

# ENGRAMI

---

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU  
PSIHOLOGIJU  
I GRANIČNE DISCIPLINE

4



**Volume 33 Beograd, oktobar-decembar 2011.**

# ENGRAMI

---

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU  
PSIHOLOGIJU  
I GRANIČNE DISCIPLINE

4



Volume 33 Beograd, oktobar-decembar 2011.

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU,  
PSIHOLOGIJU I GRANIČNE DISCIPLINE

JOURNAL FOR CLINICAL PSYCHIATRY,  
PSYCHOLOGY AND RELATED DISCIPLINES

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

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

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

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

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

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

*Internacionalni redakcioni odbor*  
*International editorial board*  
U. HALLBREICH (New York)  
D. KOSKOVIĆ (New York)  
D. BLOCH (New York)  
P. GASNER (Budapest)  
N. ŠARTORIUS (Geneve)  
D. ŠVRAKIĆ (St. Louis)  
G. MILAVIĆ (London)  
V. STARČEVIĆ (Sydney)  
V. FOLNEGOVIĆ-ŠMALC (Zagreb)  
M. JAKOVLJEVIĆ (Zagreb)  
S. LOGA (Sarajevo)  
J. SIMIĆ-BLAGOVČANIN (Banja Luka)  
Ž. STOJOVIĆ (Herceg Novi)  
B. MITRIĆ (Podgorica)  
M. PEKOVIĆ (Podgorica)  
S. TOMČUK (Kotor)  
A. MIHAJLOVIĆ (Chicago)

*Sekretar / Secretary*  
GORDANA MARINKOVIĆ  
*Lektor za engleski jezik*  
SONJA ĐURIĆ  
*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: klinikazapsihijatrijukcs@gmail.com

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

# SADRŽAJ

## CONTENTS

### PREGLEDI LITERATURE / REVIEW ARTICLES

*Mirjana Divac-Jovanović, Dragan Šrakić*

THE FUTURE OF PSYCHOTHERAPY: IS THERE A CRISIS OF THE PARADIGM? . . . . 5  
BUDUĆNOST PSIHOTERAPIJE: POSTOJI LI KRIZA PARADIGME? . . . . . 17

*Ninoslava Dragutinović, Fadilj Eminović*

HEARING LOSS AND HEARING AMPLIFICATION  
- AN IMPORTANT ETIOLOGICAL FACTOR IN THE ASSESSMENT  
OF MENTAL DISORDERS . . . . . 19

OŠTEĆENJE SLUHA I SLUŠNA AMPLIFIKACIJA  
- ZNAČAJAN ETIOLOŠKI FAKTOR U SAGLEDAVANJU  
MENTALNIH POREMEĆAJA . . . . . 30

### ORIGINALNI RADovi / ORIGINAL ARTICLES

*Ivana Stepanović*

MLADI I ZABAVA: IMA LI MESTA ZA ZABRINUTOST? . . . . . 33  
ADOLESCENTS AND AMUSEMENT:  
IS THERE ANY REASON TO BE CONCERNED? . . . . . 44

*Jasmina Kragović, Dragana Ignjatović – Ristić, Danijela Đoković,  
Jelena Jović, Marinela Knežević*

SAMOPROCENA DEPRESIVNOSTI I SUICIDALNOSTI  
KOD STUDENATA MEDICINE . . . . . 47  
DEPRESSIVENESS AND SUICIDAL IDEATION  
IN MEDICAL STUDENTS . . . . . 52

### PRIKAZ SLUČAJA / CASE REPORT

*Mina Cvjetković-Bošnjak, Branislava Soldatović-Stajić, Aleksandra Nedić, Olga Živanović*

HIPOTIREOZA I BIPOLARNI AFEKTIVNI POREMEĆAJ . . . . . 55  
HYPOTHYREOSIS AND THE BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER . . . . . 59

## EDUKATIVNI ČLANAK / EDUCATIONAL ARTICLE

*Srđa Zlopaša, Olivera Vuković, Bojana Dunjić- Kostić, Aleksandar Damjanović*

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| PSIHOANALIZA I FILM .....      | 61 |
| PSYCHOANALYSIS AND MOVIES..... | 69 |

## PRIKAZ KNJIGE / BOOK REVIEW

*Dušan Kecmanović*

|  |    |
|--|----|
| GREJEM TORNIKROFT, MIKELE TANSELA:<br>BOLJA BRIGA O MENTALNOM ZDRAVLJU ..... | 71 |
|--|----|

|                         |    |
|-------------------------|----|
| UPUTSTVO AUTORIMA ..... | 75 |
|-------------------------|----|

# THE FUTURE OF PSYCHOTHERAPY: IS THERE A CRISIS OF THE PARADIGM ?

Mirjana Divac-Jovanović<sup>1</sup>  
Dragan Švrakić<sup>2</sup>

UDK: 615.851.001

- 1 Faculty of Media and Communications – University Singidunum, Belgrade, Serbia
- 2 Washington University School of Medicine, St Louis, MO, USA

## INTRODUCTION

It is understandable that changing socio-cultural trends can profoundly affect an applied science such as psychotherapy, primarily via their modulating influences on socially desirable behavior, opinions, attitudes, and values. Until the end of the last millen-

## Summary

As an applied science and clinical practice, psychotherapy is significantly defined by socio-cultural trends. These trends, more or less directly, modulate psychological problems and needs of the clients and influence the definition, methods, and objectives of psychotherapy. Recent dramatic advances in information technology, health care, communication, and mass media are creating a set of qualitatively new adaptive tasks before modern humans. These include not only new types of external challenges, but also rapidly changing internal needs (goals) and the ways to fulfill them. Such altered existential milieu is causing a change in the dominant paradigm of contemporary psychotherapy, affecting its discourse and ethics as well as the societal expectations about its outcomes. We believe that there is no real crisis of the paradigm in psychotherapy: ongoing changes in its discourse, goals, and expectations reflect the reality of the moment in the evolution of the society. As the society continues to evolve, we expect it to facilitate integration of all paradigms and discourses in psychotherapy (“transparadigm”) in order to meet the ever diversifying needs of modern human beings. The identity of future psychotherapists will increasingly lean to transmodality, just as the theories of personality and the psychotherapeutic process will become transtheoretical.

**Key words:** psychotherapy, paradigm, postmodern, discourse

nium, the influence was locally specific. In contrast, reflecting economic and cultural globalization in the 21<sup>st</sup> century, everyday behavior and criteria of mental health are becoming similar world-wide (“behavior stereotypization”). The latter is an obvious consequence of the rapidly developing infor-

mation technology, which has become a major part of culture even in remote corners of the world. Although the digital mass info-education has had positive effects on millions of people at the personal level, the rapidly and radically changing image of the world has posted new demands before modern humans, which they are struggling to meet or sometimes just to understand.

In this article we first discuss the socio-cultural and technological phenomena driving the ongoing changes in the global psychological climate. Then, we analyze their impact on changing adaptive priorities placed before the individual, patients and psychotherapists alike. We also analyze the emerging new circumstances under which the process of psychotherapy takes place. In addition to the changes in its methods and modalities (which have usually reflected the dominant theory of mind at the time) changing socio-cultural expectations from psychotherapy are affecting its ethics and “philosophy”. Currently, psychotherapy is facing an identity crisis created not only by the outdated of previous concepts of psychological health and illness during the postmodern era (“postmodern fragmented self”), but also by the fact that its discourse is becoming less exclusive and more integrating. The postmodern relativization of values and diagnosis may jeopardize further development of the positivistic science of psychotherapy, especially if the differences between psychotherapeutic methods (modalities, techniques) and the process are disregarded solely for the sake of a desirable, “politically correct” discourse.

## CONTEMPORARY SOCIO-CULTURAL AND TECHNOLOGICAL TRENDS WITH MAJOR IMPACT ON MENTAL AND SOCIAL LIFE

Two pivotal questions raised in this article are: How do current societal changes affect mental life in general and adaptive strategies, social values, lifestyles, cognition, and emotions, in particular? How do these socio-cultural changes affect psychotherapy and its future?

At the global level, modern society is going through changes so unexpected and immense that they have drastically changed the existential milieu of modern humans. These changes are not forcefully superimposed upon the society, but rather reflect its natural evolution. For example, digital technology represents progress, integrating high-tech tools into professional and personal life and making both more efficient. Current socio-cultural and technological changes are not inherently negative or positive, but rather a natural result of the digital revolution in the ongoing evolution of human society – preceded by agricultural and technological revolutions. However, as with prior periods, the current digital revolution is significantly changing the way we live, work, study, shop, date, communicate, get news, etc. In other words, current socio-cultural and technological trends are having a profound effect on human behavior and mental life, consequently affecting the theory and practice of psychotherapy as well. We summarize below the most significant of these changes. The list does not purport to be exhaustive.

1) *Informatics and communication*: mobile telephony, internet, global media, increased speed of communication and information sharing (with internet access on cellular phones, modern humans literally have “the world on the palm of their hand”)

2) *Economy*: globalization, global corporate capitalism, enrichment of few, pauperization of many, major ongoing shifts in economic powers, emerging and dying markets.

3) *Ecology and environment*: depleting resources, excessive pollution, global climate changes, mega disasters (“insecure” planet), extinction of species, nuclear pollution, volcano dust... ) make living conditions completely different compared to the society of just two or three decades ago.

4) *Politics*: militarism, terrorism, religious fundamentalism, “limited”, “surgically precise wars”, “preemptive” wars, polarization along religious lines, biased news (disappearance of independent balanced reporting).

5) *Medicine*: prolonged life expectancy, prolonged “youth” (epidemics of cosmetic surgeries), prolonged fertility, fast spreading pandemics (recent swine flu scare), new resistant strains of viruses and bacteria, cloning and tissue production, more efficient treatments and prevention, pharmacological treatment of natural reactions and life phases – e.g., relationship break-ups, poor attention, lack of interest, lack of libido (“medicalization of life”).

6) *Ethical standards*: ethical conservatism of 1900’s, characterized by strict social rules and codes, replaced by ethical pluralism of 2000’s (diversified, more liberal social rules/codes). With respect to the latter, modern generations

have redefined social norms and adaptive tasks, especially in the area of sexuality (many different forms of which are socially accepted today) and aggression (many forms of aggression are finding their way out through the façade of “individualism”, “assertiveness”, “competitiveness”, “smart” business practices, “pragmatism”, etc).

## INFORMATION AGE, DIGITAL WORLD, INSTANT SOCIETY, AND MODERN HUMANS

With the introduction of high-tech, high-speed, multi-media digital devices, the world has become borderless with an unprecedented ability to interchange culture, business, science, crime control, etc. The power of self-organizing has increased via internet. On the positive side, “global society” means, among other things, ability to take collective action, e.g., as seen in handling emergencies (natural disasters, travel accidents, financial meltdowns, health emergencies, etc). Similarly, internet has provided a mean to fund political campaigns through small donations by ordinary people, and make elections somewhat independent of powerful and rich lobbying groups (“digital democracy”). Internet provides a chance to “find people like us” in the world (similar interests, hobbies, preferences, illnesses...) which helps the sense of isolation and a scary feeling of uniqueness (“I am not alone... there are others like me”). On the negative side, the anonymity of internet has provided a safe haven for all kinds of physical and psychological outliers to organize.

Modern humans are faced with an emerging need to develop new sensitivities for a range of novel challenges (e.g.,



sorting out information overflow), concepts (virtual reality of cyber-space) and threats (cyber-crime, for instance). They urgently need to increase the level of awareness or, as it were, the resolution and the sharpness of their minds, in order to be able to recognize and react to Nature's warnings, instead of passively ignoring the consequences of their own everyday activities (e.g., global warming). Indeed, it seems as if the "man has lost contact with what can be crucial to his survival" [1].

Are we living in a civilization where there is more and more information and less and less meaning? Does information, as Baudrillard claims, directly destroy and neutralize senses and meaning? [2]. On one hand, the virtual digital world brings individual citizens into the epicenter of events across the globe, but on the other, it deprives them of personal contacts, real time impressions, and full-fledged subjective experience. Moreover, digital communication redefines the traditional concept of sociability. Social contacts are occurring without personal presence, in the cyber space, with reduced sensory information and self-controlled level of exposure. Computer-based communication enables social escapism and experimentation with one's identity, with a possibility of discovering and exploring uncharted facets of oneself. However, the cyber space is no longer only representing reality, it is also creating it. This is causing additional insecurity and anxiety around the definition of "reality" and "truth". Here we have a paradox where more information means less truth! [3].

New digital technologies are beginning to expand not only human per-

ception, but human consciousness as well (e.g. "Avatar" 3D)! The Information Age is introducing changes at such a fast rate that the "generation gap" has doubled, so that current parents are generationally as distant from their children as grandparents were to their grandchildren in the previous generation.

Digital technology has created a platform for quasi activities (e.g. video games), information overload (confusion and indecision about choices), quasi interactions (interaction with cyber people - neglect of the real world), depersonalized socialization (internet anonymity), addiction (compulsive internet use), etc. The imperative for authenticity forces people into all kinds of pseudoidentities. Unfortunately, internet-created, virtual identities are rarely functional in the real world, thus creating problems in adaptation.

As already noted, dramatic social and lifestyle changes driven by the digital revolution have changed the way we communicate, work, study, follow news, shop, date, etc. Digital media dominate our free time and define topics constitutive for building personal identity. The media's production of "governing paradigms" creates hubs (nodules) around which social communication is organized. Pseudoscience transforms once sacred knowledge into digital bites of user friendly information, as a precedent that "legalizes" banalization of almost everything [4].

The contemporary human social milieu is largely influenced by major corporations through the media (consumption as the *modus operandi*, easy living *modus vivendi*, objects as the measure of power and value, imperati-

ve to have and to have it fast). Accumulated confusion (stress) leads to the search of shortcuts to get fast “relief” (drugs, alcohol, “dangerous” activities in sport, sex, consuming of any kind), or to a sense of isolation (loneliness of the alienated in “developed” countries and loneliness in the crowd in “developing” countries). The medicalization of life (treating normal emotional reactions or normal phases of life) and a general feeling of inadequacy (we are never “sufficiently” pretty, sexy, thin, rich, etc) undermine self-esteem and reduces reliance of own resources to resolve everyday problems / obstacles.

It should be noted that the so called eastern (or southern) regions of the globe may be characterized by a slightly different socio-cultural and existential milieu. There, people are still trying to preserve their authenticity, although that has become increasingly difficult due to seemingly unstoppable penetration of modern technology. There may exist elements of envy of the “developed” towards the “primitive” and “undeveloped”, in the sense that they can still walk slowly, do little or nothing, have the minimum, and still survive and even be happy. The latter, of course, is the ultimate goal of all humans. Only a selected minority get there in the developed societies. Paradoxically, the happiest population segment in the western world are elderly people, as we discuss later. Nevertheless, modern technology is too penetrant and seductive to be ignored, especially by young people, who traditionally tend to consume/try everything that is new. People from undeveloped countries now look at their future as “developed” and more and more don’t like what they see.

This is very different from just one decade ago. It may be true that in the future these humans will find their optimal milieu at the margins of developed digital societies, but not in the epicenter, as the latter may be too robotized to fit the human soul.

## NEW ADAPTIVE TASKS IN MODERN SOCIETY

There are several important phenomena that have emerged in modern society influencing one’s adaptation as well as the societal understanding of psychotherapeutic objectives.

### 1) 20<sup>th</sup> to 21<sup>st</sup> century: From “how to fit” to “what to choose?”

As noted, there has been a major shift in adaptive tasks from the 20<sup>th</sup> century, when people were facing the problem of “*how to fit*” their needs (e.g., their aggression, unacceptable sexual orientation) to the strict social rules, to adaptive priorities of the 21<sup>st</sup> century, when the main adaptive task is to find one’s optimal direction within a wide selection of alternatives (“*what to choose*”). In other words, modern adaptive challenges are centered on meaning, identity, direction, and choice. The paradox is that modern humans have many choices, which is exactly what makes choosing more difficult. We seem to be incessantly falling into the logical error of “if something is good, then more of it is better”. “Uneasiness in culture” today emanates from the abundant offer, selection, alternatives, and possibilities while individuals are under commercial pressure to continuously “produce” wishes and needs. However, the incessant showering with

novelties narrows the space for wishing and challenges our striving for in depth specific knowledge and reaches excellence and expertise [5].

## 2) Instant and fast as imperatives

Fast and instant have become synonymous with success, based on the misconception that our need for information, adventure, experience... must be fulfilled without delay or otherwise it is obsolete. Instant society means *instant news* (Internet, Twitter, blogs), *instant contact* (Facebook, MySpace, Skype), *instant cure* (no time to talk with patients, more medication), *instant emotions* ( soap operas, resurgence of *kitsch*, reality shows). In 2005, for example, sales of antidepressant sertraline exceeded sales of the Tide detergent in the US. The culture industry has given in to the rule of speed, transient trends, and rate of consumption. All this has created an absurd psychological maze – “I want to have, but what I have means nothing to me and cannot bring me excitement anymore”! In the extreme, modern man has created “the paradox of Midas”: greedy king Midas wished for another gift from Gods, and was given the power to turn everything he touched into gold – the result was petrification of life!

## 3) Lonely planet: How to feel connected?

Paradoxically, despite high inter (net) connectedness, people are increasingly lonely. Internet socialization is characterized by reduced-cues exposure (limited by the visual field of LCD monitors), chosen degree of identifiability to others, and chosen facets of self to express (real

or imagined). Internet communication with reduced cues and self-controlled exposure limits natural progression of a relationship and challenges the traditional concept of “sociability”. Here we have a paradox that social networks increasing in size but close relationships are decreasing in size (“lonely in the crowd”) [5].

## 4) New cognitive styles: deduction and exploratory approach (“sniffing for info”)

There is suggestive evidence that digital technology has affected human cognitive styles [6]. In general, modern humans have reduced the need to *memorize*, as facts and data are readily accessible on line, hard disks, palm organizers, etc. Instead, there is an increased need to *organize* info and data into concepts and models. Consequently, there is more need for fast cognitive processing (multitasking, hyper vigilance, fast attention-shifting, etc). Multidisciplinary deductive model building has replaced visionary inductive thinking and synthesis. The last truly visionary model in psychology, using induction and intuition, was Cloninger’s model of temperament traits associated with individual neural circuits in the brain, a prediction that has largely proven correct. Today, theories and scientific models are built piece by piece, by sorting out abundant information while relying on input from multiple and diverse sources. “Compressed” internet and SMS language (less description, no adjectives, phonetic spelling, letter-number combinations), are used to maximize speed and efficacy of communication. All this appears to be an attempt of the otherwise “lazy” human brain (brain works in shortcuts and assumptions of

outcomes) to handle the info overflow more efficiently by using simplified communication. Digital messaging devices are used even in places where people are expected to experience personal contact, such as crowded, loud clubs for young people where there is no possibility of verbal communication.

In summary, the prevailing cognitive trends in modern humans are super-fast attention shifting, attending multiple sources of information simultaneously, exploratory approach to factual data (“sniffing for information”), compressed language.... Taken together, all this sounds less like a description of a human being and more like a commercial for Intel processor!

### **5) The changing face of happiness: from proactive to protective lifestyles**

People are living longer, people are getting healthier, but only some are living happier! Surprisingly, elderly are the happiest age group, at least in the Western World [7]. Why the elderly? In Western societies most elderly people experience relief from both internal and external stress. This, on one hand, corresponds to Erikson’s stage of integration (“I have nothing to prove anymore”), with satisfied ambition, reduced self-doubts, and increased self-acceptance. However, the elderly also experience relief from external stress, as many are financially stable and have access to reliable health care, etc. So, in some parts of the world life is easier when one is old. The phrase “changing face of happiness” is intended to highlight that only half a century ago the shared American dream was to the opportunity to get in the race and create (make) happiness. Youth,

energy, progress, success, ownership and achievement were the desirable attributes synonymous with happiness. Today, as we noted, that the happiest age group are the elderly, at least in part, because they have found a shelter from daily stress and experience happiness as the consequence (freedom!). In support of the changing concept of happiness as “life with no stress”, numerous surveys are showing that people from Scandinavian countries (Denmark, Norway, Sweden...) are the happiest on the planet, presumably because of the strong social programs and sense of social security these countries provide for their citizens. However, two points need to be made here. First, elderly people were (are) happier in some Eastern societies based on Hindu religion where they used to retreat into ashrams - spiritual places, after their children grew up. Second, in poor, developing countries elderly people are often facing loss of dignity and increased deprivation and loneliness and we suspect are not particularly happy in those circumstances.

## **CHALLENGES OF THE CONTEMPORARY PSYCHOTHERAPEUTIC PRACTICE**

### **A brief history and a potential future of psychotherapy**

Within the context of changed socio-cultural conditions, the following questions are raised: have the policy, philosophy and ethics of today’s psychotherapy changed? If yes, in what way? What are the dominant paradigms and discourses of psychotherapy today? What about the profession of a psychothera-

pist? What are today's societal and patient's expectations from psychotherapy?

The prediction of trends in psychotherapy at the beginning of the XXI century (the Delphi poll) by Norcross et al. [8] demonstrated that experts anticipated survival of brief, cognitive and problem-oriented psychotherapies and the group format. Interestingly, the evolution of psychotherapy could be viewed in the framework of dominant cultural movements through history. If "Classical" is the period before Freud, "Modernism" the period starting with the outset of psychoanalysis and in-depth analysis paradigms, the "Neomodernism" began with the humanistic-existential paradigm, and "Postmodernism" with the beginnings of social constructionism. Today, we propose that psychotherapy is entering the "Neoclassical" period. The term "neoclassical" is intended to highlight its focus on handling alternative realities and information overflow by returning to naturalistic methods (narrative, common sense, good old conversa-

tion, consultation, talk...). This is summarized in Table 1.

A brief look at Table 1 instantly raises the question: are we idling in circles? We strongly believe the answer is NO. Psychotherapy, like people, develops in a widening spiral fashion: it readdresses old topics with new knowledge, wisdom, strengths, and perspectives developed over time. For example, the issue of trust has a very different personal and practical meaning in childhood, adolescence, and adulthood. In other words, we see psychotherapy spiraling up, with the widening radius and accumulated understanding, not circling around in a stagnating fashion!

