learning disabilities of the right hemisphere. Arch Neurol 1983; 40: 463-8.

13. Sparrow S, Rescorla L, Provence S, London S et al. Follow up of «atypical» children. *J Am Acad Child Psychiatry* 1986; 25: 181-5.
14. Rapin I, Allen D. Developmental language disorders. In: Kirk U, editor. *Neuropsychology of language, reading, and spelling*. New York: Academic; 1983. p. 139-61.
15. Wing L. The continuum of autistic characteristics. In: Schopler E, Mesibov G, editors. *Diagnosis and assessment in autism*. New York: Plenum Press; 1988. p. 218-34.
16. Rumsay J, Hamburger S. D. Neuropsychological findings in high functioning men with infantile autism, residual state. *J Clin Exp Neuropsychol* 1988; 10: 201-21.
17. Tantam D. Asperger's syndrome. *J Child Psychol Psychiatry* 1988; 29: 245-55.
18. Gillberg C. Asperger syndrome and high functioning autism. *Br J Psychiatry* 1988; 172: 200-9.
19. Volkmar F. Desintegrative disorder or late onset autism. *J Child Psychol Psychiatry* 1989; 5: 717-24.
20. Gillberg C. Aspergers syndrome in 23 Swedish children. *Dev Med Child Neurol* 1989; 31: 520-31.
21. Szatmari P, Bartolucci G, Bremner R. Asperger's syndrome and autism Comparisons on early history and outcome. *J Dev Med Child Neurol* 1989; 31: 709-20.
22. World Health Organization, International Classification of Disease, 10th revision, Geneva: WHO, 1990.
23. Volkmar F, Klin A, Siegel B, Szatmari P, Lord C. DSM-IV autism/PDD field trial. *Am J Psychiatry* 2000; 151: 1361-67.
24. Lincoln A, Courchesne E, Allen M, Hanson E, Ene M. Neurobiology of Asperger syndrome: Seven case studies and quantitative magnetic resonance imaging findings. In: Schopler E, Mesibov G, Kunce L, editors. *Asperger syndrome or high-functioning autism?* New York: Plenum Press; 1998. p.145-66.
25. Klin A, Carter A, Sparrow S. Psychological assessment of children with autism. In: Cohen D.J, Volkmar F, editors. *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. New York: Wiley; 1997. p.418-27.
26. Milačić I. Kognitivne teorije autizma. U: Bojanin S, editor. *Autizam danas*. Beograd: ZUNS; 2001. str. 188-201.
27. Szatmari P, Tuff L, Finlayson M.A.J, Bartolucci G. Asperger's syndrome and autism Neurocognitive aspects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 1: 130-36.
28. Baron-Cohen S, Tager-Flusberg H, Cohen D, editors. *Understanding other minds: Perspectives from autism* (2nd.ed.). Oxford: Oxford University Press; 1999.
29. Happé F. The role of age and verbal ability in the theory of mind task performance of subjects with autism. *Child Dev* 1995; 3: 843-55.
30. Ozonoff S, Rogers S, Pennington B. Asperger's syndrome: Evidence of an empirical distinction from high-functioning autism. *J Child Psychol Psychiatry* 1991; 7: 1107-122.
31. Bowler M. «Theory of mind» in Asperger syndrome. *J Child Psychol Psychiatry* 1992; 33: 605-15.
32. Dahlgren S, Trillingsgaard A. Theory of mind in non-retarded children with autism and Asperger's syndrome. A research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1996; 37: 759-63.
33. McKelvey J, Lambert R, Mottron L, Shevell M. Right-hemisphere dysfunction in Asperger's syndrome. *J Child Neurol* 1995; 4: 310-14.
34. Berthier M, Starkstein S, Leugarda R. Developmental cortical anomalies in Asperger's syndrome: Neuroradiological findings in two patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1990; 2: 197-201.
35. Bailey A, Le Couteur A, Gottesman I, Bolton P, Siminoff E, Yuzda E, Rutter M. Autism as strongly genetic disorder: Evidence from a British twin study. *Psychol Med* 1995; 25: 63-77.
36. Burgoine E, Wing L. Identical triplets with Asperger syndrome, *Br J Psychiatry* 1983; 143: 261-5.

37. Bowman P. Aspergers syndrome and autism: The case for a connection. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 377-82.
38. Gillberg C. Clinical and neurobiological aspects of Asperger syndrome in six family studies. In: Frith U. «Autism and Asperger syndrome». Cambridge: Cambridge University Press; 1991.p. 88-121.
39. Gillberg C. Aspergers syndrome and recurrent psychosis, a case study. *J Autism Dev Disord* 1995; 15: 389-98.
40. Tantam D. Aspergers syndrome in adulthood. In: Frith U, editor. *Autism and Asperger syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press; 1991. p.147-83.
41. Ghaziuddin M, Leininger L, Tsai L. Brief report: Thought disorder in Asperger syndrome: Comparison with high-functioning autism. *J Autism Dev Disord* 1995; 3: 311-17.
42. Werry S. Child and adolescent schizophrenia: A review in light of DSM-III-R. *J Autism Dev Disord* 1992; 22: 601-24.
43. Howlin P, Goode S. Outcome in adult life for people with autism and Aspergers syndrome. In: Volkmar F, editor. *Autism and pervasive developmental disorders*. Cambridge. Cambridge University Press;1998. 209-41.
44. Milačić I. Shvatanje Aspergerovog sindroma danas. Beogradska defektološka škola 1997; 2: 119-27.
45. Szatmari P, Bremner R, Nagy J. Asperger's syndrome a review of clinical features. *Can J Psychiatry* 1989; 34: 554-60.
46. Milačić I. Aspergerov sindrom ili visoko-funkcionalni autizam. Beograd: samizdat; 2004.
47. Milačić I. Autizam: dijagnoza i tretman. Beograd: FASPER; 2008.
48. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
49. Milačić I. Stil učenja osoba sa autizmom i implikacije za edukaciju. Beogradska defektološka škola 2008; 2: 139-50.

Ivana Milačić-Vidojević
Podgorička 5
11000 Beograd
tel 244 98 94 mob 063 88 49 173
E mail mivona@sbb.rs

PSIHIČKA REALNOST U KLASIČNOJ PSIHOANALITIČKOJ TEORIJI

Boris Kordić

UDK: 615.851.1

Fakultet bezbednosti
Univerzitet u Beogradu, Beograd, Serbia

UVOD

Gоворити о психичкој реалности није тако једноставно. Сам појам реалност се односи на све онога што постоји. Слику о реалности добијамо на основу опаžања, а о самој реалности закључујемо на основу размишљања јер није све што видимо онако како реално постоји. Стога се и прави разлика између онога што је појавно и реално. Появно је опаžено, а о реалном закључујемо. Да ли

Kratak sadržaj

Psihanaliza ukazuje на постојање психичке реалности која има карактеристике конзистентности и отпора слично материјалној реалности. Као што о материјалној реалности закључујемо на основу опаžања, тако о психичкој реалности закључујемо на основу самоопаžања. Preciznije rečeno, psihanaliza kroz тумачење фантазија закључује о нesvesnim жељама и психичким меhanizmima који стоје у pozadini. Psihičkoj realnosti припада rad sna koji putem primarnih процеса vodi nesvesnu жељu ka испunjenuju жеље. Manifestna slika sna kao испunjenuje жеље odgovara halucinatornoj reprodukciji опаžаја објекта на којем је ostvareno задовољење nagonskog poticaja. Po red rada sna Sendler postulira rad опаžаја који је usmeren na otkrivanje материјалне реалности. Rad опаžаја se odvija po principu реалности, за razliku od rada sna који se odvija по principu задовољства. Zahvaljujući раду опаžаја ojačava se Ja kao instanca ličnosti, а паралелно se odvija процес integracije koji до прinosи stanju dobrog bitisanja. На taj начин је Ja у stanju да se delimično odvoji od nagonske sfere i ovlada реалношћу како материјалном (organskom) tako и психичком. Rad опаžаја и relativna autonomija Ja су preduslovi za спознјај материјалне и психичке реалности.

Ključne reči: psychoanalysis, reality, theory

се слична затајивања однose и на појам психичке реалности?

O психичкој реалности можемо закључивати на основу самоопаžања. Самоопаžањем добијамо sliku o unutrašnjem svetu који је sazdan mahom od slike sećanja, мање и razmišljanja. Građu за slike sećanja i maštu psiga dobija на основу опаžаја спољашnjeg sveta. Međutim, zakonitosti takozvane objektivne реалности, односно споља-

šnje realnosti, su drugačije od zakonitosti koje upravljaju psihičkom realnošću. Psihička realnost za Frojda nije isto što i unutrašnja realnost za naučnike-istraživače. Dualitet između unutrašnje i spoljašnje realnosti shvata se, u psihologiji kao nauci, kao razlika između onoga što je prisutno u svesti samo jedne osobe (njen duševni svet) od onoga što može da bude predmet svesti za više ljudi (svi možemo da opažamo spoljašnju realnost). O unutrašnjoj realnosti saznajemo na osnovu samoopažanja a o spoljašnjoj na osnovu opažanja [1]. Kada koristi izraz „psihička realnost“ Frojd misli na nešto što je u psihizmu subjekta konzistentno i pruža otpor slično kao što materijalna realnost ima osobine konzistentnosti i otpora [2]. Tako, na primer, razne prolazne misli i utisci neće imati kvalitet psihičke realnosti mada su deo unutrašnjeg sveta, ali će nesvesne želje i fantazije, o kojima zaključujemo na osnovu prolaznih misli i utiska, biti označene kao psihička realnost.

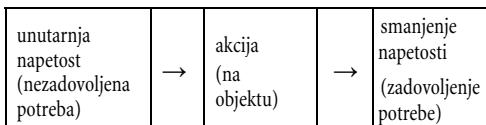
U ovom radu ćemo se pozabaviti razumevanjem psihičke realnosti onako kako je koncipirana u klasičnoj psihanalitičkoj teoriji, prvenstveno kod Frojda, jer je to *sine qua non* za razumevanje prakse psihanalize. U radu sa pacijentima psihanalitičari polaze od nekih osnovnih prepostavki koje su sadržane u Frojdovom modelu psihičke realnosti.

PSIHIČKA REALNOST U FROJDOVOJ TEORIJI

Razlika između unutrašnje i spoljašnje realnosti došla je do izražaja u Frojdovoj teoriji traume [3]. U prvoj teoriji nastanak traume je vezan za stvarni događaj u spoljašnjem svetu, da bi kasnije Frojd promenio datu tezu i rekao da konstrukcije u fantaziji mogu biti uzročnik traume. Fantazija predstavlja zamišljeni scenario u kojem je subjekt prisutan ne samo kao posmatrač

već i kao akter. Kroz scenario se prikazuje ispunjenje neke nesvesne želje, dakle, prisutan je i objekat želje [4]. Zbog dejstva odbrambenih mehanizama, fantazije su uvek iskrivljeni prikaz nesvesne želje, u kojem je moguća i zamena uloga između subjekta i objekta. Pored ostalog, odbrambeni mehanizmi su odgovorni i za iskrivljenje realnosti [5]. Dakle, na primeru traumatskog događaja može se napraviti razlika između unutrašnje i spoljašnje realnosti. Prema prvoj teoriji traume, traumatski događaj u psihičkom svetu se shvata kao sećanje na stvarni događaj koji se dogodio u prošlosti, dok se prema drugoj teoriji isti traumatski događaj posmatra kao konstrukcija koja je nastala usled dejstva nesvesne želje. Npr., slika sećanja na seksualno zavodenje u detinjstvu može biti posledica stvarnog događaja a može biti iskonstruisana u fantaziji.

Fantazija odgovara pojavnom u objektivnoj realnosti i razumevanje njenog nastanka je ključno za izvođenje zaključaka o psihičkoj realnosti i zakonitostima u čovekovom psihizmu. Zahvaljujući fantaziji može se zahvatiti proces prelaza između različitih nivoa svesnosti, odnosno sistema svesno, predsvesno i nesvesno. Fantazija takođe odražava osnovni motivacioni ciklus [6]: unutrašnja napetost u organizmu koja ukazuje na nezadovoljenu potrebu pokreće čoveka na akciju usmerenu na nalaženje objekta koji će zadovoljiti potrebu, a s tim i smanjiti napetost. Ukratko to možemo prikazati na sledeći način:



Osnovni motivacioni ciklus je karakterističan za biološke motive koji su povezani sa potrebama organizma, kao što su potreba za spavanjem, glad, žed, seksualne po-

trebe i slično. Frojda interesuje kako se ti procesi odražavaju na psihičkom planu. Unutrašnja napetost nastaje na osnovu narastajućih potreba organizma, a na psihičkom planu se doživljava kao poticaj. Akcija nastala kao reakcija na potrebu je propraćena opažajima jer se traga za objektom zadovoljenja potrebe, a smanjenje napetosti se oseća kao doživljaj zadovoljenja. To možemo prikazati na sledeći način:

unutarnja napetost	→	akcija	→	smanjenje napetosti
(potreba) poticaj	→	opažaj (objekta)	→	doživljaj zadovoljenja

Zahvaljujući sposobnosti pamćenja, poticaj ostavlja trag sećanja na sebe, opažaji ostavljaju slike sećanja, a doživljaj zadovoljenja je povezan sa opažajem objekta koji donosi zadovoljenje potrebe. Kada je ovaj psihički pandan motivacionog ciklusa uspostavljen, može se posmatrati njegova dinamika nezavisno od onoga što se dešava u organizmu. Drugim rečima, i bez javljanja potrebe trag sećanja na poticaj može da pokrene psihički proces. Taj trag sećanja Frojd naziva nesvesnom željom. Ona teži da pokrene ciklus na psihičkom planu, da izazove opažaj koji je povezan sa doživljajem prvobitnog zadovoljenja potrebe. Na taj način se postiže stanje koje Frojd zove ispunjenje želje. Prvobitno ispunjenje želje odvijalo se kroz halucinatornu reprodukciju opažaja [7]. Sada motivacioni ciklus možemo prikazati ovako:

trag sećanja na poticaj	→	slika sećanja	→	izazivanje opažaja
nesvesna želja	→		→	ispunjene želje

Za razumevanje motivacionog ciklusa kod Frojda potrebno je osvrnuti se na njegovu teoriju nagona. U jednom periodu Frojd je razlikovao nagone za samoodržanjem (kao što su glad, žed i slični) od nagona za održanjem vrste (seksualni nagon) [8]. Mo-

tivacioni ciklus kod nagona za samoodržanjem je mnogo jednostavniji jer se lakše veže za objekt zadovoljenja. Kod seksualnih nagona situacija je drugačija. Oni se postepeno razvijaju i kroz period od rođenja do puberteta oni ne mogu da nađu pravi objekt svog zadovoljenja. Zato se ono što je vezano za libido, kako Frojd naziva energiju seksualnog nagona, dobrim delom zbiva u psihičkom svetu. Kad govori o nesvesnoj želji i ispunjenju želje, Frojd prvenstveno misli na libido. Tako Frojd na momente govori o fantaziji želje povezujući je sa nesvesnom željom, na momente govori o subliminalnoj fantaziji, onoj koje trenutno nismo svesni, ili govori o dnevnim sanjarenjima kao svesnom delu fantazije. Dakle, fantazija se javlja tako da može pokriti sve delove motivacionog ciklusa.

Frojd se najviše bavio fantazijama kroz analizu snova i tu je pokazao sve navedene razlike u javljanju fantazija. Posebno je razlikovao manifestnu sliku sna (slike sna kojih se sećamo) od latentne slike sna (ono što se otkriva analizom sna). Da bi se san analizirao treba poznavati logiku kojom se rukovodi nastanak sna. Proces stvaranja sna Frojd je nazvao rad sna. Čine ga razni psihički mehanizmi kao što su pomeranje, sažimanje, obziri prema prikazivosti i sekundarna elaboracija. Njihova logika je, pak, vezana za nesvesnu želju i ispunjenje želje, a taj proces se odvija putem težnje za identitetom opažaja, tj. ponavljanjem opažaja koji je povezan sa zadovoljenjem potrebe.

Logiku koja je vezana za ispunjenje želje Frojd je posmatrao kao deo tzv. primarnog procesa koji se rukovodi principom zadovoljstva, a samim time i težnjom za identitetom opažaja. Za razliku od toga, naknadno se razvija sekundarni proces koji se zasniva na identitetu misli, tj. identitetima između predstava koje se pokušavaju oslobođiti principa zadovoljstva i nastoje da se upravljaju po principu realnosti, dakle odlaganjem zadovoljstva i traganjem za prihvatljivim oblicima zadovoljenja [9]. Na taj način

se identitet misli i mišljenje uopšte može posmatrati kao zaobilazni put ka zadovoljenju želja.

trag sećanja na poticaj	→	slika sećanja	→	izazivanje opažaja
težnja za identitetom opažaja				halucinatorna reprodukcija opažaja
nesvesna želja	→	primarni proces	→	ispunjene želje
latentna slika sna	→	rad sna	→	manifestni san

Sada se jasno vidi kako je moguće da se na psihičkom planu odvija određeni psihički proces koji je nastao na osnovu realnih događaja podstaknutih potrebama i naknadno postao relativno nezavisан od spoljašnjeg dešavanja. Razumevanje te unutrašnje logike vezane za primarni proces i ispunjenje nesvesne želje od ključne je važnosti za razumevanje psihanalitičkih teorija.

SENDLEROV DOPRINOS TEORIJI PSIHIČKE REALNOSTI

Sendler polazi od specifične uloge koju opažanje ima u razvoju čoveka i njegovom prilagođavanju realnosti u kojem će princip realnosti sve više imati udela [10]. Stoga on uz rad sna, koji je vezan za princip zadovoljstva, postulira rad opažanja, koji je vezan za princip realnosti. Dakle, iako su opažaji materijal koji će poslužiti u radu sna (tamo gde važi identitet opažaja), oni se pre svega odnose na draži koje dolaze iz spoljašnje sredine. Tako je osnovni kriterijum razlikovanja rada sna i rada opažanja vezan za lociranje draženja, da li ono dolazi iz spoljašnjeg sveta ili iz unutrašnjeg, psihičkog sveta. San se bazira na draženjima koja dolaze iz unutrašnjeg sveta (podsticaji koji dolaze od nagona), iako za slike sna koristi opažajne materijale uglavnom iz sećanja na događaje pretходnog dana. A rad opažanja se vezuje za spoljašnja draženja i potrebu jedinke da

upozna realnost radi prilagođavanja njenim zahtevima i uslovima.

To osnovno razlikovanje možemo pregledno i pojednostavljeni prikazati na sledeći način:

psihički rad:	opažanja	sna
draž:	spoljašnja	nagonska
realnost:	materijalna	psihička
predstave:	opažaji, sećanja	fantazije
princip:	realnosti	zadovoljstva

Bračni par Sendlerovih, oboje psihanalitičari i pripadnici škole Ane Frojd, nastavljaju tradiciju klasične psihanalize. Njihovi doprinosi su značajni jer upotpunjaju Frojdovu teoriju ličnosti i to u onom delu koji se tiče razumevanja normalnog psihičkog funkcionisanja nevezanog za setting u psihanalitičkoj terapiji. Postulat o psihičkom radu opažanja je logičan ishod Frojdove teorije. Razvojem psihičkog aparata posebno se bavila škola psihanalize nazvana Psihologija Ja [11]. Stoga ćemo prikazati što je Frojd imao da kaže na temu psihičkih procesa vezanih za opažanje i pamćenje.

OSNOVNI PSIHIČKI PROCESI U FROJDOVOJ TEORIJI

Frojd se interesovao za psihičke procese razmatrajući mehanizme kojima organizam prima informacije iz sredine i kojima ih daje obraduje. Takođe je pratilo efekte navedenih procesa na organizam i njegovo funkcionisanje u celini. Pošao je od činjenice da je organizam izložen različitim draženjima. Razlikovalo je unutrašnja draženja koja dolaze iz potreba organizma, odnosno nagona, i spoljašnja draženja koja primamo preko čula iz spoljašnje sredine. Frojda je interesovala psihička ekonomija i stoga se pitao kako organizam izlazi na kraj sa draženjima. Na osnovu iskustva u radu sa pacijentima pošao je od pretpostavke da je organizam u stanju da obradi određenu količinu draženja, a da preterano draženje koje ne

uspe da se obradi predstavlja traumu za organizam. Takođe je pretpostavio da postoji psihički aparat, nazvan „barijera protiv draži“ [12], koji pasivno filtrira draženja i ima funkciju analognu koži kao površinskom sloju koji štiti organizam od uticaja spolja. Dakle, barijera protiv draži štiti psihu od draženja koja dolaze iz spoljašnjeg sveta jer je preterani intenzitet draženja ugrožavajući. U tom smislu je prva faza traume predstavljena probijanjem barijere protiv draži.

Ispod tog prvog zaštitnog sloja, barijere protiv draži, nalazi se drugi sloj. To je prijemni sloj i Frojd ga je nazvao sistem opažanje-svest (O-Sv). Njegov zadatak je da prima informacije kako iz spoljašnjeg tako i iz unutrašnjeg sveta. Kad je reč o unutrašnjem svetu, tu se posebno ističu informacije vezane za osećajni ton ugodno-neugodno i ozivljena sećanja. Karakteristično je da u sistemu O-Sv ništa ne ostaje trajno upisano i da on ima slobodno pokretljivu energiju kojom može da investira pojedine elemente (što u osnovi predstavlja mehanizam pažnje). Naredni sloj čini sistem predsvesno-svesno (Psv-Sv) u kojem se upisuju tragovi sećanja. Možemo reći da u ovom sistemu važe mehanizmi pamćenja. Sistem opažanje-svesno-predsvesno kroz diskontinuitet u prenošenju draži stvara osećaj za vreme [13].

Frojgov model opažanja i pamćenja je blizak psihološkim tumačenjima procesa opažanja i pamćenja. Osnovna razlika leži u postuliranju barijere protiv draži kao dela psihičkog aparata koji ima zaštitničku funkciju. Druga značajna razlika je u postuliranju nesvesnog kao dela psihičke realnosti. Upravo je nesvesno nosilac osobina konzistentnosti i otpora koje su karakteristične kako za materijalnu tako i za psihičku realnost. U prethodnom tekstu smo pokazali da se nesvesnom približavamo poznavanjem mehanizama odbrane i psihičkog rada, kao i tumačenjem manifestnih sadržaja. To se jasno vidi kroz tumačenje snova kada se iz manifestne slike sna, a na osnovu poznavanja mehanizama rada sna, zaključuje o latentnim mislima sna.

