

ENGRAMI

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU
PSIHOLOGIJU
I GRANIČNE DISCIPLINE

4



Volume 34 Beograd, oktobar-decembar 2012.

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU,
PSIHOLOGIJU I GRANIČNE DISCIPLINE

JOURNAL FOR CLINICAL PSYCHIATRY,
PSYCHOLOGY AND RELATED DISCIPLINES

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

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

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

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

Uredivački odbor / Editorial board
NIKOLA ILANKOVIĆ
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
NADA LASKOVIĆ
OLIVERA ŽIKIĆ

Izdavački savet / Consulting board
LJUBIŠA RAKIĆ
JOSIP BERGER
MIROSLAV ANTONIJEVIĆ
JOSIF VESEL
JEZDIMIR ZDRAVKOVIĆ
SLAVICA ĐUKIĆ-DEJANOVIĆ (Kragujevac)
MIRKO PEJOVIĆ
JOVAN MARIĆ
ALEKSANDAR KNEŽEVIĆ (Novi Sad)

Internacionalni redakcioni odbor
International editorial board
U. HALLBREICH (New York)
D. KOSOVIC (New York)
A. STULA-DELINI (Basel)
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)
Z. STOJJOVIĆ (Herceg Novi)
B. MITRIĆ (Podgorica)
L. INJAC (Podgorica)
A. TOMČUK (Kotor)
A. MIHAJLOVIĆ (Chicago)

Sekretar / Secretary
GORDANA MARINKOVIĆ
Lektor za engleski jezik
IRENA ŽNIDARŠIĆ-TRBOJEVIĆ
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 • IZDAVAČI / 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

ORIGINALNI RADovi / ORIGINAL ARTICLES

Mira Spremo, Slobodan Spremo, Tatjana Marković-Basara, Dalibor Vranješ

UTICAJ GUBITKA SLUHA NA KLINIČKE MANIFESTACIJE ANKSIOZNOSTI
I DEPRESIJE: STUDIJA SAMOEVALUACIJE DASS UPITNIKOM 5

HEARING LOSS IMPACT ON ANXIETY AND DEPRESSION:
A STUDY WITH DASS SELF-ASSESSMENT QUESTIONNAIRE 12

Sladana Dragišić Labaš, Petar Nastasić

DEMOGRAFSKA OBELEŽJA I VRSTE TRETMANA PRIMENJENE KOD
ČLANOVA KLUBOVA LEČENIH ZAVISNIKA OD ALKOHOLA U SRBIJI 15

DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND TYPES OF TREATMENT
APPLIED BY MEMBERS OF CLUBS OF TREATED ADDICTS IN SERBIA 30