### Ethics of modern psychotherapy

The modernists established comprehensive scientific theories and rules (ideals of mental health), which were expected to be applied in all cases, from "top to bottom". In other words, apply the recommendation and don't

*Table 1. Evolution of Society, Culture, and Psychotherapy: an evolving and widening spiral*

| <b>Problem/ Need</b> | <b>Paucity of knowledge, uncertainties of life, advise seeking</b> | <b>Suppressed urges</b>                  | <b>Need for self-actualization and individuation</b> | <b>Search for meaning</b>          | <b>Information overflow, uncertainty about choices, advise seeking</b> |
|----------------------|--|--|--|------------------------------------|--|
| <b>Period</b>        | Pre-therapy<br>Classical   | 1900-1950<br>Modernism                   | 1950-1980<br>Neomodernism                            | 1980-2000<br>Postmodernism         | 2000- ...<br>Neoclassical  |
| <b>Therapy</b>       | Common sense & prophecies  | Psychoanalysis & psychodynamic therapies | Humanistic therapies                                 | Constructivism, Systemic therapies | Cognitive therapy, Narrative, Common sense                             |

think! The therapist was the standard of things and “above” the patient. The humanists (rebelliously!) proclaimed the new idea of “equality”, but in such a way that the truth (standard, ideal) usually had to be just the opposite of the existing truth (standard, ideal). This included negation of psychoanalysis and personal “history” in general, return to the “here and now” from past repressed memories. The humanist’s rebellion also included the dethroning of the Godly therapist to an equal position with the patient. The postmodernists proposed that there are no all-embracing rules and truths, rather there are different and opposite perspectives! Search and see what you will find! (“from bottom to top”. The therapist was further dethroned, now even “below” the patient. Minuchin, 1991, rightly raised the question if the social-constructionist ethics implied that all “stories” were equally good? [9]. We advocate that not all stories are equally good (for example, schizophrenic or paranoid experiences may not be functional at all), but each story has to be heard and acknowledged.

During the modernism era, in the 1990’s, the principle of autonomy and treatment decisions *for* the patient about his/her course and goals of therapy were dominant ethical principles. The postmodern ethics recognized that moral perspectives of the dominant culture can be problematic for co-existing smaller (“marginal”) cultures (for example, the Navajo culture, or in some parts of the Balkans – where informing about serious diagnosis is equal to invoking death!!) [10]. Hence, postmodernism made it mandatory to

include values of marginalized groups, frequently ignored by the dominant discourse. We advocate here that therapists should present clearly their opinions but tailored for the individual patient, so the clients can understand their context (the imperative of transparency) but not be offended and/or scared.

Postmodern personality diagnostics has also been transformed. In the modernism era, diagnosis relied on traits (dimensions) of personality through quantification techniques and therapy was defined as interaction between an “expert” and a “client”. In postmodern diagnostics, personality does not exist as a separate entity but as a phenomenon that creates itself continuously in relations with others, so psychodiagnostics occurs spontaneously within the realm of the therapist/patient interaction (so called psychotherapeutic diagnostics) [11].

Modern expectations from therapists no longer include only understanding, explaining and helping the patient change, but self-reflectiveness as well: therapist should pose questions to him/herself to avoid the (undesirable) imposition on the client (meta position). One’s “professionalism” is now defined not how the therapist presents him/herself to the colleagues, but to the person seeking help. In practice, neoclassical ethics of psychotherapy outlines the therapist’s position as one of “ignorance” and transparency. Therapists are “flawed” and not “experts”. Instead of interpreting, the discourse is listening and asking questions (entering the client’s world, as client’s preferences and views are important). Therapist’s privileged position is

avoided. Client's challenging the therapist's assumptions is encouraged. The strategy is to externalize the disorder (client is to be strictly separated from his/her problem) with genuine respect for the client's position. The desired relationship with the client is the one that diminishes the hierarchy of their positions and psychotherapy becomes a joint exploration. The effects their relationship and patient's stories have on the therapist are expected to be openly acknowledged. In summary, the dominant milieu is that it is a privilege to be a part of a client's life and a partner in his/her struggle [12].

### Paradoxical demands on contemporary psychotherapy

Modern day pressure for super-experts, fast help or cure, and for positivistic scientific knowledge lead to increasingly paradoxical demands placed before psychotherapists today, as we see it:

1) Transparency and "democracy" vs. being in charge of the healing process (imperative of exploring the efficacy of therapeutic procedures);

2) Abandonment of evaluation ("judgment") and "only one truth" diagnosis vs. responsibility for identifying real diagnosis (problems) and help;

3) Minimum influence ("imposition") vs. maximum efficacy;

4) Respecting the patient's right to be different vs. expecting a "socially desirable outcome";

5) Return to natural treatments, common sense, "storytelling" vs. super-specialization;

6) Great expectations vs. negating the therapist's "power";

The question is whether dominant discourse in psychotherapy today interferes with the healing power of psychotherapy and psychotherapist? By dominant discourse we mean culture-sensitive therapies, recognition of marginalized groups, control of abuse of power, therapist's position of "ignorance", horizontal instead of vertical relations with the client, meta position in therapy with the therapist continuously asking him/her self "what am I doing?", etc. These trends could become an extreme such is the case with the question: "who is supposed to be paying to whom?"! Similarly, the "wisdom" of the client who is going through a pathological experience is considered equal if not more important than the "wisdom" of the therapist who has the "knowledge". In the extreme, one could even ask: Do we need scientific data / knowledge in psychotherapy any more? Our answer is YES, the therapist still needs to know *why* he/she is doing something in therapy and *when* he/she will do *what*, as psychotherapeutic PROCESS is independent of socio-cultural trends.

### CONCLUSION

The ongoing socio-cultural and technological changes affect individual lifestyles and adaptive tasks which, in turn, affect different aspects of psychotherapy. The psychotherapeutic process remains the same: there must be a beginning of the process and an establishment of trust, followed by working through unconscious mechanisms via transference, personal

growth through corrective emotional experiences, development of decision making capacities (executive functions), practicing and acquisition of new behaviors, working on separation, etc. This process is sometimes faster, sometimes slower, sometimes continuous, sometimes intermittent, sometimes complete, sometimes not, but the essence of psychotherapeutic process remains the same, regardless of the theoretical context, method of choice, discourse, paradigm, or historical moment.

Major changes have occurred and are expected to continue to occur in psychotherapeutic context, paralleling the evolving socio-cultural environment in the modern world. This has caused changes in the content and goals of psychotherapy, subsequently leading to changes in its dominant method and format [13]. As a part of the modern socio-cultural scene, psychotherapy has accepted the societal demand for “political correctness” and “human rights”, essentially meaning that the distribution of “power” within the therapeutic relationship is expected to swing in the direction of the patient. It is of critical importance to make a clear distinction between authoritarianism (which should certainly be abandoned), and strength (“power”), without which it would be difficult for us to help anyone make a change or be well. Clearly, a psychotherapist without the power of knowledge has no power to “abandon the knowledge”!

Another area of psychotherapy that has sustained major changes is psychotherapeutic goals, i.e. the definition of efficacy and desired outco-

mes. Specifically, psychotherapeutic goals “to fit in and to function better” have been redefined, so that now the patient should come to terms with being different (“everything is normal”). Although this is what the society explicitly proclaims, it implicitly expects from psychotherapy to provide socially desirable outcomes and maintain “social sanity” and “social order”. Psychotherapists are first called when something unusual, weird, or extreme happens in the society, not only to explain but to define what is normal and what is not! The goals of psychotherapy are, by definition, both socially and personally defined, because “no man is an island” and cannot avoid living under expectations, even if only his/her own. Psychotherapy of the future shall have to find a balance by labeling some goals (violence, psychosis) as both personally and socially undesirable.

As far as the method of discovering (as opposed to guiding and controlling) is concerned, another paradoxical trend is observable: less guiding (in order to respect individual differences) is being replaced by more consulting, advise, and direction (all reflect the practical, operational nature of new trends in psychotherapeutic help) [5].

Finally, we believe that just as the psychotherapeutic process has remained the same throughout history of psychotherapy, so has the psychotherapeutic method. What have changed are the techniques and “philosophies” underlying different schools of psychotherapy. Still, the main methodological issue has always been how to address the “bad solutions” (symptoms) and all methods through history



were designed to answer this question. Whether one begins with observing and interpretation of behavior (CBT, TA), emotions (Psychoanalysis, Gestalt) or cognition (REBT, BT, existential therapy), it doesn't make much difference, because one has to get to all three of them eventually in order for a genuine psychotherapeutic process to develop and operate. In other words, it is important to remove obstacles of a personality development, and how one does it is less important. An efficient therapy is always a creative therapy, even if it is created for one patient alone. The identity of future psychotherapists will increasingly lean to transmodality, just as the theories of personality and the psychotherapeutic process will become transtheoretical.

We believe that psychotherapy is the profession of the future and that instead of super specialization and division into modalities it shall expand and blend with other professions (which is already happening). As a result, in the future we may have pharmacopsychologists, psychosociologists, psychophilosophers, psychoeconomists, psychoecologists or ecopsychologists, psychoarchitects, psychoartists, etc.

At the beginning of this paper we ask the question whether this is a time of crisis of the paradigm in psychotherapy. We believe that there is no crisis of the paradigm, but the call for real integration of various discourses: the "crisis of the paradigm" is in fact the "transparadigm" reflecting the reality of the moment in the evolution of the society. We expect from the science of psychotherapy to provide a platform for meaningful integration of all discourses in order to meet the needs of modern human beings and the needs of modern scientific approach to help people. For example, in treating OCD, or depression, integration of biological and other paradigmas is a common place, nowadays.

The trend of more natural "common sense" in psychotherapy does not mean less education, or specialisation, on the contrary: one needs to be very well informed, in order to "let go" of information (theory) and to approach every individual at the place he/she is, but not pulling them to fit into a theory. The point is that as psychotherapists in the post-postmodern era, we need to use our knowledge in a different way in order to be leaders without authority, making an impact instead of controlling.

# BUDUĆNOST PSIHOTERAPIJE: POSTOJI LI KRIZA PARADIGME?

Mirjana Divac-Jovanović<sup>1</sup>  
Dragan Švrakić<sup>2</sup>

- 1 Fakultet za medije i komunikacije,  
Univerzitet Singidunum,  
Beograd, Srbija
- 2 Medicinski fakultet u Vašingtonu,  
Odsek za psihijatriju, Sent Luis,  
Misuri, SAD

## Kratak sadržaj

Kao primenjena nauka i praksa, psihoterapija je u velikoj meri definisana dominantnim društvenim trendovima i zavisna od aktuelnih potreba ljudi, njenih korisnika. Ovi trendovi utiču na evoluciju psiholoških problema i potreba klijenata, pa tako i na odredjenje, metode i ciljeve psihoterapije. Dramatična unapredjenja informatičke tehnologije, komunikacije i masovnih medija, kao i brzina promena u geopolitickoj sferi uzrokuju promene dominirajućih potreba savremenog čoveka i načina njihovog zadovoljenja i postavljaju pred njega nove adaptivne zadatke. Ovako izmenjen egzistencijalni milje redefiniše dominirajuću paradigmu savremene psihoterapije, menjajući dominantni diskurs, etiku i socijalna očekivanja u odnosu na njene ishode i ciljeve. Autori u radu istražuju kako se tehnološka revolucija i revolucija vremena odražavaju na evoluciju post-postmoderne paradigme u psihoterapiji. Mi verujemo da se ne dešava kriza paradigme, već da zapažene promene diskursa, ciljeva i očekivanja od psihoterapije reflektuju realnost trenutka u evoluciji društva. Može se očekivati da će doći do stvarne integracije svih relevantnih paradigmi i diskursa u psihoterapiji („transparadigma“) u cilju susretanja potreba modernog čoveka. Identitet budućih psihoterapeuta će se sve više oslanjati na transmodalitet, kao što će teorije ličnosti i psihoterapijski proces postati transteorijske.

**Ključne reči:** psihoterapija, paradigma, postmoderna, razgovor

## References:

1. Goleman D. Ecological Intelligence: a new awareness of our time, Webinar, Psychotherapy Networker; 2010.
2. Bodrijar J. Prozirnost zla, Novi Sad: Svetovi; 1994.
3. Tomić Z. Komunikologija, Beograd: Čigoja; 2003.
4. Tomić Z. News Age, Beograd: Čigoja; 2008.
5. McPherson M, Smith-Lovin L, Brashears M. Social Isolation in America: Changes in Core Discussion Networks over Two Decades. *Am Soc Rev.* 2006; 71 (No. 3) 353-375.
6. Ophir E, Nass C, Wagner A. Cognitive Control in Media Multitaskers. *PNAS.* 2009; 106(37):15583-7.
7. American Institute of Stress. "Attitudes In The American Workplace VI" Report 2000
8. Norcross JC, Karpik CP, Santoro SO. Clinical psychologists across the years: the division of clinical psychology from 1960 to 2003. *J Clin Psychol.* 2005; 61(12):1467-83
9. Minuchin, S. The seduction of constructivism. *Family Therapy Networker.* 1991; 15(5), 47-50.
10. Carrese JA, Rhodes LA: Western Bioethics on the Navajo reservation, *Journal of the American Medical Association.* 1995; 274(10), 826-829.
11. Bartusha H, Buchsbaumer M, Mehta G, Pawlowsky G, Weisnagrotzki S ( eds.). *Psychotherapeutic Diagnostics.* Wien/New York: Springer; 2008.
12. Freedman J, Combs G. *Narrative Therapy- The Social Construction of Preferred Realities.* New York: W.W. Norton & Company; 1996.
13. Prochaska J, Norcross J. *Systems of Psychotherapy.* CA, USA: Brooks & Cole, Belmont; 2003.

---

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

# HEARING LOSS AND HEARING AMPLIFICATION - AN IMPORTANT ETIOLOGICAL FACTOR IN THE ASSESSMENT OF MENTAL DISORDERS

Ninoslava Dragutinović<sup>1</sup>  
Fadilj Eminović<sup>2</sup>

UDK: 616.89-008:616.28-008.13

- 1 Specialist clinic for ear, nose and throat, "Dr. Dragutinovic", Belgrade
- 2 Faculty for Special Education and Rehabilitation, University of Belgrade

## Summary

Listening is an important factor in cognitive maturation and development of speech as the most complex and most perfect symbol system in human communication. The hearing disorder in any period of life will have a significant impact on the overall personality development and can lead to disorders of mental functions.

More or less severe hearing loss makes hearing-voice communication difficult, in cases when other treatment options have been exhausted (medicaments, surgical or combined) requires auditory amplification ie. The use of hearing aids. Audiologic and psychiatric diagnosis imposes a problem for observation of the hearing disability that are often disguised as a clinical picture of depression, anxiety, paranoia, mental and behavioral disorders which require team work of experts and education of doctors of all specialties.

Besides the audiologic diagnostics application of the questionnaire Hearing Handicap Inventory (HHI) and the Tinnitus Handicap Inventory (THI) will allow Grading of hearing disabilities, emotional and social assessment of hearing loss as well as the real need for hearing rehabilitation. The existence of auditory handicap runs defense mechanisms aimed at maintaining self-esteem, which affects the formation of a special person with depleted identity that is characterized by: suspicion, distrust, limited control, egorigidity and impulsivity. Depression and anxiety are most often reactions to hearing handicap. Application of Beck's Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI) scales to assess depressive and anxiety features according to ICD-10 can significantly affect the early detection of these two disorders in persons with impaired hearing. The absence of sound has changed the perceptual reality there is insufficient emotional stimulation which gradually changes the personality of a person with hearing loss in terms of expression of psychological changes, changes in personality and behavior. The degree of change is correlated with age, indicating the need for hearing amplification with the aim of timely socialization, adaptation and integration into the social system.

Given the social aspect of the problem as a primary source of difficulty, boundaries extend between the professions involved in team activities of perception and care for people with hearing loss and deafness.

**Keywords:** hearing loss, hearing amplification, mental disorders

## INTRODUCTION

Listening is an important factor in cognitive maturation and development of speech as the most complex and most perfect symbol system in human communication. Hearing is one of the most important roles in adjusting of a man to the external environment. A hearing disorder in any period of life will have a significant impact on the overall personality development and can lead to impairment of mental functions. All aspects of human behavior are controlled by the brain ie. The central nervous system whose integrative function and plasticity allows harmonious functioning.

The appearance of hearing loss is a medical and social problem in our and developed countries due to the constant increase in the number of deaf and persons with hearing loss. Therefore, early diagnosis of hearing impairment, adequate treatment and rehabilitation to reduce disability, preserving quality of life and prevention of mental disorders is necessary. Normal hearing is prerequisite for proper psychosocial development, but it's loss in life undoubtedly leads to disorders of cognitive functioning, emotional and social status [1].

In the etiology of hearing loss numerous factors are represented: pathological conditions of all structures of the ear, hereditary, cerebrovascular and autoimmune disorders, temporal bone trauma, tumors of posterior fossa and epipharynx, the impact of noise, ototoxic drugs, etc.

Hearing impairment is often accompanied by unpleasant symptoms of tinnitus, abnormal noise (phantom

sensation) in the ears (and mind) in the absence of external sound sources. This disrupts speech intelligibility in the presence of the current decline of hearing and undoubtedly affects the psycho-social life and leads to anxiety and depression, irritability with a negative impact on quality of life of the sufferer [2].

A normal psychological development and it's disorders are the result of mutual action of complex biological, psychological and social factors. More or less severe hearing loss makes hearing-voice communication difficult, in cases when other treatment options have been exhausted (medicamentous , surgical or combined) requires auditory amplification ie. The use of hearing aids. Favorable results are achieved by hearing rehabilitation when the patient's speech discrimination score is better depending on: reduced audibility, distortion of sound energy due to hearing loss in high frequencies, the weakened central processing auditory signals and impaired cognitive function of patients [3].

The acceptance of hearing amplification and succesful rehabilitation of hearing and speech are influenced by: age, general physical and mental health, cognition, motivation, financial capacity, aesthetic factors and patient's need for communication. An important moment for successful hearing aids is stigmatization. Prejudices associated with the use of hearing amplifiers, insufficient information of patients about the possibilities of hearing aids, lack of understanding of society, prevention of work opportunities, discrimination and exclusion from the community are often the reason for delayed

treatment that eventually due to the reduction of self-esteem and desocialization leads a hearing handicapped person into a mental disorder.

Audiologic and psychiatric diagnosis imposes problems for observation of the hearing disability that are often disguised as a clinical picture of depression, anxiety, paranoia, mental and behavioral disorders which require team work of experts and education of doctors of all specialties.

## TYPES OF HEARING IMPAIRMENT

Exterior and middle ear conduct and transform sound, so that changes in the external auditory canal and eardrum, the processes in the middle ear (chronic inflammation, otosclerosis, and tympanosclerosis) lead to conductive hearing damage. The damage can be corrected by medicamentous, surgery or reconstructive auditory amplification.

Sensorineural hearing loss is a dysfunction of the nerve cochlea or the auditory nerve. The causes of cochlear hearing loss can be genetic, infectious, toxic, autoimmune, injury, age, and in retrocochlear hearing loss should be excluded the existence of the last cranial pits tumors (cerebellaropontine angle tumors) or the process of demyelination (multiple sclerosis).

If there is conductive and sensorineural hearing loss it is a mixed type [4].

According to localization, hearing loss can be unilateral or bilateral, unilateral hearing loss and deafness besides the audiologic tests requires a neuroradiological diagnostics test – computerized tomography (CT), magnetic

resonance imaging (MRI), auditory brainstem potentials (BERA), which will further refine the therapeutic approach [5].

The degree of hearing loss is rated according to the average threshold at 500, 1000, 2000, 4000 Hz of tonal audiogram. A minor hearing reduction is (20-40dB). Depending on the patient's needs hearing is useful for communication. Difficulties are present in hearing and understanding quiet speech and speech in a noisy environment. Moderately severe hearing loss is (45-65dB). Listening is hard and maintaining attention is difficult, with possible mistakes in articulating speech. With a correct choice of hearing aid amplification gives good results. Severe hearing loss is (70-85dB). There is no auditory communication without a device; the previous development of speech without hearing correction revokes in time. Very severe hearing loss is (90dB and more). The amplifier increases external sounds only as a warning signal and contributes to better lipreading. The success of the rehabilitation depends on the person's age, mental status in time when the amplification begun. In case of this serious hearing loss installation of cochlear implant is indicated [6].

About 90% of users of hearing aids have a sensorineural hearing loss of moderate and severe degree. Hearing threshold was raised while the pain threshold for strong stimuli was at a lower level than in those of normal hearing. Therefore there is a very little dynamic range of intensity which represents a problem in selecting the proper hearing amplifier. To hear sound signals, they must be strengthened but that amplification seems very uncomfortable, whi-

le at the transmission of sound energy distortion occurs which makes audible sounds incomprehensible.

Therefore, individuals with severe sensorineural hearing loss hardly accept hearing aids which eventually lead to desocialization, loss of self-esteem and expression of mental and behavioral disorders. The view of neurootologic disorders follows certain diseases of the central and peripheral nervous system as a guide to linking test results with the clinical picture and dynamics of development of certain signs and symptoms of particular disease or syndromes.

### Presbycusis (presbycusis)

Hearing impairment that is caused by physiological "aging" of the inner ear sensory cells leads to a gradual mutual hearing loss. Because of the long period during which hearing loss or deafness develops, and patient's gradual adaptation to the hearing loss, hearing correction was performed mainly when social contacts were significantly affected.

### Sudden sensorineural hearing loss

Emergency medical, audiometric problem represents sudden hearing loss in otherwise healthy individuals without known ear disease or other apparent cause. It doesn't represent a separate clinical entity but may be due to various etiopathogenetic factors:

- Infection / Inflammation: cochleitis virus (in 60% of cases caused by the rubella virus, parotita, cytomegalovirus, varicella-zoster

virus), meningococcal meningitis, encephalitis, toxoplasmosis;

- Neoplasms: cerebellopontine angle: neurinoma vestibulocochlear nerve meningioma, epidermoids, paraganglioma, arachnoid cysts, hemangiomas, metastatic tumors (lung, breast, prostate, oropharynx, melanoma of the skin) [7].
- Vascular factors: hemoreologic (blood hypercoagulability, increased platelet aggregation, increased blood viscosity, reduced filterability of blood, polycythemia vera), atherosclerosis, metabolic disorders (hiperlipidemia, diabetes mellitus); hemodynamic disorders (hypo / hipertensia, heart disease), cochlear blood vasospasm courts (with hypotension and vegetative stigmatized)

Anterior Inferior Cerebellar Artery (AICA) and microembolism cochlear artery thrombosis [8];

- Trauma (barotrauma, blast trauma, a sudden increase in Menier's disease hydrops);
- Ototoxici drugs: aminoglycosides, furosemide (diuretic), anti-neoplastics;
- Autoimmune diseases: lupus erythematodes, ulcerative colitis, polyarteritis nodosa, Wegener granulomatosis;
- Endocrine disorders: hypothyroidism, diabetes mellitus;
- Neurological disorders: unilateral hearing loss in multiple sclerosis is generally recovered over several months with remission of the disease.

## **Idiopathic sudden sensorineural hearing loss**

Idiopathic sudden hearing loss is usually unilateral (97% of patients), followed by tinnitus (70%), and often vertigo (30%). Microcirculation of the inner ear consists of the terminal branches without anastomosis, placed in a massive bone labyrinth which limits "broaching" of the elastic, deformable red blood cells. The impact of viral load in blood vessels and elements leads to swelling of the endothelial and slowing of the circulation, while the damaged blood elements agglutination, it comes to hypercoagulability and ischemia-causing damage to ciliar cells sensitive to lack of oxygen. Sudden severe hearing loss accompanied by severe tinnitus can lead to psychological problems that require professional psychiatric treatment [6].