PSIHIČKI PROCESI U OKVIRU STRUKTURNJE TEORIJE

Frojd je, u kasnijem razdoblju svog stvaralaštva, razvio struktturnu teoriju po kojoj se psihički aparat deli na Ja, Ono i Nad-Ja. Ja ili Ego se shvata kao deo psihičkog aparata koji je nastao pod neposrednim uticajem spoljašnjeg sveta posredstvom sistema O-Sv. U tom smislu Ja predstavlja nastavak diferencijacije koja se odvija na površini psihе, na mestima kontakta sa spoljašnjom sredinom. Međutim, Ja nosi i osobine sistema Psv-Sv s obzirom na to da se dobar deo njegovih akcija odvija van svesti, dakle nesvesno. Značajna funkcija Ja biće vezana za načine kako se izlazi na kraj sa opažanjem neprijatnih osećanja (signalna anksioznost). Da bi postiglo slobodu od anksioznosti Ja se oslanja na mehanizme odbrane koji su uglavnom nesvesni.

Sendler je pošao od Frojdovih zapažanja da je funkcija Ja povezana sa aktivnostima usmerenim na ovlađavanje eksicitacijama, a za tu svrhu Ja ima na raspolaganju mehanizme odbrane, opažanje i slične procese [14]. U tom smislu akt opažanja označava akt ego-ovladanosti kojom se Ja nosi sa eksicitacijom, drugim rečima, sa neorganizovanim čulnim podacima, tako što te podatke smeti u referentne okvire i pridaje im određena značenja (npr. ideje vezane za nagone). Kad su referentni okviri i značenja jednom uspostavljeni, dolazeće draži se procenjuju prema iskustvu i očekivanjima. Toga po pravilu postajemo svesni kada čulni podaci odstupaju od referentnog okvira. Na primer, kad hodamo i zakoračimo u prazno, mi postajemo svesni odstupanja i tada doživljavamo neprijatnost.

Sendler je zapazio da se tokom akta opažanja odvija još jedan proces koji značajno doprinosi psihičkom funkcionisanju. To je proces integracije koji posebno ne registrujemo jer postoji u pozadini našeg svakodnevnog iskustva. On je odgovoran za po-

zadinsko osećanje sigurnosti. Iz svog zapožanja Sendler je izvukao implikacije koje se tiču principa funkcionisanja psihe. Tako, pored principa zadovoljstva i principa realnosti, postoji princip sigurnosti koji, pored ostalog, ima ulogu da posreduje razvoj principa realnosti iz principa zadovoljstva.

Ovim korekcijama Sendler je jasno razdvojio rad opažanja od rada sna i dao mesto procesu integracije koji se odvija paralelno sa ostalim psihičkim procesima, što se vidi iz naredne tabele.

rad:	opažanja	integracije	sna
draž:	spoljašnja	nema preteranog draženja	nagonska
Ja koristi:	modifikaciju i kontrolu opažanja	sile vezivanja	mehanizme odbrane
princip:	realnosti	sigurnosti	zadovoljstva

Na osnovu ovih razmatranja Sendler je zaključio da u našem iskustvu postoji pozadinsko osećanje sigurnosti i to nezavisno od osećanja anksioznosti, tj. da ne postoji u strogoj sprezi sa odsustvom signala anksioznosti, već postoji zahvaljujući postojanju signala sigurnosti. Pod signalima se misli na onu vrstu tumačenja određenih opažaja na osnovu kojih psiha procenjuje stanja zaštitenoštiti odnosno opasnosti.

Sendlerovo tumačenje signala sigurnosti i anksioznosti nije do kraja konzistentno. Signal sigurnosti je povezan sa situacijama kada nema preteranog draženja, tj. kada nema anksioznosti, a anksioznost se javlja kada je draženje takvo da preti probijanjem barijere protiv draži. Dakle, signali sigurnosti i anksioznosti se javljaju zavisno od količine draženja koja podrazumeva i kvalitet draženja, tj. da li je draženje ugrožavajuće po psihu ili ne. Sendler je verovatno mislio na situaciju kada pozadinsko osećanje sigurnosti ne pojačava dodatno signale anksioznosti. Međutim, to je posledica razvoja, jer integrisana ličnost je nosilac pozadinskog osećanja sigurnosti što bi se moglo predsta-

viti kao da integrisane psihičke strukture pojačavaju signale sigurnosti a neintegrisane signale anksioznosti.

Tokom normalnog razvoja Ja odustaje od težnje za infantilnim idealnim stanjima i ovisnosti od spoljašnjih objekata koji doprinose dobrom bivstvovanju a okreće se novim, ego-sintonim i realnosti više prilagođenim idejama [15]. U okviru strukturne teorije gde Ja predstavlja psihički aparat zadužen za kontakt sa spoljašnjom sredinom, a Ono ili Id zahteve nagona, nova hipoteza se uklapa na nov način. Ja dobija veću samostalnost od Ono, jer postavlja zahtev za održavanje stanja dobrog bivstvovanja, a nije isključivo u funkciji nalaženja načina da se zadovolje zahtevi koji dolaze iz Ono. To se može prikazati na sledeći način:

sistem:	Ono	Ja
stanje:	tenzije	dobrog bivstvovanja
zahtev:	za pražnjenjem	za održavanjem

ZAKLJUČAK

Psihička realnost postoji. O njoj saznamo posredno, na osnovu samoopažanja i tumačenja fantazija. Nju čine nesvesne želje i psihički mehanizmi. Pomoću psihanalitičkog metoda mi saznamo psihičku realnost, spoznajemo ljudske motive i bolje razumemo ljudsko ponašanje. Proces psihanalize je proces odgonetanja psihičke realnosti analizanda koji omogućava sve veću harmonizaciju između manifestnog i latentnog, tj. između čovekovog ponašanja, osećanja i mišljenja i njegovih nesvesnih želja. Cilj psihanalize se iskazuje na različite načine [16]: kao pripitomljavanje nagona, kao prihvatanje sebe i poznavanje sebe, kao sektorijalno funkcionisanje psihe i sl. Psihanaliza je proces koji nema kraja jer je nemoguće u potpunosti spoznati ljudsku prirodu. Kao što je Heraklit rekao [17]: "Granice duše nećeš u hodu naći makar pregazio svaki put: tako dubok logos ima."

PSYCHIC REALITY IN CLASSICAL PSYCHOANALYTICAL THEORY

Boris Kordić

Faculty of security studies, University
of Belgrade, Belgrade, Serbia

Summary

Psychoanalysis points out the existence of psychic reality which possesses characteristics of both, consistence and resistance, similar to the material reality. Similar to the way we conclude about material reality on the basis of perception, we conclude about psychic reality on the basis of self-perception. Or more precisely, psychoanalysis makes conclusions on the basis of interpretation of the fantasies on unconscious wishes and psychic mechanisms that exist at the background. Dream work is part of psychic reality which, through primary process, leads an unconscious wish to a wish fulfillment. Manifest dream picture as a wish fulfillment corresponds to a hallucinatory reproduction of an object perception, over which satisfaction of an urge has already been completed. Apart from the dream work, Sandler also postulates the perception work, which is directed toward revealing of material reality. Perception work is ruled according to the principle of reality, while the dream work is ruled according to the principle of satisfaction. Thanks to the perception work, Ego gets stronger as an instance of personality, while the process of integration develops simultaneously, contributing to the state of well-being. In that way Ego is capable to separate partially from the sphere of urges and to rule over the reality, both material (organic) and psychical one. Perception work and relative autonomy of Ego are preconditions for awareness of both material and psychical reality.

Key words: *psychoanalysis, reality, theory*

Literatura:

1. Kordić B. Psihologija – Metode i tehnike u psihologiji i teorijski modeli psihosocijalne ugroženosti pojedinca. Beograd. Centar za primenjenu psihologiju; 2005.
2. Laplanche J, Pontalis B. Rječnik psichoanalize. Zagreb. Naprijed; 1992.
3. Kordić B. Psihologija – Metode i tehnike u psihologiji i teorijski modeli psihosocijalne ugroženosti pojedinca. Beograd. Centar za primenjenu psihologiju; 2005.
4. Freud S. The interpretation of dreams. S.E. 4-5. New York. Basic Books Inc; 1900.
5. Milenković S. Psihoterapija i vrednosti - vrednosne predpostavke savremene psichoanalize. Arhe 2006; 3(5-6):385-398.
6. Kordić B, Pajević D. Opšta psihologija sa socijalnom psihologijom. Beograd. Centar za primenjenu psihologiju; 2007.
7. Freud S. Formulations on the two principles of mental functioning. S.E. 11. New York. Basic Books Inc; 1911.
8. Freud S. Instincts and their vicissitudes. S.E. 14. New York. Basic Books Inc; 1915.
9. Freud S. The unconscious. S.E. 14. New York. Basic Books Inc; 1915.
10. Sandler J. The Background of Safety. Int. J. Psycho-Anal. 1960; 41:352.
11. Kondić-Beloš K. Od psihanalitičkog determinizma ka slobodi. Psihologija 1991; 24(1-2):15-25.
12. Freud S. Inhibitions, symptoms and anxiety. S.E. 20. New York. Basic Books Inc; 1926.
13. Zlopša S. Vreme u psihoterapiji i psihopatologiji. Engrami - časopis za kliničku psihijatriju, psihologiju i granične discipline. 2008;30(3-4):35-45.
14. Sandler J. The Background of Safety. Int. J. Psycho-Anal. 1960; 41:352.
15. Joffe W, Sandler J. Notes on Pain, Depression, and Individuation. Psychoanal. St. Child. 1965; 20:394.
16. Kordić B. Zdravlje i lekovitost u savremenoj psichoanalizi. Beograd. Zadužbina Andrejević; 2003.
17. Diels, H. Predsokratovci (Fragmenti) (Prvi svezak). Zagreb. Naprijed; 1983. str. 153.

EKONOMSKE ODLIKE PREVALENCE MENTALNIH BOLESTI S POSEBNIM OSVRTOM NA PROMENE TOKOM POSTSOCIJALISTICKOG PREOBRAŽAJA

Zdravko Šolak¹

Olesja Nedić²

UDK: 616.89-008-036-057

Kratak sadržaj

Novija istraživanja incirana i koordinirana od strane Svetske zdravstvene organizacije (SZO) ukazuju da se u mnogim zemljama, u okviru resursa koji se koriste u zdravstvenoj zaštiti stanovništva, nedovoljno namenjuje i koristi u zaštiti mentalnog zdravlja i preventiji mentalnih problema i poremećaja. Neophodnost poboljšanja relativne pozicije dela zdravstva koji se bavi pružanjem usluga osobama s mentalnim problemima i poremećajima, pored ostalog, proizlazi iz obaveze poštovanja ljudskih prava. Prevalencu mentalnih poremećaja odlikuju visoki indirektni troškovi pa, posmatrano iz ekonomskog ugla, preventivni programi zaslužuju pojačani društveni podsticaj i podršku. Ta podrška pogotovo dobija na značaju ukoliko mentalno zdravlje postaje ugroženo negativnim delovanjem faktora kao što su visoka nezaposlenost, pad životnog standarda, migracije u potrazi za poslom, beskućništvo i sl.. Delovanje ovih faktora odavno je predmet istraživanja mnogobrojnih studija u drugim zemljama. Pod prepostavkom da bi njihovo delovanje moglo da ima slične posledice i u Srbiji, moguće je očekivati da u budućnosti mentalni problemi i poremećaji postanu uzrok pojačanog pritiska na limitirane resurse zdravstvenog sistema. Jedan od načina da se izbegne resursna barijera jeste promovisanje ideje „solidarnost za zdravlje“ kako bi se pojačalo priticanje resursa u kolektivne fondove iz kojih se finansira zdravstvena zaštita. Ostaje da se ispita opravdanost mera uz pomoć kojih bi se preraspodelom postojećih resursa poboljšala relativna pozicija dela zdravstva koji obezbeđuje usluge osobama s mentalnim problemima i poremećajima.

Ključne reči: mentalno zdravlje, ekonomika zdravstvene zaštite, socioekonomski faktori, ekonomska kriza, Srbija

¹ Visoka poslovna škola,
Novi Sad, Srbija

² Dom zdravlja, Novi Sad, Srbija

UVOD

U deskripciji fenomena koji prate rasprostranjenost mentalnih bolesti u stanovništvu jedne zemlje važno je uočiti, pored medicinske i socijalne, i njihovu ekonomsku dimenziju. Pokazalo se da ova grupa oboljenja u odnosu na druge bolesti ima posebne karakteristike kada je reč o ekonomskom teretu, kojem je usled njih izložena društvena zajednica. Priroda ispoljavanja mentalnih problema i poremećaja u populaciji povezana je s ekonomskim kolebanjima koja se periodično, s vremenom na vreme, pojavljuju tokom društvenog i ekonomskog razvoja. Zbog toga, mentalne bolesti zaslužuju da budu posebno uzete u obzir u oceni modela finansiranja zdravstva, kao i u analizama raspodele i upotrebe ukupnih resursa namenjenih zdravstvenoj zaštiti stanovništva.

Brojna ekomska pitanja u vezi finansiranja zdravstvene zaštite i funkcionisanja zdravstvenog sistema, već duži niz godina nametnula su se kao pitanja visokog prioriteta u mnogim zemljama u svetu. Ekonomika zdravstvene zaštite, kao oblast interdisciplinarnog istraživanja, konstituisana početkom šezdesetih godina prošlog veka, do prinela je da se mnoge teškoće u finansiranju zdravstvene zaštite bolje razumeju. Mnogo je međutim, i neusaglašenih gledišta, kao i otvorenih pitanja o kojima se raspravlja [1]. Jedan deo tih pitanja predmet je istraživanja uže discipline: ekonomike mentalnih bolesti.

Imajući u vidu ekomske uslove i sigurnost finansiranja, novije analize na međunarodnom planu, ukazuju na to da je u mnogim zemljama u svetu potrebna promena odnosa prema delu zdravstva koji pruža usluge ljudima s mentalnim proble-

mima i poremećajima. Zapostavljanje tog vida zdravstvene zaštite u odnosu na stanje u drugim delovima zdravstvenog sistema u nesaglasnosti je s nepovoljnim trendovima i epidemiološkim predviđanjima budućih kretanja koja se objavljaju u novijim analizama i prognozama [2]. Pojedini autori smatraju da je dalja istraživanja ključnih ekonomskih pitanja koja se odnose na zdravstvenu zaštitu osoba s mentalnim problemima i poremećajima neophodno intenzivirati i inovirati novim projektima čije pokretanje ne treba odlagati [3].

TIPIČNE EKONOMSKE ODLIKE PREVALENCE MENTALNIH BOLESTI

Razvoj discipline

U okviru ekonomike zdravstvene zaštite već tridesetak godina razvija se posebna, uža oblast istraživanja - *ekonomika mentalnih oboljenja*. Ona nema posebne metode istraživanja već se služi metodama ekonomike zdravstvene zaštite. Međutim, skup ekonomskih pitanja koja se izučavaju u vezi s mentalnim problemima i poremećajima, ima dosta posebnih svojstava koja opravdavaju izdvajanje uže discipline. Podsticaji za njen razvoj stigli su s raznih strana. Pokrenut je i specijalizovan naučni časopis visokog ranga, *The Journal of Mental Health Policy and Economics*. U dvotomnom delu *Handbook of health economics*, kojim je 2001. godine obeležena četrdesetogodišnjica konstituisanja ekonomike zdravstvene zaštite, posebno poglavje posvećeno je ekonomici mentalnih bolesti čime je potvrđen njen status uže naučne discipline s posebnim poljem istraživanja [4]. Ova obimna i temeljna studija renomiranih autora, s dve stotine odabranih referenci,

pruža uvid u ono što je do tada postignuto u istraživanjima ekonomskih pitanja koja su povezana s rasprostranjenosću mentalnih problema i poremećaja. Njeni autori imaju u vidu pre svega američko iskustvo, pogotovo kada je reč o finansiranju i metodama plaćanja. Od početka ovog veka i u Evropi su intenzivirana istraživanja na području ekonomike mentalnih bolesti. Godine 2002. inicirana je i evropska saradnja u okviru programa MHEEN (*Mental Health Economics European Network* (www.mheen.org) [5]. Pokreću se i posebni istraživački programi kao što je MHERP (*Mental Health Economics Research Program*). Osnivaju se i odeljenja pri institutima (npr. *Centre for the Economics of Mental Health*, Institute of Psychiatry, London). Bez obzira na razvoj ekonomike mentalnih bolesti i kumulirane rezultate postignute u dosadašnjem periodu, neophodno je intenzivirati njen dalji razvoj kako bi se i ova oblast primenjene ekonomske nauke uključila u traženje odgovora na komplikovana pitanja koja se odnose na zaštitu mentalnog zdravlja ljudi u jednoj društvenoj zajednici.

Resursna obezbeđenost

Ukupni resursi koje društvena zajednica namenjuje zdravstvenoj zaštiti stanovništva raspodeljuju se na različite vrste zaštite. Kao rezultat te raspodele stvaraju se uslovi za prevenciju i lečenje pojedinih bolesti, među njima i mentalnih. Stanje u jednoj grani medicine zavisi ne samo od ukupnog izdvajanja za zdravstvenu zaštitu već i od načina raspodele ukupnih resursa, finansijskih i ljudskih. Kada je u pitanju resursno obezbeđenje dela zdravstva koji se bavi pružanjem usluga zdravstvene zaštite osobama s mentalnim problemima i poremećajima upravo ova raspodela predstavlja kritičnu

fazu. Komparativne analize na međunarodnom planu, pokrenute početkom ove dece-nije pod okriljem Svetske zdravstvene organizacije, doprinele su boljem razumevanju uslova pod kojima se ona obavlja. Opsežan program istraživanja početkom ovog veka omogućio je stvaranje informacione baze: *Atlas mentalnih bolesti* [6]. Podaci i pregle-di po zemljama objavljeni su u vidu „profila“ koji sadrži pregled stanja preko odabranih kvalitativnih i kvantitativnih pokazate-lja. Ovaj pregled uključuje informacije o načinu finansiranja zdravstvene zaštite, o raspoloživim resursima u delu zdravstva koji se bavi lečenjem osoba s mentalnim problemima i poremećajima, kao i infor-maciju o tome da li postoji, ili ne, nacional-na strategija u ovoj oblasti zdravstva. U *Atlasu mentalnih bolesti* u 2001. i 2005. godini objavljen je i profil Srbije i Crne Go-re.

Prema istraživanjima u okviru *Atlas projekta* resursi su oskudni u pogledu pre-vencije mentalnih bolesti [7,8]. Pogotovo su oskudne informacije o upotrebi resursa za pružanje uluga osobama kod kojih su pro-bлеми i poremećaji manifestni. Ekonomski mehanizmi tradicionalno su udešeni tako da je priticanje resursa u ovu oblast zdravstvene zaštite u neskladu sa potrebama, pa ona zato ostaje nedovoljno obezbeđena [9,10]. Osim toga, resursi se ne koriste na efikasan način, ili kao što se navodi već u naslovu jednog članka, „resursa nema do-voljno, nepravično su raspoređeni, neefika-sno se koriste“ [11]. Zbog čega se izdvaja nedovoljno resursa, iako je teret koji prou-zrokuju mentalne bolesti obiman i u pora-stu? Potrebna su istraživanja da se razume i objasni taj fenomen. Ukazivanje na neop-hodnost poboljšanja stanja u toj oblasti me-dicine, trebalo bi da počiva na dobrim ana-

lizama. Takvi zahtevi ponekad se pojačavaju i pozivanjem na etičke norme [12].

U potrazi za društvenim podsticajima koji bi mogli da obezbede poboljšano finansiranje zdravstvene službe koja se bavi prevencijom mentalnih poremećaja i pružanjem pomoći kada se za njom ukaže potreba, predlažu se i druge akcije kao što su podrška udruženjima članova porodica obolelih, odnosno formiranje udruženja тамо где ih nema. Delovanje takvih udruženja, medijski podsticano, moglo bi doprineti povoljnijoj poziciji dela zdravstva koje pruža usluge osobama s mentalnim problemima, ali je učinak takvih akcija teško je unapred proceniti. Najbolje bi bilo kada potreba za takvim akcijama ne ne bi ni postojala. Jer, one obično proizvode značajnije dejstvo tek kada stanje postane veoma loše. Mnogo sigurniji put je onaj koji takve akcije čini nepotrebnim. A to je put osmišljen nacionalnom strategijom unapređenja mentalnog zdravlja na najširem planu. To podrazumeva sprovođenje preventivnih programa i pružanje usluga zdravstvene zaštite osobama kojima je pomoći potrebna. Neophodni su pored toga i pouzdani i stabilni izvori finansiranja, kao i sigurna, dugoročna društvena podrška koja omogućuje da se izabrana strategija realizuje.

Direktни i indirektни troškovi

Lečenje bolesnog čoveka prouzrokuje troškove u koje spadaju: troškovi rada zdravstvenih radnika, troškovi dijagnostičkih procedura, izdaci za lekove, troškovi transporta, troškovi bolničkog lečenja ako takvo lečenje usledi. To su direktni troškovi.. U članicama Evropske unije mentalne bolesti prouzrokuju godišnje troškove koji iznose 3–4 % domaćeg bruto proizvoda što

je u proseku 5,8% ukupnih zdravstvenih izdataka [13,14].

Direktni troškovi su merljivi, a njihova analiza počiva na knjigovodstvenim izveštajima i dokumentacijom. Ukupni ekonomski troškovi prouzrokovani mentalnim bolestima iskazuju se uvećanjem *direktnih* troškova za iznos *indirektnih* troškova. Indirektni troškovi uzimaju u obzir ono što je izgubljeno usled umanjenog radnog angažovanja obolelog čoveka. Osim toga, uz mentalne bolesti vezuju se i drugi troškovi nastali usled povećane prevalence nekih drugih oboljenja kod ljudi s mentalnim problemima i poremećajima, a koja isto tako zahtevaju lečenje. Zbog toga se indirektni troškovi javljaju i kada su u pitanju mentalne bolesti kod radno neaktivnog stanovništva, a ako se oni izostavljaju iz analize, na to se posebno ukazuje [15]. Visoki indirektni troškovi tipična su odlika s mentalnih bolesti. Osvrćući se na analizu troškova, imajući u vidu evropske zemlje, Wittchen navodi da su indirektni troškovi koji prate mentalne probleme i poremećaje ogromni i da prevazilaze direktnе [16].

Indirektni troškovi se teško mere, a njihovo podcenjivanje može da se javi kao posledica nepotpunog obuhvatanja. Zbog toga i ukupno ekonomsko opterećenje društvene zajednice nastalo usled rasprostranjenosti mentalnih oboljenja može da bude podcenjeno i da se na kraju, kao rezultat konačne zdravstvene politike, pojave neodgovarajuće srazmere u raspodeli ukupnih resursa namenjenih zdravstvenoj zaštiti stanovništva. Deo zdravstva koji se bavi pružanjem zaštite osobama s mentalnim problemima i poremećajima može zbog toga da ostane nedovoljno obezbeđen resursima. Ukupna opterećenost društvene zajednice indirektnim troškovima ne može da bude

sagledana na osnovu rutinskih izveštaja o upotrebi resursa i kontrolom rashoda; neophodne su istraživačke studije i analize. U novije vreme objavljen je veći broj istraživanja tog tipa [17,18,19]. Korist od takvih analiza može da bude znatna, jer se ocenom punih ekonomskih troškova stiže do prave procene ekonomskog opterećenja. Takve analize obezbeđuju jake argumente pomoću kojih se obrazlaže zahtev za poboljšanje resursne obezbedenosti, kao i promena ukupnog društvenog odnosa prema delu zdravstva u čiji delokrug poslova spada pomoći ljudima s mentalnim problemima i poremećajima.