PREGLEDI LITERATURE / REVIEW ARTICLES

Sabine Bährer-Kohler

ASPECTS OF SOCIAL WORK FOR THE ELDERLY
– AN INTERNATIONAL DIMENSION 33

ASPEKTI RADA SOCIJALNE SLUŽBE NAMENJENE OSOBAMA STARIJE
ŽIVOTNE DOBI – MEDJUNARODNA DIMENZIJA 39

Jelena Manojlović

TRETMAN PSIHOTIČNIH POREMEĆAJA: DA LI NAM NARATIVNA
TERAPIJA ZAISTA DAJE ONO ŠTO OBEĆAVA? 45

TREATMENT OF PSYCHOTIC DISORDERS: DOES NARRATIVE
THERAPY DELIVER WHAT IT PROMISES? 56

Borjanka Batinić, Tatjana Vukosavljević-Gvozden

KOGNITIVNI PROCESI I KOGNITIVNO-BIHEJVORALNI
TRETMAN PANIČNOG POREMEĆAJA 59

COGNITIVE PROCESSES AND COGNITIVE-BEHAVIORAL
TREATMENT OF PANIC DISORDER 67

Sonja Milojević, Aleksandar Dimitrijević

SOCIO-EMOCIONALNI MODEL MALOLETNIČKE DELINKVENCije
I NJEGOVE PRAKTIČNE IMPLIKACIJE 71

SOCIO-EMOTIONAL MODEL OF JUVENILE DELINQUENCY
AND ITS PRACTICAL IMPLICATIONS 82

PRIKAZI BOLESNIKA / CASE REPORTS

Milan Latas, Jelena Perić, Srđan Milovanović

ALOPECIJA KAO NEŽELJENI EFEKAT SSRI – PRIKAZ BOLESNIKA 87

ALOPECIA AS A SIDE EFFECT OF SSRI – CASE REPORT 92

Aneta Sandić

PROBLEMATIKA TRIHOTILOMANIJE S OSVRTOM
NA KVALITET DIJADNOG ODNOSA 95

PROBLEM OF TRICHOTILLOMANIA WITH ACCENT
ON QUALITY OF DIADIC RELATIONSHIP 98

PRIKAZ KNJIGE / BOOK REVIEW

Milan Bešlin, Branka Bešlin

Dušan Kecmanović: PSIHIJARIJA U KRITIČKOM OGLEDALU 99

UPUTSTVO AUTORIMA 101

UTICAJ GUBITKA SLUHA NA KLINIČKE MANIFESTACIJE ANKSIOZNOSTI I DEPRESIJE: STUDIJA SAMOEVALUACIJE DASS UPITNIKOM

Mira Spremo¹
Slobodan Spremo²
Tatjana Marković-Basara¹
Dalibor Vranješ²

- 1 Klinika za psihijatriju, Univerzitetski klinički centar Banja Luka, Bosna i Hercegovina
- 2 Klinika za bolesti uha grla i nosa, Univerzitetski klinički centar Banja Luka, Bosna i Hercegovina

Kratak sadržaj

Uvod. Problemi sa fizičkim onesposobljenjima mogu povećati rizik od razvoja mentalnih poremećaja. Ograničenja u aktivnostima su prediktivni znaci stepena psihosocijalnih problema. Rizik za razvoj emocionalnih poremećaja je dva do četiri puta veća među osobama sa hroničnim oboljenjima ili onesposobljenjima nego u opštoj populaciji.

Cilj rada. Cilj istraživanja je da se uporedi učestalost i stepen anksioznosti, depresije i prisutnog stresa kod osoba koje imaju problem sa sluhom u odnosu na opštu populaciju.

Metod rada. Uzorak je sadržavao 131 ambulanti pacijenata. Eksperimentalnu grupu predstavljaju osobe sa određenim stepenom oštećenja sluha (n=100) dok je kontrolna grupa bez oštećenja (n=31). Etiološki čimici u grupi sa oštećenjem sluha su bili kohlearna lezija, hronični otitis, Menijerova bolest i akutna gluvoća. Primijenjen je upitnik Depression Anxiety and Stress Scale (DASS) koji sadrži 42 pitanja koji uključuju tri samoizveštavajuće skale koje mere stepen depresije, anksioznosti i stresa. Stepem nagluposti je definisam na osnovu tonalnog audiograma kao prosečna vrednost praga sluha (PTA). Primenjene su metode deskriptivne statistike T- test, X² test i testovi korelacije (Personov koeficijent).

Rezultati. Od ukupnog broja ispitanika muških je 36,6%, a ženskih 63,4% u dobi od 10 do 90 god. U grupi ispitanika sa nagluposti skor depresivnosti iznosio je 12,26 (CI 95%: 10,25 -14,27), a u kontrolnoj grupi srednja vrednost skora depresije bila je 1,31 (CI 95%: 0,59 -2,04). T-testom je utvrđena statistički značajna razlika skora za depresiju, među ovim grupama (t=-6,9; p<0,001). Skor anksioznosti je iznosio u eksperimentalnoj grupi 13,37 (CI11,57-15,17), a u kontrolnoj grupi 2,19 (CI0,67-3,70), T-testom je utvrđena statistički značajna razlika za anksioznost (t=-6,7; p<0,001). Stepem stresa u grupi sa naglupošću je 17,29 dok je u kontrolnoj grupi stepen stresa 4,06 (t=-7,4; p<0,001).

Zaključak. Rezultati pokazuju vulnerabilnost za mentalne poremećaje osoba sa slušnim onesposobljenjima. Važno je da društvo poveđe brigu o rizicima kojima su izložene osobe sa onesposobljenjima i da se primijene odgovarajuće preventivne mere od nastanka onesposobljenja.