## **Meniere's disease**

Meniere's disease is an idiopathic endolymphatic hydrops. Endolymphatic hydrops may develop due to inflammatory, metabolic, congenital disorder, after trauma, pathological processes that induce temporal bone, or as part of systemic diseases such as diabetes and autoimmune disorders. Inner ear dysfunction is accompanied by episodic symptoms: vertigo, fluctuating hearing loss, tinnitus and a feeling of fullness in the ear. In the advanced stage of the disease sensorineural hearing loss is present, while often accompanied by vertigo or disorientation "otolithus crises", ie. Sudden drop in the patient's general condition affects self-confidence, daily activities and causes

gradual isolation from society. Numerous studies indicate that patients with Meniere's disease in response to illness (suddenness of the attack, with each attack symptoms are more pronounced, limitations in work and social contacts) have more psychological problems (anxiety, depression) than the general population [9].

## **Ototoxicosis**

Almost all aminoglycosides deplete cochlear functions (dyhydrostreptomycin, kanamycin, neomycin, and amikacin), neurotoxic drugs (cisplatin), salicylates (aspirin), erythromycin, cephalixin, phenilbutason, sulfonamides, quinine, heavy metals (mercury, lead). Damage of the sensory cells in the inner ear and spiral ganglion cells is the primary place of ototoxicity of aminoglycosides. The dynamics of hearing loss depends on the individual hypersensitivity (impaired renal function, hyperthermia, concomitant use of other ototoxic drugs), dosage (total dose of received medication) and age of the patient.

## **Hereditary hearing loss**

Hereditary hearing loss can be a part of syndromic (associated with abnormalities of skeletal muscle, vision, endocrine system, central nervous system, pigmentation, etc.) and nonsyndromic disorders (70% of hereditary hearing loss is related nonsyndromic to the differentiated location of genes selected from the DFN – DeaFNess) [10].



Genetic diagnosis represents a psychological blow to the personality of the patient significantly more than other etiology, as a compromised way of life, the possibility of treatment and the cause of the inability to adapt to situations. Regular access of experts could significantly affect the patient's attitude toward the disease and direct it toward a proper adaptation, education and socialization, reducing the possibility of manifestation of mental disorder.

### **Auditory neuropathy**

Auditory neuropathy represents a hearing loss due to damaged transmission of biological signals of the auditory nerve to the auditory centers in the brain. Hearing loss can be of various degrees, with markedly reduced understandability of speech, auditory discrimination disorder, auditory performances and temporal aspect of listening. Hearing aids or cochlear implants with active rehabilitation can help in speech development, preservation of cognitive skills with the ability to adapt in society.

### **Autoimmune inner ear disease**

Autoimmune inner ear disease usually occurs within the immune system of other conditions such as: polyarthritis nodosa, Cogan's syndrome, systemic lupus erythematosus, Wegener's granulomatosis, and ulcerative colitis). It is believed that endolymphatic sac is the key structure for immunoregulation in the inner ear as it can gather and synthesize antibodies (IgG, IgA, plasma cells) [11].

### **Reduced tolerance of sound**

Manifested in the forms: hyperacusis (abnormal strong reaction to the sound of moderate intensity which is due to alterations in central processing of acoustic paths), misophonia (aversion to sound due to abnormally strong reactions in the limbic-emotional system and the autonomic nervous system), phonophobia (a morbid fear of sound, can lead to hyperacusis due to changes in central processing and permanent abnormal perception ie. experience of the volume)[12]. Hypersensitivity is often accompanied by irritational fear, changes in emotional status, fluctuations in mood or anxiety requiring psychiatric treatment. Disorders of reduced tolerance of sound are frequent in psychiatric clinical work as mental disorder symptoms (paranoia, schizophrenia).

### **Auditory disorders in cerebrovascular diseases**

Hearing loss is an infrequent symptom of brain stem stroke in comparison to vertigo, because of the greater elasticity and resistance of the auditory system, which includes crossed and not crossed roads with abundant circulation or due to the resistance of the ear to circulation disorders. A common symptom of cerebrovascular diseases depending on the localization of lesions in the brainstem is tinnitus (damage to the thalamus, inferior colliculus, the amygdala, and hippocampus). Tinnitus is a disorder of auditory perception because of an altered state of excitation and inhibition

at the level of neural networks, which leads to imbalance in neuronal signaling. The limbic system (involved in emotions) and autonomous systems (which control all functions of the body and trigger a role in the "flight to flight" reactions) are important in each case with severe tinnitus [13].

### **Auditory disorders in diabetes**

Diabetes in its chronic course can develop late complications which are based on the microvascular changes. The damage is bilateral sensorineural hearing loss which predominantly seizes high-frequency tones and is characterized by the gradual emergence and progression. Numerous studies have shown the link between diabetes and hearing loss due to cochlear apparatus dysfunction which is independent of the degree of metabolic control and presence of microvascular complications [14]. Since the quality of life for patients with diabetes is significantly reduced by the presence of other clinical microvascular complications, hearing loss expressed in any measure undoubtedly leads to disturbance of mental status and stigmatization.

### **Auditory deficits in multiple sclerosis (MS)**

Multiple sclerosis is an autoimmune disorder that affects the nervous system and it is the leading cause of neurological disability in young people. Although hearing loss is present in about 10% of patients, present auditory fatigue (rekрутman), raises threshold of

stapedial reflex on the damaged side. Damaged speech discrimination is to a greater extent than the tonal audiometry can be assumed to be important in establishing the diagnosis. BE-RA is a technique that allows the detection of clinically hidden lesions in patients who are suspected to have MS, but where no neurological data on the existence of multiple lesions exists.

### **Tumors of the posterior fossa**

Cerebellopontine angle tumors (PCU) are neoplasms of the skull and cover the back skull pit. 90% of all PCU tumors consist of neurinoma, vestibulocochlear nerve, while a smaller percentage represents meningioma, ependymoma, lipomas, hemangiomas, cholesteatoma, facial nerve schwannomas, etc. Vestibulocochlear nerve neurinoma ie. Acoustic neurinoma generates by proliferation of Schwann's cells in vestibular nerve branches, close to myelin – the nerve glial compound, close to porus acusticus, where Schwann's cells are scattered, which represents "vulnerable" place for the development of this tumor. It is a benign tumor with malignant growth in the surrounding structure, which is an early symptom of unilateral hearing loss mostly in the high frequencies, disproportionately damaging speech discrimination and tinnitus [15].

### **Noise-induced hearing loss**

Noise is an acoustic energy that has a detrimental effect on physiological and psychological human health. In ad-

dition to hearing loss that is often accompanied by tinnitus and reduced speech intelligibility, noise interferes with normal human activity, speech collusion, learning, concentration and other mental activities. Noise causes moodiness, irritability, restlessness, fatigue, sleep disturbance. The mechanical energy of sound stimulates the secretion of stressful hormones (epinephrine and norepinephrine) whose effect on the cardiovascular system causes hypertension [16]. The effect of noise has a cumulative effect and the individual sensitivity and other co-factors (diabetes, hypo/hypertension, and neurodegenerative disease, the effect of carbon monoxide or carbon disulfide) leads to hearing loss, personality and behavior disorders and disability.

### DIAGNOSIS OF HEARING DAMAGE

ENT examination, tonal audiometry, stapelial reflex tympanometry are the first guidelines in the diagnosis of hearing loss. Due to the complexity of the etiological factors in order to make diagnosis requires the application of more sophisticated procedures: evoked brainstem potentials (BERA), computerized tomography (CT), magnetic resonance imaging (MRI), which will further in hearing loss perception direct therapeutic approach. Application of a simple questionnaire Hearing Handicap Inventory (HHI) and the Tinnitus Handicap Inventory (THI) will allow grading of hearing disabilities, emotional and social assessment of hearing loss and the need for the right auditory

rehabilitation. Application of Beck's Depression Inventory scale (BDI) and Beck's Anxiety Inventory (BAI) to assess depressive and anxiety features according to ICD-10 can significantly affect the early detection of these two disorders that are now considered major predictors of decline in the quality of life.

### HEARING IMPAIRMENT AND MENTAL DISORDERS

Everyday experience in working with people with hearing impairment is confirmed by the fact that in life there are more handicapped barriers that affect the psycho-social relations. The degree of damage is not essential as the individual perception of the damage. The greater the inaccuracy of individual perception, the greater the degree of frustration because the subjective phenomenological experience comes into conflict with reality and makes the process of adaptation. Unrealistic perception of the real problems arising from the damage makes it difficult to find appropriate ways to meet the dominant needs of the people with disabilities. Reactions to the handicap cover a wide range between two extremes. One is the extreme of ignoring the real problems that cause disability and which can't be avoided, and the other is the perception of disability as a tragedy with the withdrawal and resignation as the psychological consequences of the tragedy [17]. The existence of auditory handicap runs defense mechanisms aimed at maintaining self-esteem, which affects the formation of a special

personality with depleted identity that is characterized by: suspicion, mistrust, limited control, ego rigidity and impulsivity.

Depression and anxiety are often reactions to hearing handicap. Depression, in people with hearing impairment results from reduced self-esteem especially in those lines in which their character structures are the most vulnerable followed by a reduced sense of self-confidence and shame. Depressed patients showed tendency to hypertrophying degree and as a consequences of their lack and inadequacy. Feelings of shame deepen on the feeling of guilt, self-respect becomes self-condemnation, and exaggerated expression leads to crazed distortion. Attention deficit disorders, memory disorders (depressed pseudodementia), perception (illusions, hallucinations), drive (drive reduction for living), the reduction of voluntary activities, sleep disturbance leads a hearing handicapped person into a vicious circle if measures of auditory rehabilitation and timely psychiatric treatment are not taken [18,19].

Often, suddenly occurred hearing loss followed by the presence of pathological fear can lead to the establishment of anxiety conflict (personality is not able to meet the demands of conscious or unconscious that appear in real life situations). Unresolved or incomplete resolution of the conflict eventually leads to an increase in internal tension-anxiety. The factor most frequently mentioned as crucial in the development of anxiety is fear of the future which is for people with hearing impairment uncertain, unsure, vague

threats of interpersonal relations, business engagement and experience of threatening dangers associated with social exclusion. It is the fear of self-realization of man as an individual being. Hearing loss to varying degrees, often accompanied by disproportionate degree of speech intelligibility is a significant moment in the life of the patient. If hearing loss accompanys other chronic diseases that can simultaneously be the cause of hearing loss and deafness undoubtedly lead to the manifestation of psychopathological phenomena. Liaison psychiatry studies need to associate psychiatry with somatic medicine, the different behaviors of patients in a state of active disease, patient's reaction to their own illness or condition, especially the ratio of patients to their illness (state). In accordance with a specific personality structure, a psychiatrist plans appropriate psychiatric treatment.

Hearing impairment often leads to demoralization, which can be defined as a complex of destructive attitudes and emotions, state of mind accompanied by anxiety, depressed mood, loss of self-esteem and self-confidence, a sense of hopelessness, isolation and inability to cope with the new situation. Combating demoralization involves systematic work, a common effect of all psychotherapy is reflected primarily in combating depression and anxiety, improving the overall emotional state, fighting despair, restoring the lost self-respect, in order to establish control over stressful life events and to adopt more efficient ways of confronting them [20,21].

## HEARING AMPLIFICATION

Hearing impairment depending on the time when it originates has the effect of speech disorder that is bio-psycho-social function and basis for the functioning of man as a thinking being. The absence of sound has changed perceptual reality, there is insufficient stimulation gradually changing as the hearing impaired person in terms of expression of psychological changes, changes in personality and behavior. The degree of change is correlated with the age in which the necessity of hearing amplification in order to timely socialization, adaptation and integration into the social system. Therefore audiometric findings without the observation of experts, as well as counseling hearing amplification are not complete without a psychological evaluation of hearing, because there is often a large gap between the estimated and actual possibilities of examinees. Great importance for the success of auditory rehabilitation of hearing is the time elapsed since the hearing loss to conducted rehabilitation, because in relatively large time intervals we can expect increasing impoverishment of the personality, the decline in energy and interest, self-respect loss, changes in emotional and social spheres of life. In the hearing amplification process the person himself must be seen, emotional balance figures established, and then in the rehabilitation process the activate potential of the disabled person preserved which requires a professionally qualified team.

## Hearing amplifier

Hearing aid is an electronic device that amplifies and modifies external sound stimulation to enable a better audio-voice communication. Technological improvement in the development and strategy of hearing aids (artificial apparatus intelligence – automatic measurement of electro-acoustic characteristics depending on the input signal) provide new possibilities for correcting the lack of hearing, where in addition to the aesthetic design (miniature size, versatile design, the positioning of the external auditory canal) allow pleasant listening of the digital signal processing (communications with multiple people, fitness for listening in different environments-life theater, discos, business meetings) and undisturbed use of telephones. Determination of the hearing device is subjected to adequate correction of the hearing needs of the patient (left-handed, right handed, the activity of social life, permanent communication, and cognitive development in children). It is particularly important to emphasize the need for mutual amplification in case of a bilateral hearing loss, which is not the case in practice (except in children) because of the difficult economic situation and lack of knowledge. Binaural amplification eliminates "head shadow effect" ie. beneficiary receives the same perception of the volume at a lower volume-control than with monaural device, improves the depth perception, sound localization, speech understanding in noise and reverberation from space [23].

Proper use of the hearing amplifiers requires appropriate rehabilitation of hearing and speech by surdoaudiologist, comprehensive assessment of mental characteristics, motivation, the presence of stigma and mental disorder that requires immediate involvement of psychiatrists and psychologists in order to reduce disability, prevention of mental illness and improve the quality of life.

## CONCLUSION

The focus on the medical model of disease (prescription drug therapy, surgical treatment, hearing amplification as a last chance to correct the hearing impaired) ignores the fight against the demoralization which represents dehumanization of the relationship between doctor and patient, ignoring the emotional and psychosocial components of the patient's life. Problem of the audiologic practice was intertwined with psychiatric clinical practice because mental disorders are often masked by undiagnosed hearing loss, which complicates healing and psychiatric treatment [22]. Therefore the orthodox medicine have to radically change their attitudes in terms of overall looking at people with hearing impairments to reduce disability and return to normal life. In the time that is laden with socioeconomic problems, the challenge is

difficult and complex and required in many areas of substantial change in work organization and methodology of audiologists and experts of other professions in working with hearing disabled. The internal cohesion and harmony of the mental personality, and its harmony with the environment can be achieved by proper attitude primarily physicians, families, regular education, community involvement in the assessment of persons with disabilities.

There is no "worldwide" model concept of working with hearing distracted people, in our country there is no single concept of concerted practice, there is no valid data on the number of deaf and hard of hearing or on the number of successfully rehabilitated people, information on the hearing impaired people that were audiologically eventually transferred to a psychiatric clinic. Given the social aspect of the problem as a primary source of difficulty, boundaries extend between the professions involved in team activities and perception of care for people with deafness and hearing loss. Audiologists, psychiatrists, psychologists, surdoaudiologists have the greatest responsibility in terms of early detection of hearing loss, successful rehabilitation and prevention of mental disorders that accompany this obvious handicap.

# OŠTEĆENJE SLUHA I SLUŠNA AMPLIFIKACIJA – ZNAČAJAN ETIOLOŠKI FAKTOR U SAGLEDAVANJU MENTALNIH POREMEĆAJA

Ninoslava Dragutinović<sup>1</sup>  
Fadilj Eminović<sup>2</sup>

- 1 Specijalistička ordinacija za uvo, nos i grlo "Dr Dragutinović", Beograd, Srbija
- 2 Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

## Kratak sadržaj

Slušanje je važan faktor u kognitivnom sazrevanju i razvoju govora kao najslabijeg i najslabijeg simboličkog sistema u ljudskoj komunikaciji. Poremećaj sluha u ma kom periodu života imaće značajne posledice na celokupni razvoj ličnosti i može dovesti do poremećaja psihičkih funkcija. Lakše ili teže oštećenje sluha koje otežava slušno-govornu komunikaciju, u slučajevima kada su druge mogućnosti lečenja iscrpljene (medikamentozno, hirurško ili kombinovano) zahteva slušnu amplifikaciju tj. primenu slušnog aparata. Audiološkoj i psihijatrijskoj dijagnostici se nameće problem zapažanja slušnog hendikepa koji je često zamaskiran kliničkom slikom depresije, anksioznosti, paranoje, mentalnim poremećajima i poremećajima ponašanja što zahteva timski rad stručnjaka kao i edukaciju lekara svih specijalnosti. Pored audiološke dijagnostike primena upitnika Hearing Handicap Inventory (HHI) i Tinnitus Handicap Inventory (THI) omogućiće stepenovanje slušnog hendikepa, procenu emocionalnog i socijalnog gubitka sluha kao i pravu potrebu za slušnom rehabilitacijom. Postojanje slušnog hendikepa pokreće mehanizme odbrane koji su usmereni na održavanje samopoštovanja, što utiče na formiranje posebnog sklopa ličnosti sa osiromašenim identiteom koju karakterišu: sumnjičavost, nepoverenje, ograničena kontrola, egorigidnost i impulzivnost. Depresija i anksioznost najčešće su reakcije na slušni hendikep. Primeenom skala Beck's Depression Inventory (BDI) i Beck Anxiety Inventory (BAI) za procenu depresivnih i anksioznih obeležja prema MKB-10 možemo značajno uticati na ranu detekciju ova dva poremećaja kod osoba oštećenog sluha. Odsustvom zvuka izmenjena je perceptivna realnost, prisutna nedovoljna emocionalna stimulacija što postepeno menja ličnost osobe oštećenog sluha u smislu ispoljavanja psihičkih promena, promena ličnosti i ponašanja. Step en izraženosti promena je u korelaciji sa uzrastom što upćuje na neophodnost slušne amplifikacije sa ciljem pravovremene socijalizacije, adaptacije i integracije u društveni sistem. S obzirom na socijalni aspekt problema kao primarni izvor teškoća, proširuju se granice među profesijama ukljućenim u timsku delatnost sagledavanja i zbrinjavanja osoba sa nagluvošću i gluvoćom.

**Ključne reči:** oštećenje sluha, slušna amplifikacija, mentalni poremećaji

## References:

1. Radovanovic D. New trends in special education and rehabilitation. Publishing center, Belgrade 2007; 455-467.
2. Andersson G, Edvinsson E. Mixed feelings about living with tinnitus: A qualitative study. *Audiological Medicine* 2008; 6:48-54.
3. M. Milanovic Hearing Aids and severe hearing loss. Association "Science and Society", 2001: 22-26.
4. Babic B. Diagnosis of hearing loss. *Acta clinica* 2003, 2 (3) :75-86.
5. Daniels and others. Causes of unilateral sensorineural hearing loss screened by high-resolution fast spin echo magnetic resonance imaging: review of 1070 consecutive cases. *Am. J. otol* 2000; 21:173-180.
6. Haralampijev K. Clinical neurootology . *Elit Medica, Draslar, Varaždin* 2007: 508-14.
7. Hegarty JL. Distal anterior inferior cerebellar artery syndrome after acoustic neuroma surgery. *Otol Neurotol* 2002; 23: 560-71.
8. Ravecca F, Berrettini S, Bruschini L, et al. Progressive sensorineural hearing loss: metabolic, hormonal and vascular etiology. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 1998; 18(4 Suppl 59): 42-50.
9. Kato BM, LARouere MJ, Bojrab DI. Evaluating quality of life after endolymphatic sac surgery: The Meniere's Disease Outcomes Questionnaire. *Otol Neurotol* 2004; 25(3): 339-44.
10. E. Van Eyken, G. Van Camp, L. Van Laer, "The Complexity of Age-Related Hearing Impairment: Contributing Environmental and Genetic Factors", *Audiol Neurotol* 2007; 12: 345-58.
11. Wang Q, Gu R, Han D, yang W. Familial auditory neuropathy. *Laryngoscope*. 2003; 113(9): 1623-9.
12. Jastreboff MM, Jastreboff PJ. Tinnitus and hyperacusis. In Ballenger JJ, Snow JB, editors. *Ballenger's otorhinolaryngology head and neck surgery*. 16th ed. San Diego: Singular publishing 2002: 456-71.
13. Rauschecker JP, Leaver AM, Muhlau M. Tuning out the noise: Limbic-auditory interactions in tinnitus. *Neuron* 2010; 66(6): 819–826.
14. Lalic N. Hearing disorders and diabetes. *Acta clinica* 2003; 2 (3): 121-7.
15. Hegarty JL. Distal anterior inferior cerebellar artery syndrome after acoustic neuroma surgery. *Otol Neurotol* 2002; 23: 560-71.
16. Bogardus ST, Yueh B, Shekelle PG. Screening and management of adult hearing loss in primary care. *JAMA* 2003; 289:1986-90.
17. Hrnjica S, Bala J, Dimčović N. Ometeno dete. Uvod u psihologiju ometenih u razvoju. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd 1991:17-59.
18. Bartels H, Middel BL, Van der Laan BF, Staal MJ, Albers FW. The additive effect of co-occurring anxiety and depression on health status, quality of life and coping strategies in help-seeking tinnitus sufferers. *Ear & Hearing* 2008; 29: 947-56.
19. Fiske A, Wetherell JL & Gatz M. Depression in Older Adults. *Annual Review of Clinical Psychology* 2009; 5: 363-89.
20. Kaličanin P. *Psihijatrica*. *Elit Medica, Draslar, Beograd* 2002: 254-266.
21. Dalton DS, Cruickshanks KJ, Klein BE, Klein R, Wiley TL, Nondahl DM. The impact of hearing loss of quality of life in older adults. *Gerontologist* 2003; 43: 661- 8.
22. Belli S, Belli H, Bahcebasi T, Ozcetin A, Alpay E, Ertem U. Assessment of psychopathological aspects and psychiatric comorbidities in patients affected by tinnitus. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* 2008; 265:279-85.
23. Baran JA. Auditory processing disorders can negate the benefits of binaural amplification. *The hearing Journal* 2002: 55-60.

---

Ninoslava Dragutinović  
Sindjelićeva 17, Beograd  
Tel: 0637372297  
Fax: 0113822272  
e-mail: nina.dragutinovic7@gmail.com





# MLADI I ZABAVA: IMA LI MESTA ZA ZABRINUTOST?

Ivana Stepanović

UDK: 613.96:613.74

Institut za psihologiju, Filozofski fakultet,  
Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

## Kratak sadržaj

**Uvod:** Istraživanja pokazuju da mladi pretežno provode vreme zabavljajući se. Zabava spada u nestrukturisane aktivnosti čiji efekti po razvoj i mentalno zdravlje adolescenata mogu biti negativni.

**Cilj rada:** (1) Identifikovanje aktivnosti zabavnog karaktera i utvrđivanje stepena njihovog prisustva, (2) Otkrivanje tipičnih obrazaca ponašanja tokom slobodnog vremena okrenutih zabavi, (3) Utvrđivanje vrednosti koje razlikuju mlade sklone zabavi od onih koji to nisu.

**Metod:** Ispitano je 2426 srednjskolaca Uпитnikom o slobodnom vremenu i Instrumentom koji se odnosi na lične i društvene ciljeve.