Samo po sebi postavlja se pitanje da li je moguće smanjiti teret i postići uštede? Da li postoji nacionalna strategija pomoći koje bi se, promenom zdravstvene politike u delu koji se odnosi na pružanje zaštite ljudima s mentalnim problemima i poremećajima, umanjili ekonomski gubici usled nesposobnosti i bolesti? Možda bi takva strategija uključila i bolje resursno obezbeđenje i povećala direktnе troškove, ali bi povoljan odraz na rast ukupnih ekonomskih rezultata nacionalne ekonomije bio dovoljna kompenzacija. Naime, neki troškovi se ne mogu izbeći: ako izostaju prevencija, pomoći i lečenje štedi se na direktnim troškovima u zdravstvu, ali troši indirektno u mnogim drugim sektorima. Ili kako se to ponekad kaže: *troši se mnogo ali na pogrešnom mestu* [19].

Ukupno ekonomsko opterećenje

U studijama ukupnog ekonomskog opterećenja društvene zajednice usled bolesti (engl. the global burden of disease) objedinjeno se posmatraju direktni i indirektni troškovi. Zdravstveni ekonomisti koriste ovu vrstu studija u analizi alokacije resursa

na pojedine oblasti zdravstvene zaštite. Postojeći način raspodele resursa, posmatrano iz ekonomskog ugla, mogao bi se dovesti u vezu s ukupnim ekonomskim teretom pojedinih oboljenja. Uz osnovne medicinske i socijalne kriterijume, rezultati tih analiza mogli bi da budu od koristi pri donošenju odluka kojima se menja stanje. Suštinu analize ekonomskog tereta dobro odražava naziv *breme* koji se koristi u literaturi na ruskom jeziku. Kada su u pitanju mentalne bolesti ova vrsta studija (mada su rađene i ranije) privukla je poslednjih godina znatnu pažnju istraživača, pogotovo u Engleskoj, a u novije vreme i u Rusiji [20,21,22,23,24]. U Srbiji su studije ukupnog ekonomskog opterećenja uslovljene kvalitetom zdravstvene statistike. Mali su izgledi da se u doigledno vreme stvore uslovi za ovakve vrste analiza. Sem toga, velika nezaposlenost i mali izgledi da se ona u skoro vreme znatnije smanji, čini izlišnom analizu indirektnih troškova uz primenu metoda koje počivaju na obračunu propuštene zarade usled nesposobnosti i bolesti.

Nemoć tržišta

Odavno je uočena nemoć tržišta kao alokacionog mehanizma u zdravstvu. Među ekonomistima je rašireno uverenje o njegovoj nefikasnosti, a neugodne socijalne posledice njegovog delovanja dobro su prepoznate. Kada je u pitanju zaštita neophodna osobama s mentalnim problemima i poremećajima još se javljaju autori koji preporučuju da se njeno finansiranje ojača kombinovanjem resursa koji pritiču iz javnih izvora, s privatnim resursima samih pacijenata ili njihovih porodica. Novija zbivanja u američkom zdravstvenom sistemu empirijska su potvrda nemoći tržišta u zdravstvu i nedelotvornosti privatnog zdravstvenog

osiguranja. U monografiji koja se bavi pitanjima finansiranja zdravstva u EU, objavljenoj u okviru izdavaštva SZO u 2009. godini, prednost se daje finansiranju koje počiva na korišćenju javnih fondova: „Poslednjih godina dolazi do izražaja rast zahteva za pojedinim tipovima zdravstvenih usluga, naročito usluga mentalne zdravstvene zaštite, dugoročne nege i usluga u okviru zdravstvene zaštite osoba sa hroničnim bolestima. Tip finansijskog sistema koji najbolje odgovara povećanju zahteva jeste onaj koji je u stanju da [...] uskladi resurse s potrebama, [...] Smatramo da sistem zasnovan na javnom finansiranju ima mnogo veće šanse da odgovori promenama nego alternativni kao što je privatno zdravstveno osiguranje”[25].

Jedna od preporuka za poboljšanje stanja, koju navode Saxena i sar., takođe je bila da se direktno plaćanje pri korišćenju usluga namenjenih osobama s mentalnim problemima i poremećajima, tamo gde postoji, zamenuje socijalnim osiguranjem [7]. To pogoduje i ostvarenju prava na zdravlje [26,27]. Pri izboru metoda finansiranja treba voditi računa i o tome da se omogući dostupnost usluga kako bi se omogućilo ostvarenje garantovanih prava. U Međunarodnoj konvenciji o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima iz 2000. član 12, ističe se da: *svako ima pravo na najviši ostvarivi nivo fizičkog i mentalnog zdravlja*. I u Ustavu Republike Srbije, član 68, kaže se: „Svako ima pravo na zaštitu svog fizičkog i psihičkog zdravlja.“ I prema međunarodnoj Konvenciji OUN o pravima osoba sa invaliditetom, „besplatna ili dostupna“ zdravstvena zaštita najvišeg ostvarivog standarda treba da bude obezbeđena osobama koje „imaju dugoročna fizička, mentalna, intelektualna ili čulna oštećenja“. Sr-

bija je ratifikovala ovu konvenciju u maju 2009. godine (Službeni glasnik RS, 42). Time je, pored ostalog, prihvaćena i obaveza da se obezbedi statističko-epidemiloški monitoring na osnovu kojeg bi se mogao ostvariti uvid u nivo zaštite koju dobijaju osobe s mentalnim problemima i poremećajima.

UTICAJ EKONOMSKE KRIZE

Brojne studije posvećene su istraživanjima uticaja ekonomskih kretanja na zdravstveno stanje stanovništva [29,30]. Ekonomski razvoj ne teče ravnomerno nekom uzlaznom linijom; periode napretka i prosperiteta smenjuju etape stagnacije i zastoja koji ponekad rezultiraju dubokom krizom. Opadanje ekonomске aktivnosti nepovoljno utiče na mobilizatorske efekte mehanizama putem kojih se finansira zdravstvena zaštita. Često se u skupu mera koje bi trebalo da zaustave procese koji vuku u dublju recesiju pojave i predlozi za smanjenje javnih rashoda pa se i zdravstvena potrošnja, ukoliko se pokriva iz javnih prihoda, nađe pod udarom takvih mera. Insuficijentnost fondova obaveznog zdravstvenog osiguranja teško se može izbegići ukoliko jenjava ekonomска aktivnost, ako opadaju zarade i raste nezaposlenost. U takvim prilikama zdravstvene usluge bilo kojeg veda, između ostalog i zdravstvene usluge koje zdravstvena služba pruža ljudima s mentalnim problemima i poremećajima, obezbeđuju se stanovništvu pod otežanim uslovima. Posledice pada ekonomске aktivnosti ne prenose se ravnomerno na pojedina domaćinstva i pojedince. Neke pojave koje prate krizu (siromaštvo, nezaposlenost, beskućništvo) povezane su sa rasprostiranjem mentalnih bolesti. Niži socioekonomski status znači i ve-

ću izloženost riziku da se oboli. Kriza ugrožava mentalno zdravlje ne samo odraslog stanovništva, već može da ima i dugoročne neželjene posledice na zdravlje dece koja odrastaju tokom kriznih godina [30,31,32].

Kriza ne ugrožava ravnomerno ni sve socijalne stratume stanovništva. Pogadajući pojedina domaćinstva, mnogima od njih umanjuje raspoloživi dohodak namenjen ličnoj potrošnji i održanju osnovnog životnog standarda. Povezanost promena u dohotku domaćinstava i indikatora koji odražavaju stanja mentalnog zdravlja populacije kao celine, istraživana je u većem broju studija, pri čemu su neke od njih u prvom redu imale u vidu odrastanje dece i njihovo zdravlje. Kada je reč o posledicama krize na zbijanju u zdravstvu ne treba gubiti izvida njen uticaj na najvažniji resurs sistema: zdravstvene radnike koji pružaju zdravstvene usluge. Kriza u mnogim sektorima umanjujući zarade, umanjuje i samo radno angažovanje. U zdravstvu se ona manifestuje na drugi način. Uvećani zdravstveni zahtevi stanovništva i problemi na koje pojedinci nailaze na putu do zadovoljenja svojih zdravstvenih potreba tokom kriznih godina, prenose se na zdravstvene radnike koji se na svojim radnim mestima susreću sa uvećanim zahtevima, sve većim ograničenjima i sve manjom slobodom odlučivanja. Tokom kriznih godina neugodnost na radnom mestu pojedincima postaju teško breme. Stres povezan s radnim mestom prati i radno angažovanje samih zdravstvenih radnika kao što su pokazala opsežna istraživanja sprovedena među novosadskim lekarna- ma [33,34,35].

Pad životnog standarda, nezaposlenost, nedavna promena mesta boravka u potrazi za poslom i beskućništvo, prateća su posle-

dica ekonomске krize. Nezaposlenost se često posmatra kao faktor koji se dovodi u vezu sa mentalnim poremećajima [37]. Rezultati takvih studija treba da budu uzeti u obzir s posebnom pažnjom, kada je u pitanju Srbija. Prema podacima Nacionalne službe za zapošljavanje, u avgustu 2009. godine, posao je u Srbiji tražilo 823 hiljade ljudi. Nezaposlenih je bilo 747 hiljada. Duže od godinu dana posao je tražilo 465 hiljada ljudi. U avgustu 2009. godine ukupan broj zaposlenih je smanjen u odnosu na isti mesec prethodne godine za 156.741 lice [38]. Izloženost riziku gubitka zaposlenja i gubitak posla mogu da se odraze i na mentalno zdravlje. To treba imati u vidu pri prognozama buduće incidence mentalnih poremećaja u Srbiji, budući da novije analize ukazuju na to da bi teškoće u njenom ekonomskom sistemu moglo potrajati. [38].

MENTALNE BOLESTI I DRUŠTVENE PROMENE U BIVŠIM SOCIJALISTIČKIM ZEMLJAMA

Krupne društvene promene tokom prelaznog perioda odrazile su se nepovoljno na zdravstvene sisteme bivših socijalističkih zemalja [40]. Tipičan problem su teškoće u finansiranju zdravstvene zaštite. Traženje izlaza dugo traje, a reforme ne daju željene rezultate. Tokom poslednje dve-tri godine (sudeći po radovima objavljenim u međunarodnim časopisima visokog ranga), privatizacija u bivšim socijalističkim zemljama i njene nepovoljne posledice na zdravlje stanovništva privlače izuzetnu pažnju istraživača [41,42,43,44,45]. Tragajući za uzroci-ma koji su doveli do pogoršanja zdravstvenog stanja stanovništva naročita pažnja

obraća se na psihosocijalni stres, koji se javlja pretećim fenomenom brze privatizacije [46].

Veći broj autora iz bivših socijalističkih zemalja, u novijim radovima, ukazuje na potrebu svestranijeg sagledavanja odnosa društvene zajednice prema osobama s mentalnim problemima i poremećajima, i na potrebu razvoja zdravstvene službe koja treba tim osobama da pomogne. Lečić Toševski i sar. navode da su se u Srbiji mentalni poremećaji u njenom stanovništvu našli „na drugom mestu problema javnog zdravstva, odmah posle cerebrovaskularnih i kardiovaskularnih oboljenja“ [47,48].

Stanje u zdravstvenoj službi koja se bavi pružanjem pomoći osobama s mentalnim problemima i poremećajima deo je ukupnog zdravstva, pa je samim tim zavisno i od opštih prilika kroz koje prolazi zdravstveni sistem zemlje. Jenkins i sar., ocenjujući stanje u istočnoevropskim zemljama, navode da: „one moraju da razviju i implementiraju sveobuhvatnu politiku za mentalne bolesti i da integrisu tu politiku sa širokim reformama u zdravstvenoj zaštiti i drugim sektorima i planovima ekonomskog oporavka“ [49]. Pri oceni izgleda da se ovi ciljevi u skorije vreme realizuju, treba imati u vidu činjenicu da se prilike po zemljama znatno razlikuju. Sadašnje prilike u pogledu visine izdvajanja za zdravstvenu zaštitu znatno se variraju od zemlje do zemlje. Ukupni izdaci za zdravstvenu zaštitu kao procenat domaćeg bruto proizvoda, prema podacima WHO (*National Health Account, 2009*, <http://www.who.int/whosis/whostat/ENWHS09>) odlikovali su se znatnim varijabilitetom u grupi bivših socijalističkih zemalja: Albanija 6.5, Belarusija 6.4, Bugarska 7.2, Hrvatska 8.2, Republika Česka 6.9, Mađarska 8.3, Kazahstan 3.6,

Poljska 6.2, Rumunija 4.5, Ruska Federacija 5.3, Srbija 8.2, Slovačka 7.1, Slovenija 8.4, Ukrajina 6.9. Različiti su isto tako i zdravstveni izdaci po stanovniku. Ukupni izdaci na zdravstvenu zaštitu, po stanovniku, u dolarima, bili su: Albanija 187, Belorusija 243, Bugarska 297, Hrvatska 790, Republika Česka 953, Mađarska 929, Kazahstan 190, Poljska 555, Rumunija 256, Ruska Federacija 367, Srbija 336, Slovačka 735, Slovenija 1607, Ukrajina 160. To su opšti ekonomski okviri za funkcionisanje zdravstvenog sistema i pojedinih oblasti zdravstvene zaštite. Iako niska, zdravstvena potrošnja ponekad se smatra uzrokom višoke javne potrošnje u Srbiji. Teško je smanjiti već nisku potrošnju, a da se to ne odrazi na kvalitet i kvantitet usluga. Pogotovo je teško postići unapredjenje stanja i ostvarenje zahtevnih ciljeva ako se pri tom jedino računa na izolovanu akciju same zdravstvene službe. Kada je u pitanju pomoći ljudima s mentalnim problemima i poremećajima ostaje da se ispita mogućnost poboljšanja stanja realokacijom postojećih resursa u samom zdravstvenom sistemu.

* * *

Promocija mentalnog zdravlja i unapređenje zaštite koju dobijaju osobe s mentalnim problemima i poremećajima, kao i zlaganje za opštu dostupnost zdravstvenih usluga, zasluzuju opštu podršku. Pozivanje na ljudska prava, na pravo na zdravlje i zdravstvenu zaštitu, takođe zasluzuju da budu uzeti u obzir s punim uvažavanjem. Ali sasvim je jasno da ne postoji neka čarobna strategija uz pomoći koje bi se postigli tako visoki ciljevi ukoliko izostaje opšta solidarnost i spremnost da se doprinosi fondovima putem kojih se finansira zdravstvena zaštita stanovništva.

ECONOMIC CHARACTERISTICS OF MENTAL ILLNESSES PREVALENCE WITH A SPECIAL INSIGHT TO CHANGES OCCURRED DURING THE POST-SOCIALIST TRANSITION

Zdravko Šolak¹
Olesja Nedić²

1. Business college, Novi Sad, Serbia
2. Health dispensary, Novi Sad, Serbia

Summary

The new research instigated and coordinated by the World Health Organization revealed the fact that within resources intended for general healthcare, insufficient quantities are diverted and used for mental healthcare and the prevention of mental problems and disorders in many countries. Apart from other reasons, the necessity of improving the relative position of the healthcare system section designated to provide services to people with special needs and disorders, stems from commitment to respect the basic human rights. The prevalence of mental illnesses is marked by high indirect costs. Hence, seen from the economic point of view, preventive programs deserve more social incentive and support. The support seems even more significant if mental health becomes endangered by negative factors such as high unemployment, deterioration of life standards, work related migrations and homelessness. The impact of such factors is subject of research in many countries. Assuming that their impact in Serbia could result in similar consequences, it is reasonable to expect that mental problems could become a strain for already limited Serbian healthcare resources. One of the ways to avoid the resource barrier is promotion of the “solidarity for health” idea that would serve as motivation for influx of resource into collective funds that finance general healthcare. What remains is to investigate the justifiability of the measures intended to distribute the existing resources in order to improve the relative position of the section of the healthcare system which provides services to people with mental problems and disorders.

Key words: *mental health, healthcare economics, socioeconomic factors, economic recession, social justice, Serbia*

Literatura:

1. Šolak Z, Ekonomika zdravstvene zaštite – razvoj i otvorena pitanja. Beograd. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva. Posebna izdanja; 2003.
2. WHO, The World health report – Mental health, new understanding, New hope. Geneva; 2001.
3. Saraceno B. Mental health systems research is urgently needed. International Journal of Mental Health Systems 2007; 1:2; <http://www.ijmhs.com/content/1/1/2>
4. Rank R, McGuire T. Economics and mental health. In: Newhouse K, Culyer A. editors, Handbook of health economics. Amsterdam, New York. North-Holland. 2001; p. 893–954.
5. Evers S, Salvador L, Halsteinli V, McDaid D, and the MHEEN Group. Implementing mental health economic evaluation evidence: building a bridge between theory and practice. J Ment Health 2007; 16:223–41.
6. WHO, Atlas mental health resources in the world 2001. Geneva, 2001. WHO, Mental Health Atlas 2005. Serbia and Montenegro in: WHO, Atlas mental health resources 2005; p.412–14. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/.
7. Saxena S, Sharan P, Saraceno B. Budget and financing of mental health services: baseline information on 89 countries from WHO's Project Atlas. J Ment Health Policy Econ 2003; 6:135–73.
8. Saxena S, Sharan P, Garrido M, Saraceno B. World Health Organization's Mental Health Atlas 2005:implications for policy development. World Psychiatry 2006; 5: 179–84.
9. Frank, RG, Koyanagi S, McGuire TG. The Politics And Economics Of Mental Health 'Parity' Laws, Health Aff 1997; 16:104–19.
10. Knapp M, McDaid D, Evers S, Salvador-Carulla S, Halsteinli V, and the MHEEN Group. Cost-effectiveness and mental health. London. London School of Economics and Political Science; 2008.
11. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. The Lancet 2007; 370 (9590), 878:89.
12. Kleinman A. The art of medicine Global mental health: a failure of humanity 2009; www.thelancet.com.
13. Brundtland GH. Editorials: mental health in the 21st century. Bulletin of the World Health Organization 2000; 78:411.
14. Meise U, Wancata J. Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit. Neuropsychiatrie 2006; 20(3):151–54.
15. Luppa M, Heinrich S, Matschinger H, Direct costs associated with depression in old age in Germany. J Affect Disord 2008; 105:195–204.
16. Wittchen HU. Отчет рабочей группы Европейской Коллегии по нейропсихофармакологии и вопросам распространенности психических расстройств в Европе и связанным с ними бременем (реферат). Обзор психиатр и мед психол 2005; 1(4).
17. Smit F, Cuijpers P, Oostenbrink J, Batelaan N, de Graaf J, Beekman A. Costs of Nine Common Mental Disorders: Implications for Curative and Preventive Psychiatry. J Ment Health Policy and Economics 2006; 9:193–200.
18. Óke G, Blomqvist, AG, Léger TP. Hoch The Cost of Schizophrenia: Lessons from an International Comparison. J Ment Health Policy Econ. 2006; 9(4):177–83.

19. Insel RT. Assessing the Economic Costs of Serious Mental Illness Am J Psychiatry, 2008;165:663–65.
20. Ustun T. The global burden of mental disorders. Am J Public Health 1999; 89:1315–8.
21. McCrone PR. Dhanasiri S, Patel A, Knapp M, Lawton-Smith S. Paying the price: the cost of mental health care in England to 2026. London. King's Fund; 2008.
22. Oxford Economics. Mental Health and the UK Economy. March 2007; www.oxfordeconomics.com
23. Rossler W, Salize HJ, van Os J, Riecher-Rossler A. Бремя шизофрении и психотических расстройств в странах Евросоюза (расширенный реферат) Психиатрия и психофармакотерапия 2006; 11(2):86.
24. Wittchen H, Jacobib F. Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. Eur Neuropsychopharmacol 2005; 15: 357–76.
25. Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Financing health care in the EU: challenges and policy responses. 2009, <http://www.euro.who.int/document/E92469.pdf>.
26. Šolak Z. Pravo na zdravlje i ekonomска основа njegovog ostvarenja. Pravni život. 2007; 56(9):277–308.
27. Šolak Z. Pravo na zdravstvenu zaštitu i zdravstvene reforme. Pravni život 2003; 52(9):219–244.
28. Haddad, M. The recession and mental health services, Royal College of Nursing. http://www.rcn.org.uk/development/communities/rcn_forum_communities/mental_health.
29. Strohschein L. Household Income Histories and Child Mental Health Trajectories. J Health Soc Behav 2005; 46(4):359–75.
30. Hudson CG. Socioeconomic Status and Mental Illness: Tests of the Social Causation and Selection Hypotheses. Am J Orthopsychiatry 2005; 75(1):3–18.
31. Dohrenwend BP, Levav I, Shrout PE, Schwartz S, Naveh G, Link BG, et al. Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. 1992; Science 255(5047):946–52.
32. Murali V, Oyebode F. Poverty, social inequality and mental health. Advances in Psychiatric Treatment 2004; 10:216–224. <http://apt.rcpsych.org/>
33. Belkić K, Nedić, O. Workplace stressors and lifestyle-related cancer risk factors among female physicians: assessment using the Occupational stress index. Journal of Occupational Health 2007; 49:61–71.
34. Nedić O, Filipović D, Šolak Z. Job stress and cardiovascular diseases with health workers. Profesionalni stres i kardiovaskularne bolesti kod zdravstvenih radnika. (publikovano dvojezično). Med Pregl 2001; 54(9):423–431.
35. Nedić O, Jocić D, Filipović D, Šolak Z. Osećanje odgovornosti zdravstvenih radnika kao izvor stresa na radnom mestu, Med pregl 2002; 55(3–4):97–103.
36. Hollederer, A. Psychische Gesundheit im Fall von Arbeitslosigkeit. Praktische Arbeitsmedizin. 2008; 12:29–32.
37. Nacionalna služba za zapošljavanje, Nezaposlenost i zapošljavanje u Republici Srbiji Mesečni statistički bilten 2009; 84(8):4.
38. Grk S. Srbija u zoni recessionog sumraka. Srpska politička misao 2009; (1):149–70.
39. Grk S. Dosadašnji rezultati tranzicije u Srbiji i nova iskušenja na makroekonomskom planu. Srpska politička misao 2007; (1–2):191–217.
40. Šolak, Z. Zdravstveni sistem u periodu krupnih društvenih promena. Arhiv za pravne i društvene nauke 2004;90(3–4):355–73.