Glavne reči: naglupost, depresija, anksioznost, stres

UVOD

Gubitak sluha u značajnoj mjeri narušava mogućnost razumijevanja govora pa tako ograničava socijalnu komunikaciju osobe. Isključenost iz sredine i otežana komunikacija stoga dovode do pojave simptoma depresije i anksioznosti koji se obzirom da se radi o hroničnoj bolesti mogu povećati rizik od razvoja mentalnih poremećaja. Ograničenja u aktivnostima su prediktivni znaci stepena psihosocijalnih problema [1]. Rizik za razvoj emocionalnih poremećaja je dva do četiri puta veća među osobama sa hroničnim oboljenjima ili onesposobljenjima nego u opštoj populaciji [2]. Gubitak sluha je jedan od najčešćih hroničnih oboljenja u svetu. Širom sveta oko 250 miliona ljudi je na neki način pogođeno srednjim do potpunim gubitkom sluha od čega je većina izgubila sluh u odrasloj dobi kao rezultat neke od bolesti: infekcije, tumora, povred glave ili procesa starenja [3].

Istraživanja pokazuju da je učestalost poteškoća u domenu mentalnog zdravlja, kod gluvih ljudi, značajno viša nego kod ostale populacije. Nalazi se kod čak 38% gluvih ljudi simptomi psiholoških poteškoća [4].

Studija koju su izradili Lej i sar. (Leigh et al.) [5] pokazala je da gluvi studenti kao grupa pokazuju mnogo izraženiju depresiju nego njihovi vršnjaci koji čuju. Više od 50% gluvih studenata u toj studiji rekli su da su bar u blagoj depresiji (prema Bekovom inventaru depresije) u poređenju sa 33% studenata koji čuju. Interesantno je da su i gluvi, kao i studenti koji čuju pokazali veći nivo preterane zaštite i manju majčinsku brigu što je povezano sa ve-

ćom učestalošću depresije. Gluve osobe su u nemogućnosti da razumeju govor kad ne nose slušni aparat. Ove osobe imaju barijere u komunikaciji te deca koja su nagluva ili gluva mnogo češće od dece koja nemaju problem sa sluhom postaju žrtve fizičkog, emocionalnog i seksualnog zlostavljanja [6-8]. Ti faktori povećavaju rizik od nastanka mentalnih poremećaja tokom života [9-11].

CILJ RADA

Cilj istraživanja je uporediti učestalost i stepen anksioznosti, depresije i prisutnog stresa kod nagluvih osoba sa senzornim ili provodnim tipom nagluposti u odnosu na opštu populaciju.

METOD RADA

Ispitanici

U istraživanje je bio uključen 131 ispitanik lečen u Klinici za bolesti uha grla i nosa UKC Banja Luka tokom 2012 godine. Ispitanike smo svrstali u dve grupe, 100 ispitanika sa nagluposti ili gluvoćom koji su činili eksperimentalnu grupu, i 31 ispitanik sa normalnim sluhom koji su činili kontrolnu grupu. Etiološki činioci u grupi sa oštećenjem sluha su bili kohlearna lezija, hronični otitis, Menijerova bolest i akutna gluvoća.

Ispitivanje sluha

Stepen oštećenja sluha smo odredili prema tonalnom audiogramu kojim je određen prag sluha i vrsta nagluposti: provodna, senzoneuralna ili mešovita.

Na osnovu krive vazdušne provodljivosti tonalnog audiograma smo iz-

računali prosečan prag sluha (pure tone average - PTA) kao srednju vrednost praga sluha na četiti frekvencije: 500 Hz, 1000 Hz 2000 Hz i 4000 Hz.

Skale mentalnog zdravlja

Primenjen je upitnik Depression Anxiety and Stress Scale (DASS) koji uključuje tri samoizveštavajuće skale koje mjere stepen depresije, anksioznosti i stresa. DASS upitnik sadrži 42 pitanja. Svaka od skala DASS upitnika sadrži 14 pitanja, podeljenih u subskele od 2-5 pitanja sa sličnim sadržajem. Skala za depresiju ocenjuje disforiju, bezizlaznost, obezvređivanje života, samopoštovanje, nedostatak interesa/uključenost, anhedoniju i inerciju.