**Rezultati:** Slobodnim vremenom dominiraju aktivnosti zabavanog karaktera: druženje navodi 48% adolescenata, gledanje televizije 46%, uz mobilni telefon 33%. Iako izlasci, vreme za računarnom i gledanje zabavnih programa nemaju zabrinjavajuće razmere postoji negativna korelacija sa školskim uspehom i potencijalni rizik po razvoj adolescenata. Tri od pet tipičnih obrazaca ponašanja tokom slobodnog vremena su zabavnog karaktera: praćenje zabavnih sadržaja u medijima ("laka zabava"), provođene vremena pred kompjuterom i uz muziku, izlasci. Diskriminantna analiza pokazuje da se vrednosti mladih sklonih "lakoј zabavi" razlikuju od vrednosti onih koje to ne privlači ( $\chi^2(36)=209.799$ ,  $p=0.00$ ). Razlike postoje i između onih koji vreme provode uz kompjuter i muziku i onih koji to ne čine ( $\chi^2(36)=98.190$ ,  $p=0.00$ ) i između onih koji često i retko izlaze ( $\chi^2(36)=121.526$ ,  $p=0.00$ ).

**Zaključak:** Iako zabavne aktivnosti nisu štetne po sebi, njihova dominacija ukazuje na potencijalne rizike i neophodnost angažovanja porodice, škole i društva u povećanju učesća adolescenata u strukturisanim aktivnostima.

**Ključne reči:** mladi, slobodno vreme, zabava

## UVOD

Slobodno vreme ima važne funkcije u životu adolescenata, u domenu razvoja identiteta [1-5], uspostavljanja socijalno-emocionalnih veza [2,5-7], tranzicije ka odrasloj dobi [2,7], usvajanja različitih kompetencija [4,5,8, 9]. Način provođenja slobodnog vremena odlikava stil života mladih. Tada njihova autonomija dolazi do izražaja, pošto su najmanje izloženi nadzoru i uticajima odraslih [10]. Pantić [11] ističe da vrednosti oblikuju interesovanja a time i ponašanje tokom slobodnog vremena. Aktuelne su rasprave o promenama vrednosti mladih od modernih, orijentisanih na postignuće, ka postmodernim orijentisanim na dobrobit, koje se odražavaju na prirodu aktivnosti tokom slobodnog vremena [3,12,13]. Ipak, sklonost zabavi opstaje kroz vreme i nije povezana sa promenom vrednosti [13]. Ima mnogo podataka o tome da slobodnim vremenom mladih dominira zabava, prevashodno gledanje televizije, igranje kompjuterskih igrica i druženje [2,5,8,17]. Ilišin [3] nalazi urbani obrazac koji se konstantno pojavljuje u istraživanjima i manifestuje kroz odlaske u kafiće, klubove i na žurke. U različitim delovima sveta identifikovani su obrasci ponašanja povezani sa zabavom [5,14-17].

Stebins [18] uvodi podelu aktivnosti tokom slobodnog vremena na strukturisane (ozbiljne) naspram nestrukturisanih (spontanih), u koje se ubraja zabava. Strukturisane aktivnosti podrazumevaju sistematski napor i angažovanje osobe što rezultira sticanjem specifičnih iskustava, znanja i veština [14]. One su redovne, kompleksne, odvijaju

se po pravilima i vođene su od strane odraslih [4]. Takve su vanškolske obrazovne i umetničke aktivnosti, religijske aktivnosti i sport. Strukturisane aktivnosti rezultiraju dobrim mentalnim zdravljem i razvojem ličnosti adolescenata [4,5,8,22,23]. Njihovom pozitivnom delovanju doprinosi definisan cilj, strukturisana aktivnost vršnjaka, podrška i vođenje od strane odraslih.

Nestrukturisane aktivnosti su sponatane, relativno kratkotrajne, samonagrađujuće i ne zahtevaju veliki angažman [18]. U njih se ubrajaju gledanje televizije, čitanje časopisa, druženje, izlasci, slušanje muzike, igranje igrica, dosađivanje, izležavanje [4,9,18]. Pojedina istraživanja nisu utvrdila uticaj nekonstruktivnih aktivnosti na mentalno zdravlje i razvoj adolescenata [2,4]. Ipak brojnija su ona koja govore o negativnim efektima na školski uspeh, fizičku aktivnost [8, 9,23], razvoj identiteta i zadovoljstvo sobom [5,20,22], sklonost rizičnim ponašanjima [5,7,9]. Ovakvo dejstvo nestrukturisanih aktivnosti povezuje se sa odsustvom svrsishodnosti [5], nestrukturisanim druženjem i uticajem vršnjaka sklonih antisocijalnom ponašanju [5,9,19,21,23], odsustvom nadzora odraslih [20,21] i siromaštvom [23]. Mlinarević i Gajger [24] i Vidulin-Orbanić [25] smatraju da mladi sve manje organizuju svoje vreme i da moćna industrija zabave umanjuje njihovu kreativnost čineći ih pasivnim konzumentima. Ipak, istraživači navode da nestrukturisane aktivnosti nisu negativne po sebi. One postaju štetne ukoliko okupiraju adolescence i ukoliko uključuju vršnjake sklone rizičnom ponašanju [4, 9]. Stebins govori o dobrim stranama kao što su odmor, uspostavljanje socijalnih ve-

za i nesistematsko sticanje znanja. Nortkout [7] smatra da izlasci u klubove predstavljaju ritual savremenog društva kojim se adolescenti približavaju svetu odraslih. Eksperimentisanjem u oblačenju i ponašanju “na plesnom podijumu” mladi tragaju za sobom. Posete klubovima su most između detinjstva, kada je taj vid zabave nedostupan, i odraslog doba sa određenim ulogama i odgovornostima, koje podrazumeva upravo udaljavanje od hedonističkog ponašanja karakterističnog za klubsku scenu.

Po Robertsu [26] je uloga slobodnog vremena u izgradnji identiteta mladih precenjena. Oni žive u brzom i promenljivom svetu koga karakterišu dekonstekstualizacija i preplitanje virtualne relanosti sa stvarnom. Konstantna izloženost medijima čini da likovi iz TV sapunica postaju stalna tema razgovora poprimajući realni karakter. Slavne ličnosti oblikuju shvatanja i ponašanje mladih. Hronično nestabilan svet izaziva osećaj nesigurnosti te je zabava jedan vid izlaženja na kraj sa tim osećanjem. Roberts smatra da je povezivanje strukturisanih aktivnosti sa izgradnjom identiteta pogrešno, pošto su one (kao i nestrukturisane) ispunjene zadovoljstvom i odvojene od relanosti budući da nemaju ozbiljne reperkusije na profesionalni ili porodični život.

## CILJ ISTRAŽIVANJA

U ovom radu biće korišćeni podaci ekstenzivne studije o slobodnom vremenu mladih, u okviru projekta Instituta za psihologiju “Svakodnevnica mladih u Srbiji: Snimak budžeta vremena”, kako bi se na osnovu njih identifikova-

le aktivnosti zabavnog karaktera i utvrdilo u kojoj meri su prisutne.

Malo je pokušaja da se aktivnosti zabavnog karaktera grupišu. Stebins je predložio šest kategorija nestrukturisanih aktivnosti među kojima su pasivna zabava (gledanje televizije, čitanje lakih štiva, slušanje muzike) i aktivna zabava (igre na sreću, igre na zabavama) [14,18]. Ta klasifikacija je problematična, bar kada je o zabavi reč, pošto se neke aktivnosti zabavnog karaktera nalaze van kategorija koje se odnose na zabavu, dok su iz klasifikacije izostavljene zabavne aktivnosti koje se često javljaju. Druga grupisanja zabavnih aktivnosti su empirijskog tipa. Brojn i saradnici [14] faktorskom analizom izdvajaju četiri dimenzije o ponašanju mladih tokom slobodnog vremena od kojih su dve povezane sa zabavom. Prva uključuje aktivnosti koje se obavljaju u društvu - šoping, odlazak u bioskop i pijeње. Drugu čine “kompjuterske aktivnosti” - igranje igara na kompjuteru i Internetu. Od četiri dimenzije koje nalaze mađarski istraživači [16] dve se odnose na zabavu, a treća uključuje neke aktivnosti zabavnog karaktera. Prva (komercijalna) uključuje vršnjake - razgovori sa vršnjacima, žurke, odlasci u diskoteke, slušanje muzike, šoping i okupljanje na ulici. Druga (senzacionalistička) je orijentisana na tehnologiju - korišćenje kompjutera i Interneta, gledanje televizije. Treća uključuje posete bioskopima kao vid zabave. Ovaj rad se bavi grupisanjem zabavnih aktivnosti takođe na empirijski način. Za tu svrhu biće analizirani podaci iz prethodnog rada [10], u kome je nađeno pet tipičnih obrazaca

ponašanja, kako bi bili identifikovani oni povezani sa zabavom.

Biće načinjen pokušaj da se otkriju vrednosti koje razlikuju mlade sklone da slobodno vreme provode zabavljajući se od onih koji to ne čine. Ova tema je malo istraživana. Mlinarević i Gajger [24] citiraju istraživanje sprovedeno u Hrvatskoj o fenomenu zabave i vrednostima mladih. Autorke tog istraživanja konstatuju da popularna zabava u kafićima i klubovima ima funkciju povezivanja sa drugima i pražnjenja energije. One su utvrdile da kod mladih preovlađuju tradicionalne vrednosti što je kontradiktorno njihovom hedonističkom ponašanju i to tumače izjednačavanjem slobodnog vremena sa dokolicom i druženjem koje nema mnogo veze sa onim što zapravo vrednuju. Ukoliko u ovom istraživanju budu utvrđene razlike u vrednostima mladih sklonih zabavi i onih koji to nisu biće načinjen korak ka razumevanju životnog stila onih koji vreme provode uglavnom u razonodi i funkcije koju ona ima za njih. Videli smo da ne postoji slaganje oko toga da li je vreme provedeno u zabavi dobro ili nije za mlade, odnosno da li su efekti zabave na njihov razvoj pozitivni ili negativni. Preovlađujući stav je da zabavne aktivnosti nisu problematične, već da njihove posledice zavise od toga koliko se često upražnjavaju, ali i od vršnjačkog i porodičnog konteksta.

Ciljevi ove studije mogu se sumirati na sledeći način:

1. Identifikovanje aktivnosti orijentisanih na zabavu i utvrđivanje stepena njihovog prisustva kako bi se indirektno procenili njihovi efekti na razvoj

adolescenta i direktno utvrdila povezanost sa školskim uspehom.

2. Otkrivanje obrazaca ponašanja orijentisanih na zabavu (i aktivnosti koje ih čine).

3. Utvrđivanje vrednosti koje razlikuju mlade orijetisane na zabavu i one koji to nisu.

## METOD

### Uzorak

Rad je nastao na osnovu ospežne studije o slobodnom vremenu adolescenta. Može se reći da se radi o prigodnom stratifikovanom uzorku. Ispitano je 2426 učenka srednjih škola od I do IV razreda (15-19 godina) iz 26 škola. Ispitivanje je obavljeno u Vojvodini, centralnoj Srbiji i na jugu Srbije, i u svakoj oblasti odabrana su tri grada (veliki, srednji i mali). U severnoj Srbiji to su bili Novi Sad, Zrenjanin i Odžaci. U centralnoj Srbiji istraživanje je obuhvatilo Beograd, Kragujevac i Vrnjačku Banju. Južnu Srbiju predstavljali su Niš, Leskovac i Knjaževac. Ispitanici su iz različitih škola: gimnazije, četvorogodišnje i trogodišnje stručne škole. Način na koji je uzorak formiran i njegova veličina sugerišu da se rezultati sa dosta poverenja mogu generalizovati na srednjoškolsku populaciju Srbije.

### Instrumenti

Prikupljanje podataka izvršeno je Upitnikom o slobodnom vremenu koja čini 16 celina posvećenih sledećim temama: socio-demografski podaci,

muzika, kompjuteri, televizija, štampa, knjige, mobilni telefon, kulturna dešavanja, zabava, sport, putovanja, novac, članstvo u organizacijama, volontiranja, hobi, vanškolske obrazovne aktivnosti. Upitnik je konstruisan od strane istraživačkog tima Instituta za psihologiju za potrebe ekstenzivne studije koja se bavila slobodnim vremenom mladih [10]. Od pitanja o muzici izdvojena su ona o poseti koncertima. Analizirane su aktivnosti na kompjuteru okrenute zabavi. Relevantna pitanja o televiziji tiču se praćenja zabavnih emisija. Iz celine o čitanju štampe obrađena su pitanja posvećena zabavnim štivima. Pošto mobilni telefon može biti korišćen u svrhu zabave razmatrana su pitanja koja se na to odnose. Iz celine o kulturnim dešavanjima izdvojena je poseta bioskopima kao aktivnost koju istraživači svrstavaju u zabavu. Pitanja o zabavi analizirana su u celosti.

Za ispitivanje vrednosti korišćen je Upitnik o ličnim i društvenim ciljevima koji su konstruisali Kuzmanović i Petrović [27]. Lični ciljevi se odnose na: ugled, podršku prijatelja, društvenu moć, samoaktualizaciju, altruizam, postignuće, uzbudljiv život, podređenost, sigurnost, religioznost, ljubav, materijalni standard, znanje, hedonizam, društveno angažovanje, samostalnost, popularnost i zdrav život. Društveni ciljevi su: jaka privreda, dobri međunarodni odnosi, borba protiv kriminala i korupcije, jačanje odbrambenih snaga, humaniji odnosi, ekološki ciljevi, zaposlenost, socijalna jednakost, pravna država, čuvanje tradicije, ulazak u Evropsku uniju(EU), privatizacija, državni i

teritorijalni integritet, demokratija, životni standard, razvoj nauke i kulture, socijalna prava i jednopartijski sistem.

## Obrada podataka

Korišćene su različite tehnike za obradu podataka, od deskriptivnih, preko analize varijanse do diskriminacione analize.

## REZULTATI

### Slobodno vreme adolescenata - Aktivnosti zabavnog karaktera

U ovom delu teksta biće izneti rezultati o načinu na koji mladi u Srbiji najčešće provode slobodno vreme i o tome koliko često upražnjavaju pojedinačne zabavne aktivnosti.

Adolescenti su birali tri odgovora koji opisuju ono što najčešće rade kada nemaju obaveze. Ponuđeni odgovori su bili: uz mobilni, uz TV, sa partnerom, sam uz kompjuter i Internet, uz kompjuter i Internet sa društvom, sam sluša muziku, sluša muziku sa društvom, druži se sa prijateljima, radi nešto kreativno (crta, piše, slika, svira...), rekreativni sport, dosađuje se kod kuće, glumari sa društvom, izlasci, čitanje knjiga, čitanje časopisa, šoping, praćenje kulturnih događaja. Najveći broj adolescenata navodi druženje (48%), gledanje televizije (46%) i provođenje vremena uz mobilni telefon (33%). Potom sledi samostalno slušanje muzike (28%), viđanje sa partnerom (23%), samostalno provođenje vremena uz kompjuter (20%) i rekreativno bavljenje sportom (20%). Sve ostale aktivnosti navodi

manje od 10% ispitanika. Navedeni rezultati ukazuju da su u slobodnom vremenu mladih najprisutnije zabavne aktivnosti.

Najveći broj adolescenata ne ide na koncerte (61% folk, 46% rok, nastupi disk džokeja 47%) ili to čini nekoliko puta godišnje (34% folk, 47% rok, 25% nastupi disk džokeja). Malo ih odlazi na koncerte jednom ili više puta mesečno (5% folk, 7% rok, 18% nastupi disk džokeja). Poređenje iznetih nalaza sa posetom koncerata klasične muzike (nikada ne ide 82%; nekoliko puta godišnje 16%; jednom ili više puta mesečno 2%) ukazuje da adolescenti preferiraju muziku koja se vezuje uz zabavne aktivnosti. Školski uspeh nije povezan sa odlascima na koncerte, osim veoma niske negativne korelacije sa odlascima na koncerte folk muzike ( $r=-0.08$ ). Pasionirano korišćenje kompjutera, koje ugrožava zdravlje i socijalne kontakte, među srednjoškolicima nije izraženo pošto ih malo satima sedi ispred monitora (6%). Ono što ih u najvećoj meri drži prikovanim za kompjuter (2-4h dnevno) je skidanje muzike i filmova (6,5%), igranje igrice (5,1%) i četovanje (4,9%). Većina adolescenata koristi kompjuter kao zabavno a ne kao edukativno sredstvo (70% ga ne koristi za pisanje i grafičko prikazivanje, 80% ne koristi obrazovni softver, 47% ne pretražuje Internet). Od zabavnih aktivnosti sa školskim uspehom u neznatnoj meri negativno korelira igranje igrice ( $r=-0.09$ ). Adolescenti koji koriste kompjuter u edukativne svrhe imaju bolji školski uspeh (pisanje dokumenata  $r=0.16$ , crtanje  $r=0.08$ , pretraživanje sajtova  $r=0.10$ , edukativ-

ni softver  $r=0.20$ ). Gotovo polovina adolescenata gledanjem televizije najčešće ispunjava slobodno vreme. Sadržaji koji mladi prate duže od 2 sata dnevno su uglavnom zabavne prirode: 45% gleda filmove (od toga 7% duže od 4h dnevno), 32% serije (4% duže od 4h), sport 26% (8% duže od 4h) i reality show 21% (7% duže od 4h). U poređenju sa tim informativni i naučni program duže od 2h dnevno prati svega 1%, odnosno 4% adolescenata. Nađene su niske negativne korelacije školskog uspeha i gledanja zabavnih programa (serije  $r=-0.06$ , filmovi  $r=-0.15$ , "Sve za ljubav"  $r=-0.15$ , "Veliki brat"  $r=-0.10$ ). Mladi preferiraju časopise zabavnog karaktera: tinejdžerske (o muzici i ličnostima iz šou biznisa) povremeno ili redovno prati 57% adolescenata, enigmatske 46%, sportske 45%, časopise o slavnim ličnostima 43%, a naučno-popularne 29%. Postoji pozitivna slaba korelacija školskog uspeha i sklonosti adolescenata da čitaju tinejdžerske časopise ( $r=0.14$ ), dok je korelacija izrazitija za naučno-popularne časopise ( $r=0.23$ ).

Mobilni telefon je sredstvo kojim adolescenti komuniciraju međusobno, i tako veoma često provode vreme. On se koristi i za zabavu: slušanje muzike (73%) i igranje igrice (50%). Nije nađena veza korišćenja telefona u svrhu zabave i školskih postignuća.

Adolescenti retko odlaze u bioskop, 84% to čini nekoliko puta godišnje i ređe. Međutim poseta bioskopima znatno prevazilazi posetu drugih kulturnih ustanova koje se ne vezuju za zabavu (pozorišta, muzeji, galerije). Poseta bioskopima blago pozitivno ko-

relira sa školskim uspehom ( $r=0.17$ ), ali su te korelacije izraženije za postete muzejima i galerijama ( $r=0.21$ ) i pozorištu ( $r=0.23$ )

Adolescenti najčešće provode slobodno vreme u parkovima i školskim dvorištima (više od 40%). Trećina ispitanika često provodi vreme u kafićima. Omiljeno mesto izlaska tokom vikenda su diskoteke koje posećuje blizu polovine srednjoškolaca. U klubove sa "životom" muzikom najveći broj (34%) odlazi 1-2 puta mesečno ili tokom vikenda (27%). Žurke su ređi oblik zabave pošto se dešavaju 1-2 puta mesečno. Mladi koji češće izlaze u kafiće ( $r=-0.09$ ), klubove sa "životom" muzikom ( $r=-0.14$ ) i diskoteke ( $r=-0.18$ ) po pravilu imaju lošiji školski uspeh. U celini gledano izlasci ne bi trebalo da predstavljaju faktor koji ometa svakodnevno funkcionisanje većine mladih i njihova školska postignuća pošto svega 10% njih izlazi svakodnevno. Najveći broj (41%) izlazi samo vikendom ili vikendom i ponekad tokom nedelje (33%). Nešto više od 10% izlazi par puta mesečno, a najmanje je onih koji nikada ne izlaze (3%). Niska negativna korelacija ( $r=-0.15$ ) ukazuje da adolescenti koji češće izlaze imaju lošija školska postignuća. Najveći broj adolescenata vraća se kući između ponoći i dva (54%) ili do tri sata noću (24%), dok se kasnije vraća 22% njih. Analiza varijanse pokazuje da se adolescenti koji se u različito vreme vraćaju razlikuju po školskom uspehu ( $F(2,299)=74.987$ ,  $p=0.00$ ). Najbolji uspeh imaju oni koji stižu do ponoći, nešto lošiji oni koji dolaze između ponoći i tri sata, a najlošiji oni koji se vraćaju

ujutru. Adolescenti najčešće izlaze sa najboljim prijateljem (32%) ili u velikim grupama (23%). Neki izlaze sa partnerom i prijateljima (14%) ili samo sa partnerom (11%), dok je malo onih koji stalno menjaju društvo (6%).

U poređenju sa aktivnostima zabavnog karaktera strukturirane aktivnosti su znatno manje zastupljene. Četvrtina ispitanika redovno trenira sport. Vanškolske obrazovne aktivnosti upražnjava malo adolescenata, najčešće su to škole jezika (17%). Hobi ima 15% srednjoškolaca dok su volontiranje i članstvo u organizacijama retkost.

Obrasci ponašanja orijentisani na zabavu

U studiji „Svakodnevnica mladih u Srbiji: Snimak budžeta vremena“ iz koje potiče ovaj rad izdvojeno je pet tipičnih obrazaca ponašanja adolescenata tokom slobodnog vremena [10], od kojih se tri odnose na zabavu. To dodatno potvrđuje da je zabava dominantan način na koji adolescenti provode vreme.

Prvi obrazac opisuje sklonost "lakoj zabavi" pošto obuhvata praćenje časopisa o životu slavnih, TV emisija zabavnog karaktera i rubrika u dnevnim novinama koje se odnose na razonodu i zabavu. Lakoj zabavi su više skolne devojke od mladića ( $\chi^2(1)=208.306$ ,  $p=0.00$ , Kramerov  $V=0.47$ ). Adolescenti za koje je tipičan ovaj obrazac ponašanja imaju lošiji uspeh ( $F(957,1)=16.555$ ,  $p=0.00$ ), dolaze iz porodica sa nižim ekonomskim statusom ( $F(956,1)=5.039$ ,  $p=0.025$ ) i obrazovanjem roditelja ( $F(953,1)=93.116$ ,  $p=0.00$ ) u odnosu na one koji ne provode vreme na taj način.



Drugi obrazac je "aktivistički" pošto se odnosi na izlaske. Adolescenti skloni ovom obrascu nemaju specifične preferencije već odlaze na različita mesta: kafići, diskoteke, klubovi sa "živom" muzikom, koncerti (nastupi disk džokeja, folk i rok muzika). Ovom obrascu ponašanja inkliniraju u podjednako meri devojke i mladići. Oni koji vole da izlaze imaju lošiji školski uspeh ( $F(953,1)=41.315$ ,  $p=0.00$ ), porodicu sa višim primanjima ( $F(948,1)=17.735$ ,  $p=0.00$ ) i višim obrazovanjem roditelja ( $F(948,1)=9.966$ ,  $p=0.00$ ).