41. King L, Stuckler D, Hamm P. Mass privatisation and the post-communist mortality crisis. Working paper series Number 118. University of Massachusetts Amherst;2006.
42. Earle JS, Mass privatisation and mortality. 2009; www.thelancet.com.
43. Miclutia I, Junjan V, Popescu C, Tigan S. Migration, Mental Health and Costs Consequences in Romania. *J Ment Health Policy Econ* 2007; 10(1):43–50.
44. Watson P. Stress and social change in Poland. *Health Place* 2006; 12(4):372–82.
45. King L, Hamm P, Stuckler D. Rapid Large-Scale Privatization and Death Rates in Ex-communist Countries: An Analysis of Stress-Related and Health System Mechanisms. *Int J of Health Services* 2009; 39(3):461–89.
46. Гурович ИЯ. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России. *Психиатрия и психофармакотерапия* 2001; 2(1):52
47. Ястребов ВС. Психическое здоровье населения накануне третьего тысячелетия. *Психиатрия и психофармакотерапия* 2001; 2(1):11.
48. Lečić-Toševski D, Ćurčić V, Grbeša G, Išpanović-Radojković V, Jović V, Kokora G, et al. Zaštita mentalnog zdravlja u Srbiji - izazovi i rešenja. *Psihijatrija danas* 2005; 37(1):9–25.
49. Jenkins R, Klein J, Parker C, Mental health in postcommunist countries The results of demonstration projects now need implementing. *BMJ* 2005; 331:173–74.

Zdravko Šolak,
Stevana Hristića, 25/30
21000 Novi Sad, Srbija
Tel. 021 6397988,
email: zdrsolk@yahoo.com

MUZIČKA GNOZIJA

Dragan M. Pavlović
Aleksandra M. Pavlović

UDK: 616.89-008.438:78

Institut za neurologiju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

Medicinski fakultet,
Univerzitet u Beogradu, Srbija

Uvod

Za opažanje muzike osnovni preduslovi su očuvan sluh i percepција zvuka. Akustička gnozija je prepoznavanje auditivnih stimulusa, neverbalnih i verbalnih, a može da se izdvoji aperceptivni i asocijativni nivo. Poremećaj u ovom modalitetu naziva se akustička ili auditivna agnozija. Za ovaj tip opažanja su od značaja temporalni režnjevi, levi i desni, posebno Hešlove vijuge (primarna slušna area), srednji i gornji temporalni girus i gornji temporalni sulkus [1]. Oko primarnih nalaze se sekundarna polja slušnog modaliteta koja reaguju na složenije zvučne stimuluse. Osim korteksa, u zvučnoj percepцији je bitan i talamus.

Muzika je ljudima svojstvena karakteristika. Definiciju muzike nije lako dati, ali ćemo navesti samo onu koju je dao kompozitor Edgar Varése: muzika je organizovani zvuk [2]. Ona je apstraktna i poseduje značajnu emocionalnu komponentu. Tako na primer, odredene vrste muzike prenose veselo raspoloženje, druge vrste tužno raspoloženje i mogu da izazovu snažna osećanja

Kratak sadržaj

Muzika je specifično ljudska tvorevina koja predstavlja organizovani zvuk. Za opažanje muzike neophodan je očuvan sluh, ali i čitav niz sistema u mozgu povezanih sa različitim aspektima muzike. To su kako kortikalne, pre svega temporalne, tako i supkortikalne oblasti. Muzika je apstraktna i značajno utiče na emocionalni život čoveka. Stepen složenosti kortikalne organizacije muzičkih sposobnosti zavisi od stepena muzičkog obrazovanja. Neke osobe su posebno talentovane za muziku i mogu da imaju i takozvani absolutni sluh. Amuzija je poremećaj u opažanju i produkciji raznih aspeka muzike i može da bude kongenitalna ili stecena. Takođe su opisane i muzikogena epilepsija i muzičke halucinacije. Bolje upoznavanje moždane organizacije muzike predstavlja izazov kako za neuropsihologe tako naravno i muzičare.

Ključne reči: muzička gnozija, muzika, neuropsihologija

praćena telesnim reakcijama. Muzička disonanca izaziva neprijatnost, a skladni akordi prijatnost, sa aktivacijom različitih moždanih struktura. Muzika se sastoji od 8 perceptivnih komponenti: ritma, tempa, visine tona, melodije, oblika, glasnosti, boje zvuka (timbr) i prostorne lokacije [2]. Sistem pravila povezivanja tonova je specifičan za pojedine kulture i ima karakter gramatike muzike na osnovu koje se može praviti praktično beskrajan broj kombinacija. Daleko najbolje je istražena sa neuropsihološkog aspekta Zapadna muzika [3]. Osnov ove muzike su intervali koji sačinjavaju melodiju i harmoniju [4].

Muzika poseduje sekvensijalne elemente, odnosno niz tonova u melodiji (muzička fraza), ritmičku strukturu koja je takođe sekvensijalna (u oba slučaja niz tonova u vremenskom sledu, od kojih svaki poseduje određenu visinu i trajanje). Muzika takođe ima i istovremeno zvučanje tonova, odnosno sazvучja ili harmonije gde postoji određeni razmak – interval, između istovremenih tonova (akordi). Tonovi su organizovani u muzičke lestvice-skale prema međusob-

nom odnosu relativne visine tona. Osnovni tonovi su tonika i dominanta. Opažanje melodije je zasnovano na opažanju nizanja tonova i njihovog odnosa [5].

Poreklo muzike

Pojava muzike je veoma rana u razvoju ljudskog društva i ubikvitarna je. Darwin je u 19. veku smatrao da je osnovna biološka funkcija muzike privlačenje seksualnog partnera. Producija muzike i igra su signal kognitivne, fizičke i emocionalne sposobnosti. Muzika takođe povećava grupnu koheziju bilo da se radi o neformalnoj igri, religijskim obredima, ceremonijama ili drugim prilikama. Moguć je i koren u komunikaciji majke i deteta gde pesma majke povećava emocionalnu komunikaciju. Muzika bar delom koristi moždane sisteme koji su se razvili sa razvojem jezika što ukazuje na moguće zajedničko poreklo ove dve funkcije [6]. Muzika je jedan od aspekata artističkog mišljenja uopšte, koje daje moguće scenarije budućnosti i daje evolutivnu prednost [7]. Ona je oblik apstraktnog mišljenja koje je najviši oblik ljudskog mišljenja. Takođe muzika vežba i kognitivnu fleksibilnost i egzekutivne funkcije [2].

Apsolutni sluh

Mali broj ljudi je u stanju da prepozna jeapsolutnu frekvencu zvuka odnosno visine tona što se zove absolutni sluh (engl. absolute pitch). Ovaj talenat poseduje 1 od 10.000 osoba i verovatno je zavisna od urođene muzičke predispozicije i rane izloženosti muzici [8]. Apsolutni sluh je naravljeni kod Azijских naroda što ukazuje i na genetsku komponentu. Smatra se da je za apsolutni sluh odgovoran levi planum temporale. Takođe je nađen manji desni planum temporale kod ovih osoba.

Muzička sintaksa i muzička semantika

Većina ljudi može da prepozna ton koji se ne uklapa u datu skalu (npr. gis umesto ge u G duru) što je poremećaj muzičke sintakse [9]. Prema nekim studijama za muzičku sintaksu su bitni Brokina area leve strane i odgovarajuća oblast desne strane (Brodmanno polje - BP 44). Iako apstrakt na umetnost, muzika poseduje i muzičku semantiku koja je posredovana oblašću gornjeg temporalnog sulkusa i srednje temporalne vijuge (BP 21/37). Ovo označava muzičke sekvene sa nekom „semantičkom“ sličnošću sa nekim rečima (npr. uzlazni tonovi i reč „stepenice“). Otuda sličnosti oblasti koje posreduju govornom i muzičkom sintaksom i semantikom.

Percepcija muzike

Ritmički obrasci su verovatno najprimarniji muzički oblik. Za opažanje ritma je od značaja leva perisilvijaška govorna area (frontalni operkulum, gornja temporalna vijuga, donji parijetalni režnjić) ali i druge oblasti uključujući i cerebelum, zavisno od oblika ritma i stepena muzičke obrazovanosti [10].

Pokazano je i kod zdravih da su percepcija teksta i melodije odvojeni. Pozitronska emisiona tomografija je pokazala da je za otkrivanje semantičke nepodudarnosti kao i harmoniske nepodudarnosti bitna funkcija leve donje frontalne kore (Brokina area tj. BP 44 i polje 45). Opažanje muzike ima i lateralizacione aspekte. Desna hemisfera je značajnija za razlikovanje očuvanih kontura i narušenih kontura melodije kao i prepoznavanje intervala i visine tona. Nađen je značaj rostromedijalne prefrontalne kore u ovoj funkciji. Desna gornja temporalna vijuga je dominantna za opažanje visine tona.

Verovatno je za muzičke sposobnosti najznačajnija funkcija prepoznavanje visine tona (intonacija). Melodija pak ima slično-

sti sa prozodijom govora. Muzičke skale su organizovane u sisteme sa 5 do 7 tonova. Visine tonova se prepoznaju automatski i razvijaju se rano tokom ontogeneze. Moždani mehanizmi omogućavaju dakle opažanje tonalne funkcije zvuka, intervala i pravca tona. To znači prepoznavanje nekog tona kao tonike, dominantne i subdominantne u okviru skale, a u manjoj meri i drugih tonova u skali. Ovo se odnosi na muzički neobrazovane osobe, te je tako najverovatnije svojstvo samog mozga. Tačna lokalizacija ove funkcije nije poznata. Regularnost tonova omogućava spajanje pesme i igre (motornih aspekata) [2].

Multiple lokalizacija muzičkih sposobnosti u mozgu

Objavljeni su slučajevi dvostrukih disocijacije za muzičke sposobnosti, kao i slučajevi urođenih ili stičenih nesposobnosti. Do velikog broja otkrića, naročito u ranoj neurologiji i neuropsihologiji, došlo se zahvaljujući posmatranju ponašanja kod osoba sa moždanim lezijama. Sve činjenice ukazuju na presudnu ulogu gornjeg temporalnog girusa i bliskih struktura. Oštećenja obostrane auditivne kore nekad je praćeno izolovanom pojmom amuzije [11]. Poremećaji mogu da ispolje na planu muzičkog pamćenja. Da se radi o specifičnom poremećaju pokazuje i pojava da se melodija neke pesme ne prepozna kada je istovremeno očuvano prepoznavanje teksta iste pesme.

Muzičke emocije praćene su aktivnošću ventralnog strijatuma, mezencefalona, amigdale, orbitofrontalne kore i ventralne medijalne prefrontalne kore. Od ranije je poznato da ove strukture učestvuju u modulaciji emocija, kao i u sistemima nagrade i motivacije, što je od značaja za preživljavanje. Druge studije su pokazale da muzika aktivise nukleus akumbens, ventralnu tegmentalnu areu, hipotalamus i insulu, koji takođe učestvuju u sistemu nagrade.

Aktuelni pokušaji sinteze lokalizacije muzičkih sposobnosti ukazuju na učešće motorne kore u pokretima, bilo da se radi o davanju ritma nogom, igranju ili sviranju instrumenta, kao i pisanju nota [12]. Senzorna kora daje taktilnu povratnu informaciju prilikom sviranja i igranja. Auditivna kora opaža tonove i vrši početnu analizu. Prefrontalna kora stvara očekivanja i nadgleda njihovo ostvarivanje. Mali mozak je neophodan za koordinaciju pokreta u sviranju, pevanju i igranju, ali je uključen i u emocionalno reagovanje na muziku. Vizuelna kora posreduje čitanje muzike i posmatranje pokreta tokom njenog izvođenja. Hipokampus posreduje muzičko pamćenje i kontekste.

Za komunikaciju između hemisfera u muzici je, kao i u drugim funkcijama, neophodan korpus kalozum. Po pravilu su aktivirane obe hemisfere. Obrazovani muzičari imaju pretežno dominantnu levu hemisferu, a nemuzičari desnu. Osim toga, pamćenje teksta muzike je posredovano levom, a greške u intonaciji desnom hemisferom. Muzičko obrazovanje svesno esplicira neke pojmove kao što su tonalitet, intervali, akordi i drugo.

Za neke funkcije postoji hijerarhija, pa se tako postojana intonacija i buka procesiraju u obe primarne slušne kore, dok zadnja sekundarna temporalna auditivna kora obrađuje visinu tona, a prednja klasu visine tona. Intervali i melodija aktiviraju gornji temporalni girus i planum polare [13]. Čak je i moždano stablo uključeno u percepciju konsonantnih intervala koji se preferiraju u odnosu na disonantne, što ima korelat i u ponašanju [4].

Amuzija

Amuzija je poremećaj u opažanju i produkciji raznih aspekata muzike [14]. Senzorna ili receptivna amuzija je poremećaj opažanja raznih aspekata muzike. Poremećaj nije jedinstven, često se preklapa sa dru-

gim oblicima akustičke agnozije, a u mno-gome zavisi od stepena muzičkog obrazovanja i veštine što utiče i na moždanu organizaciju ovih sposobnosti. Razne kombinacije poremećaja opažanja boje tona, visine, harmonije, jačine i ritma mogu da se javе u različitim bolesnika.

Naš bolesnik, majstor za harmonike, je posle intracerebralnog krvavljenja u desnoj hemisferi doživeo gubitak sposobnosti prepoznavanja akorda, što ga je ometalo u profesionalnoj aktivnosti, te je morao da se penzioniše. Ipak, posle nešto više od dve godine od insulta, sposobnost opažanja akorda se povratila [15].

U domenu muzike, takođe je opisan veći broj slučajeva selektivnog oštećenja, odnosno selektivno pošteđenih muzičkih sposobnosti što je klasična neuropsihološka dvostruka disocijacija funkcija. Dvostrukе disocijacije ukazuju na postojanje posebnih mehanizama u mozgu za datu funkciju. Ukratko su navedena dva najpoznatija primera. Poznat je slučaj *afazije bez amuzije* koji je opisao Lurija sa sar. [16]. Kompozitor Šebalin je posle drugog hemoragijskog cerebrovaskulnog insulta u levoj velikomoždanoj hemisferi, u svojoj 57. godini, postao globalno afazičan, ali je nesmetano nastavio da komponuje pri čemu je kvalitet novonastalog opusa bio na visokom, premorbidnom nivou.

Suprotan slučaj prethodnom je Izabela R., bez posebnih muzičkih sposobnosti ali koja je volela muziku, poteckla iz porodice ljubitelja muzike i znala dosta pesama. U mlađom dobu od 28 godina, ona je doživela rupturu aneurizmi leve i desne srednje moždane arterije. Zaostala su opsežna oštećenja obe hemisfere, zahvatajući obostrano auditivnu koru i frontalni režanj sa desne strane. Govorne sposobnosti, pamćenje i inteligencija su ostale potpuno očuvani, ali je zaostala trajna *amuzija bez afazije* [17]. Bolesnica više nije mogla da prepoznaće pesme koje su joj ranije bile poznate, niti je mogla da ponovo nauči melodije jer ni jednu nije mogla da zapamtiti, niti je mogla da peva.

Postoje i dokumentovani slučajevi *kongenitalne amuzije*. Ovakve osobe ispoljavaju izolovani urođeni nedostatak muzičkih sposobnosti uz normalno globalno funkcionisanje [11]. Najosetljiviji test muzičkih sposobnosti sastoji se iz grupe poznatih melodija i grupe nepoznatih melodija, gde je u svakoj grupi pola melodija sa jednim tonom koji je pogrešno intoniran (za pola stepena). Osetljivost na visinu tona koja se zahteva u muzici znatno je veća nego u bilo kojoj drugoj oblasti uključujući i govor (čak do 1/16 oktave u muzici prema 1/2 oktave u govoru). Slučajevi kongenitalne amuzije su „negativ“ sindroma izuzetnih muzičkih sposobnosti kod mentalno retardiranih osoba, dakle još jedna dvostruka disocijacija funkcija.

Savant syndrome

Postoji niz bolesti i stanja koje narušavaju muzičke sposobnosti. Pojedine mentalno retardirane osobe, najčešće sa autizmom, koje zahtevaju stalnu pomoć, mogu da imaju očuvane moždane sisteme za muziku i da postignu značajan nivo u ovoj umetnosti [11]. Ovakvi slučajevi se nazivaju *Savant syndrome* (ranije pežorativno idiot savant ili engl. autistic savant), gde postoje izolovane oblasti visoke sposobnosti na fonu značajne opšte mentalne zaostalosti. U oko 50% ove osobe su autistične, dok su razne druge lezije prisutne u preostaloj polovini. U osoba sa autizmom, zabeleženi su slučajevi apsolutnog sluga (engl. absolute pitch), sposobnost improvizacije, natprosečnog muzičkog pamćenja i drugo.

Muzikogena epilepsija

Postoje slučajevi *muzikogene epilepsije* gde je napad uvek izazvan muzikom. Ovo ukazuje da postoje posebna populacija neurona koja posreduje ovim sposobnostima. Muzički okidač može da bude vrlo specifi-

čan, npr. samo klasična muzika. Epileptička pražnjenja su u ovim slučajevima zabeležena iznad temporalnih režnjeva, nešto malo više iznad desnog. U klasičnim radovima električne stimulacije moždane kore, muzičke halucinacije su izazivane draženjem asocijativne auditivne kore [18]. I ovde je zapužena blaga prevaga desnog temporalnog režnja.

Muzičke halucinacije

Muzičke halucinacije su subjektivni doživljaj slušanja muzike ili nekih njenih aspekata kada se ona objektivno ne čuje [19]. Muzičke halucinacije ne moraju nužno da uznemiravaju osobu koja ih čuje. Nađena je njihova povezanost sa gubitkom sluha, ženskim polom, socijalnom izolacijom i životnim dobom od preko 60 godina. U većini slučajeva ne može da se utvrdi uzrok, dok su u manjini obolelih nađeni znaci cerebrovaskulne bolesti, psihiatrijskih poremećaja i opioidne medikacije. Smetnje sluha mogu

da budu okidajući faktor sa primarnim poremećajem u sekundarnoj slušnoj kori uz gubitak inhibicije od strane viših moždanih instanci.

Naša bolesnica je u svojim sedamdesetim godinama naglo počela da čuje u glavi jugoslovensku himnu „Hej Sloveni“ koja nije skoro nikad prestajala [15]. Pokušaji otkrivanja etiologije halucinacije nisu urodili plodom.

Zaključak

Muzika predstavlja posebnu ljudsku tvorevinu sa veoma složenim karakteristikama i zahtevima za značajne moždane resurse. Mnogi podaci ukazuju na rano poreklo i značaj muzike za produžavanje vrste. Poremećaji opažanja ili produkcije muzike, takozvana amuzija, nisu retki poremećaji, ali često ostaju nezapaženi. Bolje upoznavanje moždane organizacije muzike predstavlja izazov kako za neuronaučnike tako i za muzičare.

MUSICAL GNOSIA

**Dragan M. Pavlović
Aleksandra M. Pavlović**

Institute of Neurology Clinical Center of Serbia, School of Medicine University of Belgrade, Belgrade, Serbia

Summary

Music is specifically human activity that is by its nature organized sound. For music perception it is necessary to have preserved acoustic perception but also many other brain systems serving different aspects of music. These are cortical, above all temporal areas but also subcortical ones. Music is abstract and have significant influence on emotional life of humans. The degree of complexity of cortical organization of musical abilities depends of degree of musical education. Some persons are especially talented for music and can have so called absolute pitch. Amusia is disturbance in perception and execution of music and can be congenital and acquired. Also are described cases of musicogenic epilepsy and musical hallucinations. Better understanding of brain organization is a challenge for neuroscientists and musicians alike.

Key words: musical gnosis, music, neuropsychology

Literatura:

1. Tervaniemi M, Szameitat AJ, Kruck S, Schröger E, Alter K, De Baene W, Friederici AD. From air oscillations to music and speech: functional magnetic resonance imaging evidence for fine-tuned neural networks in audition. *J Neurosci* 2006;26(34):8647-8652.
2. Levitin DJ, Tirovolas AK. Current Advances in the Cognitive Neuroscience of Music. *The Year in Cognitive Neuroscience 2009: Ann NY Acad Sci* 2009;1156:211–231.
3. Morrison SJ, Demorest SM. Cultural constraints on music perception and cognition. *Prog Brain Res* 2009;178:67-77.
4. Bidelman GM, Krishnan A. Neural correlates of consonance, dissonance, and the hierarchy of musical pitch in the human brainstem. *J Neurosci* 2009;21;29(42):13165-71.
5. Dowling WJ, Harwood DL. *Music Cognition*. San Diego, CA: Academic Press (1986).
6. Pinker S. *How the Mind Works*. New York, NY: WW Norton & Co, 1997.
7. Gazzaniga MS. *Human: The Science Behind What Makes Us Unique*. New York, NY: HarperCollins, 2008.
8. Deutsch D. *The psychology of music*. 2nd ed. San Diego, CA: Academic Press, 1999.
9. Limb CJ. Structural and functional neural correlates of music perception. *Anat Rec A Discov Mol Cell Evol Biol* 2006;288(4):435-446.
10. Limb CJ, Kemeny S, Ortigoza EB, Rouhani S, Braun AR. Left hemispheric lateralization of brain activity during passive rhythm perception in musicians. *Anat Rec A Discov Mol Cell Evol Bio* 2006;288(4):382-389.
11. Peretz I. Brain specialization for music. *Neuroscientist*. 2002;8(4):372-80.
12. Levitin DJ. *This Is your brain on music: The science of a human obsession*. New York, NY: Penguin Group, Inc, 2006.
13. Patterson RD, Uppenkamp S, Johnsrude IS, et al. The processing of temporal pitch and melody information in auditory cortex. *Neuron* 2002;36:767-776.
14. Snyder PJ (ed). *Clinical Neuropsychology. A pocket handbook for assessment*. Second Edition. Washington, DC: American Psychological Association, 2006.
15. Pavlović DM, nepublikovani podaci.
16. Luria A, Tsvetkova L, Futer J. Aphasia in a composer. *Journal of Neurological Science* 1965;2:288-92.
17. Griffiths TD, Penhune V, Peretz I, Dean JL, Patterson RD, Green GGR. Frontal processing and auditory perception. *Neuroreport* 2000;11:919-922.
18. Penfield W, Perot P. The brain's record of auditory and visual experience. *Brain* 1963;86:595-696.
19. Cope TE, Baguley DM. Is musical hallucination an otological phenomenon? a review of the literature. *Clin Otolaryngol* 2009;34(5):423-430.