Stepen depresivnosti na skali je verifikovan kao: 0-9 normalan skor depresivnosti, 10-13 laka depresija, 14-20 srednje teška depresija, 21-27 teška depresija, 28 i više veoma teška depresija. Stepen anksioznosti na skali je verifikovan kao: 0-7 normalan skor anksioznosti, 8-9 laka anksioznost, 10-14 srednje teška anksioznost, 15-19 teška anksioznost, 20 i više veoma teška anksioznost. Stepen stresa na skali je verifikovan kao: 0-14 normalan skor stresa, 15-18 blagi stepen stresa, 19-25 umereni stepen stresa, 26-33 težak stepen stresa, 34 i više veoma težak stepen stresa.

Skala anksioznosti procenjuje uzbuđenjem izazvane skeletne mišićne učinke, situacijsku anksioznost i subjektivni doživljaj tjeskobne. Stres skala (stavke) je osetljiva na razinama hroničnog nespecifičnog uzbuđenja. Procenjuje se poteškoća opuštanja, laka uzrujanost, razdražljivost i nestrpljivost. Ispitanici su koristili četiri stepena

ozbiljnosti / frekvencija ljestvicama stopa u onoj mjeri u kojoj su oni imali ili doživeli svako stanje u proteklih sedam dana.

Statistička analiza

Statističku značajnost povezanosti odnosno razlika posmatranih skorova depresivnosti, anksioznosti i stepena stresa između grupa ispitanika, izračunali smo Studentovim T- testom, X^2 testom i testovima korelacije. Za korelaciju stepena nagluposti i skora depresivnosti, anksioznosti i stepena stresa koristili smo Pirsonov koeficijent korelacije (R). Učestalost pojedinih tipova nagluposti i skorove anksioznosti, depresivnosti i stresa prikazali smo metodama deskriptivne statistike. Izračunavanja smo uradili pragramom SPSS v.19 za Windows i programom MS Excel.

REZULTATI

Od ukupnog broja ispitanika muških je bilo 48 (36,6%), a ženskih 83 (63,4%) u dobi od 10 do 90 godina. Najviše ispitanika bilo je u dobi od 51 – 65 godina (N=51, 38.9%), 36 – 50 godina (N=35, 26.7%), i 21 – 35 godina (N=28, 21%) respektivno. U Tabeli 1. prikazana je raspodela ispitanika prema stepenu nagluposti. U ispitanij grupi najveća učestalost bila je laka naglupost (N=42, 31.3%) i umjereno teška naglupost (N=23, 17.6%). U Tabeli 2. prikazani su etiološki faktori nagluposti. Najčešći etiološki činoci nagluposti bili su kohlearna lezija, Menijerova bolest i hronični otitis media.

U grupi ispitanika sa nagluposti srednja vrijednost skora depresivnosti bila je 12,26 (CI 95%: 10,25 -14,27), dok je u

kontrolnoj grupi srednja vrednost skora depresije bila 1,31 (CI 95%: 0,59 -2,04), SD=2.01 . T-testom je utvrđena statistički visoko značajna razlika skora za depresiju između ispitanika sa nagluvosti i ispitanika sa normalnim sluhom, $t=-6,9$; $p<0,001$.

Srednja vrednost skora anksioznosti je u eksperimentalnoj grupi iznosila 13,37 (CI 95%: 11,57-15,17), SD=4.2, a u kontrolnoj grupi 2,19 (CI 95%: 0,67-3,70), SD=9.1, T-testom je utvrđena statistički značajna razlika skora za anksioznost između ispitanika sa nagluvošću i

ispitanika sa normalnim sluhom ($t= -6,7$; $p<0,001$).