Treći obrazac ponašanja podrazumeva provođenje vremena ispred kompjutera i slušanje muzike (pop, rok, tehno). Ovom obrascu ponašanja su neznatno više sklone devojke ( $\chi^2(1)=13.655$ ,  $p=0.00$ , Kramerov  $V=0.12$ ). Za njega se vezuju bolji školski uspeh ( $F(954,1)=28.245$ ,  $p=0.00$ ), viši ekonomski status ( $F(951,1)=45.957$ ,  $p=0.00$ ) i više obrazovanje roditelja ( $F(948,1)=33.758$ ,  $p=0.00$ ).

Vrednosti mladih orijentisanih na zabavu

U okviru svakog obrasca ponašanja izdvojene su dve ekstremne grupe ispitanika (oni ispod 25. i oni iznad 75. percentila) koje su diskriminantnom analizom upoređene u pogledu vrednosti (ličnih i društvenih ciljeva). Za svaki obrazac ponašanja nađena je jedna statistički značajna diskriminantna funkcija, što pokazuje da postoje vrednosti koje razlikuju adolescente sklone zabavi od onih koji to nisu. Srednjoškolski skloni "lakoj zabavi" najviše se razlikuju od onih kojima to nije svojstveno ( $\chi^2(36)=209.799$ ,  $p=0.00$ ) po izraženosti sledećih ciljeva: podređenost

drugima, religioznost, zdrav život, popularnost, ulazak u EU, ljubav. Mlade koji vreme provode izlazeći od onih koji to ne čine ( $\chi^2(36)=121.526$ ,  $p=0.00$ ) odvajaju vrednovanje uzbudljivog života, popularnosti i postizanja zadovoljstva. Adolescenti koji se zabavljaju uz kompjuter i muziku razlikuju se od onih koji to ne čine ( $\chi^2(36)=98.190$ ,  $p=0.00$ ) po tome što vrednuju ugled, postignuće, postizanje zadovoljstva, uzbudljiv život, društveni aktivizam, podršku prijatelja i sigurnost.

## DISKUSIJA

Rezultati ukazuju da zabava dominira slobodnim vremenom adolescencata, što potvrđuju druga istraživanja [2,5,8,17,23]. Tri najčešće aktivnosti su druženje, gledanje televizije i upotreba mobilnih telefona. Mladi najčešće provode vreme u parkovima i školskim dvorištima, što nije loše po sebi budući da je druženje važno za njihov socijalno-emocionalni razvoj. Međutim, okupljanje na takvim mestima je nestrukturisan vid druženja, oslobođen od nadzora odraslih [31], što često podrazumeva upotrebu alkohola [23,28] i rizična ponašanja [9,16,23]. Gledanje televizije je veoma rašireno među adolescentima, što konstatuju i drugi autori [9,15,17, 29]. Adolescenti na televiziji preferiraju zabavne sadržaje. Ta sklonost je u slabijoj vezi sa lošijim školskim uspehom, što je u skladu sa nalazima da televizija ima negativni uticaj na postignuća i pasivizira mlade [15,20,25]. Mobilni telefon je sredstvo komunikacije, ali i zabave. U jednom istraživanju se pokazalo da upotreba mobilnog ne

umanjuje učestalost stvarnih kontakata među adolescentima, već da ih čak povećava pošto otvara kanal komunikacije sa širokom mrežom prijatelja [30]. Adolescenti kompjutere koriste u zabavne pre nego u edukativne svrhe. Podaci o provođenju vremena pred kompjuterom nisu alarmantni, kao u nekim istraživanjima [9,17], a slaba negativna veza sa školskim uspehom nađena je samo za igranje igrice. Međutim korišćenje kompjutera za sticanje znanja, rad i traganje za informacijama je u pozitivnoj vezi sa školskim uspehom. Većina mladih izlazi vikendom i ponekad tokom nedelje i vraća se do dva sata noću što ukazuje da izlasci ne ugrožavaju njihovo normalno funkcionisanje, pa se može pretpostaviti da njihovi efekti nisu negativni. Ipak, pokazalo se da mladi koji češće izlaze, i koji se u ranim jutarnjim časovima vraćaju kući, imaju lošija školska postignuća. Neki autori [5] smatraju da odlasci u klubove i žurke nose opasnost od rizičnih ponašanja. Kada je reč o štampanim medijima i tu prevladuje interesovanje za zabavu, međutim to se ne odražava na školsko postignuće, osim čitanja tinejdžerskih časopisa gde postoji slaba pozitivna korelacija. Mladi retko posećuju koncerte, a još ređe kulturne institucije. Odlasci u bioskop, iako se smatraju zabvanom aktivnošću, pozitivno koreliraju sa školskim uspehom, kao i odlasci u muzeje i pozorište gde je ta veza nešto izrazitija.

Tri od pet nađenih obrazaca ponašanja tokom slobodnog vremena tiču se zabave. Dva bi se mogla podvesti po pasivnu zabavu [18, 25] pošto obuhvataju praćenje medija, korišćenje kom-

pjutera i slušanje muzike. Obrazac označen kao "laka zabava" donekle je sličan senzacionalističkom obrascu nađenom u istraživanju mađarskih autora [16] pošto uključuje gledanje zabavnih emisija na televiziji i čitanje časopisa o životu slavnih (koji često imaju senzacionalistički karakter). Orijentacija na kompjutere podrazumeva igranje igrice kao jednu od najčešćih aktivnosti, što je jedna od stavki Brojnovne dimenzije "kompjuterske aktivnosti" [14]. Oba obrasca podvedena pod pasivnu zabavu su više karakteristična za devojke. Međutim sklonost lakoj zabavi je povezana sa lošijim školski uspehom i nižim socio-ekonomskim statusom, dok je orijentacija na kompjutere i muziku povezana sa boljim uspehom i višim socio-ekonomskim statusom. Aktivna zabava podrazumeva izlaske i to na različita mesta. Ovaj obrazac je veoma sličan "urbanom obrascu" koji konstantno u istraživanjima nalazi Ilišin [3], a podjednako su mu skloni mladići i devojke. Njihovi roditelji su imućniji i obrazovaniji u poređenju sa adolescentima koji veoma retko izlaze, ali imaju lošiji školski uspeh.

Vrednosti koje su kasarakteristične za mlade skolne nekom od identifikovanih obrazaca ponašanja povezanih sa zabavom pružaju dodatni uvid u njihov životni stil i poglede na svet. Vidljiva je izrazita dominacija ličnih ciljeva nad društvenim. Vrednosti adolescenata okrenutih lakoj zabavi sugerišu upliv medija i estradnih ličnosti, o čemu govori Roberts [26]. Zdrav život i ljubav su česte teme u tv emisijama i novinama zabavanog karaktera koje privlače devojke (više sklone ovom obrascu po-

našanja). Ulazak u EU je takođe stalna tema u medijima. Religiozne vrednosti mogu biti rezultat činjenice da estradne ličnosti često sebe prikazuju na taj način ali je možda istinito pomenuto tumačenje o razdvajanju sveta zabave od onoga što se istinski vrednuje [24]. Spremnost na potčinjavanje nije nespojiva sa velikom izloženošću medijima pošto se njihovo pasivizirajuće dejstvo ne odnosi samo na fizičku aktivnost već i na odsustvo kritičnosti [15]. Sklonost izlascima je zapravo ogledalo vrednosti adolescenata okrenutih aktivnim vidovima zabave. Oni su hedonisti i vole uzbuđenje. Vrednovanje popularnosti možda može naći izraz u njihovom pojavljivanju na najrazličitijim mestima i potrebom da budu viđeni. Adolescenti koji zabavu nalaze provodeći vreme pred kompjuterom i slušajući muziku dele neke vrednosti sa onima koji zabavu dobijaju kroz razne vrste medija. Sa druge, strane oni imaju neke moderne vrednosti [12,13], kao što su ugled i postignuće, ali i spremnost na društveni angažman koji odražava postmoderne vrednosti [12,13]. Oni eksplicitno izražavaju svoju potrebu za sigurnošću i podrškom, za razliku od onih orijentisanih na medije kod kojih je to na neki način implicitno. Ovo još jednom potvrđuje Robertsovu tezu o zabavi kao načinu na koji se mladi nose sa nesigurnošću izazvanom nestabilnim okruženjem.

## ZAKLJUČCI I PREPORUKE

Rezultati ukazuju da adolescenti u Srbiji slobodno vreme provode uglavnom zabavljajući se. Po tome se oni ne

razlikuju od svojih vršnjaka u svetu. Treba imati u vidu da zabava nije štetna po sebi. Ona ima važnu funkciju u socijalno-emocijalnom razvoju i približavanju svetu odraslih. Ipak, neophodan je balans između nestrukturisanih aktivnosti, kakva je zabava, i strukturisanih kako bi se ostvario pozitivan efekat na razvoj mladih [5]. Značaj ovog istraživanja leži u tome što je identifikovalo na koji način se mladi zabavljaju i u kojoj meri su aktivnosti okrenute zabavi prisutne u njihovom slobodnom vremenu. Iako podaci nisu alarmantni, stepen prisustva zabavnih aktivnosti ukazuje da one dominiraju nad strukturisanim aktivnostima i da je neophodno pomoći mladima da dosegnu izbalansiran odnos dveju vrsta aktivnosti. Zaključku o neophodnosti većeg angažovanja odraslih posebno doprinosi nalaz da su mladi prvenstveno okrenuti pasivnoj zabavi.

Preporuka je da najvažniji agensi socializacije, porodica i škola, podrže mlade u tome da pored zabave u svoje slobodno vreme ugrade i strukturisane aktivnosti. Naime, pokazalo se da su faktori rizika delikventnih i rizičnih ponašanja, pored ostalog, vezani za odsutvo nadzora i mera disciplinovanja u okviru porodice i oskudne resurse škole [9,32]. Istraživanja sugerišu da se pozitivan uticaj roditelja može ostvariti na dva načina, tako da roditelji pozitivan uticaj mogu ostvariti kao "menadžeri" slobodnog vremena koji u određenoj meri kontrolišu i planiraju dečije i zajedničke porodične aktivnosti, ali i kao modeli koji oblikuju interesovanja i navike dece [20]. Škola takođe može da pomogne na nekoliko

načina. Važno je sistematski razvijati medijsku pismenost i kritičko mišljenje koji će sprečiti nerealne identifikacije adolescenata i podstaći ih da biraju sadržaje koje prate [15]. Škola mora više razvijati informatičku pismenosti i korišćenje kompjutera u svrhu sticanja znanja na promišljen i zanimljiv način. Posebno odgovoran zadatak u pogledu čuvanja mentalnog zdravlja adolescenata bi, po mišljenju Gilmana i sradnika [9], mogli imati školski psiholozi. Oni su viđeni kao pokretači aktivnosti koje bi, podržane od strane škole i lokalne zajednice, uključivale mlade na strukturisan način nudeći im izbor i mogućnost da participiraju u nečemu

što odgovara njihovim potrebama i interesovanjima. Da bi ove akcije bile uspešne neophodno je da školski psiholog razmotri: 1) socijalni status određene aktivnosti u vršnjačkoj grupi 2) interesovanja adolescenata, 3) funkcionisanje vršnjačkih grupa i 4) odrasle koji bi se uključili, a koji su prihvatljivi za adolescente. Mladi ljudi ne treba da budu prepušteni sebi a potom okrivljeni za njihova shvatanja i životne stilove. Neophodno je da porodica i različite društvene institucije budu sistematski angažovani u obezbeđivanju bogatije ponude obrazovnih i kulturnih sadržaja koji će biti dostupni i privlačni mladima.

# ADOLESCENTS AND AMUSEMENT: IS THERE ANY REASON TO BE CONCERNED?

Ivana Stepanović

## Summary

**Background:** According to many researches amusement is a dominant leisure activity of youngsters. It is an unstructured activity which mostly has negative effects on adolescent's development.

**Objectives:** This work deals with: (1) types and frequency of amusement activities, (2) patterns of leisure activities related to amusement, (3) values that differentiate adolescents oriented towards amusement and those how are not.

**Method:** The sample consisted of 2426 secondary-school students. Leisure activities questioner and Values scale have been applied. Results: The most frequent leisure activities are related to amusement: hanging out with friends, watching TV, using a cell phone. Although going out, watching TV and spending time at computers are not found to be dangerously time consuming they have negative effects on school achievement and potentially risky influence on the adolescent's well being. Three out of five behavior patterns during leisure time are related to amusement: orientation towards entertainment media, spending time at computers and listening to music, going out. Values of adolescents who are inclined to these three behavior patterns differ from values of those not interested in amusement.

**Conclusion:** While amusement activities, alone, are not a concern, their dominance may become problematic. There is a need for systematic engagement of relevant agents in prevention of negative outcomes of unstructured activities by providing support for adolescents' participation in structured activities.

**Key words:** *adolescents, leisure, amusement*

## References:

1. Roberts K, Youth and leisure. London. Allen and Unwin; 1983.
2. Shaw SM, Kleiber DA and Caldwell LL. Leisure and Identity Formation in male and Female Adolescents: A Preliminary Examination. *Journal of Leisure Research*, 1995, 27:245-263.
3. Ilišin V. Slobodno vrijeme i interesi mladih. U: Ilišin V i Radin F, urednici. *Mladi: problem ili resurs*. Zagreb: Institut za društvena istraživanja u Zagrebu; 2007. str. 179-201.
4. Coatsworth JD, Sharp EH, Palen L, Darling N, Cumsille P and Martad E. Exploring adolescent self-defining leisure activities and identity experiences across three countries. *International Journal of Behavioral Development* 2005, 29:361-370.
5. Treinor S, Delfabbro P, Anderson S and Winefield A. Leisure activities and adolescent psychological well-being. *Journal of Adolescence* 2010, 33:73-186.
6. MacRae R. Notions of 'Us and Them': Markers of Stratification in Clubbing Lifestyles. *Journal of Youth Studies* 2004, 7:55-71.
7. Northcote J. Nightclubbing and the Search for Identity: Making the Transition from Childhood to Adulthood in an Urban Milieu. *Journal of Youth Studies* 2006, 9:1-16.
8. Zick CD. The Shifting Balance of Adolescent Time Use. *Youth & Society* 2010, 41:569-596.
9. Gilman R, Meyers J and Perez L. Structured Extracurricular Activities among Adolescents: Findings and Implications for School Psychologists. *Psychology in the Schools* 2004, 41:31-40.
10. Stepanović I, Videnović M i Plut D. Obrasci ponašanja mladih tokom slobodnog vremena. *Sociologija* 2009, 51:247-261.
11. Pantić D. *Priroda interesovanja*. Beograd. IIC; 1983.
12. Hofer M, Schmid S, Fries S, Dietz F, Clausen M and Reinders H. Individual values, motivational conflicts, and learning for school. *Learning and Instruction* 2007, 17:17-28.
13. Aguila C, Sicilia-Camacho A, Rojas Tejada AJ, Delgado-Noguera MA and Gard M. Postmodern Values and Leisure in Young Spanish University Students: An Exploratory Study. *Leisure Sciences* 2008, 30:275-292.
14. Bruyn EH and Cillessen, AHN. Leisure Activity and Perceived Popularity in Early Adolescence. *Journal of Leisure Research* 2008, 40:442-457.
15. Wildermuth N and Dalsgaard AL. Imagined futures, present lives: youth, media and modernity in the changing economy of northeast Brazil. *Nordic Journal of Youth Research* 2006, 14:9-31.
16. Piko BF and Vazsonyi AT. Leisure activities and problem behaviors among Hungarian youth. *Journal of Adolescence* 2004, 27:717-734.
17. Skriptunova, E. A. and Morozov, AA. On the Preferences of Urban Young People. *Russian Education and Society* 2002, 44:70-80.
18. Stebbins RA. Casual leisure: a conceptual statement. *Leisure Studies* 1997, 16:17-25.
19. Bartko WT and Eccles JS. Adolescent Participation in Structured and Unstructured Activities: A Person-Oriented Analysis. *Journal of Youth and Adolescence* 2003, 32:233-241.
20. Larson R, Dworkin J and Gillman S. Facilitating Adolescents' Constructive Use of Time in One-Parent Families. *Applied Developmental Science* 2001, 5:143-157.
21. Mahoney JL and Schweder AE. Structured after-school activities as a moderator of depressed mood for adolescents with detached relations to their parents. *Journal of community psychology* 2002, 30:69-86.

22. Stebbins RA. The costs and benefits of hedonism: some consequences of taking casual leisure seriously. *Leisure studies* 2001, 20:305-309.
23. Macdonald R and Shildrick T. Street Corner Society: Leisure Careers, Youth (Sub)culture and Social Exclusion. *Leisure Studies* 2007, 26:339–355.
24. Mlinarević V i Gajger V. U: Martinčić J i Hackenberger D, urednici. *Međunarodna kolonija mladih Ernestinovo: 2003.-2008. Osijek : HAZU, Zavod za znanstveni i umjetnički rad; 2010. str. 43-58.*
25. Vidulin-Orbanić S. Fenomen slobodnog vremena u postmodernom društvu. *Metodički obzori* 2008, 3:19-33.
26. Roberts K. Same activities, different meanings: British youth cultures in the 1990s. *Leisure Studies* 1997, 16:1–15.
27. Kuzmanović B i Petrović N. Struktura preferencija ličnih i društvenih ciljeva srednjoškolaca. *Psihologija* 2007, 40:567-585.
28. Plut D, Videnović M i Pešić J. Psihosocijalni kontekst opijanja srednjoškolaca. *Engrami* 2009, 31:29-38.
29. Videnović M, Pešić, J and Plut, D. Young People's Leisure Time: Gender Differences. *Psihologija* 2010, 43:199-214.
30. Thulin E and Vilhelmson B. Mobiles everywhere: Youth, the mobile phone, and changes in everyday practice. *Nordic Journal of Youth Research* 2007, 15:235–253.
31. Amon S, Shamai S. and Ilatov Z. Socialization agents and activities of young adolescents. *Adolescence* 2008, 43:373-397.
32. Šobot V, Ivanović-Kovačević S, Marković J, Srdanović-Maraš J, Mišić-Pavkov G. *Maloletnička delinkvencija. Engrami* 2010, 32:53-61.

---

Ivana Stepanović  
Institut za psihologiju  
Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu  
Čika Ljubina 18-20,  
Mob: 063 777 0 741  
E-mail: ivanastep@gmail.com

# SAMOPROCENA DEPRESIVNOSTI I SUICIDALNOSTI KOD STUDENATA MEDICINE

Jasmina Kragović<sup>1</sup>  
Dragana Ignjatović – Ristić<sup>2,3</sup>  
Danijela Đoković<sup>2,3</sup>  
Jelena Jović<sup>3</sup>  
Marinela Knežević<sup>3</sup>

UDK: 616.89-008.454-053-02

- 1 Neuropsihijatrijsko odeljenje, Zdravstveni Centar "Kosovska Mitrovica", Kosovska Mitrovica, Srbija
- 2 Psihijatrijska Klinika, Klinički centar "Kragujevac", Kragujevac, Srbija
- 3 Medicinski fakultet, Univerzitet u Kragujevcu, Kragujevac, Srbija

## UVOD

Dosadašnje studije ukazuju da su mentalni poremećaji sve veći zdravstveni problem u studentskoj populaciji [1-3]. Studije medicine se zbog dužine trajanja i samog polja proučavanja smatraju posebno stresnim [4]. Učestalost depresivne simptomatologije kod studenata medicine je veća u odnosu na

## Kratak sadržaj

**Uvod:** Mentalne bolesti i poremećaji predstavljaju sve veći zdravstveni problem u studentskoj populaciji. Kod studenata medicine zabeležena je povećana učestalost depresivne simptomatologije, suicidalnih razmišljanja i suicida.

**Cilj:** cilj ove studije je bio da utvrdimo učestalost depresivnosti i suicidalnosti kod studenata medicine u našoj zemlji i time damo bolji uvid u ovu problematiku kod nas.

**Materijal i metode:** U studiji je učestvovao 131 student četvrte godine medicine. Za utvrđivanje depresivne i suicidalne simptomatologije kod studenata korišćena je Bekova skala za samoprocenu depresivnosti i suicidalnosti.

**Rezultati:** Simptomi depresivnosti nađeni su kod 26.7% studenata. Kod 35.1% utvrđen je rizik za suicid koji je uglavnom okategorisan kao blagog intenziteta. Izračunata je jaka pozitivna korelacija između nivoa depresivnosti i rizika za suicid:  $r = 0.55$ ,  $p < 0.05$ .

**Zaključak:** Visok nivo depresivnosti nađen kod studenata medicine upućuje na potrebu za sveobuhvatnijim sagledavanjem i praćenjem ove problematike u studentskoj populaciji.

**Ključne reči:** studenti medicine, depresija, suicidalne ideje

opštu populaciju i prema različitim studijama beleži se kod 10-60% studenata [5-21]. Veća učestalost suicidalnih ideja [22] kao i samog suicida [23] je takođe zabeležena među studentima medicine.

Postojanje depresivnosti kod studenata medicine je povezano sa povećanim rizikom za suicid [22, 24], povećana



nom upotrebom benzodiazepina [10] i lošijim kvalitetom života [9]. Povezanost pesimizma i depresije je odavno uočena, ali još uvek nije sasvim jasna. Pojava depresije je udružena i sa smanjenjem akademske produktivnosti – niža prosečna ocena kod studenata [25]. Depresivni studenti medicine, naročito oni sa višim skorom depresivnosti, smatraju da se njihovo mišljenje manje poštuje od mišljenja drugih i da se oni doživljavaju kao manje sposobni u odnosu na ostale studente [24]. Neprepoznata i netretirana depresija tokom studiranja izgleda da ima i kasnije posledice koje se ogledaju u višoj stopi depresije i samoubistava kod lekara u poređenju sa drugim profesijama [26].

Uprkos povećane učestalosti i evidentnih posledica postojanja psihičkih problema, studenti medicine nerado traže adekvatnu stručnu pomoć. Oni se pre okreću samo-lečenju ili traže pomoć od porodice i prijatelja [27, 28]. Razlog za to leži u tome što se mentalna bolest doživljava kao vid slabosti i povezuje sa mogućim negativnim uticajem na dalji razvoj karijere [29]. Kao posledica toga, odgovarajuće zdravstvene ustanove, a samim tim i šira javnost najčešće nemaju pravi uvid u učestalost mentalnih problema kod studenata. Ovom studijom pokušali smo da utvrdimo učestalost depresivnosti i suicidalnosti kod studenata medicine u našoj zemlji. Takođe, cilj nam je bio da ispitamo da li postoji korelacija između nivoa depresivnosti i prisustva suicidalne simptomatologije.