Dragan M. Pavlović
Institut za neurologiju
Kliničkog centra Srbije
Dr Subotića 6, Beograd
tel. 306 4226
e-mail: dpavlovic53@hotmail.com

DIGITALIZOVANA EHOENCEFALOVENTRI KULOGRAFIJA U MALIM NEUROLOŠKIM I PSIHIJATRIJSKIM ORDINACIJAMA

Goran Z. Golubović

UDK: 616.89-073.43:614.254

Depratman za psihologiju Filozofskog fakulteta u Nišu, Agencija za zaštitu zdravlja AMBROSIUS, Bor, Srbija

U skraćenoj formi rad je prezentovan na Prvom kongresu privatne lekarske prakse Srbije 2. oktobra 2009. godine u Beogradu

Ehoencefalografija je stara dijagnostička metoda, sada već skoro potpuno potisnuta novijim, superiornim pristupima u prikazivanju moždane patologije, poput kompjuterizovane tomografije (KT) i magnetne rezonance (M?) endokranijuma. Ovaj, za mlađe generacije lekara i studenata medicine, gotovo potpuno zaboravljeni dijagnostički postupak bazirao se na veoma jednostavnom fizičkom principu. Nai-me, ako se talasi ultrazvuka pošalju

Kratak sadržaj

Koristeći podatke iz literature i vlastita, skromna iskustva autor daje prikaz digitalizovane echoencefaloventrikulografije, koja je nastala na temeljima jedne, relativno starije metode (A-mod echoencefalografija) što je bila u upotrebi naročito pre pojave KT-skenera. U radu se govorи o osnovnim principima, samoj tehnici pregleda, tumačenju nalaza i kliničkim indikacijama za ovaj pregled. U zaključku se ističe da, uprkos tome što smo sve doci ekspanzije modernih, veoma sofisticiranih i preciznih metoda neuroimaging dijagnostike, digitalizovana echoencefaloventrikulografija može i dalje naći svoje korisno mesto, naročito u malim neurološkim i psihijatrijskim ordinacijama, kakve su većina u privatnoj lekarskoj praksi kod nas. Zajedno sa drugim jeftinim i neinvazivnim postupcima, poput elektroencefalografije i klasičnog CW- i transkranijalnog doplera, ova metoda može pojačati dijagnostičke potencijale onih neuropsihijatara kojima nije uvek dostupna kompleksnija i znatno skuplja aparatura za prikaz struktura i funkcija mozga.

Ključne reči: Digitalizovana echoencefaloventrikulografija, neurološka i psihijatrijska praksa

kroz glavu, oni će na graničnoj površini između dve sredine različite gustine biti preolmljeni: jedan deo talasa biće reflektovan u suprotnom pravcu, a drugi deo će prođi bez prelamanja i bez skretanja kroz glavu [1]. Uređaj kojim se registruju promene pri prolasku ultrazvučnih talasa kroz mozek naziva se echoencefalograf, a sam zapis (slika dobivena ovim aparatom) echoencefalogram. Metodu je prvi primenio Leksell 1953. godine u cilju lokali-

zovanja intrakranijalnog hematomu, a usavršili mnogi istraživači i praktičari. Pošto je preciznost metode zavisila u velikoj meri od tehnike izvođenja, dosta se radilo na standardizaciji samog postupka [2].

Na normalnom echoencefalogramu nazućljivija su tri talasa (ehoa), i to: incijalni, srednji i terminalni. Inicijalni echo nastaje u muskulaturi, koži i kosti glave, za srednji echo su odgovorne tzv. središnje strukture mozga (septum pellucidum, III komora, cisterna interhemispherica, falx cerebri, epiphysa i još neke), dok se terminalni echo vezuje za kalotu sa suprotne strane (kost, mišići

i koža). Pored rečenog, echoencefalografija je bila u stanju da izmeri širinu treće komore, kao i da detektuje echo spoljašnjeg zida temporalnog roga.

Noviji echocefalografi su potpuno digitalizovani uređaji, koji postavljaju markera u postprocesingu dobijene slike (echoencefalograma) tačno (do desetog dela milimetra) određuju položaj pojedinih struktura (sredina mozga, širina treće komore, spoljašnji zid temporalnog roga, krajnji kompleks), a neki od njih obavljaju i automatske kalkulacije (npr. indeks moždanog plašta, koji govori o mogućim atrofičnim promenama na mozgu). Svi

Slika 1. Shematski prikaz echoencefalografije – prolazak UZ snopa kroz predeo treće komore



Slika 2. Digitalizovani portabilni echoencefaloventrikulografi



ovi uređaji, po pravilu, imaju mogućnost povezivanja sa kompjuterom i, preko njega, štampanja zapisa, radi trajne dokumentacije. Na ovaj način usavršena metoda mogla bi se nazvati *digitalizovana echoencefaloventrikulografija*, a njena primena, uprkos postojanju definitivno superiornijih metoda neuroimaging dijagnostike, može i danas biti interesantna, naročito za male, privatne neurološke i psihijatrijske ordinacije ili ustanove u kojima nisu dostupne sofisticirane metode pregleda, poput KT-a i M?-a [3].

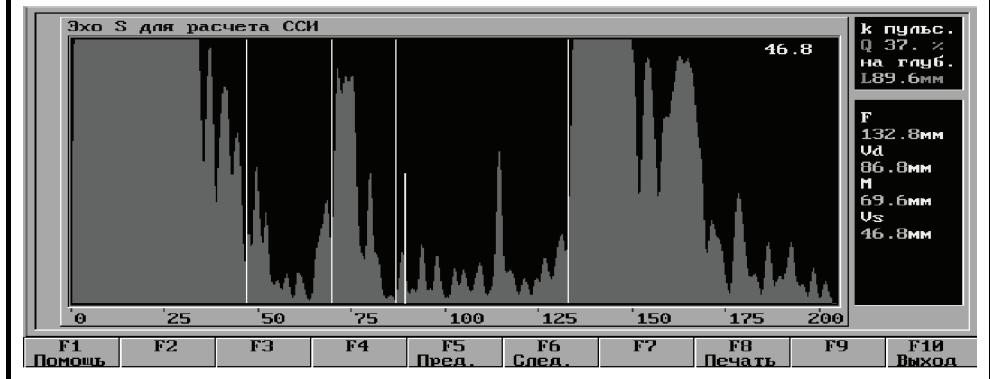
Kako se tehnički izvodi echoencefaloventrikulografija? Bolesnik koji je

pri svesti obično sedi, dok se besvesni i teško pokretni bolesnici, razumljivo, pregledaju u ležećem položaju. Ranije se određivanje geometrijske sredine lobanje obavljalo merenjem pomoću akušerskog pelvimetra, dok sada za tim više nema potrebe, s obzirom da svi savremeni echoencefalografi putem prozvučavanja automatski određuju geometrijsku sredinu endokranijuma. Ultrazvučna sonda (od jednog mega-herca za odrasle i od dva za decu) postavlja se u temporalnom predelu gde je kost najtanja, prvo sa jedne, potom sa druge strane, a svaki od tih zapisa se registruje posebno (A-metod). Ukoliko

Slika 3. Izvođenje echoencefalografije



Slika 4. A-zapis



se na istom ekranu registruju echoencefalogrami u oba smera korišćenjem jedne sonde (prvo sdesna na levo, potom i sleva na desno) dobija se tzv. 2A-zapis. Moguće je u isto vreme registrirati i echoencefalografski zapis u oba smera u živom vremenu, i onda se radi o A+A+T zapisu (rad sa dve sonde istovremeno). Sonda se postavlja neposredno iznad ušne školjke ako se želi da snop ultrazvuka prođe kroz treću komoru, ili se stavi tri centimetara iznad aurikule ukoliko je potrebno da snop talasa prođe kroz septum pellucidum. Prethodno treba naneti dovoljno ultrazvučnog gela, a sondu treba držati strogo horizontalno, inače su moguće velike greške i promašaji prilikom interpretacije nalaza. Odgovarajući kvalitet slike postiže se podešavanjem amplitudine i intenziteta snopa ultrazvučnih talasa.

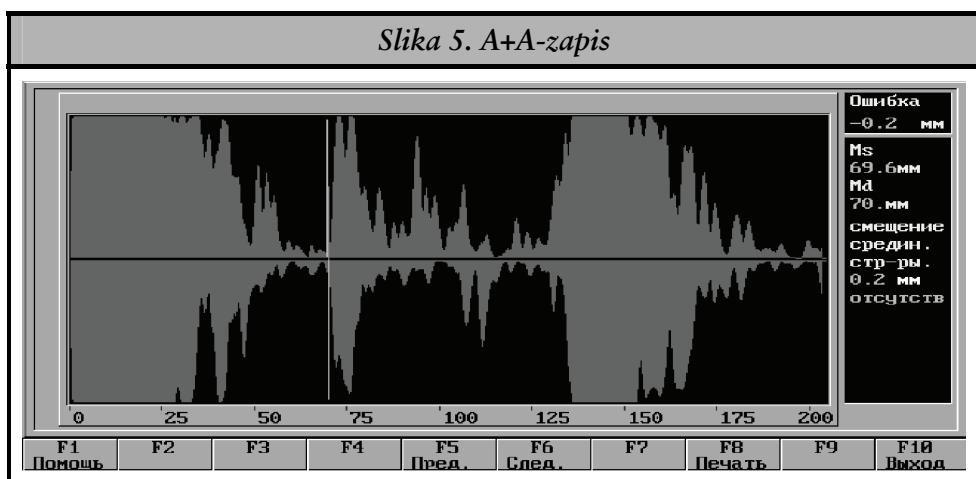
U analizi echoencefalograma pre svega se posmatra *echo srednje linije*. Kod urednog nalaza srednji talasi sa obe strane leže u geometrijskoj sredini lobanje, a ako se prikažu u 2A ili A+A formatu, oni se nalaze tačno jedan na-

spram drugog (podudaraju se). To praktično znači da nema pomaka srednje linije mozga. Suprotno, pomeranje ovih talasa za najmanje 2 milimetara govori u prilog postajanja procesa koji pomera srednju liniju: tumor, apses, hematom i dr. Ukoliko se radi o brzo progredijentnom procesu (npr. apopleksija u tumoru, hemoragija, akutni apses) koji je blizu srednje linije, slika na echocefalografu biće ubedljivija.

Neka od stanja koja dovode do pomeranja srednje linije, pa samim tim i M-ehoa, su:

- intrakranijalna, cerebralna masivna krvarenja, traumatska i netraumatska
- ekstracerebralni intrakranijalni hematomi
- supratentorijalni tumori
- infratentorijalni tumori (posredno, hidrocefalusom koji je izazvan blokadom Silvijevog akvedukta)
- edem mozga bilo kojeg porekla

Veličina pomaka srednje linije može biti različita. Tako, pomeranje kod supratentorijalnih tumora u početku



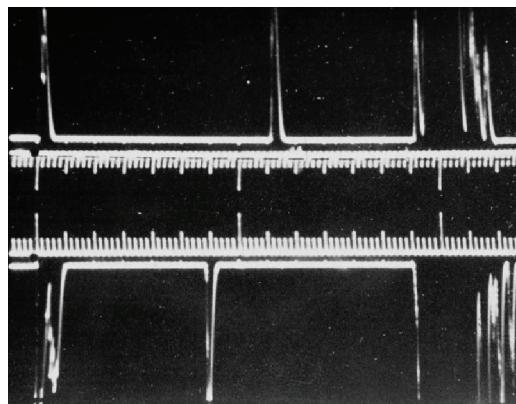
može biti minimalno, kasnije (u odmaklom stadijumima) može da iznosi i više od 10 milimetara. Tumori temporalnog režnja daju najače pomeranje, potom idu okcipitalni tumori, tumori precentralne vijuge i parijetalnog predela. Parasagittalni meningeomi retko daju pomak srednjeg eha, kao i neki mali tumori na rubu hemisfera i tumori baze na medialnoj strani frontalnog režnja. Prosečna vrednost pomeranja M-eha kod supratentorialnih tumora mozga iznosi oko 3 milimetra. Ukoliko se kod infratentorialnih tumora razvije okluzivni hidrocefalus, pomeranje srednjih talasa može da dostigne i do 20 milimetara. Edem mozga, bilo koje etiologije, može dati pomeranje od oko 3 milimetra. Kod ekstracerebralnih intrakranijalnih traumatskih hematoma pomeranje iznosi 3-15 milimetara, a kod intracerebralnih traumatskih krvarenja iznad 10 milimetara. Netraumatska krvarenja u mozgu takođe izazivaju značajno pomeranje srednje linije od oko 5 do 10 milimetara.

Naravno, bitno je da analiza ehoencefalograma ukaže na stranu na kojoj se razvija ekspanzivni proces. U tom smislu, mentalnu sliku nije teško stvoriti. Na primer, ukoliko je srednji eho dalje od geometrijske sredine lobanje sa desne strane, a bliži sa leve, logično je da je pomeranje prisutno ulevo, što znači da se u desnoj hemisferi razvija proces. I obratno, ako je M-eho bliži desno, a dalji levo u odnosu na geometrijsku sredinu, pomeranje je udesno, što znači da se u levoj hemisferi nešto dešava.

Nekada, iskusni dijagnostičar može da uoči eho samoga tumora ili hematomu (hematomi su katkad obostrani), ali se ovo ne može smatrati sigurnim znakom, pošto mnoge ekspanzije ne daju ovaku sliku.

Sledeći korak u analizi ehoencefalograma jeste *određivanje širine treće komore*. Da bi se ovo uradilo, potrebno je pronaći dupli eho koji potiče od ove strukture, što zahteva naročiti položaj sonde tik iznad aurikule. Marke ri se postavljaju na vrhove duplog eha

Slika 6. Pomeranje srednje linije na klasičnom – katodnom ehoencefalografu



i automatski na aparatu očita širina. Normalna treća komora kod male dece iznosi 2,5 do 4 milimetara, kod veće dece 3,0 do 4,5 milimetara, kod mlađih osoba 3,0 do 5,5 milimetara, kod osoba srednjih godina 4,0 do 6,0 milimetara, a kod starih i do 7 milimetara. Širina treće komore iznad 7 milimetara uvek označava moždano oboljenje: aterosklerozu cerebralnih sudova, epilepsiju, tumor maloga mozga, stanje posle ekstrirpacije tumora u mozgu, tešku zatvorenu kraniocerebralnu povredu, kongenitalne anomalije i atrofične procese u detinjstvu itd. Naročito se hidrocefalus može dobro, na ovaj način, prikazati i pratiti njegova dinamika. Ovaj deo ehoencefalografskog pregleda naziva se *ehoventrikulografija*, a određivanje širine treće komore ovom metodom može biti precizno u 90-95% slučajeva. Kod suviše uskih komora i kod pomaka srednje linije mozga za više od 3 milimetara echoventrikulografsko merenje nije pouzdano (u prvom slučaju zbog loše rezolucije ultrazvučnih talasa od 1 ili 2 megaherca, a u drugom iz razloga što su zidovi komora koso položeni). Moderni digitalizovani ehoencefaloventrikuloskopi omogucavaju, u realnom vremenu, posmatranje pulsacija treće komore, Kod sindroma intrakranijalne hipertenzije fiziološke pulsacije komora su u izvesnoj meri redukovane.

Poslednji element rutinske ehoencefaloventrikulografije jeste *prikazivanje eha spoljašnjeg zida temporalnog roga i izračunavanje indeksa moždane kore* (IMK). Da bi se ovo uradilo, sonda se postavlja neposredno iznad uha, pronalazi se dvostruki echo treće komore, a onda se traži od pacijenta da lagano nagnе glavu, te se manipulisanjem dubinskog

izjedanačenja (gain) postigne to da se echo u srednjoj oblasti izgubi, a ostane echo spoljašnjeg zida temporalnog roga. Indeks moždane kore dobije se tako što se rastojanje od srednjeg do terminalnog echoa podeli distancom između temporalnog roga i terminalnog echoa. Normalna vrednost ovoga indeksa je 2,0-2,2. Povećana vrednost ide u prilog proširenju lateralnih komora mozga. Dakle, kombinovanjem IMK sa echoventrikulografijom treće komore utvrđuje se proširenje komora mozga. Moguće je ustaviti i samo proširenje lateralnih komora, ukoliko je treća komora uredne širine. Proširenje komora je inače veoma čest nalaz kod svih kortikalnih reduktivnih i atrofičnih promena različite etiologije. Indeks moždane kore izračunava se obostrano – za obe hemisfere mozga, te je preko ovoga pokazatelja moguće uočiti i kortikalnu asimetriju, odn. asimetriju bočnih komora.

Merenje drugih indeksa i parametara, iako je moguće, ne predstavlja deo rutinske digitalizovane ehoencefaloventrikulografije. Tako su, na primer, poстојali pokušaji i da se izmeri *širina lateralnih komora*. Garg A. G. i Taylor A. R. [4] navode da echoventrikulografski izmerena širina bočnih komora može da se graduira u nekoliko stupnjeva: normalne (do 7 mm), minimalno (8-10 mm), lagano (11-13 mm), umereno (14-17 mm) i jako dilatirane (preko 18 mm). Pouzdanost merenja bočnih komora ultrazvukom iznosi 70-75%, a najviše grešaka se pravi u razlikovanju normalnih i lakše proširenih komora. Iako standardni pregeled ne podrazumeva ova merenja, očigledno je da u rukama veštog ispitivača ova metoda može dati još više korisnih, dodatnih informacija.

Koje su indikacije za digitalizovanu echoencefaloventrikulografiju? U daljem tekstu biće prokomentarisane samo neke od mogućih primena ove metode:

Kraniocerebralne povrede: Potres mozda daje pomeranje srednje linije za 2 milimetra, nekada i više (edem); kod kontuzije i laceracije moždanog tkiva pomak je i veći (više od 5 milimetara); epiduralna, subduralna i intrakranijalna krvarenja dovode do značajnog pomaka srednje linije (više od 5 milimetara, a nekada i do 15), a katkad se može videti echo od samoga hematomata. U skorije vreme konstruisan je takozvani *kompjuterizovani echoencefalograf (midlajner)* koji automatski identificuje srednji echo i ehoe sa unutrašnjih strana poglavine i sam izračunava diskrepancu između aktuelne i teorijske sredine mozga. Proces je jednostavan, brz i eliminiše greške koje bi proistekle iz obučenosti egzaminatora. Milsom i saradnici u svom radu [5] ističu da su tri najvažnija prediktivna faktora kod kraniocerebralno traumatičnih povećanje pomeranja srednje linije, inicijalni pomak od 1 milimetar i više i opadanje nivoa svesti. Veličina echoencefalografski registrovanog pomeranja korelira sa verovatnoćom razvoja hematoma. S obzirom da je kompjuterizovana echoencefalografija brza, jednostavna i moguće izvodila i kod uznenimrenih pacijenata, kao i da se može veliki broj puta ponavljati za kratko vreme (poput EKG-a), njeno korišćenje u službama hitne pomoći više je nego opravданo. Ponavljanje echoencefalografsko ispitivanje smanjuje rizik za nepredviđeni razvoj hematoma i može da indikuje radiološku neuroimaging dijagnostiku u pravom trenutku, kako bi se izbegle posledice neprepoznatog krvarenja unutar lobanje.

Moždani tumori i drugi spaciokompresivni procesi. Direktni znak koji potiče sumnju je pomak srednje linije, makar i minimalno (nekoliko milimetara). Mnogi supratentorialni tumori i druge ekspanzivne promene (apscesi, tuberkulomi, petrifikati i sl.) daće ovaj znak. Jeppson (prema Dabić-Jeftić M.) smatra da pomak srednjeg eha od 4 milimetara u 90% slučajeva upućuje na ekspanzivni proces u hemisferi, a ako je ovo pomeranje veće od 6 milimetara, onda je sigurnost ekspanzivnog procesa 99% [6]. Echoencefalografija omogućuje i određivanje hemisfere u kojoj se odvija ekspanzivni proces. Indirektni znak je proširenje treće komore kod tumora zadnje jame praćenih hidrocefalusom (echoventrikulografija). Normalan echoencefaloventrikulogram ne isključuje tumor mozga, dok sumnjuće promene indikuju dalju dijagnostiku (KT ili MR endokranijuma).

Unutrašnji hidrocefalus je veoma zahvalan za echoencefaloventrikulografsko praćenje. Proširenje treće komore je uvek iznad 7, a može da iznosi i više desetina milimetara. Moguće je kontrolisati i dinamiku povlačenja hidrocefalusa nakon neurohirurške intervencije, kao i eventualna pogorašanja. Ako se uzme u obzir da čak i mala deca dobro podnose ovu proceduru (MR kod sasvim malih pacijenata zahteva primenu narkoze), jasno je da ona potencijalno ima veliki značaj za rutinsku dijagnostiku ovog stana.

Diferencijalna dijagnostika moždanih inzulta može biti obogaćena primenom digitalizovane echoencefaloventrikulografije. Burton A. Sandok [7] na osnovu svog istraživanja zaključuje da pojava pomeranja srednjih moždanih struktura identifikovana echoencefalo-

grafski u prvih 36 sati posle inzulta snažno govoriti protiv dijagnoze nekomplikovanog infarkta mozga, a u prilog postojanja intracerebralne hemoragije ili neke druge intrakranijalne spaciokompresivne lezije. Izvesno pomeranje srednje linije moguće je i kod cerebralnog infarkta, ali ono, po pravilu, nastupa tek posle kritičnog perioda od 36 sati. Tako, ukoliko nismo u mogućnosti da uradimo KT ili MR mozga u inicijalnoj obradi bolesnika sa moždanim udarom, ehoencefalografski pregled nam može pomoći u brzoj diferencijalnoj dijagnozi ako ga uradimo u prvih danipo. Ovo može biti od životne važnosti naročito u slučaju da pacijenta zbrinjavamo na terenu, udaljeno od većih centara koji raspolažu modernom neuroradiološkom dijagnostikom.

Praćenje komatoznih bolesnika koji nemaju lokalizovane neurološke simptome u jedinicama intenzivne nege, na terenu, u toku transporta – dalja je moguća primena digitalizovane ehoencefaloventrikulografije, posebno zbog svoje jednostavnosti, bezopasnosti i lakoće rukovanja ovim aparatima [8]

Razvojna neurologija i psihijatrija: metoda se može koristiti kao pomoć u dijagnostici atrofije mozga (proširenje treće komore, povećan IMK), posleporodajnih trauma i hematoma (pomak srednje linije, nenormalna ehoventrikulografija) – mada je ovde bolje koristiti dvodimenzionalnu ehoencefalografiju u realnom vremenu kroz fontanele neonatusa, cerebralne paralize (zavisno od izraženosti promena moguće je različit stepen abnormalnosti u ehoencefaloventrikulografskom nalazu), kod glavobolja u dečjem uzrastu u fazi kada još nije indikovana MR, kod dečijih epilepsija (ne isključuje obavezu

da se u jednom trenutku ipak uradi MR mozga) i slično.