Srednja vrednost skora stepena stresa u grupi sa nagluvošću iznosila je 17,29, (CI 95%: 19,23-15,35), SD=9.72, dok je u kontrolnoj grupi srednja vrednost skora stepena stresa iznosila 4,06 (CI 95%: 5,65-2,47), SD=4.4. T-testom je utvrđena statistički visoko značajna razlika skora za stepen stresa između ispitanika sa nagluvošću i ispitanika sa normalnim sluhom ($t= -7,4$; $p<0,001$).

U Tabeli 3. prikazana je korelacija stepena depresije i stepena nagluvosti is-

Tabela 1. Stepen nagluvosti ispitanika
Table 1. The degree of hearing loss in patients

PTA (dB)	N	%
Normalan sluh, 0 dB – 24 dB	31	24.4
Laka nagluvost, 26 dB – 40 dB	42	31.3
Srednja nagluvost, 41 dB – 55 dB	15	11.5
Umereno teška nagluvost, 56 dB – 70 dB	23	17.6
Teška nagluvost, 71 dB – 90 dB	18	13.7
Duboka nagluvost, 90 dB – 100 dB	2	1.5
Ukupno	131	100.0

Tabela 2. Etiologija nagluvosti u grupama ispitanika
Table 2. Etiology of hearing loss in the patients

Etiologija nagluvosti	N	%
Kontrolna grupa	31	23.7
Kohlearna lezija	53	40.5
Hronični otitis media	13	9.9
Morbus Meniere	15	11.5
Otoskleroza	10	7.6
Akutna gluvoća	9	6.9
Total	131	100.0

pitanika u grupi sa oštećenim sluhom. Ispitanici sa lakom nagluvosti imali su u proseku niže vrednosti skora depresije u odnosu na ispitanike sa srednjom, srednje teškom i teškim stepenom nagluvosti. Pirsonov koeficijent korelacije je pokazao nizak stepen korelacije između stepena nagluvosti i skora depresivnosti ispitanika $R=0.116$, $p>0,05$ (Tabela 6). Nije utvrđena statistički značajna razlika skora depresivnosti ispitanicima sa različ-

tim stepenom nagluvosti, ($X^2 = 19,2$; $p>0,05$).

U Tabeli 4. prikazana je korelacija skora i stepena anksioznosti i stepena nagluvosti kod ispitanika sa oštećenim sluhom. Ispitanici sa umereno teškom i teškom nagluvosti imali su u proseku ispoljen viši stepen aksioznosti. Pirsonov koeficijent korelacije je pokazao nizak stepen korelacije između stepena nagluvosti i skora anksioznosti ispitanika

Tabela 3. Korelacija skora depresije i stepena nagluvosti ispitanika
Table 3. Correlations between scores of depression and degree of hearing loss patients

Stepen depresije	Stepen nagluvosti (dB PTA)					Ukupno
	Laka nagluvost (21 - 40)	Srednja nagluvost (41 - 55)	Umjereno teška nagluvost (56 - 70)	Teška nagluvost (71 - 90)	Duboka nagluvost (91 - 100)	
Normalan	23	6	10	9	1	49
Laki	5	0	2	2	0	9
Srednji	8	3	0	3	1	15
Teški	5	4	5	2	0	16
Veoma teški	1	2	6	2	0	11
Ukupno	42	15	23	18	2	100

Tabela 4. Korelacija skora anksioznosti i stepena nagluvosti ispitanika
Table 4. The correlation of scores of anxiety and degree of hearing loss patients

Stepen anksioznosti	Stepen nagluvosti (dB PTA)					Ukupno
	Laka nagluvost (21 - 40)	Srednja nagluvost (41 - 55)	Umjereno teška nagluvost (56 - 70)	Teška nagluvost (71 - 90)	Duboka nagluvost (91 - 100)	
Normalan	12	5	5	8	0	30
Laki	4	1	1	0	0	6
Srednji	13	3	5	6	1	28
Teški	4	3	0	2	0	9
Veoma teški	9	3	12	2	1	27
Ukupno	42	15	23	18	2	100

$R=0.03$, $p>0,05$ (Tabela 6). Nije utvrđena statistički značajna razlika skora depresivnosti ispitanicima sa različitim stepenom nagluposti ($X^2 = 18,5$; $p>0,05$).