## MATERIJAL I METODE

Istraživanje je sprovedeno kao opservaciona studija preseka u kojoj je učestvovao 131 student četvrte godine Medicinskog fakulteta u Kragujevcu (Response rate = 54 %). Studija je sprovedena u periodu maj – jun 2010. godine. Studenti su u istraživanju učestvovali dobrovoljno i anonimno. Za utvrđivanje depresivne simptomatologije kod studenata korišćena je Bekova skala za samoprocenu depresivnosti (Beck Depression Inventory - BDI) [30]. Korišćeni su sledeći skorovi: 0-9 bez depresije, 10-15 blaga, 16-19 blaga do umereno izražena, 20-29 umerena do izražena, 30-63 izražena depresija.

Bekova skala za samoprocenu beznađa (Beck Hopelessness Scale - BHS) je takođe upitnik za utvrđivanje nivoa depresivnosti. Sastoji se od 20 tvrdnji koje se odgovara sa tačno/netačno i koja su vezana za ispitanikov doživljaj budućnosti. Koristi se za utvrđivanje potencijalnog suicidalnog rizika kod ispitanika. Skor od 3 ili manje znači da postoji minimalni rizik od samoubistva, 4-8 ukazuje na blagi rizik (odnosno blago izraženo beznađe), 9-14 ukazuje na umeren rizik od samoubistva (umereno izraženo beznađe) i skor >15 pokazuje ozbiljan rizik od samoubistva odnosno jako izraženo beznađe [31].

### Statističke metode

Podaci su predstavljeni kao procenti (%) i srednje vrednosti  $\pm$  standardna odstupanja. Za utvrđivanje razlike u učestalosti depresivnosti i suicidalnog rizika u odnosu na pol korišćen je Chi-square test. Mann-Whitney-ev test je

korišćen za ispitivanje razlika u nivou depresivnosti i suicidalnosti između muškaraca i žena (ne postoji normalna raspodela vrednosti obeležja u ovim grupama). Za ispitivanje korelacije između BDI i HS skale korišćen je Spearman-ov koeficijent korelacije. Analize su izvršene pomoću Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), verzija 13.0. P-vrednost  $> 0.05$  smatrana je statistički značajnom.

## REZULTATI

U ispitivanom uzorku od 131 studenta 47.3% (62) bilo je muškog pola.

Simptomi depresivnosti nađeni su kod 26.7% (35) studenata (Tabela 1) i to kod 25.8% (16) muškaraca i 27.5% (19) žena. Srednja vrednost skora depresivnosti (BDI) iznosila je  $7.51 \pm 7.62$  (Tabela 2). Nije bilo statistički značajne razlike u učestalosti ( $p=0.823$ ) i nivou ( $p=0.921$ ) depresivnosti kod muškaraca i žena.

| <i>Tabela 1: Broj ispitanika po kategorijama na BDI skali</i>             |              |
|---|--------------|
| <i>Table 1. Number of examinees categorized on BDI scale</i>              |              |
| <b>Nivo depresivnosti (BDI)</b><br><b>Level of depression (BDI)</b>       | <b>% (N)</b> |
| Bez depresije (0-9)<br><i>Without depression</i>                          | 73.3% (96)   |
| Blaga depresija (10-15)<br><i>Mild depression</i>                         | 14.5% (19)   |
| Blaga do umerena depresija (16-19)<br><i>Mild - moderate depression</i>   | 3% (4)       |
| Umerena do izražena depresija (20-29)<br><i>Mild to severe depression</i> | 7.6% (10)    |
| Izražena depresija (30-63)<br><i>Severe depression</i>                    | 1.5% (2)     |

| <i>Tabela 2: Srednje vrednosti skorova na BDI i BHS skali</i> |                  |                  |
|---|------------------|------------------|
| <i>Table 2. Average scores on BDI and BHS scales</i>          |                  |                  |
|   | <b>BDI</b>       | <b>BHS</b>       |
| Muškarci<br><i>Male</i>                                       | 8.16±9.17        | 3.71±4.09        |
| Žene<br><i>Female</i>   | 6.93±5.90        | 2.91±2.17        |
| <b>Ukupno</b><br><i>Total</i>                                 | <b>7.51±7.62</b> | <b>3.29±3.24</b> |

Kod 35.1% utvrđen je rizik za suicid i to kod 35.5%(22) osoba muškog pola i 34.8%(24) osoba ženskog pola. Suicidalni rizik je uglavnom okategorisan kao blagog intenziteta. Srednja vrednost skora beznađa (BHS) iznosila je  $3.29 \pm 3.24$  (Tabela 2) Ozbiljan suicidalni rizik zabeležen je kod dvoje studenata, odnosno 1.5% (Tabela 3). Nije nađena statistički značajna razlika u učestalosti ( $p=0.933$ ) i intenzitetu ( $p=0.926$ ) beznađa u odnosu na pol.

U datom uzorku studenata medicinske izračunata je jaka pozitivna korelacija između nivoa depresivnosti utvrđenog BDI skalom i rizika za suicid mereno na BHS:  $r = 0.55, p < 0.05$ .

## DISKUSIJA

U našem uzorku prisustvo depresivnosti je utvrđeno kod 23.7% studenata koji su u istraživanju učestvovali. Ovo je za oko 2-3 puta veća učestalost nego u opštoj populaciji [32]. Takođe, ovaj nalaz sličan sa rezultatima većine studija

u kojima su korišćeni slične dijagnostičke instrumente [5, 10, 12-17, 33]. Kako je visok nivo depresivnosti povezan sa češćim odsustvovanjem sa nastave, moramo se zapitati šta će se desiti sa ostalim studentima koji, u vreme kada je evaluacija sprovedena, nisu bili prisutni u učionici [41].

Studijom nije utvrđena razlika u učestalosti i intenzitetu depresivnosti u odnosu na pol. Ovaj podatak iznenađuje s obzirom da je učestalost depresivnosti u opštoj populaciji veća među ženama [34] i da su to zaključci i nekih studija rađenih kod studenata medicine [11, 24, 35]. Međutim, rodne razlike se pojavljuju tokom adolescentnog perioda [36] i tada još nisu ustaljene što se dešava tek u kasnijim godinama [37] pa bi u tom smislu mogli protumačiti i naš nalaz. Druga pretpostavka je da su uzroci depresije kod studenata medicine po prirodi takvi da su na njih jednako osetljivi pripadnici oba pola. Takođe, ovakav rezultat je već zabeležen

*Tabela 3: Broj ispitanika po kategorijama na BHS skali*

*Table 3. Number of examinees categorized on BHS scale*

| <b>Nivo suicidalnog rizika (BHS)</b><br><i>Level of suicidal risk</i> | <b>% (N)</b> |
|---|--------------|
| Minimalna opasnost (0-3)<br><i>Minimal risk</i>                       | 64,9% (85)   |
| Blag rizik (4-8)<br><i>Mild risk</i>                                  | 28,2% (37)   |
| Umeren rizik (9-14)<br><i>Moderate risk</i>                           | 5,4% (7)     |
| Ozbiljan rizik (>15)<br><i>Severe risk</i>                            | 1,5% (2)     |

kod studenata medicine u nekim studijama [14].

Na BHS znatno veći broj studenata (32,5%) je pokazao negativnu projekciju u budućnosti, a samim tim i određeni stepen depresivnosti. Ti studenti imaju određeni rizik za suicid, uglavnom blagog intenziteta. Umeren i ozbiljan rizik je nađen kod 5,4% odnosno 1,5% studenata. Prethodne studije govore o prisustvu suicidalnih ideja kod 4,4% [24], odnosno 5,9% studenata medicine [38, 39]. Studija sprovedena među studentima medicine u norveškoj našla je da na samoubisto pomišlja 43,1%, planira 8,4% a pokuša 1,4% studenata [22]. Nema značajnih podataka o proceni suicidalnog rizika kod studenata medicine pomoću Bekove skale beznađa pa se studija može uzeti kao svojevrsan doprinos ovoj tematici.

Rezultati naše studije, a posebno jaka pozitivna korelacija između nivoa depresivnosti utvrđenog BDI skalom i rizika za suicid utvrđenog BHS skalom:  $r = 0,55$ ,  $p < 0,05$  potvrđuju vezu između beznađa, depresije i suicidalnih ideja. Slični su i rezultati nekih drugih studija sprovedenih u studentskoj populaciji [40-42]. U Srbiji, osim studije koja se bavila ovom problematikom među adolescentima, učenicima završnih razreda srednje škole, [43] nema drugih istraživanja na ovu temu. Iako je broj studenata sa višim pesimističkim sko-

rom u našoj studiji relativno nizak i uprkos ograničenjima same BHS skale, prediktivna vrednost nivoa depresivnosti i pesimizma u odnosu na potencijalno samoubilačko ponašanje upućuje nas na potrebu planiranja intervencija kojima bi se potencijalni rizik umanjio i izbegle teže posledice po život i zdravlje studenata medicine.

## ZAKLJUČAK

Depresija i pesimizam u vezi su sa suicidalnim ponašanjem [44]. Proučavanje ovih pojava je presudno za razumevanje kako one utiču jedne na druge u razvoju suicidalnog ponašanja. Pre svega, rezultati impliciraju razvoj programa podrške i pomoći studentima, u zdravstvenom okruženju bliskom studentima, sa ciljem ranog otkrivanja pesimizma i depresivnosti kako bi se preveniralo suicidalnog ponašanja.

Neka od ograničenja naše studije su u tome što su za određivanje učestalosti depresivnosti i suicidalnog rizika korišćene skale samoprocene, što je posmatrani uzorak relativno mali, a takođe je mali i broj posmatranih varijabli. Buduća istraživanja u istoj populaciji, uz uključenje većeg broja varijabli, trebalo bi da pokažu održivost dobijenih rezultata, posebno izostanak značajne razlike u skorovima među polovima.

# DEPRESSIVENESS AND SUICIDAL IDEATION IN MEDICAL STUDENTS

Kragovic Jasmina<sup>1</sup>  
Dragana Ignjatović – Ristić<sup>2,3</sup>  
Danijela Djoković<sup>2,3</sup>  
Jelena Jović<sup>3</sup>  
Marinela Knežević<sup>3</sup>

- 1 Neuropsychiatric department, Medical center Kosovska Mitrovica, Kosovska Mitrovica, Serbia
- 2 Psychiatric clinic, Clinical center Kragujevac, Kragujevac, Serbia
- 3 Medical Faculty, University of Kragujevac, Kragujevac, Serbia

## Literatura:

1. Mowbray CT, Megivern D, Mandiberg JM et al. Campus mental health services: Recommendations for change. *Am J Orthopsychiat* 2006; 76: 226-37.
2. Anonimno. American College Health Association National College Health Assessment Spring 2006 Reference Group data report (abridged). *J Am Coll Health*. 2007; 55(4): 195-206.
3. Mackenzie S, Wiegel JR, Mundt M, Brown D, Saewyc E. Depression and suicide ideation among students accessing campus health care. *Am J Orthopsychiat* 2011; 81: 101-7.

## Summary

**Introduction:** Mental disorders represent a growing problem in the student population. There is an increased frequency of depression, suicidal ideation and the suicide rate in medical students. **Objective:** The objective of this study was to determine the frequency of depression and suicidal ideation in medical students in order to provide better insight into this problem in our country. **Methods:** There were 131 fourth year medical students included in the study. For determining depression in the student population we used Beck's Depression Inventory- BDI.

**Results:** Depression was found in 26.7% of students. In 35.1% of students the suicide risk was found which is generally categorized as mild in intensity. Strong positive correlation between the level of depression and risk of suicide was calculated:  $r = 0.55$ ,  $p < 0.05$ .

**Conclusion:** The high level of depression found in medical students highlights the need for more comprehensive insight and follow up of this problem in the student population.

**Key words:** *medical students, depression, suicide ideation*

4. Firth-Cozens J. Medical student stress. *Med Educ* 2001; 35: 6-7.
5. Zoccolillo M, Murphy GE, Wetzel RD. Depression among medical students. *J Affect Disord* 1986; 11: 91-6.
6. Assadi SM, Nakhaei MR, Najafi F, Fazel S. Mental health in three generations of Iranian medical students and doctors A cross-sectional study *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 57-60.
7. Seliger K, Brähler E. Mental health of students of medicine-an empirical study. *Psychotherapeut* 2007; 52: 280-86.

8. Helmers KF, Danoff D, Steinert Y, Leyton M, Young SN. Stress and depressed mood in medical students, law students, and graduate students at McGill University. *Acad Med* 1997; 72: 708-14.
9. Klemenc-Ketis Z, Kersnik J, Eder K, Colaric D. Factors associated with health-related quality of life among university students. *Srp Arh Celok Lek* 2011; 139: 197-202.
10. Mancevska S, Bozinovska L, Tecce J, Pluncevik-Gligoroska J, Sivevska-Smilevska E. Depression, anxiety and substance use in medical students in the Republic of Macedonia. *Bratisl Lek Listy* 2008; 109: 568-726.
11. Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Med Educ* 2005; 39: 594-604.
12. Kongsomboon K. Psychological problems and overweight in medical students compared to students from Faculty of Humanities, Srinakharinwirot University, Thailand. *J Med Assoc Thai* 2010; 93: S106-13.
13. Ball S, Bax A. Self-care in medical education: effectiveness of health-habits interventions for first-year medical students. *Acad Med* 2002; 77: 911-17.
14. Tjia J, Givens JL, Shea JA. Factors associated with undertreatment of medical student depression. *J Am Coll Health* 2005; 53: 219-24.
15. Clark DC, Zeldow PB. Vicissitudes of depressed mood during four years of medical school. *JAMA* 1988; 260: 2521-8.
16. 12 Ahmadi J, Kamel M, Ahmed MG, Bayoumi FA, Moneenum AA. Dubai Medical Collegestudents' scores on the Beck Depression Inventory. *IRCMJ* 2008; 10: 169-72.
17. Honney K, Buszewicz M, Coppola W, Griffin M. Comparison of levels of depression in medical and non-medical students. *Clin Teach* 2010; 7: 180-4.
18. Bunevicius A, Katkute A, Bunevicius R. Symptoms of anxiety and depression in medical students and in humanities students: relationship with big-five personality dimensions and vulnerability to stress. *Int J Soc Psychiatry* 2008; 54: 494-501.
19. Karaoglu N, Seker M. Anxiety and depression in medical students related to desire for and expectations from a medical career. *West Indian Med J* 2010; 59: 196-202.
20. Eller T, Aluoja A, Vasar V, Veldi M. Symptoms of anxiety and depression in Estonian medical students with sleep problems. *Depress Anxiety* 2006; 23: 250-6.
21. Molavi P, Karimollahi M. Prevalence of depression in Ardabil medical students. *Ann Gen Psychiatry* 2006; 5 (suppl1): 149.
22. Tyssen R, Vaglum P, Gr̃rnvold NT, Ekeberg O. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *J Affect Disord* 2001; 64: 69-79.
23. Hays LR, Cheever T, Patel P. Medical student suicide, 1989-1994. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 553-5.
24. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA* 2010; 304: 1181-90.
25. Hysenbegasi A, Hass SL, Rowland CR. The impact of depression on the academic productivity of university students. *J Ment Health Policy Eco* 2005; 8: 145-51
26. Hem E, Haldorsen T, Aasland OG, Tyssen R, Vaglum P, Ekeberg O. Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960-2000. *Psychol Med* 2005; 35: 873-80.
27. Eisenberg D, Golberstein E, Gollust SE. Help-seeking and access to mental health care in a university student population. *Med Care* 2007; 45: 594-601.
28. Hooper C, Meakin R, Jones M. Where students go when they are ill: how medical students access health care. *Med Educ* 2005; 39: 588-93.
29. Chew-Graham CA, Rogers A, Yassin N. 'I wouldn't want it on my CV or their records': medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. *Med Educ* 2003; 37: 873-80.
30. Beck AT, Ward C, Mendelson M. Beck Depression Inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-71.

31. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol* 1974; 42: 861-5.
32. Copeland JR, Beekman AT, Dewey ME, et al. Depression in Europe. Geographical distribution among older people. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 312-21.
33. Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA. Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol* 1993; 102: 133-44.
34. Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 979-986.
35. Roh MS, Jeon HJ, Kim H, Han SK, Hahm BJ. The prevalence and impact of depression among medical students: a nationwide cross-sectional study in South Korea. *Acad Med* 2010; 85: 1384-90.
36. Ignjatović-Ristić D, Lazić LJ, Petrović D. Depressive disorder/symptoms in adolescence. *World Journal of Biological Psychiatry* 2001; 2 (suppl 1)
37. Hankin BL, Abramson LY, Moffitt TE, Silva PA, McGee R, Angell KE. Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *J Abnorm Psychol* 1998; 107: 128-40.
38. Curran TA, Gawley E, Casey P, Gill M, Crumlish N. Depression, suicidality and alcohol abuse among medical and business students. *Ir Med J* 2009; 102: 249-52.
39. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med* 2008; 149: 334-41.
40. Gotlib IH. Depression and general psychopathology in university students. *J Abnorm Psychol* 1984; 93(1): 19-30.
41. Ferran V P, Esperanza V, Beatriz C, Jaime J, Montserrat C, Isabel P. Feelings of hopelessness in a Spanish university population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 326-34.
42. Alloy LB, Clements. Hopelessness theory of depression: Test of the symptom component. *Cog Ther Res* 1998; 22(4): 303-35.
43. Ignjatović Ristić D, Pejović M, Đukić Dejanović S, Ravanić D, Petrović D. Pesimizam kao karika između depresivnosti i samoubistva mladih. *Engrami* 1997; 19, 105-10.
44. Paolo I, Maurizio P, David L, Xenia G, Cinzia N, Nicoletta G, Zoltán R, et al. Relationship between Temperament, Depression, Anxiety, and Hopelessness in Adolescents: A Structural Equation Model. *Depress Res Treat*. 2011; (in press)

---

Jović Jelena  
063401322  
jovic.jelena@gmail.com

Zahvalnica  
Istraživanje je delimično finansirano sredstvima sa projekata broj 175007 i 175004 Ministarstva prosvete i nauke Republike Srbije

# HIPOTIREOZA I BIPOLARNI AFEKTIVNI POREMEĆAJ

**Mina Cvjetković-Bošnjak**  
**Branislava Soldatović-Stajić**  
**Aleksandra Nedić**  
**Olga Živanović**

UDK: 616.89-008:616.441-008.64

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

Medicinski fakultet, Univerzitet  
u Novom Sadu, Novi Sad, Srbija

## Kratak sadržaj

**Uvod:** Komorbidnost mentalnih i somatskih bolesti je u medicinskoj praksi veoma česta.

**Prikaz slučaja:** Pacijentkinja lečena pod dijagnozom deset godina unazad, bipolarnog afektivnog poremećaja (BAP) primljena je na bolničko lečenje na Kliniku za psihijatriju. Duži period je bila u solidnoj remisiji, psihofarmakoterapiju je koristila redovno i bila funkcionalna u kužnim aktivnostima. Nekoliko dana pred prijem postala je konfuzna, nije uzimala hranu, niti je spavala. Laboratorijski testovi ukazali su na smanjenu funkciju štitne žlezde, te je započeta adekvatna supstitucionarna terapija koja je dovela do zadovoljavajuće remisije, te je pacijentkinja otpuštena sa preporukom za dalje kontrole kod endokrinologa i psihijatra.

**Zaključak:** Obzirom da jedina adekvatna terapija kod ovakvih komorbidnih poremećaja istovremeno i lečenje psihofarmacima i lečenje telesnog obolenja, cilj nam je bio da podsetimo lekare svih specijalnosti kako je neophodno svakog pacijenta detaljno obraditi u odnosu na tegobu koju iznosi, uključujući i bateriju laboratorijskih testova, i pored toga što se leči kod psihijatra. Pravovremena dijagnoza telesnog obolenja kod psihijatrijskih bolesnika, i naravno adekvatna terapija pomaže i uspešnije lečenje mentalnog poremećaja, i zapravo predstavlja jedini adekvatan pristup ovakvom pacijentu.

**Cljučne reči:** bipolarni afektivni poremećaj, hipotiroza, komorbiditet



## UVOD

Komorbidnost mentalnih i telesnih poremećaja je tema koja se u medicinskoj literaturi često sreće [1,2,3], međutim u praktičnom radu lekari i dalje često previde mogućnost da bolesnici koji imaju neku od psihijatrijskih dijagnoza isto tako mogu da boluju i od telesnih bolesti.[4,5,6,7] Svakako da je glavni i osnovni uzrok ovakvih omaški stigmatizacija psihijatrijskih pacijenata, koju već decenijama psihijatri, psiholozi, pedagozi ali i lekari drugih specijalnosti pokušavaju da eliminišu. Najčešće su mentalni poremećaji ,pogotovo tipa shizofrenih i poremećaja raspoloženja komorbidni sa kardiovaskularnim i endokrinološkim obolenjima [3,4,5] Najčešće komorbiditet telesnih i mentalnih bolesti dovodi do ozbiljnijeg, teraporezistentnog mentalnog poremećaja, lznačajno lošijeg kvaliteta života i neretko, preranim smrtnim ishodom. Svetski eksperti tumače da je neprepoznavanje kao i neadekvatno lečenje telesnih bolesti komorbidnih sa mentalnim poremećajima najčešće uzrok frapantnim podacima da je životni vek osoba sa različitim psihijatrijskim dijagnozama čak i do 30% kraći, u odnosu na osobe koje ne boluju od mentalnih poremećaja [5,6,7,8,9,].Treba imati u vidu i činjenicu, da su pacijenti sa različitim psihičkim poremećajima skloni i rizičnom ponašanju u nekim fazama bolesti kao i zanemarivanju zdravih navika u ishrani (konzumiranje alkohola, ekscesivno pušenje, neregularna ishrana), što zajedno sa genetskom predispozicijom, neželjenim efektima psihofarmaka (metabolički sindrom npr) , i neprepoznavanjem simptoma telesne bolesti može ozbiljno

nauditi bolesniku i ugroziti mu život [10,11,12,13]. Stoga je i stalna edukacija bolesnika sa mentalnim poremećajima u smislu usvajanja zdravih navika posebno preporučljiva, što zahteva angažman svih profila zdravstvenih radnika [4,5,12,14].Zapravo, ovakvi pacijenti iziskuju intenzivnije praćenje parametara telesnog zdravlja i češće kontrole kod interniste, u odnosu na pacijente koji nemaju mentalni poremećaj. Na žalost, u ambulantama opšte medicine, gde su lekari prezauzeti velikim brojem pacijenata, po pravilu bolesnika koji ima neku od psihijatrijskih dijagnoza a požali se na telesnu tegobu, upućuju psihijatru. Stoga nije neobična situacija da se na Klinikama i odeljenjima za psihijatriju leči veliki broj bolesnika kod kojih su vodeći simptomi telesne bolesti, i u ovim ustanovama se obavlja ju diferencijalno dijagnostičke procedure.

Treba imati u vidu da bolesnici sa mentalnim poremećajima veoma često imaju komorbidno telesno obolenje, koje ili prethodi psihijatrijskom, ili se ispoljava tokom psihijatrijskog tretmana .U takvim slučajevima, isključivo dvotračno, paralelno, istovremeno lečenje i mentalnog poremećaja i telesne bolesti može da dovede do zadovoljavajućeg oporavka bolesnika.