Glavobolje različite etiologije kod odraslih takođe u inicijalnoj dijagnostičkoj proceni mogu da iziskuju ehoencefaloventrikulografiju. Smatram da se danas minimalni dijagnostički standard kod svake glavobolje (makar klinički imponevala kao tenziona, tj. psihogena) sastoji od: pažljivo uzete anamneze i detaljno urađenog neurološkog pregleda, procene mentalnog statusa ispitanika, opšteg fizičkog pregleda koji obavezno mora da uključi i merenje krvnog pritisaka i auskultaciju karotida, elementarne laboratorijske dijagnostike (hemogram i osnovni biohemski nalazi), neurooftalmološkog pregleda (vizus, očno dno i perimetrija), elektroencefalografije, digitalizovane ehoencefaloventrikulografije, te pregleda karotidne cirkulacije makar slepim dopler sondama (bolje – kolor duplex sonografija magistralnih krvnih sudova vrata) i transkranijalnog doplera. Bilo koja neneormalnost utvrđena ovim metodama indikuje detaljnija neuroimaging ispitivanja, u prvom redu magnetnu rezonancu parenhima mozga sa MR angiografijom moždanih krvnih sudova. Bez obzira što je ovo možda skuplje od skraćenih dijagnostičkih algoritama, ovakav pristup bi smanjio broj neočekivanih letalnih ishoda od vaskularnih akcidenata, koji su sve češći i kod svim mladih ljudi, kao i od neprepoznavanja spaciokompresivnih procesa mozga koji ne daju jasnou i brzu kliničku lateralizaciju. Zato, kada je reč o glavoboljama, stav da je bolje učiniti previše pretraga negoli premalo ima svoje puno oparavdanje i utemeljenje u iskustvu generacija kliničara [9].

Funkcionalne psihoze, pre svega shizofrene takođe mogu biti indikacija za

echoencefaloventrikulografski pregled. Kod tipa II poremećaja mogu se otkriti izražene reduktivne promene na mozgu (abnormalan ehoventrulkogram – proširena treća komora i povećan IMK). Fine strukturalne promene mogu se detektovati jedino magnetnom rezonancom. Međutim, kako je digitalizovana echoencefaloventrikulografija brz i jeftin pregled, uputno ga je uraditi već u inicijalnoj dijagnostičkoj fazi kod svakog shizofreničara. Kasnije smo ipak u obavezi da uradimo i MR pregled mozga, upravo radi detektovanja finijih promena, što ima ne samo diferencijalno-dijagnostički već i prediktivni značaj u smislu daljeg toka i ishoda bolesti.

Bolesti zavisnosti (alkoholizam i narkomanija) mogu, posle dužeg perioda rezultovati reduktivnim promenama na mozgu od kojih se neke mogu detektovati i echoencefaloventrikulografski. Broj patoloških nalaza raste u starijim dobnim grupama kada su alkoholičari u pitanju, a ehoventrikulografski verifikovana atrofija prevazilazi reduktivne promene koje bi se očekivale za dati uzrast. Nalaze poput proširenja treće moždane komore i povećanja IMK treba korelirati sa rezultatima na neuropsihološkim testovima. Kontinuirano praćenje u tom smislu može nam pružiti uvid u dinamiku deterioracije mentalnog funkcionsanja zavisnika uslovljenog organskim propadanjem tipa demencije, što je značajan pokazatelj koga treba imati u vidu u kontekstu lečenja, rehabilitacije i prognoze bolesti [10].

Gerijatrija je još jedno područje zahvalno za primenu echoencefalografije. Negovetić [11] je u svom istraživanju pokazala da sa starenjem raste zastupljenost patoloških ehoventrikulografskih nalaza (širina treće komore, IMK i ICM – indeks cele medije, rutinski se ne radi) koji odražavaju proces difuzne moždane atrofije.

Ovo je išlo ruku pod ruku sa patološkim reoencefalografskim nalazima što bi govorilo u prilog tome da su atrofične promene na mozgu praćene aterosklerozom krvnih sudova glave (danas bi se ovo mnogo bolje pokazalo primenom savremenijih metoda od reoencefalografije, poput kolor kodiranog dopler-ultrazvučnog pregleda magistralnih krvnih sudova vrata, transkranijalnog daplera i MR angiografije). EEG se pokazao kao mnogo manje specifičan za procenu stepena starenja. U globalu, zbog mogućnosti neograničenog ponavljanja ehoventrikulografija se pokazala izuzetno vrednom metodom za ocenu stepena atrofije u procesu starenja, zaključuje ova autorka.

U zaključku ovoga rada može se reći da, uprkos tome što smo svedoci ekspanzije modernih, veoma sofisticiranih i preciznih metoda neuroimaging dijagnostike, digitalizovana echoencefaloventrikulografija može i dalje naći svoje korisno mesto, naročito u malim neurološkim i psihiatrijskim ordinacijama, kakve su većina u privatnoj lekarskoj praksi kod nas. Zajedno sa drugim jeftinim i neinvazivnim postupcima, poput elektroencefalografije i klasičnog CW- i transkranijalnog dopletra, ova metoda može pojačati dijagnostičke potencijale neuropsihijatara kojima nije uvek dostupna kompleksnija i znatno skuplja aparatura za prikaz struktura i funkcija mozga. Detaljna tehnička uputstva o ovoj metodi [12, 13] moguće je naći u ruskoj literaturi, što je razumljivo kada se ima u vidu da se u ovoj zemlji danas proizvede najveći broj digitalizovanih echoencefaloventrikulografa. Ipak treba biti svestan limita svake metode i ne zaboraviti da je, u svakom slučaju, glavna okoline neurološke dijagnostike lekar sa svim njegovim znanjima, sposobnostima i kliničkom intuicijom.

DIGITALIZED ECHOEN-CEPHALOVENTRICULOGRAPHY IN SMALL NEUROLOGICAL AND PSYCHIATRIC OFFICES

Goran Z. Golubović

Abstract

Using the data from the referential literature in addition to his own modest experiences, the author gives a presentation of digital echoencephaloventriculography that has come into being on the foundations of another, relatively older method (A-Mode echoencephalography) that used to be in usage especially before the emergence of CT scanner. The paper presents the basic principles, the very examination technique, the interpretation of the findings and the clinic indications for the given examination. It is pointed out, in the conclusion, that, despite the fact that we are witnessing modern, very sophisticated and precise methods of neuro-image diagnostics, digital echoencephaloventriculography can still find its useful place specially in small neurological and psychiatric offices that make up the majority in our private medical practice. Together with other cheap and non-invasive procedures, such as electroencephalography and classical CW – transcranial doppler, this method can enhance diagnostic potentials of those neuropsychiatrists who do not always have at their disposal more complex and considerably more expensive apparatuses for displaying the brain structure and functions.

Key words: *Digitalized Echoencephaloventriculography, neurological and psychiatric practice*

Dpt. for psychology, Philosophical Faculty
University of Niš, Agency for health protection AMBROSIUS, Bor, Serbia

Literatura:

1. Dragojević B. *Neurohirurgija*. Zavod za izdavanje udžbenika, Beograd; 1971.
2. Brown RE. *A Standardized Procedure for Echoencephalography and for Analysing Echoencephalograms*. Canad Med Ass J. May 20. 1967; vol 96: 1349-54.
3. Matković A, Jeličić I. *Neurokirurgija*. Grafički zavod Hrvatske, Zagreb; 1988.
4. Garg AG i Taylor AR. *A-scan echoencephalography in measurement of the cerebral ventricles*, J Neurol Neurosurg Psychiatr 1968; 31: 245-249.
5. Milsom PL, Butcher LH, Mardsen AK. *The use of computerized echoencephalography after recent head injury presenting to the accident and the emergency department*. Archives of Emergency Medicine 1988, 5: 91-96.
6. Dabić-Jeftić M. *Ehoencefalografija*. U: *Ultrazvuk u kliničkoj medicini*. Kurjak A (Ur). 629- 638. Naprijed, Zagreb; 1989.
7. Sandok BA. *A-Mode Echoencephalography in the Evaluation of Cerebrovascular Disease*. Stroke 1971; 2: 452-455.
8. Krupp MA, Sweet JN, Jawetz E, et al. *Priručnik za lekare*. Savremena administracija, Beograd; 1979.
9. Tomažić D. *Glavobolja uzrokovana ekspanzivnim i upalnim intrakranijalnim bolestima*. U: *Neurologija*. Dogan S (Ur). 291-296. Ljubljana; 1969.
10. Hudolin V, Hodek-Demarin V, Negovetić P, i ost. *Ehoventrikulografija u dijagnostici moždane atrofije alkoholičara*. Anal KI Bol „Dr M. Stojanović“, 18: 232; 1979.
11. Negovetić P. *Ehoventrikulografska ispitivanja u dijagnostici moždane atrofije*. U: *Ultrazvuk u kliničkoj medicini*. Kurjak A (Ur). 639-645. Naprijed, Zagreb; 1989.
12. Гнездцкий ВВ. Руководство по ультразвуковой компьютерной эхоэнцефалографии (Пособие для врачей). НИИ неврологии РАМН, ЗАО «Спектромед», Москва, 2002.
13. ЗАО «Спектромед». Одномерная ультразвуковая энцефалография (эхоэнцефалография). Москва, 1999.

Goran Z. Golubović
Telefon: 030/423-399; 064/130-26-89
E-mail: ambrosius@sezampro.rs

FRANC KAFKA – JEDAN PRILOG ZA (PATO)BIOGRAFIJU

Aleksandar Damjanović^{1,2}
Aleksandar Božić¹

UDK: 616.89-008.442:929 "1883-1924"

*Interesovanje za Kafka,
to je svest da nas je Bog napustio*
- Emil Utic

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

Uvod

Franc Kafka (1883-1924) potiče iz asimilovane jevrejske porodice koja je živela u multikulturalnom i multijezičkom austrougarskom carstvu. Bio je sin imućne jevrejske porodice iz Praga koja se služila nemačkim jezikom. Specifično Kafkino izražavanje na nemačkom jeziku je, zbog pragerdojerovske (*Pragerdeutsch* – postklasični idiom nemačkog kojim se u Pragu služila obrazovana jevrejska elita) hladne disciplinovanosti, uživa-

Kratak sadržaj

Franc Kafka (1883-1924) potiče iz asimilovane jevrejske porodice koja je živela u multikulturalnom i multijezičkom austrougarskom carstvu. U središtu Kafkinog pisana su Otac i Sin, simbolični duo koji evocira staru i novu vlast i odnose obojice pisaca s vlastitim očevima. Kafkin otac, krepak i veoma uspešan čovek bio je kućni tiranin koji je prezirao kulturu i duhovne vrednosti, zaključno sa judaizmom i sinovljevim književnim stvaralaštvo. Za Kafku i njegove književne namere predstavlja je savršen medijum. U radu se obradjuje Kafkina sklonost ka pornografiji i prostitutkama. Naš epistemološki metod se odnosi na kombinovanje i sintezu kazuističke i psihobiografske metodologije. Izdvojeni psihopatološki fenomeni ne moraju *a priori* da označavaju obolelu ličnost *in toto*. Fokusiranje pojedinačnih psihopatoloških fenomena u okviru ličnosti označava samo *pars pro toto* definiciju. Otuda Kafkina sklonost ka pornografiji i prostituciji označava samo jednu vrstu ekskluziviteta i ekscentričnost koji i ne definišu sveobuhvatnost biosa Franca Kafke. Ove „arteeficijelnosti“ prema našoj proceni svakako nisu mogle da utiču na kvalitet i estetiku Kafkine proze. Jedno je sigurno: bez obzira da li će ostati upamćen kao predstavnik magijskog realizma, tvorac novog stila u književnosti ili kao čuveni pisac u čijoj je zaključanoj polici za knjige pronađena pornografija, Franz Kafka je umetnik koji nema pretchodnika, ali ni sledbenika. Bar ne do sada.

Ključne reči: Kafka, pornografija, psihobiografija

lo naročito poštovanje i bilo je – ispostavilo se – pogodno za književno oblikovanje.

O Kafki se previše zna. Brojni su ekspertri koji iznose teorijska osmišljavanja i raznorodne koncepcije njegovog života, ljubavi, filozofije, cionizma. Međutim, ne govori li to obilje koncepcija i interpretativnog relativizma više o osobenosti onih koji su spremni na svakojake spekulacije, pri čemu još više indukuju misteriju i nepoznanice o Francu Kafki?

Zaposlen u međunarodnom osiguravajućem društvu, Kafka je izbliza imao prilike da

iskusi to da je i birokratija rukovođena kapitalističkim načelom uspešnosti, koje u moralnoj (o)pustos(enost) i lako može mutirati u totalitarnu mašinu smrti [1]. Sa njegovih proznih stranica otud dopiru oštar ukus i mrki ton, dotad nepoznati u nemačkom jeziku. Samo su Gogolj i Dostojevski pre toga bez saosećanja i prezira svedočili o usponu bede čovečanstva i otupelosti poniženja. Predstaviti ništavilo prosečne ljudske egzistencije (ali nikako ne utešno, niti da bi ona bila ulepšana) – to je Kafkino dostignuće. Sivo ništavilo bilo je i duhovni materijal, kao i priče koje su nastale poput daha iz tog sivog, žilavog stanja.

Kafkin književni opus nije naročito plodan. Objavljeno je šest knjiga manjeg obima: *Razmatranja*, *Proces*, *Ložač*, *Preobražaj*, *U kaznenoj koloniji* i *Seoski lekar*. Pojedine, retke novele objavljujivane su u časopisima i novinama. Premda naizgled šturo, njegovo je stvaralaštvo neiscrpno obilje jer, po rečima njegovog prijatelja Feliksa Velča, ono što je napisao je „savršeno – to se ne sme dotaći, to je upravo apsolutno“. Kafka je svojim delom stvorio jednu novu stvarnost, specifičnu atmosferu – znatno čistiju, hladniju, strožu od one koju smo svakodnevno u stanju da iskusimo. Ujedno bremenit i nepristupačan, taj novi svet (prikazan, na primer, u *Razmatranjima*) ipak neumitno upućuje na (ne)znanu nam stvarnost, jednak koliko se epistemološki izdvaja u galeriju njenih odraza.

Njegov otac, svi očevi, svet očeva i autoriteta provejavaju *Procesom* – tako glasi legenda o Kafki. Njegovi prijatelji i prijatelji njegovih prijatelja tek poluglasno tumače tu atmosferu suptilne mržnje, suspregnutog duha i popustljivog besa, koji se često projavljava u nijansiranom altruizmu. Možda je taj glas činio nepravdu, a Kafkin bolni bes je bio hiroviti trzaj odveć rastrzanog srca?

Franc Kafka je vodio izrazito sredjen i siguran život, bar pojumno. Medutim, taj život je bio ispunjen preprekama, nevoljama i stalnim zahtevima da se s njim izlazi na kraj. Oboleo od tuberkuloze, bolest je koristio

kao oružje protiv sveta – protiv oca, pre svih, koga kao da je želeo da kazni svojim zdravstvenim stanjem. Mladi Franc nije želeo da bude zdrav, jer time bi svom ocu dao za pravo. On je želeo da bude bolestan, želeo je da zaradjuje za život kao službenik osiguravajućeg društva, kao i to da živi ophrvan teškoćama i neprijatnostima. Neuspšeno je vodio svoj lični život, koji je na važnosti dobijao isključivo u odnosima s roditeljima i odupiranju očevoj tiraniji. Ta mržnja prema ocu izgledala je kao bolest. Srećan u svojoj ogorčenosti što je pronašao krivca, na stravičan način priznao je krivcu da je u pravu.

Sin je očeve prokletstvo preneo na sebe: u *Presudi* se baca u Moldau, u *Preobražaju* skončava izgladneo i izolovan nadomak potrodice, izlišan i sputan kao *Umetnik u glodovanju*. Očeve bespogovorne reči se ostvaruju. Sin, spolja pobunjen, iznutra je pokoren ocu – patrijarhu. Sin daje ocu za pravo u očevom odnosu prema njemu i izvršava na sebi i predsuđu. Silna se ljubav krije iza te besmislene mržnje: sin može toliko da mrzi svog oca samo jer ga je pre toga beskrajno voleo. U ljudima izvesno postoji primitivni pakao, gde se ljubav i mržnja neodvojivo prepliću.

Položaj deteta između oca i majke, unakrsnost Elektrinog i Edipovog kompleksa jasno se ističe u ličnosti Franca Kafke. Ta konstellacija bila je njegov fatum – njegov, nikako ne (opšte)ljudski – zapravo matrica osećljivosti koja je prenaglašena bila u mržnji spram sopstvene ličnosti i integriteta. Njegov pogled bolno se zadržavao samo na bezizlaznim odnosima. Osećaj krajnje, sartrovskе mučnine bio je osnovni uslov njegove egzistencije. Kafka je želeo da bude bolestan. Jedini izlaz za njega bio je njegov način života – porinutost u nepodnošljivost egzistencije.

Decenije koje su usledile posle 1917. godine pokazale su koliko se Kafka patnjom i ponašanjem izdvajao od drugih. On je preživeo torture skoro istovetne onima naknadno osmišljenim u koncentracionim logorima. U korenu njegove bolesti bila je neumoljiva evolucija psihosomatske linearnosti: usamljiv-

vanje, agresivnost, sadomazohizam i bolest, što sve upućuje na model naučene bespomoćnosti.

Bogati otac nameravao je da ga o svom trošku pošalje u Egipat kako bi tuberkulozna pluća izložio suvom pustinjskom vazduhu. Kafka je ponudu odbio, isto kao što je odbacivao pomoć svojih prijatelja. On je bio strog, ali nije mrzeo i kritikovao, nego je pažnju usmeravao na dobre strane ličnosti. Prema sebi je pak bio rigorozan, pa je otud i bezmalo svaki svoj rukopis izlagao na milost i nemilost kritič(ars)koj prizmi prijatelja, pre svega Maksa Broda [2].

U uspomenama Leopolda Krajtnera [3] na Kafkinu mladosti pisac nije prikazan introvertnim, što svakako odudara od utiska koji se stiče čitanjem njegovih dela. Naprotiv, u društvu je Kafka umeo biti žovijalan i duhovit, spreman na šalu na nemačkom ili češkom jeziku, a i drugi njegovi prijatelji su tvrdili da u to vreme on ni u kom slučaju nije bio povučen. (Kao što se zna, on je bio u neku ruku unikatni izdanak triju kultura: češke, nemačke i jevrejske.) Krajtner čak iznosi utisak da je u porodičnom domu Kafkinih vladala „normalna“, srećna atmosfera u kojoj otac i sin imaju skladan, mada ne i srdačan odnos. Sem toga, mladi Kafka je u društvu bliskih prijatelja – Maksa Broda, filozofa Emila Utica, istoričara umetnosti Oskara Polaka i bibliotekara Feliksa Velča – odlazio u Gembengase kako bi se u zavodu madam-Goldšmit, koji je pre Prvog svetskog rata bio čuven sa svog plesa, kafe i izbora oskudno odevenih dama, uz utvrđenu tarifu od 10 austrougarskih kruna prepustao zadovoljstvima profesionalnih ugostiteljskih usluga. Pohodu su prethodili prikupljanje i izučavanje pozamašne zbirke pornografaskih knjiga!.

Isak Baševic Singer, jevrejski pisac i dobitnik Nobelove nagrade za književnost, nije poklonik Kafkinog dela jer je smatrao je da ono čitaoca navodi na dosadu i krivicu. Prema njegovim ocenama, Kafka je jalovo tragaо za svojim korenima tragao i uzaludno

pokušavao da ih stekne. Robert Muzil je tvrdio da je Kafkino delo poetski i umetnički bezvredno i takodje ga nije cenio..

U ovom radu primenićemo kombinovani kazuistički i biografski fenomenološki pristup. U kazuistici je merodavno ono gledište koje omogućava odabir bitnih fenomena i onoga što zavređuje prezentaciju. Nasuprot tome, u biografiji je nužno izvršiti povezivanje i jedinstvo celine odredene individue, koja odabira ono što je reprezentativno za ovu celinu.[4] Kazuistica se dakle odnosi na opšte poznavanje, a biografika na individuu.

POTENCIRANJE KAFKINE LJUDSKE STRANE NASUPROT SLIKE SVECA

RUŠENJE MITA ILI NE?

Erotska umetnost je uvek pobuđivala pažnju, izazivala uvrede, šokirala poglede. Muzeji ovakve vrste nisu nikakvo iznenadenje za Ameriku, tradicionalno dobrom domaćinu izložbi seksualne i erotске umetnosti. U Evropi pak muzeji posvećeni seksu i erotici tek od nedavno niču kao pečurke. Od Barselone pa do Kopenhagena, svi se eksponati čuvaju kao blago, od drevnih dildoa i ikona plodnosti do savremenih interaktivnih skulptura i popularnih seks-igračaka. Pitanje je, međutim, koliko ovakvi sadržaji u 21. veku mogu biti neobični i očaravajući? Erotifikacija ili pornografikacija u eri interneta gotovo je neizbežna tema, a razni vidovi "nepodopština" svima su dostupni putem kablovske televizije i specijalizovane štampe.

Era seksualne umetnosti u Evropi danas je u usponu, dovoljno je samo pomenuti Amsterdam, Barselonu, Berlin, Kopenhagen, Hamburg, Pariz. No, neosporna je i činjenica da ovaj oblik umetnosti postoji odvajkada. Razlika je u mistifikaciji, danas gotovo da više nema tabu tema, tolerišu se svakojače nemoralnosti i bestidnosti, kao nešto prirodno, napredno i što ne šteti nikome. Nedavno se čak holandski ministar kulture Ronald Plasterk u parlamentu usprotvio pozivima da se ukine emitovanje pornografskih filmova na TV kanalu Nederland 3, tvrdeći

da je to forma umetnosti. Filmove je čak opisao kao potpuno stilizovane, i da ih pravi poznavaci ocenjuju kao granu umetnosti.

Svaki prethodni tehnološki, literarni i komunikacijski napredak – od štampanih medija, preko novela i litografije, do fotografije i filma –indirektno je potpomognut upotrebom seksualnosti. Čak su i proslavljeni pisci i umetnici tajno sastavljali "sramna" dela pod izgovorom ljubavi.

Nedavno je objavljena knjiga „Iskopavajući Kafku“ poznatog istraživača Kafkinog života i dela akademika Džejmsa Hauesa, a javnosti je već poznato da je u zaključanoj polici za knjige Franza Kafke pronađena pornografska zbirka [5]. Sam Haues je izjavio da ga je još od davne 1982. godine, kada je kao student prvi put došao u dodir sa originalnim rukopisom „Zamka“, pratila pomisao kako u toj celokupnoj „industriji“ postoji nešto čudno i, kako naglašava, „gnjilo“.