U Tabeli 5. prikazana je korelacija stepena stresa i stepena nagluposti kod ispitanika sa oštećenim sluhom. Ispitanici sa umjereno teškom i teškom nagluposti imali su u prosjeku ispoljen niži stepen aksioznosti, tako da je Pirsonov koeficijent korelacije imao negativan predznak $R=0.03$, $p>0,05$ (Tabela 6). Utvrdili smo nizak stepen korecije između stepena nagluposti i stepena stresa ispitanika. Nije utvrđena statistički značajna razlika stepena stresa kod ispitanika sa različitim stepenom naglupostiv ($X^2 = 16,8$; $p>0,05$).

DISKUSIJA

Naglupost i gluvoća pripadaju najčešće zastupljenim hroničnim oboljenjima u opštoj populaciji. U istraživanju smo analizirali povezanosti depresije, anksioznosti i stresa sa različitim stepenom nagluposti. Skor depresije u DASS skali kod ispitanika sa naglupošću bio je značajno viši u odnosu na ispitanike sa normalnim sluhom. Utvrdili smo da stepen nagluposti nije značajno uticao na stepen depresivnosti, ali je slušno oštećenje kao hronično i trajno stanje uticalo na ispoljavanje depresivnosti. Utvrdili smo direktnu korelaciju između stepena nagluposti i stepena depresivnosti, ali bez statističke značajnosti. Stepem povezanosti između skora

Tabela 5. Korelacija skora stresa i stepena nagluposti ispitanika						
Table 5. Correlation between stress scores and degree of hearing loss patients						
Stepen stresa	Stepen nagluposti (dB PTA)					Ukupno
	Laka naglupost (21 - 40)	Srednja naglupost (41 - 55)	Umjereno teška naglupost (56 - 70)	Teška naglupost (71 - 90)	Duboka naglupost (91 - 100)	
Normalan	20	7	7	11	1	46
Laki	3	0	5	2	0	10
Srednji	10	3	6	1	0	20
Teški	6	5	3	4	1	19
Veoma teški	3	0	2	0	0	5
Ukupno	42	15	23	18	2	100

Tabela 6. Pirsonov koeficijent korelacije stepena nagluposti i stepena depresije, anksioznosti i stresa ispitanika sa nagluposti				
Table 6. Pearson's correlation coefficient degrees of hearing loss and the degree of depression, anxiety and stress of patients with hearing loss				
Koeficijent korelacije	Pearson R	Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Stepen depresije	0.116	0.091	1.153	.252 ^c
Stepen anksioznosti	0.03	0.097	0.296	.768 ^c
Stepen stresa	-.044	.100	-.436	.664 ^c

depresije i stepena nagluposti izražen koeficijetom korelacije bio je nizak. Naši rezultati su saglasni rezultatima studije Marita i sar. [12] koji su u skrining istraživanju utvrdili visoku učestalost anksioznosti i depresije kod naglupih osoba u odnosu na one normalnog sluha. Skor anksioznosti kao i skor depresije bili su značajno veći kod ispitanika sa naglupošću u odnosu na ispitanike normalnog sluha. Stepenn korelacije između stepena anksioznosti i stepena gubitka sluha bio je nizak i direktno srazmeran, dok je korelacija između stepena stresa i stepena nagluposti bila obrnuto srazmerna, dakle sa porastom stepena nagluposti koeficijent stresa je imao niže vrednosti. Iako korelacija između stepena anksioznosti i stresa sa stepenom nagluposti nije bila statistički značajna, uočili smo porast stepena depresije i anksioznosti kod pacijenta sa većim gubitkom sluha kao i kod onih kod kojih je naglupost duže trajala. S obzirom na stepenn oštećenja sluha najveći broj ispitanika u istraživanju je imao laku, umjerenu i srednje tešku naglupost. Iako prema proceni Svetske zdravstvene organizacije laka naglupost ne predstavlja nesposobnost, potrebno je istaći da većina studija pokazuje da naglupost progresivno narušava sposobnost razumevanja govora, pa time utiče na psihosocijalni status osobe, njenu isključenost iz okruženja i smanjenje sposobnosti za rad u pojedini

nim profesijama [11, 13, 14]. Boi i sar. [14] su u populaciji starijih ispitanika kod kojih je naglupost veoma često oboljenje, utvrdili povišen indeks depresije i anksioznosti, sa posebno signifikatnim simptomima kod srednje teškog i teškog oštećenja sluha. Garnefski i sar. [13] su utvrdili značajno niži kvalitet života kod osoba koje su postale naglupve ili glupve nakon treće godine godine života u odnosu na ispitanike koji su postali naglupvi u ranijoj životnoj dobi.