Cilj savremene psihijatrije je da destigmatizuje osobe koje imaju mentalni poremećaj i obezbede im tim postupkom adekvatno i pravovremeno zbrinjavanje telesnih bolesti. Na ovaj način, omogućilo bi se da lečenje psihijatrijskih bolesnika ima isti kvalitet kao i lečenje osoba bez mentalnog poremećaja [3,4,12,14]. Namera autora je bila da prikazom slučaja bolesnice koja se leči pod dijagnozom bipolarnog afek-

ativnog poremećaja i komorbidne hipotireoze skrenu pažnju lekara na značaj pravovremenog dijagnostikovanja telesnog obolenja, kao i započinjanja adekvatne terapije čime se skraćuje period onesposobljenosti za posao i u kraćem vremenskom periodu se takav bolesnik dovodi u remisiju.

### Prikaz slučaja

Bolesnica stara 63 godine, penzioner, živi sa suprugom. Poslednjih deset godina leči se pod dijagnozom bipolarnog afektivnog poremećaja (BAP), lekove je redovno pila i poslednjih pet godina bila u zadovoljavajućoj remisiji. Na kontrole je redovno dolazila. Desetak dana pre aktuelne hospitalizacije ukućani su primetili da se pacijentkinja menja u ponašanju, deluje zbunjeno, na pitanja ne odgovara, kućne poslove „ne ume“ da obavi, noću ne spava. Kćerka pacijentkinju dovodi u prijemnu ambulantu Klinike za psihijatriju. U kliničkoj slici su dominirali simptomi akutnog moždanog sindroma (zbunjenost, dezorijentisanost, psihomotorna usporenost). Započeta je dijagnostika (uradjena kompjuterizovana tomografija mozga (CT), nalaz bio je primeren životnom dobu, sa početnim atrofičnim kortikalnim promenama, bez znakova hemoragije ili ishemije), osnovne laboratorijske analize- kompletna krvna slika, novo šećera u krvi, amilaze, nivo gvoždja, bilirubini) Svi nalazi u bili u okvirima referentnih vrednosti. Zbog daljih dijagnostičkih procedura pacijentkinja je zadržana na Klinici za psihijatriju. Tokom narednog dana stigli su i rezultati hormona štitaste žlezde, pri čemu su vrednosti TSH (tireo stimulišućeg hormona) značajno odstu-

pale od referentnih vrednosti > 100 ml U/l (ref. vrednosti 0,35-4,94 U/l). Vrednosti ostalih hormona štitaste žlezde su bile snižene: T3 -0,7nmol/l (1,0-2,7) i T4 -19 (60-160 nmol/l). Ultrazvučno snimanje štitaste žlezde je potvrdilo dijagnozu tireoiditisa (Hashimoto). Iako ne postoji generalno pravilo za uvođenje supstitucione terapije, čak i preporuka za lečenje kortikosteroidima, endokrinolog se odlučio, imajući u vidu vrednosti hormona kao i kliničku sliku, za uvođenje supstitucione terapije- tbl. Euthyrox. Tokom narednih nedelja, po shemi je sprovedena endokrinološka supstituciona terapija, uz terapiju stabilizatorima raspoloženja koje je pacijentkinja uzimala i pre hospitalizacije. Postepeno se psihopatološka ispoljavanja uzrokovana endokrinim poremećajem povlače, pacijentkinja je sve sabranija, ispravno orijentisana, potpuno adekvatna u komunikaciji, psihički neupadljiva. Nakon 6 nedelja ponovljene su laboratorijske analize-nivoi hormona štitaste žlezde u krvnom serumu su se popravili- TSH=16,1 Umol/l, dok su nivoi ostalih hormona bili u referentnim granicama..Bolesnica je odlazila na terapijske vikende koji su proticali zadovoljavajuće, te je u remisiji otpuštena na kućno lečenje uz preporuku za dalje kontrole kod psihijatra i endokrinologa.

### Diskusija

U psihijatrijskoj kliničkoj praksi poslednjih decenija uočen je iznenadjujuće veliki procenat obolenja štitaste žlezde, komorbidan sa mentalnim poremećajima, i to najčešće iz spektra poremećaja raspoloženja (bipolarni afektivni poremećaj, depresivni poremećaji,

ali i anksiozni i poremećaji sa psihotičnim ispoljavanjima [3,4,5]. Disfunkcija štitaste žlezde je često neprepoznata, simptomi su subklinički, ali se zato ispoljavaju na psihičkom planu, neretko sa kliničkom slikom pseudodemencije [4,5]. Po pravilu, ovakve promene na psihičkom planu upućuju da je pacijent prevshodno psihijatrijski slučaj, da bi se tek tokom hospitalizacije otkrio endokrinološki poremećaj koji ili uzrokuje promene na psihičkom planu ili je komorbidan sa već postojećim psihičkim poremećajem. [3,4]. Prema savremenijim istraživanjima, čak 1/3 teraporezistentnih depresivnih pacijenata imaju i poremećaj u funkciji štitaste žlezde, i nakon uvođenja specifične supstitucione terapije i simptomi depresivnog poremećaja se povlače, tj. depresivni poremećaj prestaje da bude teraporezistentan. Jedno od objašnjenja pozitivnih efekata koje daje supstituciona terapija na ispoljavanja kliničke slike depresivnih poremećaja ili pseudodemencije, daje hipoteza [12,13] da je hipotireoidizam udružen sa redukcijom centralne serotoninergične funkcije, te da supstituciona terapija zapravo koriguje centralnu serotoninergnu transmisiju [5,14,15], čime se objašnjava i redukcija simptoma depresivnog reda. Sugestije proistekle iz brojnih istraživanja komorbidnih mentalnih i telesnih poremećaja ukazuju na potrebu da se svaki pacijent pored toga što boluje od mentalnog poremećaja mora i detaljno ispitati u cilju pravovreme-

nog dijagnostikovanja telesnog obolenja (najčešće komorbidne telesne bolesti su endokrinološke, kardiološke, gastrointestinalne, maligne [5,6,7], obzirom da će isključivo lečenje i telesne i mentalnog poremećaja dovesti do povlačenja simptoma i oporavka takvog bolesnika.

## ZAKLJUČAK

Mentalni poremećaji su u visokom procentu u komorbiditetu sa brojnim telesnim bolestima [2,3,4,5]. U prikazu slučaja bolesnica je pored bipolarnog afektivnog poremećaja obolela i od hipotireoze, koja je dovela, između ostalog i do grubih poremećaja na planu psihičkih funkcija. Adekvatna obrada bolesnice, uključujući bateriju laboratorijskih testova i po potrebi konsultaciju interniste, doprinela je brzom dijagnostici, pravovremenom uključenju supstitucione hormonalne terapije pored primene psihofarmaka, što je rezultiralo zadovoljavajućim oporavku bolesnice. Lečenje samo psihofarmacima nikako nije moglo biti dovoljno, zbog endokrinog poremećaja koji je uzrokovao pogoršanje psihičkog stanja bolesnice. Neophodno je stoga naglasiti da je kod komorbidnih telesnih i mentalnih poremećaja jedino istovremeno lečenje i jednog i drugog obolenja zapravo terapija izbora koja dovodi do zadovoljavajućeg oporavka takvog bolesnika [12,13,14,15].

# HYPOTHYREOSIS AND THE BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

Mina Cvjetković-Bošnjak  
Branislava Soldatović-Stajić  
Aleksandra Nedić  
Olga Živanović

Institute for Psychiatry, Clinical Center  
of Vojvodina, Novi Sad, Serbia

School of Medicine, University  
of Novi Sad, Novi Sad, Serbia

## Summary

**Introduction:** Connection between mental and somatic problems in medical ill patients occur very often.

**Case report:** A patient, with diagnosis of the bipolar affective disorder (BAP) was admitted in Psychiatric Clinic. During the last ten years, she was in good remission, she took pharmacotherapy regularly, and her functioning at home was well. Few days before hospitalization she became confused, she could not eat and sleep. Laboratory test showed hypofunction of thyroid gland. Substitutional therapy was administered; along with psychopharmacs Patient was released from the hospital, with reference to continue psychiatric treatment as well as treatment with substitutional hormonal therapy.

**Conclusion:** In this patient, adequate treatment with both psychopharmacs and substitution hormone therapy resulted in full recovery, without symptoms of mental illness. The reason for changes of mental functioning was hypothyroidism, not mental illness by itself. Therefore in every day medical practice, it is very important to notice that patients with psychiatric problems can also have different somatic dysfunctions and such patient require adequate diagnostic proceeding, as well as patients without psychiatric comorbidity. In patients with co-morbid somatic and mental problems just dual therapy-both for somatic and psychiatric disorders can result in complete recovery.

**Key words:** bipolar affective disorder, hypothyreosis, comorbidity

## Literatura:

1. Peiris AN, Oh E, Diaz S. Psychiatric Manifestation of Thyroid Disease. *Southern Medical Journal* 2007;vol.100(8):773.
2. Fagiolini A, Gorracci A. The effects of undertreated chronic medical illness in patients with severe mental disorders. *J.Clin. Psychiatry* 2009;70 Suppl 3:22-9
3. Fleischhacker WW, Cetkovich-Bakmas M, De Hert M, Hennekens CH, Lambert M, Leucht S, Maj M, McIntyre RS, Naber D, Newcomer JW, Olfson M, Osby U, Sartorius N, Lieberman JA. Comorbid somatic illness in patient with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *J. Clin. Psychiatry* 2008;69(4):514-9
4. Luzny J, Ivanova K. Hypothyroidism in seniors hospitalised in inpatient gerontopsychiatric wards in mental hospital Kromeriz. *Scripta Medica* 2010; 83(1):69-73.
5. Rizvi A. Thyrotoxic psychosis associated with subacute thyroiditis. *South Med J* 2007;100:837-40.
5. Simić S, Šikanić N, Milovanović S. Depresivni poremećaj u svetlu supkliničke disfunkcije tiroidne žlezde. *Engrami* 2007, 29(1-2):39-43
6. Roca RP, Blackman MR, Ackerley MB. Thyroid hormone elevations during acute psychiatric illness: relationship to severity and distinction from hyperthyroidism. *Endocrinol. Res* 1990;16:415-447.
7. Stanley B, Paula H. Depression or endocrine disorder? What mental health counselors need to know about hypothyroidism. *Journal of Mental Health Couns.* 1997;19(3):211-28.
8. Tallius F. Primary hypothyroidism: A case for vigilance in the psychological treatment of depression. *British Journal of Clinical Psychology*; 1993, 32:261-9.
9. Lisha Menon V. High prevalence of undetected thyroid disorders in an iodine sufficient adult south Indian population. *J. Indian. Med. Assoc.* 2009;107 (2)
10. Rizvi A. Thyrotoxic psychosis associated with subacute thyroiditis. *South Med J* 2007;100:837-40.
11. Pavlović D, Pavlović A. Hašimoto encefalopatija-autoimuna encefalopatija sa aantitireoidnim antitelima. *Engrami* 2009;31 (1-2): 91-99
12. Bauer M, Whybrow PC. Thyroid hormone, Neural Tissue and Mood Modulation. *World J. Biol. Psychiatry* 2001;2:59-69.
13. Pfening A, Frye MA, Koberle U, Bauer M. The Mood spectrum and Hypothalamic-Pituitary-Thyroid Axis. *Prim. Psychiatry*, 2004;11 (10):42-47
14. Haggerty JJ, Prange AJ. Borderline hypothyroidism and depression. *Annu Rev. Med.* 1995;46:37-46
15. Chong JY, Rowland LP. What's in a NAIM? Hashimoto Encephalopathy, steroid-responsive Encephalopathy Associated with Autoimmune Thyroiditis, or Nonvasculitic Autoimmune Meningoencephalitis? *Arch. Neurol.* 2006;63:11175-6

---

Mina Cvjetković-Bošnjak  
Klinika za psihijatriju, Novi Sad  
Hajduk Veljkova 1-9. 21000 Novi Sad, Srbija  
Tel. 021 4843827; 0214843250  
Mob: 063 152-35-98; 064 806-91-88  
minacvjet@gmail.com

# PSIHOANALIZA I FILM

Srđa Zlopaša<sup>1</sup>  
Olivera Vuković<sup>1,2</sup>  
Bojana Dunjić-Kostić<sup>1</sup>  
Aleksandar Damjanović<sup>1,2</sup>

UDK: 615.851.1:791

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

## Kratak sadržaj

U radu se razmatra međusobna isprepletanost filma i psihoanalize. Činjenica da su film i psihoanaliza odrasli zajedno na prelazu u XX vek, dodatno jača ovu povezanost. Posebna poglavlja čine psihoanalitička hermeneutika filma, uz analizu nekoliko odabranih primera, kao i psihoanalitička transkripcija umetnosti "suspensa" kod Alfreda Hičkoka. Svaki od ova dva umetničko-naučna pravca su delovala samostalno, na svoj način, ali svoju pravu snagu i kulturološku prominentnost pokazuju upravo kada deluju zajedno sa svim svojim originalnim i preplićućim fenomenima.

**Ključne reči:** *film, psihoanaliza, Frojd, Hičkok*

"Poput Frojda, Hičkok dijagnostikuje nezadovoljstvo koje besni i nagrizava masku civilizovane uljudnosti modernog čoveka. Poput Pikasa ili Dalija, on registruje fenomenološku pretnju naglo modernizovanog sveta."

Piter Konrad

## UVOD

Film, iako prevashodno umetnost vizuelnog, poseduje niz psiholoških referenci, kako u formi tako i u sadržaju. Činjenica da su film i psihoanaliza odrasli zajedno na prelazu u XX vek, dodatno jača ovu povezanost. Frojd je skovao termin psihoanaliza u približno isto vreme kada je prikazan i prvi film. Možda možemo i da se zapitamo, da li bi Frojdovo delo „Tumačenje snova“ steklo takvu slavu i uticaj, da se knjiga nije pojavila u isto vreme kada je i film bio u začetku. Filmovi su prikazivali sanjive scene u mraku, baš kao što iz-

gleda i pravi san. Ova koincidencija je sigurno pomogla Frojdovoj teoriji da stekne prednost u ozbiljnim krugovima, a i onim manje ozbiljnim koji su prosto uživali u projektovanim scenama na platnu. Štaviše, film je naučni izum, a i Frojd je svoje inovativno tumačenje snova smatrao naučnim.

Kada je 1927. godine nastao zvučni film, i zamenio preterano emotivnu glumu nemog filma, svet je bio spreman za terapiju razgovorom. Pošto se psihoanaliza pojavljivala tako često u filmovima, javnost je mislila da je ona zlatni standard za psihijatrijsko lečenje. Teško je zamisliti da bi psihoanaliza

održavala toliko dugo svoj uticaj, da nije bilo filma. Lečenje na kauču se i dan danas reciklira u komedijama (Analiziraj ovo). U stvari, u XXI veku, psihoanaliza se uglavnom pojavljuje kao parodija, a parodija najčešće ukazuje na poslednje faze umiranja jedne ideje.

Psihoanaliza je prve filmove činila zanimljivijim i modernijim. Moglo bi se reći da su film i psihologija percepcije dali skelet, psihoanaliza dodala meso, dajući filmovima više dimenzija. Frojd se nije bavio analizom filma, ali je smatrao da umetnost i psihoanaliza imaju iste osnove, te da se i umetnici i psihoanalitičari bave nesvesnim, fantazijom, snovima i igrom. U novije vreme razvija se psihoanalitička filmska kritika, posebno u Americi. Metoda učenja psihoanalize putem analize filma vrlo je korisna i za laike, ali i za psihoanalitičare pružajući prvima da steknu osnovna znanja iz psihoanalize a drugima da obogate i prošire svoja iskustva jednim novim oblikom psihoanalitičke prakse putem psihoanalitički fundirane filmske kritike [1]. Psihoanalitičku filmsku kritiku očekuje interesantna i vrlo plodotvorna budućnost, jer je tek 1986. godine u SAD osnovan "Forum za psihoanalitičku teoriju filma", a njegov je inicijator i osnivač uvaženi kliničar i profesor Roj Has. On smatra da će upravo psihoanalitička filmska kritika izgraditi mostove između kliničara i akademika, ali i približiti psihoanalizu laicima.

Ipak, Frojd nije bio ljubitelj filмова. U svom životu je video samo jedan film, tokom posete Americi 1909. godine. U pitanju je bio vestern, suštinski američki žanr. Pogledao je ovaj film više iz zainteresovanosti za Ameriku, ne-

go iz zainteresovanosti za film. Ironije radi, nakon Drugog svetskog rata, vestern je razvio jedan podžanr poznat kao Frojdoski vestern. Frojdoski vesterni su počeli sa Hoksovom Crvenom rekom (1948), u kojoj je glumio Džon Vejn (najpopularnija filmska zvezda ikada), kao i Montgomeri Klift. Frojdoski vesterni se pojavljuju onda kada je psihoanaliza bila na vrhuncu uticaja na film (kao i na američku kulturu uopšte) i doprineo je da psihoanalitička introspekcija i refleksivnost postanu privlačniji mačo vojnicima koji su se vraćali kući iz rata.

U filmu Tajne duše (1926) nemački režiser G. Pabst je dramatisovao Frojdovu psihoanalitičku teoriju uz pomoć dva Frojdova asistenta, Abrahama i Saksa slikajući sekvence snova sa multiplim slojevima superimpozicije (postignuti posredstvom ponovnog premotavanja filma i multiplim ekspozicijama). Frojd nije želeo da se njegovo ime pominje u vezi sa ovim projektom. U pismu Karlu Abrahamu on ističe: "Moja glavna primedba filmu je da nisam dovoljno zadovoljan kako on prikazuje plastičnost naših apstrakcija i fantazija". Frojd je zadržao u odnosu na filmsku umetnost, ovakav skeptičan stav do kraja života [1].

## PSIHOANALITIČKA HERMENEUTIKA FILMA -NEKOLIKO ODABRANIH PRIMERA

U filmskoj verziji Čarobnjak iz Oza, Doroti pati od potresa usled tornada, i ulazi u stanje sna koje je vodi do žute staze, u potragu za čarobnjakom (čitaj: analitičarem) koji živi u mitskom Ozu. Kada se Doroti i njeni prijatelji najzad

sretnu sa misterioznim čarobnjakom, saznaju da već poseduju ličnu snagu koju su očekivali da će čarobnjak na njih da prenese. Bio im je potreban neko ko bi istražio njihovo nesvesno, osvežio im sećanje, i uverio ih da su već pokazali iste one sposobnosti koje su smatrali da im nedostaju. Sa druge strane, možemo reći da ovaj film umanjuje i razotkriva uticaj Frojda, s obzirom da je čarobnjak u stvari prevarant koji se krije iza platna (čitaj: kauča).

Talentovani Fric Lang, 1931. godine režira film M, samo dve godine nakon što je Hitler postao kancelar Nemačke. U ovom psihološkom trileru o serijskom ubici, zapaženu ulogu odigrao je Piter Lore. Film M je možda i početak uvek popularnog filmskog žanra psihološki triler. Sam Piter Lore, deceniju kasnije, glumio je u filmu Stranac na trećem spratu (1940), koji predstavlja prvi "film noir". Lore je odigrao još jednog šizotipalnog ubicu čiji je identitet otkriven psihoanalitičkom interpretacijom snova.

Jedan od najpoznatijih filmova SF žanra je Blejd raner (1982) koji takodje poseduje niz psihoanalitičkih intertekstualnosti. U ovom filmu, ono što razlikuje ljude od mašina su snovi. Androidi koji sanjaju su ljudi, i ne mogu biti uništeni kao što je planirano. Zahvaljujući Frojdovom naglasku na svest i snove, XX vek je počeo da veruje u „Sanjam, dakle postojim“. Dekartov koncept „Mislim, dakle postojim“ je uništen.

Filmovi Dejvida Linča su, uzvišeni objekt psihoanalitičkih tumačenja: u njegovim se filmovima prepliću planovi svesnog i nesvesnog, želja silovito izbija ispod naslaga konvencija, a fantazam ulazi u neprozirne igre sa realnim.

Ili, kako kaže Tod Mekgauen [2]: „U filmu Bulevar zvezda (Mulholland Drive), Dejvid Linč pravi filmsku podelu između iskustva želje i iskustva fantazma, i pritom otkriva da nam fantazam, istovremeno kada prikriva Realno, takođe nudi povlašćen put u Realno.“ Problem se pojavljuje kada jedna od ove dve strukture - fantazam, odnosno realno - nadvlada. „Prvi deo filma je logičan (...), relativno jasan i jednostavan“, ali tome uprkos „postoji fantazmatska aura koja okružuje početni deo filma. Spajajući smisao sa strukturom fantazma, Linč prvi deo Bulevara zvezda koristi za istraživanje uloge koju fantazam ima u logičkoj strukturaciji i osmišljavanju iskustva.“ No, nastavlja Mekgauen, „fantazam kao kategoriju ne smemo suprotstavljati realnosti jer fantazam održava ono što doživljavamo kao realnost.“ Ta ideja - da fantazam podupire naš osećaj za realnost - vidljiva je u prethodnom Linčovom filmu Izgubljeni autoput, ali Bulevar zvezda ide korak dalje u odnosu na Izgubljeni autoput „utoliko što naglašava kako fantazam ne samo da nudi rešenje za potpunu blokadu želje već i to da fantazam otvara put za insceniranje susreta sa traumom i autentičnim iskustvom gubitka, susreta koji bi bez nje bio nemoguć. Na taj način, Bulevar zvezda slavi fantazmatsku dimenziju holivudske kinematografije, njenu posvećenost istraživanju fantazma.“

Kontroverzni danski autor, Lars fon Trir, poznat i kao rodonačelnik filmskog manifesta, "Dogma 95", u kome su definisana krajnje nekonvencionalna pravila filmske estetike, kao što su, na primer: snimanje kamerom iz ruke bez korišćenja stalka, prirodno osvetljenje, ogoljena scenografija i dr., svo-



jim je naslovima do sada pokazivao otvoreno zgražavanje prema svim vrstama represija koje se vrše prema čoveku. Njegov pretposlednji film Antihrist se obraća suštinskim traumama pojedinca i pokušava da dešifruje konflikte unutar slojevitosti ljudskog bića i njegovih ontoloških dilema. Sadržinu filma čini napor psihoterapeuta (Vilijam Defo) da pomogne svojoj supruzi (Šarlot Geinsbur) u prevazilaženju teškog psihičkog stanja koje se javlja kao posttraumatsko iskustvo nakon smrti sina. Antihrist se može slobodno obuhvatiti terminom „linčovski“, jer i kod njega, kao što je to slučaj i sa filmovima Dejvida Linča, svaki pokušaj analize nije moguće izvesti do kraja.