„Dok sam pisao knjigu 'Iskopavajući Kafku' našao sam na neobjavljeni materijal koji je bio jako upadljiv i kao da je ukazivao na potpuno rušenje mita o njegovom životu. Pitao sam se zašto niko nikada nije pokazao čitaocima pornografiju koju je posedovao, ako je već samo par pisama između njega i Maxa Broda bilo dovoljno da zanese milione školaraca širom svijeta.“ Haues naglašava da postoji fusnota u Brodovoj prvoj biografiji o Kafki, koja je omogućavala svima da pronađu taj materijal još pre 85 godina. Njegovo pismo Brodu tačno otkriva mesto na kojem je čuvao pornografiju: u zaključanoj polici za knjige u roditeljskoj kući. Prava je misterija zbog čega je to tako dugo ostalo tajna.

Razlog za to Džejms Haues je iznašao u jednom podatku o Kafkinom „književnom životu“. „Čovek koji mu je dostavljao pornografiju od 1906. do 1907. godine isti je onaj koji je prvi objavio njegovo delo 1908., ali i koji je kao predsednik žirija za dodelu Berlinske književne nagrade ugovorio stvari tako da Kafka odnese pobedu i slavu. Izgleda da Kafkini saradnici nisu žeeli znati takve stvari o svom idolu“, naglašava Haues.

Kolekcija eksplisitne pornografije, koja je pripadala Francu Kafki, otkrivena je u novim istraživanjima o životu čuvenog pisca i to nakon što su je naučnici namerno ignorisali kako bi sačuvali Kafkin imidž.. Akademik i ekspert za Kafku Džejms Haues slučajno je našao na zbirku dok je istraživao kopije Kafkinih dnevnika u Biblioteci Britanije u Londonu i Bodlijenu u Oksfordu. Doktor Haues kaže da je otkriće ove zbirke jako bitno zbog toga što pokazuje Kafkinu ljudsku stranu, nasuprot njegovom poznatom imidžu „kvazisveca“.

„Ova zbirka bi i u naše vreme bila skrivena na vrhu neke police. Ovo nisu neke škaljive razglednice sa letovališta, ovo je nedvosmislena pornografija, čista i jednostavna. Dobar deo kolekcije je mračan i neprijatan To je neosporno čista i jednostavna pornografija. Neke od tih stvari su prilično mračne, predstavljaju oralni seks sa životinjama i devojke u akciji s devojkama. Prilično neuskusno,“ kaže Haues, čija je knjiga „Iskopavajući Kafku“ objavljena ovog meseca. On kaže da su se brojni akademici pretvarali da zbirka ne postoji, jer „industrija Kafke ne želi da se ovakve stvari znaju o velikom idolu.“

Zašto pornografija?

Nedovršenost psiho-seksualnog razvoja i vojerske crte očituju želu da se ne doživi potpuni telesno-senzualni kontakt. Pornografija takođe omogućava izolovanje eksicacija i libidinozno zadovoljenje bez objekta. Svoje polne prohvete Kafka je zadovoljavao u bordelima. Ta anonimna seksualnost je verovatno deo Kafkine strategije da svoju „večitu“ verenicu i ostale devojke koje su mu se svidale izoluje od sirove seksualnosti i potencira kompleksnost žene kao dvojnog entiteta bludince/device posredstvom splittinga. Romantizovana ljubav se idealizuje i ne konzumira, a ona druga, bludna, omogućava libidinozno rasterećenje i posmatra se kao objekat tog istog rasterećenja. Kafkin narcizam zamagluje sve libidinozne ciljeve, dok je mo-

ralni mazohizam povezan sa strogim superegom. Pornografija omogućava i relativnu energetsku ravnotežu izmedju sistema ego-id-superego. Id se rastrećeuje, ego kontroliše akciju, a super-ego je relativno ne uznemiren, jer postoji "alibi" za greh koji je pre svega pasivan i skoptofilan. Kod perverzija celokupna seksualnost je zamjenjena komponentom infantilne seksualnosti. Kod perverznih osoba to podrazumeva da infantilna seksualnost nije dostigla stanje potpunog razvitka. To može poticati zbog zastoja u razvitku ili zbog regresije. Osobe koje reaguju na infantilnu frustraciju regresijom na infantilnu seksualnost, perverzne su. Osobe koje upotrebljavaju druga sredstva odbrane posle regresije jesu neurotične.[6]

Strah i osećanje krvica prouzrokovane su Edipovim kompleksom, koji je tako jasno ocrтан u Kafkinom odnosu prema ocu. Perverzna osoba je ona čije je seksualno zadovoljstvo blokirano idejom kastracije. On pomoću perverzije pokušava da dokaže nepostojanje kastracije.

Od svih svetskih pisaca, samo je Šekspir zaslužan za više doktorata, diploma, biografija i takozvanih knjiga za stočić. Sve što je Kafka napisao, svaka njegova razglednica, svaka strana njegovog dnevnika se smatra potencijalnim 'kovčegom zaveta' (kivotom). Ipak, niko nikada nije čitaocima prikazao Kafkinu pornografiju. Kafka je zbirku čuvao pod ključem u porodičnoj kući, a ključ je uvek nosio sa sobom.

Interesovanje za Kafku podrazumeva svest da nas je Bog napustio. Kafkina logika je apsolutna, komprimovana, u njoj se može živeti samo nekoliko trenutaka. Prema Fridrihu Fajglu, Kafka je imao jednu „večitu“ verenicu, Felis Bauer. Iza takve pojave krio se aberantan seksualni razvoj. Kafka se bojao telesnog kontakta, a, uz to, mrzeo je stvarnost. Ipak pornografija (poput alkohola ili sedativa) može biti i sredstvo održanja melanholije na odstojanju.

U središtu Kafkinog pisanja su Otac i Sin, simbolični duo koji evocira staru i novu vlast

i odnose obojice pisaca s vlastitim očevima. Kafkin otac, krepak i veoma uspešan čovek bio je kućni tiranin koji je prezirao kulturu i duhovne vrednosti, zaključno sa judaizmom i sinovljevim književnim stvaralaštvom.

Žrtva Preobražaja je Sin - dobri sin i hranilac porodice Gregor Samsa, pretvoren u bubašvabu, koga je porodica ubila. Iskustvo s vlastitim ocem izoštalo je Kafkinu viziju patrijarhalne tiranije i masovnih posledica, masovni pokolj Sinova poslatih u rat od strane generacije Očeva, starih imperatora, kraljeva i careva. [7]

ZAKLJUČAK.

U radu se obraduje Kafkina sklonost ka pornografiji i prostitutkama. Naš epistemološki metod se odnosi na kombinovanje i sintezu kazuističke i psihobiografske metodologije [4]. Izdvojeni psihopatološki fenomeni ne moraju *a priori* označavati obolelu ličnost *in toto*. Fokusiranje pojedinačnih psihopatoloških fenomena u okviru ličnosti označava samo *pars pro toto* definiciju. Otuda Kafkina sklonost ka pornografiji i prostituciji označava samo jedan vid ekskluziviteta i ekscentričnosti koji ne definišu sveobuhvatnost biosa Franca Kafke. Ove „arteficijelnosti“, prema našoj proceni, svakako nisu mogle da utiču na kvalitet i estetiku Kafkine proze..

Ma kakvi komentari bili, nesumnjivo je da su Kafkina dela iznimna pojava u istoriji književnosti, koja se nisu mogla svrstati ni u jedan pravac ili stil. Maks Brod, njegov prijatelj i izdavač, smatrao ga je egzistencijalistom. Dve osobine njegovih dela jednostavno negiraju jedna drugu: prva je fantastični okvir koji zacrtavaju, a druga pojedinosti ocrthane u tom okviru koje su u potpunosti realistične. Jedno je sigurno – bez obzira da li će ostati upamćen kao predstavnik magijskog realizma, tvorac novog stila u književnosti ili kao čuveni pisac u čijoj je zaključnoj polici za knjige pronadena pornografija, Franz Kafka je umetnik koji nema prethodnika, ali ni sledbenika. Bar ne do sada.

AN ADDITION TO PSYCHO (PATHOLOGICAL) BIOGRAPHY OF FRANZ KAFKA

Aleksandar Damjanović^{1,2}
Aleksandar Božić¹

Summary

Franz Kafka derives from an assimilated Jewish family that lived in the multicultural and multilingual Austro-Ugrian Empire. Father and Son are in the center of Kafka's writing, a symbolic duo evocating old and new power, and relations of both writers with their fathers. Kafka's father, lusty and very successful man was a home tyrant who despised culture and spiritual values, inclusive Judaism and his son's literal creativeness. For Kafka and his literal aspirations he was a perfect medium. In this paper we elaborate Kafka's affection for pornography and prostitutes. Our epistemological method refers to combination and synthesis of casuistic and psycho-biographic methodology. Separated psychopathological phenomena need not *a priori* mean an ill person *in toto*. Focusing on some individual psychopathologic phenomena within the personality indicates only *parts pro toto* definition. Therefore Kafka's affection for pornography and prostitutes identify only one kind of exclusivity and eccentricity which do not define the totality of Franz Kafka's bios.

According to our estimation these "artificialities" could certainly note have influenced the quality and esthetic of Kafka's prose. But one thing is sure: no matter weather he remains remembered as the representative of a magical realism or the author of a new literal style or the famous writer with a locked shelf where pornography was found, Franz Kafka is an artist having neither precedents nor followers. Not until now at least.

Key words: Kafka, pornography, psychobiography.

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

Literatura:

1. Gluščević Z. Kafka-krivica i kazna. Slovo ljubve, Beograd, 1980
2. "Kada sam susreo Kafku..." Sećanja na Franca Kafku. Priredio Hans-Gerd Koh, Filip Višnjić, Beograd, 2009.
3. Krajtner L. Kada sam susreo Kafku .Književni magazin, br 91-92, godina 9, 2009
4. Damjanović A. Psiho i patobiografija-konstrukcija, rekonstrukcija ili dekonstrukcija ličnosti., Intergraf remont, Beograd, 2005.
5. Hawes J. Excavating Kafka. Oxford Press, 2009
6. Fenihel O. Psihoanalitička teorija neuroze. Medicinska knjiga Beograd-Zagreb, 1961
7. Kafka F. Pisma Oti i Porodici. Filip Višnjić, Beograd, 2009

Aleksandar DAMJANOVIĆ
Klinika za psihiatiju, Klinički centar Srbije,
Pasterova 2, 11000 Beograd, Srbija
Tel. +381 (0)11 3662103
Fax +381 (0)11 2645543
E mail: damal64@yahoo.com

PRIKAZ USPEŠNOG OPORAVKA OD AGRANULOCITOZE IZAZVANE OLANZAPINOM NAKON NEUTROPENIJE IZAZVANE KLOZAPINOM

Jasminka Marković¹
Dragan Mitrović¹
Svetlana Ivanović-Kovačević¹
Vesna Vasić-Zarić²

UDK: 615.214.2.06:616.155.3

Kratak sadržaj

Opasnost od agranulocitoze tokom primene klozapina je opisana i dobro poznata, zbog čega je tokom upotrebe leka neophodan hematološki monitoring. Ranije se smatralo da novi antipsihotici vrlo retko izazivaju krvne diskrazije i čak su smatrani vrlo sigurnom zamenom u slučaju kada se tokom primene klozapina javi leukopenija ili agranulocitoza. Sve je više radova i prikaza slučajeva koji ukazuju da je moguća pojавa hematoloških diskrazija i pri primeni novijih atipičnih antipsihotika. Nije opšte prihvaćeno, ali se u literaturi navodi da olanzapin zauzima treće mesto po incidenci izazivanja neutropenije među tipičnim i atipičnim antipsihoticima.

Prikazujemo slučaj 18-ogodišnje pacijentkinje obolele od terapozistentnog shizofrenog poremećaja kod koje je u 14. nedelji terapije klozapinom (250 mg dnevno) došlo do pada vrednosti leukocita ($2,0 \text{ L}^{-9}$) sa sniženim brojem neutrofila ($0,6 \text{ L}^{-9}$), te je klozapin isključen iz terapije. Vrednost leukocita šestog dana od ukidanja klozapina počinje da raste i u terapiju se uvodi olanzapin. Tokom terapije olanzapinom ponovo dolazi do pada broja leukocita i agranulocitoze (koja se registruje osmog dana od uvođenja olanzapina u terapiju). Olanzapin je isključen iz terapije, a uveden cefalosporin i litijum karbonat. Vrlo brzo dolazi do povećanja broja leukocita koji su 12. dana od uvođenja litijum karbonata iznosili $9,5 \text{ L}^{-9}$. U literaturi postoji samo nekoliko opisanih slučajeva agranulocitoze izazvane olanzapinom i to nakon neutropenije izazvane klozapinom. Nije poznat tačan mehanizam ove jatrogene agranulocitoze ali, s obzirom na sličnu strukturu ova dva leka, prepostavlja se i sličan mehanizam nastanka. I pored toga što se u raspoloživoj literaturi preporučuje primena olanzapina, kao leka izbora, nakon neutropenije izazvane klozapinom, naše iskustvo ukazuje na oprez i obavezan intenzivan monitoring vrednosti leukocita i neutrofila tokom tretmana olanzapinom.

Ključne reči: klozapin, olanzapin, neutropenija, agranulocitoza, shizofrenija

- 1 Centar za dečiju i adolescentnu psihijatriju, Institut za psihijatriju, Klinički centar Vojvodine, Novi Sad, Srbija
- 2 Klinika za anksiozne i afektivne poremećaje, Institut za psihijatriju, Klinički centar Vojvodine, Novi Sad

UVOD

Krvne diskrazije se javljaju kod gotovo svih klasa psihotropnih lekova. Mechanizam nastanka ovih diskrazija je višestruk: direktni toksični efekat na kosnu srž, formiranje antitela koja napadaju hematopoetske ćelije ili periferna destrukcija ćelija. Agranulocitoza je najznačajnija krvna diskrazija povezana sa upotrebljom lekova. Smrtnost od agranulocitoze indukovane lekovima je 5-10%, dok je pre otkrića antibiotika bila i preko 80%. [1]

Leukopenija podrazumeva sniženu vrednost belih krvnih zrnaca (najčešće iz klase neutrofila). Neutropenijska se javlja kada je broj neutrofila manji od $1,5 \text{ L}^{-9}$. Kako su neutrofili najbrojniji među leukocitima neutropenijom se smatra i vrednost leukocita manja od $3,0 \text{ L}^{-9}$. Agranulocitoza bukvalno znači odsustvo granulocita u perifernoj krvi (neutrofila, bazofila i eozinofila), a praktično se agranulocitoza dijagnostikuje kada je broj neutrofila manji od $0,5 \text{ L}^{-9}$ i/ili leukocita manji od $1,0 \text{ L}^{-9}$. Najčešći uzroci lekom indukovane neutropenije/agranulocitoze u psihijatriji su klozapin (rizik od agranulocitoze je 0,8% predominantno u prvoj godini terapije), fenotiazini (rizik od agranulocitoze za hlorpromazin je 0,13%) i antiepileptici (rizik od neutropenije za karbamazepin je 0,5%). [1] Klozapin je sintetisan još 1958. godine i pripada klasi dibenzodiazepinskih antipsihotika sa visokim afinitetom za 5HT2 receptore i niskim afinitetom za D2 receptore, te se smatra prototipom atipičnih antipsihotika. Ovaj antipsihotik ispoljava pozitivan efekat na sve vrste šizofrenih simptoma, uključujući i depre-

sivne i negativne simptome. Klozapin, takođe, redukuje suicidalnu stopu u šizofreniji i stabilizuje raspoloženje kod teških refrakternih bipolarnih afektivnih poremećaja, a ne izaziva ekstrapiramidalne neželjene efekte, tardivnu diskineziju niti hiperprolaktinemiju koji predstavljaju najčešće razloge za prekid terapije antipsihoticima I generacije. Osim potencijalno fatalne agranulocitoze, najčešći neželjeni efekti tokom primene klozapina su sedacija, posturalna hipotenzija, hipersalivacija, tahikardija, vrtoglavica, glavobolja i povećanje telesne težine. [2]

Opasnost od agranulocitoze tokom primene klozapina je dobro poznata zbog čega je tokom upotrebe leka neophodan hematološki monitoring koji vrlo uspešno prevenira potencijalno smrtnu ishodu agranulocitoze. Rizik za pojavu ove diskrazije je najveći u prva tri mesečna terapije, povećava se sa godinama stariosti i češće se javlja kod osoba ženskog pola. [2,3] Izgleda da klozapin uzrokuje dva tipa neutropenije. Prvi tip je blaga do srednje izražena neutropenija (broj neutrofila od $0,5\text{--}1,5 \text{ L}^{-9}$), ovaj tip se javlja kod 1-2% pacijenata, a može biti posledica destrukcije neutrofila u krvi ili slezini (mijeloidna maturacija nije oštećena). Oporavak je brz i nastupa tri do sedam dana po ukidanju klozapina. Drugi tip neutropenije je agranulocitna (broj neutrofila je ispod $0,5 \text{ L}^{-9}$), javlja se kod 0,8% pacijenata lečenih tokom jedne godine. Kod ovih pacijenata postoji rizik od sepse. Za oporavak je potrebno od 14 do 22 dana. [3]

Olanzapin pripada klasi tienobenzodiazepina i ima izražen antagonizam prema serotonininskim, muskarinskim i do-

paminskim receptorima. Kao i kod drugih atipičnih antipsihotika izražen je 5HT2/D2 antagonizam, redukuje i pozitivne i negativne simptome u shizofreniji i po svom receptorskem profilu vrlo je sličan klozapinu. Najčešća neželjena dejstva su somnolencija i povećanje telesne težine. Ranije se smatralo da novi antipsihotici vrlo retko izazivaju krvne diskrazije i čak su smatrani vrlo sigurnom zamjenom za klozapin u slučaju kada se tokom primene klozapina javi leukopenija ili agranulocitoza. Sve je više radova i prikaza slučajeva koji ukazuju da je moguća pojавa hematoloških diskarazija i pri primeni novijih atipičnih antipsihotika. [4,5] Nije opšte prihvaćeno ali se u brojnoj literaturi navodi da olanzapin zauzima treće mesto po incidenci izazivanja neutropenije među tipičnim i atipičnim antipsihoticima. [6]

Shizofrenija sa početkom u detinjstvu i adolescenciji je vrlo redak ali i vrlo te-

žak oblik poremećaja koji je često povezan sa teraporezistencijom. [7] Upravo je to razlog da i pored brojnih i potencijalno opasnih neželjenih efekata relativno često upotrebljavamo klozapin u tretmanu adolescente sa shizofrenim poremećajem.

PRIKAZ BOLESNIKA

Prikazujemo slučaj 18-ogodišnje pacijentkinje sa dijagnozom shizofrenog poremećaja (Nediferencirana shizofrenija - F 20.3), kod koje su se prvi simptomi poremećaja javili u 16-oj godini kada je i prvi put hospitalizovana u Centru za dečiju i adolescentnu psihijatriju. Od tada je u više navrata hospitalizovana, bolničko lečenje je trajalo prosečno dva meseca, sa predominantnim negativnim simptomima, praćenim snažnom suicidalnom ideacijom i samopovređivanjem. Na početku bolesti pacijentkinja je ima-

*Tabela 1. Praćenje leukocitarne formule
Table 1. Values of leucocytes count*

Datum Date	Le (G/L)	Ne (%)	Ly (%)	Mo (%)	Eo (%)	Ba (%)	Ne (G/L)
09.03.07 ukinut klozapin iz terapije							
13.03.07	2.0	31.7	64.9	3.3	0.1	0.0	0.6
15.03.07	2.3	47.5	48.2	4.1	0.0	0.1	1.1
16.03.07 u terapiju uveden olanzapin							
19.03.07	2.2	16.1	82.0	1.9	0.0	0.0	0.4
20.03.07	2.3	20.3	76.5	3.1	0.1	0.0	0.5
22.03.07	1.9	24.0	71.9	4.0	0.1	0.0	0.5
23.03.07	1.7	25.1	69.1	5.7	0.1	0.0	0.4
24.03.07 ukinut olanzapin iz terapije							
26.03.07	2.1	22.8	66.5	10.6	0.0	0.1	0.5
30.03.07	3.4	38.8	51.6	9.5	0.1	0.0	1.3
05.04.07	9.5	77.0	18.3	4.3	0.3	0.1	7.4
11.04.07	8.7	67.3	27.1	5.3	0.3	0.0	5.8
24.04.07	5.4	53.7	38.4	5.9	1.8	0.2	2.9

la jedan pokušaj suicida izazvan uzimanjem prekomerne količine raznih psihofarmaka. Pacijentkinja ima negativan psihijatrijski hereditet, dobrog je telesnog zdravlja, u ranjoj medicinskoj historiji nije imala težih telesnih bolesti, operacija, povreda, alergija na lekove i hranu. Ne postoji hereditarno opterećenje u odnosu na hematološke bolesti. Tokom hospitalnog i ambulantnog lečenja u terapiji dovoljno dugo i u preporučenim terapijskim dozama sekvencialno i konkomitantno primjenjeni atipični i tipični neuroleptici po preporučenim terapijskim shemama (risperidon, sulpirid, kve tiapin, flufenazin, haloperidol), upostavlja se stanje parcijalne remisije koje traje po nekoliko meseci.

Tokom četvrte hospitalizacije u terapiju se uvodi klozapin, kao terapija izbora kod teraporezistentnih shizofrenih poremećaja, ali i zbog svoje dokazane efikasnosti u tretmanu suicidalnosti. Pre uvođenja klozapina rezultati laboratorijskih analiza bili su u granicama normalnih vrednosti. Klozapin je tokom deset dana postepeno titriran do doze od 250mg dnevno (podeljeno u dve doze) koja dovodi do značajnog poboljšanja shizofrene simptomatologije, pacijentkinja više zainteresovana i aktivna u svom socijalnom okruženju, redukovana anksioznost psihotične geneze koja je ranije rezultirala samopovređivanjem, po prvi put od početka lečenja negira suicidalnu ideaciju. Tokom hospitalizacije kao i pri daljem ambulantnom praćenju redovno (jednom nedeljno) kontrolisana je vrednost leukocita koja je bila u granicama referentnih vrednosti. U 14. nedelji terapije klozapinom, na redovnom ambulantnom pregledu, konstataje se snižena

vrednost leukocita ($2,0 \text{ L}^{-9}$) sa sniženim brojem neutrofila ($0,6 \text{ L}^{-9}$), te se pacijentkinja ponovo hospitalizuje i isključuje klozapin iz terapije. Konsultovan je hematolog koji preporučuje praćenje vrednosti leukocita svaka dva dana, bez differentne terapije leukopenije. Nakon ukidanja klozapina, a bez druge terapije neurolepticima (ordiniran jedino lorazepam u dnevnoj dozi od 10-15mg), dolazi do grube egzacerbacije psihotične simptomatologije i po prvi put od početka bolesti javlja se i pozitivna shizofrena simptomatologija u vidu perceptivnih obmana (akustičke i haptičke halucinacije) i interpretativnih sumanutosti. Vrednost leukocita šestog dana od ukidanja klozapina počinje da raste i iznosi $2,3 \text{ L}^{-9}$, kada se u terapiju postepeno uvodi olanzapin, do vrednosti od 20mg/dan. Tokom rutinskog pregleda laboratorijskih vrednosti, osmog dana od uvođenja olanzapina u terapiju, utvrđena je snižena vrednost leukocita ($1,7 \text{ L}^{-9}$) i agranulocitoza. Hematolog savetuje ukidanje olanzapina i profilaktičko uvođenje antibiotika, iako pacijentkinja nije imala simptome infekcije, povišenu temperaturu, nalaz po organskim sistemima bio je uredan. Po dijagnostikovanju agranulocitoze olanzapin isključen iz terapije a uveden cefalosporin i litijum karbonat (sa idejom da se iskoristi njegov neželjeni efekat - povećanje broja leukocita). Vrlo brzo dolazi do povećanja broja leukocita, koji su 12. dana od uvođenja litijum karbonata iznosili $9,5 \text{ L}^{-9}$ (što je značajno više od uobičajenih vrednosti koje su ranije merene), te je litijum isključen iz terapije.