Ako pođemo od najosnovnijeg predmeta proučavanja koji čini psihoanaliza, a to su nesaznatljive oblasti ljudske podsvesti čiji izvor Frojd naziva “Id”, odmah se može uočiti određena analogija sa filmom. Naime, “Idn” je naziv šume u filmu, u koju odlazi bračni par kako bi se supruga što bolje suočila sa svojom žalošću pri čemu simbolika postaje jasnija. I dok kroz film pratimo terapiju supruge praćenu fantazmagoričnim scenama seksa, životinja iz šume i kišom, Lars fon Trir polako otkriva samu inherentnost i esencijalnost zle ljudske prirode (poput Frojda), naglašavajući nemogućnost njegovog potpunog objašnjenja. S druge strane, ime šume “Idn” aludira na “Eden”, rajski vrt iz koga je Bog protekao prvog čoveka i ženu zbog prvorodnog greha, pri čemu sam odlazak bračnog para u šumu pokazuje da povratak harmonije između ljudi kroz prirodu nije više moguć, već da je čovek kažnjen većitim zlom koje danas poprima oblike duševnih bolesti kao i sve veća

patološka posesivnost koja se javlja između partnera. Takođe, muž u filmu primenjuje poznati Frojdov metod “slobodnih asocijacija” i analizu snova koji imaju za cilj da duboko podsvesne konflikte, neshvatljive i samom pacijentu, donekle, učine jasnijim. Veoma divlje scene seksa, gotovo bez cenzure, deluju preterano napadno na čula gledalaca i u tom delu je scenario možda trebalo korigovati i učiniti podnošljivijim film koji je i bez toga ispunjen metaforičnim slikama i težak za gledanje. Činjenica je da postmoderna nameće filmskim umetnicima tezu da je neophodno šokirati i što više isprovocirati kategoriju (pseudo) moralnosti kod gledalaca. Međutim, i pored toga, Antihrist zadire u seksualnost čoveka koja je, sudeći po filmu, u današnje vreme svedena na sirovo zadovoljenje seksualnog nagona. On je postao, a ne bi trebalo, još jedan od načina potiskivanja duševnih problema koji onemogućavaju svaki zdravi odnos, konkretno u filmu, između bračnih partnera.

Prema Antihrist-u, podsvest je tamna, hladna i zlokobna šuma gde vlada kaos koji se može nazreti jedino kroz duševnu patnju. I dok se kroz film sve više osvetljava mračna hladnoća između partnera, začeta, čini se, još mnogo pre smrti sina, žena postaje sve više opsednuta saznanjem o zloj prirodi koju čak naziva i “sataninom crkvom”. Razvoj događaja, pokrenut ženinom bolesnom opsesijom pomešanom sa patološkim strahom da je muž ne napusti, sve više, i jednog i drugog, baca u stanje još veće patnje, bola i očaja sa tragičnim ishodom. Da li je moguće čoveku da izađe iz ovakve šume u koju se upleo, a da izbegne “tri prosjaka” (patnja, bol, očaj). Kakav god odgovor da

se krije u Antihrist-u, nije ga moguće naći dokle god pojedinac besomučno uvećava svoje duševne konflikte “hraneći” ove “prosjake” raznim lekovima i psihoanalizama koje još više otkrivaju zastrašujući sadržaj podsvesti pri čemu ne nude nikada potpuno razrešenje. Ako patnja, bol i očaj čine antihrista koji će, pre ili kasnije, odvesti čoveka u najmučniju smrt, jasno je da se stalna i nikad okončana borba između ljudske duše i zle prirode vlastitog tela jedino može voditi pod zastavom svetog trojstva koju čine – vera, ljubav, nada.

Analiza granice spoljašnjih i unutarnjih ego - granica (Federnov koncept) otvara čitav psihoanalitički spektar pitanja i bilo bi zanimljivo videti analizu još jednog kulturnog ostvarenja, Strava u ulici brestova Vesa Krejvena, u kojem je upravo san tačka prodora realnog u prostor prividne stvarnosti, gde se trauma iz prošlosti reifikuje. Na sličan način mogla bi se otvoriti i paralela između filmova Stvar i Elien, kulturnih filmova žanra naučne fantastike, takođe iz perspektive otuđenja i kapitalizma.

**ALFRED HIČKOK (1899-1980)  
– PSIHOANALITIČKA  
TRANSKRIPCIIJA UMETNOSTI  
“SUSPENSA”**

“Imamo nekoga ko ima neuobičajeno velik, neurotičan strah od nereda. Odatle izvire Hičkokova umetnost. On posmatra ljude same u stanju nereda. Svi ti ljudi misle da kontrolišu situaciju, misle da su moćni, misle da su sređeni – a u jednom trenutku on naglo izvlači tepih ispod njihovih nogu samo da bi video njihove reakcije.”

Dru Kasper

Hičkok je postao kulturni režiser, originalni stilist, izvor inspiracije kako kreativnih tako i netalesovanih filmskih i umetničkih epigona. Karakteristike njegovih filmova su sklonost specifičnoj (za to vreme posebno) montaži ili pokretima kamere, crni humor, ironija i cinizam, napetost i šok, cirkulacija komičnih i tragičnih elemenata. Atraktivna, uzbuđljiva i napeta fabula njegovih filmova zapravo predstavlja svojevrstnu masku za dublju, misaonu podlogu stvaralaštva [3]. Za vreme Hičkokove karijere, osnovna 'naučna' objašnjenja za ljudsko ponašanje proizilazila su iz teorija Sigmunda Frojda. Mada je bio skeptičan prema psihoanalizi kao što je bio skeptičan prema svim pokušajima da se objasni ljudsko ponašanje, ipak se u mnogim filmovima koristio psihanalizom. Na primer Začarani (Spellbound - gde su glavni likovi psihoanalitičari), Psiho (na kraju imamo dugi i prilično edukativni pledoaje psihijatra), Marni. Psihoanalitički koncepti važni su i u filmovima Vertigo (Vrtoglavica), Frenzy, The Wrong Man (Pogrešan čovek), Shadow of a Doubt (Senka sumnje), Rope (Konopac), Rear Window (prevedeno kod nas kao Prozor u dvorištu).

**Frojdove koncepcije utkane  
u Hičkokove filmove**

**Potiskivanje**

Frojd je smatrao da traumatska, destruktivna sećanja iz detinjstva, bivaju potisnuta iz svesnog u nesvesno, gde postaju izvor za neuroze ili psihoze. Cilj psihoanalize je da klarifikuje ta po-

tisnuta sećanja kako bi ih se pacijent oslobodio i postigao zadovoljavajući kvalitet života. Prema Frojdu, većina potisnutih sećanja u odnosu je sa seksualnošću. Na primer, tzv. "primalna scena", kada su deca svedoci roditeljskog seksa, potiskuje se. U filmu Psiho, za Normana Bejtsa psihijatar kaže da je ubio svoju majku i njenog ljubavnika nakon što ih je zatekao zajedno.

Slično u filmu Marni, heroinino neurotično ponašanje objašnjeno je svedočenjem o zlostavljanju u detinjstvu, tj. vodi do potisnutog sećanja na svoju majku prostitutku koju je zlostavljao njen seksualni partner. Neurotične epizode mogu biti izazvane događajima ili simbolima u svakodnevnom životu osobe, iako osoba ne mora da shvati njihovu povezanost.

U filmu Začarani, psihološki „trigger” su paralelne linije na svetloj pozadini. Kroz psihoanalitički tretman vraćaju se sećanja na analizantovo detinjstvo, kada je akcidentalno izazvao smrt koja ima veze sa čeličnom ogradom (zbog toga su paralelne linije).

### Edipov kompleks

Najpoznatija Frojdova teorija o dečijoj seksualnosti nazvana je po mitološkom kralju Edipu, koji je ubio svog oca i oženio sopstvenu majku [4]. Frojd opisuje kako svakog mladog dečaka privlači njegova majka, što rezultira željom za ubistvom oca i posedomanjem majke. Ta zabranjena želja je potisnuta, osim što se vraća kasnije u različitim formama ispoljavanja neurotičnih simptoma. Majke često nesvesno ohrabruju Edipov kompleks, posesiv-

nim ili zavodničkim ponašanjem prema sinovima. Norman Bejts govori Marion Krejn "dečaku je najbolji prijatelj njegova majka" (ili "sin je loša zamena za ljubavnika").

U filmu Psiho, psihijatar kaže za Normanovu majku da je "zahtevna žena koja drži sina čvrsto uz sebe (cling = prilepiti se), i godinama su njih dvoje živeli u svojevrstnoj patološkoj simbiozi. Tada ona sreće muškarca i Normanu se čini da ga je odbacila (napustila) zbog tog muškarca. To ga je iniciralo da pređe granicu i on ih oboje ubija".

"Mamizam" je mišljenje da je majka odgovorna za destruktivno ponašanje svojih sinova - sve od nezrelog ponašanja do ubistva.

Stadijumi psihoseksualnog razvoja

Frojd globalno identifikuje tri stadijuma psihoseksualnog razvoja: oralni, analni i genitalni. Normalno, individua prolazi kroz prva dva stadijuma do genitalne zrelosti. Moguća je međutim, fiksacija na nekom od ranijih stadijuma. U oralnom stadijumu dete doživljava svet kroz usta: sisanjem, žvakanjem, inkorporacijom.

U filmu Psiho, Norman Bejts često jede bombone. Jedenje je uvek asociirano sa seksualnošću u Hičkokovim filmovima. Analni stadijum je fokusiran na trening kontrole sfinktera, kada dete uči da kontroliše telesne funkcije i te aktivnosti moraju biti diskretne. Analno fiksirani odrasli su asociirani sa ekscisivnim čišćenjem, iritabilnošću, izbirljivošću, urednošću [3]. Hičkok je u jednom intervjuu rekao Fransoa Trifou: "Kada se kupam sve uredno nazad vratim na mesto. Moja strast za redom ide ruku pod ruku sa velikim gnuša-

njem prema komplikacijama [3].” Sve do filma Psiho, ni jedan američki film koji pripada glavnoj struji (trendu) više od 50 godina nije prikazao toalet (WC), sugerišući da je naša kultura analno fiksirana. Hičkok je sa zadovoljstvom detronizovao taj tabu.

### Analiza snova

Kroz analizu snova dolazi se do nesvesnih sadržaja koji po Frojdu tematizuju potisnutu traumu ili želju, uvek u simboličnoj formi. Psihoanalitička terapija ohrabruje pacijenta da opiše i interpretira sadržaje svojih snova. Mnoge od Hičkokovih slika koje se ponavljaju – oči, padanje, suzdržavanje, ogledala, senke – važne su u Frojdovoj interpretaciji snova. Dva značajna Hičkokova filma sadrže sekvence snova koji imaju veze sa junakovim emocionalnim traumama.

Sekvence snova u filmu Začarani bazirane su na dizajnu Salvadora Dalija. Slike uključuju oči, mutilacije, proganjanje (od divovskih krila), padanje – sve blisko Frojdovoj interpretaciji snova. Sekvenca iz filma Vertigo uključuje sliku padanja i otvorenih grobova.

Dvostruka, disocirana ličnost

U ekstremnim slučajevima, moguć je razvoj alternativnog identiteta. Ta alternativna specifičnost može izraziti potisnute čežnje ili želje a da "normalna" osoba toga nije svesna.

U filmu Psiho psihijatar objašnjava: "Kada se realnost približi, kada opasnost ili čežnja zapreti toj iluziji, on se oblači, čak stavlja i jeftinu periku koju je kupio. Tada bi šetao kućom, sedeo bi na njenoj stolici, govorio njenim gla-

som. On nikad nije bio čitav Norman, ali je često bio samo Majka". U literaturi i analizi snova, ogledala su često asocirana sa drugim selfom ili skrivenim aspektima individualnosti. Slatkonošno ogledalo u filmu Pogrešan čovek simbolizuje ženinu psihotičnu dekompenzaciju.

Doppelganger = doubleganger = sablesni dvojnik ili kopija žive osobe

Nekad se u literaturi zamisao o alternativnom selfu manifestuje kao odvojeni karakter, ili Doppelganger ("double walker", dvostruki šetač). Dvostruki karakter se interpretira kao premeštanje verzije sebe, koji predstavlja ili izražava individuine potisnute želje. Ideja o dvostrukom karakteru, naročito je snažna u filmu Stranac u vozu, ukršta se kod Hičkoka sa više teološki baziranom idejom o zameni krivice.

Doppelganger je dvostruki ili drugi self. U literaturi, analizi snova ili u jungijanskom arhetipskom simbolizmu, često figurira kao bliznac, senka ili refleksivna (lakanovski stadijum ogledala) slika protagonista (ili predstavlja blizanca ... ili se prikazuje kao bliznac...). Karakteristično je za Dvojnika da se javlja kao identičan (ili vrlo sličan) protagonist, ponekad protagonist i Dvojnik imaju isto ime.

Primeri iz literature su Poov "Villiam Vilson", Stivensov "Dr Džekil i Mister Hajd", Konradov "The Secret Sharer", "Dvojnik" Dostojevskog, kao i roman Čak Pahlanjuka "Borilački klub".

Važna literarna forma koja uključuje motiv dvojnika je psychomachia, originalno nastala od grčkog pesnika Pru-

detiusa koji jasno prikazuje "konflikt unutar duše" ili borbu između vrline i poroka unutar individue. Psychomachia je bila naročito važna u srednjovekovnoj umetnosti i dramama, gde odvojeni karakteri (likovi) predstavljaju različite aspekte iste ličnosti, pa konflikt u drami ocrta borbu savesti ili potrebu za integracijom ličnosti.

Danas, pod uticajem Frojda, dvojnici reprezentuje skriveni ili potisnuti aspekt ličnosti protagonista. Izraženo Frojdom terminima, dolazak dvojnika predstavlja povratak potisnutog. Protagonisti moraju da prepoznaju šta dvojnici predstavlja, dok se istovremeno bore protiv toga. Karakteristično za priče o dvojnicima je da je dramatični vrhunac njihova konfrontacija, obično s borbom do smrti. Smrt dvojnika predstavlja uspešnu represiju opasnih impulsa, ali borba ostavlja protagonistu tužnijim i mudrijim u odnosu na koncept humanosti ili sopstvene samospoznaje i samoostvarenje.

Motiv dvojnika nalazimo u Hičkovim filmovima Senka sumnje i Stranac u vozu. U filmu Vrtoglavica motiv

transformacije žene u pokojnu dvojnicu javlja se dva puta (udvostručen je). Psiho koristi sličan motiv rascepa ličnosti i dve fizički slične muške figure. Norman Bejtsova rascepljena individualnost prikazana je njegovom refleksijom u prozorskom staklu. Kasnije Norman se konfrontira sa Semom Lumisom - kritičari su bili u većini saglasni o fizičkoj sličnosti među glumcima pri dodeli te dve uloge.

## UMESTO ZAKLJUČKA

Psihoanaliza i filmska umetnost pripadaju istoj kulturnoj klimi, dele takođe iste socijalne brige. Reflektuju iste intelektualne argumente i naučna dostignuća, ali i komentarišu iste političke konflikte koji su uvek u aktuelnom žarištu svoga doba. Psihoanaliza i film utiču jedno na drugo, prožimajući se od samog početka. Svaki od ova dva umetničko-naučna pravca su delovale samostalno, na svoj način, ali svoju pravu snagu i kulturološku prominentnost pokazuju upravo kada deluju zajedno sa svim svojim originalnim i preplićućim fenomenima.

# PSYCHOANALYSIS AND MOVIES

Srdja Zlopaša<sup>1</sup>  
Olivera Vuković<sup>1,2</sup>  
Bojana Dunjić-Kostić<sup>1</sup>  
Aleksandar Damjanović<sup>1,2</sup>

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

2 School of medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

## Literatura:

1. Damjanović A. Rastuća senka tame. Beograd. Deko Art; 2006.
2. Mekgaune T. Izgubljeni na Malholand Drajvu: Vodič kroz Linčov hvalospjev Holivudu. Treći program radio Beograda, 2010.
3. Trifo F (editor). Hičkok. Beograd. Institut za film; 1987.
4. Rubinesko E, Plon M (editors). Rečnik psihoanalize. Novi Sad. Izdavačka knjižarnica Zorana Stojanovića, Sremski Karlovcji; 2002.

## Summary

The link between psychoanalysis and movies is discussed in the paper. The fact that the movies and the psychoanalysis grew up together at the verge of the 20th century additionally reinforces their bond. Separate parts of the paper are devoted to psychoanalytic hermeneutics of the movies, together with the analysis of few selected examples, and psychoanalytic transcription of the art of „suspense“ by Alfred Hitchcock. Each of the two directions in art and science acted independently, in their own way. However, they show their real strength and cultural prominence acting together, in all their originality and interplay of the phenomena.

**Key words:** movie, psychoanalysis, Freud, Hitchcock

---

Aleksandar Damjanović  
Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije  
Pasterova 2, 11000 Beograd  
E-mail: damal64@yahoo.com



## BOLJA BRIGA O MENTALNOM ZDRAVLJU

*Grejem Tornicroft, Mikele Tansela*

CLIO, Beograd, 2011, str. 246



Nedavno se u biblioteci "Imago" izdavača "Clio", koju znalački uređuje Aleksandar Dimitrijević, pojavila knjiga "Bolja briga o mentalnom zdravlju". Onima koji se zanimaju za psihijatriju u zajednici poznata su imena autora ove knjige. Tornicroft je profesor na Kings koledžu u Londonu, a Tansela profesor na Univerzitetu u Veroni. Obojica imaju bogato iskustvo u primjeni principa psihijatrije u zajedni-

ci u organizaciji pružanja mentalno zdravstvenih usluga. Svako od njih je napisao brojna vrijedna djela.

Danas, prvenstveno među onima koji sebe nazivaju ili ih drugi nazivaju socijalnim psihijatrima, vode se rasprave o tome šta je zapravo uslovilo, pedesetih i ranih šezdesetih godina prošlog vijeka, pojavu psihijatrije u zajednici, kao novog vida psihijatrijske zaštite. Da li su posrijedi bili prven-



stveno finansijski razlozi (sve skuplji sve duži boravak sve većeg broja pacijenata u duševnim bolnicama); socio-loške studije koje su ukazale na autoritarni i anti-terapijski ambijent duševnih bolnica; pokret protiv moći države, a za veće individualne slobode i prava je, šezdesetih godina, protutnjao Amerikom i dobrim brojem evropskih zemalja; ambulantni tretman sve većeg broja "lakše" duševno poremećenih osoba, ili možda sve navedene okolnosti?

Jedno je sigurno, psihijatrija u zajednici nije samo novi vid pružanja mentalno-zdravstvenih usluga. Ona je jedan novi pogled na duševni poremećaj, nova paradigma u konceptualizaciji odnosa između duševnog poremećaja i društva.

Zlatno doba psihijatrije u zajednici obuhvata tri decenije - 1950-1980. Time ne želim reći da je prošlo vrijeme psihijatrije u zajednici, nego istaći da, posljednjih trideset godina, pažnju psihijataru u industrijski razvijenim zemljama Zapada više od pitanja vezanih za terapijsku zajednicu zaokupljaju pitanja vezana za dijagnostiku i klasifikaciju duševnih poremećaja, za različite aspekte psihofarmakologije i nastojanja da se utvrdi biološka osnova duševnih poremećaja. Mada ima shvatanja da je psihijatrija u zajednici "od jedne sezone", kao što su bile mnoge psihijatrijske dijagnostičko-terapijske metode i tehnike i vidovi organizacije zaštite duševnog zdravlja, mišljenja sam da ko god bilo gdje, danas ili sutra, želi da organizuje zaštitu i unapređenje duševnog zdravlja i onih ljudi koji su duševno dobro, ali bi mogli bi-

ti bolje, i "lakše" i "teže" duševno poremećenih osoba niti može niti smije da ignoriše osnovne principe psihijatrije u zajednici. Oni su postali dio korpusa psihijatrijskog znanja.

Tako smo došli da knjige "Briga za bolje mentalno zdravlje". Ova knjiga je izvanredno koristan priručnik za svakoga ko se bavi psihijatrijom u zajednici, ko u praksi primjenjuje njene postavke, ko vjeruje u njene brojne i značajne prednosti u odnosu na takozvanu azilsku psihijatriju. Čitalac će u ovoj knjizi naći vrlo konkretne upute o tome šta treba da čine oni koji su u brizi o zdravlju stanovništva vođeni idejama psihijatrije u zajednici. Nije ostao neobrađen niti jedan aspekt vanbolničkog tretmana, nije izostao odgovor ni na jedno pitanje koje može da se javi kada se stanovništvu određenog područja (sektor) pruža ili želi pružiti sveobuhvatna psihijatrijska zaštita. Posebno su u tom pogledu korisne brojne veoma informativne i pregledne tabele i sheme kojima knjiga obiluje.

Primjenjivana već desetljećima u brojnim zemljama svijeta psihijatrija u zajednici je pokazala dobre strane i potencijalne nedostatke. Dobre strane su brojne – od kontinuiteta tretmana do uključivanja članova porodice i šire zajednice u pružanju pomoći onima kojima je potrebna, do poštovanja različitih potreba duševno poremećenih ljudi. Ne bi trebalo previdjeti i potencijalne nedostatke, tačnije, prepreke u primjeni ideja psihijatrije u zajednici u praksi – od negativnih stavova duševno zdravih prema duševno poremećenim, koje oličava stigma duševnog poremećaja, do precijenjivanja sposob-

nosti značajnog broja hroničnih, ozbiljno oštećenih duševnih bolesnika za samostalan život. Ono što nije nedostatak psihijatrije u zajednici, ali što može da je kompromituje jeste kampanjska, brzopleta dehospitalizacija (deinstitucionalizacija) prije nego što se razviju odgovarajuće vanbolničke ustanove i obezbijedi njihovo sigurno i trajno finansiranje.

Prave prednosti psihijatrije u zajednici mogu doći do punog izražaja samo ako se nađe prava mjera između optimizma i realizma u odnosu na mogućnosti (re)integracije duševno poremećenih u tkivo svakodnevnog života. Vrijednost knjige "Bolja briga za mentalno zdravlje" je i u tome što sve zain-

teresovane upućuje u to kako da organizacijom zaštite mentalnog zdravlja na principa psihijatrije u zajednici što više afirmišu njene dobre, i preveniraju njene potencijalno negativne efekte na duševno poremećene ljude, ponavljam, u prvom redu one koji su poremećajem ozbiljno ili teško funkcionalno oštećeni.

Knjigu toplo preporučujem psihijatrima, psiholozima, socijalnim radnicima, srednjem i višem medicinskom osoblju, radnim terapeutima i svim onima koji posredno ili neposredno pružaju pomoć duševno poremećenim ljudima i duševno zdravim koji bi mogli da budu zdraviji.

*Dušan Kecmanović*



# UPUTSTVO AUTORIMA

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

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

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

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

## OPŠTA UPUTSTVA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Za nazive lekova koristiti prevashodno generička imena.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Primeri:

#### 1. Članak u časopisu:

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

#### 2. Poglavlje u knjizi:

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

#### 3. Knjiga:

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

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

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

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

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

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



Onzapin 5mg JKL 1070025, Onzapin 10mg JKL 1070023, Onzapin  
Onzapin 5mg JKL 1070025  
Onzapin 5mg JKL 1070025  
Onzapin 10mg JKL 1070023, Onzapin 15mg JKL 1070024, On



# Onzapin®

olanzapin

Kilim tableta 28 x 5mg  
Člín tableta 28 x 10mg

JKL 1070025  
JKL 1070023

A/C 4034H03