Nakon isključenja i olanzapina iz terapije pacijentkinja tretirana kombinaci-

jom dva antipsihotika (antipsihotik II generacije aripiprazol u dozi do 22,5 mg pro die i antipsihotik I generacije, haloperidol u maksimalnoj dozi od 10mg pro die) uz antiholinergik biperiden u dozi od 4mg pro die i anksiolitik klonazepam u dozi od 6mg pro die. Kod pacijentkinje postepeno dolazi do povlačenja produktivne psihotične simptomatologije. Zbog pojave depresivne simptomatologije u vidu sniženog raspoloženja, nedostatka volje i inicijative, plačljivosti u terapiju se uvodi i antidepresiv sertraline u dozi od 100mg pro die. Nakon dvomesečne hospitalizacije pacijentkinja postiže stanje parcijalne remisije i otpušta se sa preporukom da se javlja na redovne ambulantne preglede kod dečijeg psihijatra.

DISKUSIJA

Agranulocitoza kao neželjeno dejstvo terapije klozapinom je dobro poznato i opisano u svetskoj literaturi, dok postoje samo sporadični prikazi slučajeva koji govore o riziku od leukopenije i agranulocitoze udruženih sa upotrebljom drugih antipsihotika II generacije. Olanzapin je strukturalno najsličniji klozapinu i opisi neželjenih dejstava olanzapina na hematološki sistem uključuju 3 grupe izveštaja:

- prikazi o neutropeniji indukovanoj upotrebljom olanzapina,
- opisi upotrebe olanzapina kao leka izbora nakon agranulocitoze izazvane klozapinom,
- prikazi prolongiranja leukopenije izazvane klozapinom tokom tretmana olanzapinom. [8,9]

Dernovsek i sar. opisuju dvogodišnje iskustvo uspešnog tretmana olanzapi-

nom 65-godišnjeg pacijenta sa teraporesistentnom paranoidnom shizofrenijom, koji je ranije razvio leukopeniju i neutropeniju tokom tretmana klozapinom, a potom i tokom tretmana risperidonom. [10] Olanzapin se pokazao hematološki sigurnim lekom, mada nije postignuta toliko zadovoljavajuća kontrola simptoma kao pri tretmanu klozapinom.

Tokom 1999.godine opisano je sedam slučajeva olanzapinom izazvanih hematoloških poremećaja, a 2004.godine Cordes i sar. opisuju tri slučaja reverzibilne neutropenije tokom tretmana olanzapinom (u jednom slučaju neutropenija se razvila nakon jedne doze olanzapina a u drugom nakon 6-nedeljnog tretmana). [11]

Neki izveštaji sugerisu da olanzapin u stvari prolongira klozapinom indukovenu neutropeniju, ali da je sam po sebi ne izaziva [12], što kod naše pacijentkinje svakako nije bio slučaj, s obzirom da je nakon prekida terapije klozapinom došlo do povećanja broja leukocita, sve do uvođenja olanzapina u terapiju kada je ponovo došlo do pada broja leukocita do vrednosti koje su bile niže nego pri primeni klozapina, čak i do razvoja agranulocitoze. Isto tako, nakon prekida terapije olanzapinom dolazi do ponovnog porasta broja leukocita, što je još jedna potvrda uticaja olanzapina na broj leukocita.

Sličnost klozapina, olanzapina i kve tiapina, kako u pogledu hemijske strukture tako i u pogledu farmakološkog profila, sugerise i na sličan mehanizam dejstva na belu krvnu lozu. Ipak, risperidon čija se hemijska struktura i farmakološki profil razlikuje od klozapina, takođe se povezuje sa uticajem na belu

krvnu lozu (postoje opisi leukopenije i neutropenije izazvane ovim lekom). Montgomery i sar. pretpostavljaju da na granulopoezu tokom tretmana atipičnim antipsihoticima utiču i neki dodatni nedovoljno razjašnjeni faktori kao što su: imunološke reakcije kod određenih, predisponiranih individua, poremećaj sekrecije faktora stimulacije granulocitnih kolonija ili interakcija sa specifičnim komponentama ekstracelularnog matriksa kosne srži. [13]

Tolosa-Vilella i sar. zaključuju da je incidenca leukopenije, neutropenije i agranulocitoze indukovane olanzapinom kao i drugim atipičnim antipsihoticima nepoznata, ali svakako mnogo niža u odnosu na incidencu ovih poremećaja tokom primene klozapina, takođe tok ovih neželjenih događaja je značajno benigniji i, po pravilu, po ukidanju lekova vrlo brzo dolazi do poboljšanja. [14]

Poznato je da litijum karbonat ima upravo obrnuto dejstvo na broj leukocita i da može indukovati leukocitozu zbog čega se i primenjuje kod leukopnije u mnogim hematološkim i imunološkim poremećajima. Postoji prikaz dva slučaja gde je litijum karbonat primenjen na klozapinom indukovani granulocitopeniju vrlo efikasno podižući broj leukocita i to bez isključenja klozapina iz terapi-

je. [15,16] Ovakvi opisi delovanja litijum karbonata su nas i opredelili da našoj pacijentkinju uvedemo litijum karbonat u situaciji kada se razvila agranulocitoza i broj leukocita pao na $1,7 \text{ L}^{-9}$, što se pokazalo veoma efikasnim jer je broj leukocita primenom litijum karbonata za samo 12 dana porastao na $9,5 \text{ L}^{-9}$.

Rajić i sar. opisuju uspešan oporavak pacijentkinje sa razvojem granulocitopenije tokom terapije klozapinom. Ovo je jedan od retkih opisa hematoloških neželjenih efekata terapije klozapinom koji potiče od autora iz naše sredine. [17]

ZAKLJUČAK

U literaturi postoji samo nekoliko opisanih slučajeva agranulocitoze izazvane olanzapinom a nakon neutropenije izazvane klozapinom. Nije poznat tačan mehanizam ove jatrogene agranulocitoze, ali s obzirom na sličnu strukturu ova dva leka pretpostavlja se i sličan mehanizam uticaja na leukocite.

I pored toga što postoje opisi primeњene olanzapina kao leka izbora nakon neutropenije izazvane klozapinom, naše iskustvo ukazuje na oprez i obavezan intenzivan monitoring vrednosti leukocita i neutrofila tokom tretmana olanzapinom.

CASE OF SUCCESSFUL RECOVERY OF PATIENT WITH OLANZAPIN-INDUCED AGRANULOCYTOSIS AFTER CLOZAPINE - INDUCED NEUTROPENIA

Jasminka Marković¹

Dragan Mitrović¹

Svetlana Ivanović-Kovačević¹

Vesna Vasić-Zarić²

Summary

Introduction: It is well known that clozapine can induce leukopenia, even agranulocytosis, which is observed in 1% patient taking clozapine, but there are only a few case reports about the risk of leukopenia and agranulocytosis associated with other atypical antipsychotics. In addition, olanzapine has pharmacological structures similar to those of clozapine and there are reports of both safe usage and olanzapine-induced neutropenia after clozapine-induced neutropenia.

Case outline: We report a case of adolescent patient who developed olanzapine-induced agranulocytosis after clozapine-induced neutropenia. In the fourteen week of the clozapine treatment, the patient total white blood cell count dropped to $2,0 \text{ L}^{-9}$, with an absolute neutrophile count of $0,6 \text{ L}^{-9}$ so the clozapine was immediately discontinued, with regular monitoring of WBC count and no different therapy for leucopenia. White blood cell count started to rise to $2,3 \text{ L}^{-9}$ after 6 days. Than she was started on a regimen of olanzapine 20mg daily for 8 days with no improvement of psychotic symptom but with decreased WBC count to $1,7 \text{ L}^{-9}$ and agranulocitosis at the day 8. Olanzapine was discontinued and oral cephalosporin and lithium carbonate were started. Thanks to the administration of lithium, she recovered quickly a normal blood cell count, which in fact was much higher than her normal rate. Within a 12 days the total WBC count rose to $9,5 \text{ L}^{-9}$.

Conclusion: To date, there are only few reports of olanzapine induced agranulocytosis following clozapine induced neutropenia. In spite of the fact that there are reports of safe usage of olanzapine in patients who develop neutropenia while taking clozapine, our experience suggests that patients who develop clozapine-induced neutropenia should have their neutrophils count monitored regularly during treatment with olanzapine.

Key words: agranulocytosis, neutropenia, clozapine, olanzapine, schizophrenia

1 Center for child and adolescent psychiatry, Institute of psychiatry, Clinical Center of Vojvodina, Novi Sad, Serbia

2 Clinic for anxiety and affective disorder, Institut of psychiatry, Clinical Center of Vojvodina, Novi Sad, Serbia

Literatura:

1. Duggal HS, Singh I. Psychotropic drug-induced neutropenia. *Drugs Today (Barc)* 2005; 41: 517–26.
2. Fitzsimons J, Berk M, Lambert T, Bourin M, Dodd S. A review of clozapine safety. *Expert Opin Drug Saf* 2005; 4: 731–44.
3. Milovanović S, Milovanović D. Atipični antipsihotici. U: Milovanović D, Milovanović S, urednici. *Klinička psihofarmakoterapija*. Beograd: Barex, 2005. 61-5.
4. Cowan C, Oakley C. Leucopenia and neutropenia induced by quetiapine. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatr* 2007; 31: 292–94.
5. Imbarlina MJ, Sarkar S, Marwah S, et al. Leucopenia in clozapine treated patients may be induced by other drugs: a case series. *Eur Psychiatr* 2004; 19: 506–9.
6. Duggal HS, Gates C, Pathak PC. Olanzapine-induced neutropenia: mechanism and treatment. *J Clin Psychopharmacol* 2004; 24:234–35.
7. Mitrović D, Marković J. *Dečija psihijatrija*. U: Nedić A, Živanović O, urednici. *Psihijatrija - udžbenik za studente medicine*. Novi Sad: Medicinski fakultet Novi Sad; 2009. 335-50.
8. Benedetti F, Cavallaro R, Smeraldi E. Olanzapine-induced neutropenia after clozapine-induced neutropenia. *Lancet* 1999; 354-56.
9. Gajwani P, Tesar GE. Olanzapine-induced neutropenia. *Psychosomatics* 2000; 41(2): 150– 1.
10. Dernovsek MZ, Tavcar R. Olanzapine appears haematologically safe in patients who developed blood dyscrasias on clozapine and risperidone. *Int Clin Psychopharmacol* 2000; 15(4): 237-8.
11. Cordes J, Streit M, Loeffler S, von Wilmsdorff M, Agelink M, Klimke A. Reversible neutropenia during treatment with olanzapine: three case reports. *World J Biol Psychiatry* 2004; 5(4): 230-4.
12. Sayin A, Cosar B. Prolongation of clozapine-induced leukopenia with olanzapine treatment. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006; 30(5) :958-9.
13. Montgomery J. Ziprasidone-related agranulocytosis following olanzapine-induced neutropenia. *Gen Hosp Psychiatr* 2006; 28: 83–85.
14. Tolosa-Vilella C, Ruiz-Ripoll A, Mari-Alfonso B, Naval-Sendra E: Olanzapine-induced agranulocytosis: a case report and review of the literature. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2002; 26: 411–14
15. Papetti F, Darcourt G, Giordana JY et al. Treatment of clozapine-induced granulocytopenia with lithium (two observations). *Encephale* 2005; 31(4 Pt 1): 520.
16. Kanaan RA, Kerwin RW. Lithium and clozapine rechallenge: a retrospective case analysis. *J Clin Psychiatr* 2006; 67: 756–60.
17. Rajić Z, Dunjić B, Milivojević G i sar. Uspešan oporavak pacijentkinje sa razvojem granulocitopenije tokom terapije klozapinom. *Engrami* 2008; 30: 67-72.

Prof. dr Dimitrije P. Milovanović



Prof. dr Dimitrije P. Milovanović rođen je 1928. godine u selu Donje Crnatovo, opština Žitorađa, srez Toplički, od oca Petra i majke Leposave Momčilović. Osnovnu školu je završio u mestu rođenja, gimnaziju u Prokuplju, a medicinske studije u Beogradu. Specijalizaciju iz neuropsihijatrije je završio na Neuropsihijatrijskoj klinici Medicinskog fakulteta u Beogradu. Opšti lekarski staž obavio je u Opštoj bolnici u Nišu, a prvo mesto službovanja je Vučitrn.

Preminuo je 10.12. 2008 godine u Beogradu, a sahranjen je u Aleji zaslужnih građana.

Od 1954. do 1993. godine je neprekidno u radnom odnosu na Neuropsihijatrijskoj klinici Medicinskog fakulteta „Univer-

ziteta u Beogradu. U zvanje redovnog profesora na Medicinskom fakultetu, za predmet neuropsihijatrija izabran je 1979..

Još kao docent izabran je za direktora "Osnovne organizacije udruženog rada (OOUR) "Vladimir F. Vujić", za upravnika Psihijatrijske klinike "Vladimir F. Vujić", tada Univerzitetskog kliničkog centra, a kasnije i za direktora Instituta za psihijatriju Kliničkog centra Srbije 1989 godine.

Bio je šef Katedre za Neuropsihijatriju i predsednik Sudsko-psihijatrijskog odbora Medicinskog fakulteta. Bio je stipendista Svetske zdravstvene organizacije i kao mladi stručnjak na studijskim boravcima u Francuskoj (Pariz, Lion, Šamberi), u Švajcarskoj, Sovjetskom Savezu i Čehoslovačkoj.

Bio je član Akademije medicinskih nauka SLD-a od njenog osnivanja i počasni član Slovačkog psihijatrijskog društva. Obavljao je i dužnosti predsednika Psihijatrijske sekcije SLD-a, a u jednom periodu bio je i predsednik Udruženja psihijatara Jugoslavije. Član je internacionalnog neuropsihofarmakološkog kolegijuma (CINP).

Za izuzetno angažovanje u Savezu lekarskih društava SFRJ Jugoslavije, i doprinos lekarskoj publicistici, odlikovan je Ordenom rada sa srebrnim zracima. Za člana Naučnog društva Srbije izabran je 1988. godine. Njegove izuzetne stručne, moralne i ljudske osobine učinile su da je bio i član redakcijskog kolegijuma pariskog časopisa L'ENCEPHALE.

Kao redovni profesor 1979. godine počće i osniva, a istovremeno postaje i glavni i odgovorni urednik psihijatrijskog časopisa Udruženja psihijatara Jugoslavije "ENGRAMI" u kome je aktivno radio svedo do 2004. godine. Biće zapamćen i kao Osnivač je i organizator prve celodnevne Tele-Apel službe u SFRJ, za pomoć osobama u kritnim situacijama.

Nosilac je brojnih projekata u našoj zemlji i inostranstvu sa jugoslovenske strane: "O transkulturnalnom izučavanju depresija" (sa čuvenom pariskom klinikom "Sveta Ana"), "Optimizacija dijagnostičkih i terapijskih instrumenata u psihijatriji" (sa moskovskim Psihijatrijskim institutom) i "O suicidu" (Evropski projekat).

Smatra se *rodonačelnikom* psihofarmakološke terapije i edukacije studenata i lekara u oblasti medicinske etike i mentalno-higijenskog ponašanja u lekarskoj praksi.

Metodologija i doktrina medikamentoznog lečenja psihijatrijskih bolesnika su deo profesora Milovanovića tokom proteklih 40 godina rada u psihijatriji.

Njegov opus u knjigama i monografijama je ogroman. Najznačajnije i posebno

pozname u našoj stručnoj i široj medicinskoj javnosti su: MEDICINSKA ETIKA, za koju je dobio Oktobarsku nagradu grada Beograda 1979. godine, KLINIČKA PSIHO-FARMAKOLOGIJA; PRISILNE I FOBIČNE NEUROZE; ANKSIOZNI I DEPRESSIVNI POREMEĆAJI; PSIHIJATRIJSKI PRAKTIKUM; PSIHOSOMATSKI POREMEĆAJI I NJIHOVO LEČENJE; TERAPIJA DUŠEVNIH OBOLJENJA; TERAPIJA DEPRESSIVNIH STANJA – iskustva sa Miansanom; ALKOHOLIZAM U INDUSTRIJI; SEKSUALNE DISFUNKCIJE; ISTORIJA SRPSKE PSIHIJATRIJE; LIKOVNO STVARALAŠTVO U PSIHIJATRIJI; kao i poglavlja u enciklopediji ISTORIJA SRPSKOG NARODA, enciklopediji DUŠEVNI ŽIVOT ČOVEKA, te udžbeniku Katedre za studente medicine PSIHIJATRIJA (urednik S. Morić-Petrović), gde je autor više poglavlja. Učestvovao je u pisaju kolektivnog udžbenika METODOLOGIJA ISTRAŽIVAČKOG RADA, poglavlje pod naslovom: ISTRAŽIVAČKI RAD U PSIHIJATRIJI, INSTRUMENTI I METODOLOGIJA, kao i udžbenika OPSTETRIČIJA; poglavlje PSIHIJATRIJSKI POREMEĆAJI U TRUDNOĆI.

Po odlasku u penziju svoj naučno pedagoški rad nastavio je narednih godina u Kragujevcu, gde je punih 5 godina bio konzultant u Psihijatrijskoj klinici i kao rukovodilac edukativno-stručnog seminara psihijatara KPD bolnice u Beogradu. Poslednjih godina, kao glavni urednik, izdao je dve monografije pod naslovom: ODABRANA POGLAVLJA IZ PSIHIJATRIJE, KNJIGA I, sa prof. dr Slavicom Đukić-Dejanović i knjigu II, sa prof. dr Milutinom Nenadovićem. Kao posebno priznanje za njegov doprinos u edukaciji kadrova i stručnoj pomoći u tretiraju psihijatrijske populacije u Kragujevcu, nastavnici i asistenti Katedre za psihijatriju Medicinskog

fakulteta u Kragujevcu na čelu sa prof. dr Slavicom Đukić-Dejanović, izdali su udžbenik pod imenom: MILOVANOVIĆEV UVOD U KLINIČKU PSIHIJATRIJU.

Njegov sveobuhvatan rad, upornost i kreativnost nisu prestali po odlasku u penziju. Nastavio je da piše tako da je u 2000. godini objavio novu knjigu pod nazivom: ETIKA U MEDICINI KROZ VEKO-VЕ. 2004. godine kao glavni urednik izdaje ediciju sa naslovom BOLESTI ZAVISNOSTI. Aktivnost na području psihofarmakologije i dalje je u epicentru interesovanja tako da je prof. Milovanovića početkom 2005. godine izdao modernizovano i dopunjeno izdanje knjige KLINIČKE PSIHO-FARMAKOTERAPIJE.

Tokom poslednjih 20 godina prof. Milovanović je stekao status prvog kliničkog psihofarmakologa i psihofarmakoterapeuta naše Republike i status vodećeg među vodećim psihofarmakoterapeutima Jugoslavije. Njegovi radovi, a posebno monografija o psihofarmacima postali su osnovni stručno-naučni materijali za edukaciju mlađih psihijatara koji žele da se usavrše u oblast psihofamakoterapije.

Kao vrstan pedagog prof. Milovanović je svoje interesovanje usmerio i na polje medicinske etike, tako je za svoju monografiju "Medicinska etika" dobio i Oktobarsku nagradu grada Beograda, 1979.

Svi koji su ga poznavali i koji su saradjivali sa njim bili su svesni njegove neiscrpne energije, kreativnosti i širokog poznavanja medicine. Bio je strog ali pravičan. Uvek je podržavao mlađe lekare. Srpska medicina i srpska psihijatrija ostale su bez jednog od svojih najaktivnijih i najplodonosnijih članova. Čoveka koji je umeo nesebično da prenese svoje znanje, tako da je iza sebe ostavio ne samo brojne knjige, rade i predavanja koja se pamte, već i brojne mlađe psihijatre koji nastavljaju njegov rad.

Profesor Dimitrije Milovanović je do poslednjeg momenta pokazivao velika interesovanja za različite aspekte psihijatrije. Imao sam čast i zadovoljstvo da polažem ispit iz neuropsihijatrije, kao student kod profesora Milovanovića, a kasnije u različitim prilikama i da saradjujem sa njim u oblasti forenzičke psihijatrije. Svaki sastanak sa njim bilo je pravo uživanje i prilika za sticanjem "jednog drugog vidjenja" istog problema koji smo rešavali. Njegovo iskušto i razumevanje u ovoj oblasti bili su brilijantni.

Svako sećanje na profesora Dimitrija Milovanovića ispunjava me ponosom što mi je bio profesor, sagovornik, saradnik, kolega i prijatelj.

Prof. dr Dušan J. Dunjić

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, pregledе iz literature, radove iz istorije medicine, radove za praksu, izveštaje s kongresa i stručnih sastanaka, stručne vesti, prikaze knjiga i dopise za rubrike Sećanje, In memoriam i Promemoria, kao i komentare i pisma Uredništvu u vezi s objavljenim radovima.

Prispeli rukopis Uređivački odbor šalje recenzentima radi stručne procene. 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 prevedom, isključivo fontom Times New Roman i veličinom slova 12 tačaka (12 pt). Sve marge podesiti na 25 mm, veličinu stranice na

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Za nazive lekova koristiti prevashodno generička imena.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Primeri:

1. Članak u časopisu:

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

2. Poglavlje u knjizi:

Ochberg FM. Posttraumatic therapy. In: Wilson JP, 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 izdanie Srpskog arhiva iz 2002. godine pod nazivom Jednoobrazni zahtevi za rukopise koji se podnose biomedicinskim časopisima, Srpski Arh Celok Lek 2002; 130(7-8):293-300.

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

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

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

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

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