ZAKLJUČAK

Rezultati istraživanja pokazuju da naglupve i glupve osobe pokazuju preosetljivost na poremećaje mentalnog zdravlja. Rezultati jasno pokazuju simptome anksioznosti, depresije i povećanog nivoa stresa kod osoba koje slabije čuju u odnosu na ispitanike sa dobrim sluhom. Neki od problema u mentalnom zdravlju potiču iz djetinjstva, od različitih etiologija nagluposti, socioekonomskog statusa ili različitih iskustava u vezi sa stigmom i diskriminacijom. Takvim poremećajima je potrebno posvetiti pažnju jer naglupost progresivno narušava sposobnost razumevanja govora, pa time utiče na psihosocijalni status osobe, njenu isključenost iz okruženja i smanjenje sposobnosti za rad u pojedini profesijama.

HEARING LOSS IMPACT ON ANXIETY AND DEPRESSION: A STUDY WITH DASS SELF-ASSESSMENT QUESTIONNAIRE

Mira Spremo¹
Slobodan Spremo²
Tatjana Marković-Basara¹
Dalibor Vranješ²

- 1 Klinika za psihijatriju, Univerzitetski klinički centar Banja Luka, Bosna i Hercegovina
- 2 Klinika za bolesti uha grla i nosa, Univerzitetski klinički centar Banja Luka, Bosna i Hercegovina

Summary

Introduction. Physical disabilities may increase the risk of developing mental disorder and are significant predictor of the degree of psychosocial problems. Risk for developing emotional disorders is two to four times higher among people with chronic illnesses or disabilities than the general population.

Objective. The aim of the research was to compare the frequency and degree of anxiety, depression and stress present in people who have a hearing problem in relation to the general population.

Method. The sample consisted of 131 outpatients. The experimental group were individuals with some degree of hearing loss (n=100) while the control group were normal hearing subjects (n=31). Etiological factors in the group with hearing loss were cochlear lesions, chronic otitis, Morbus Meniere and acute hearing loss. A 42-item Depression Anxiety and Stress Scale (DASS), including self-report scales measuring the degree of depression, anxiety and stress together with the audiogram as a measure of the degree of hearing impairment were used as the study instruments. Methods of descriptive statistics, T-test, Chi square test, and correlation tests (Pearson's coefficient) were applied to analyze the data.

Results. In subjects with hearing loss depression score was 12.26 (95% CI: 10.25 - 14.27), while in the normal hearing group mean depression score was 1.31 (95% CI: 0.59 - 2.04). T-test showed significant difference in depression scores ($t = -6.9, p < 0.001$). Anxiety scores in the hearing loss group was 13.37 (CI 11 0.57 to 15, 17), whereas in the normal hearing group it was 2.19 (CI: 0.67 - 3,70). T-test showed significant difference for anxiety ($t = -6, 7, p < 0.001$). The score of stress in the group with hearing loss was 17, 29 (CI 95%: 19,23-15,35), while in the normal hearing group the stress score was 4,06 (CI 95%: 3,65-2,47). T-test showed significant difference in stress scores ($t = -7.4, p < 0.001$).

Conclusion. The results of the study showed significantly increased scores of depression, anxiety and stress among subjects with hearing loss. We found that people with hearing loss are prone to increased vulnerability to mental disorders in comparison to normal hearing subjects. People with hearing disorders should be followed up to implement appropriate preventive measures of mental disabilities.

Key words: hearing loss, depression, anxiety, stress

Literatura:

1. Eide AH, Rīysamb E. The relationship between level of disability, psychological problems, social activity, and social networks. *Rehabilitation Psychology* 2002; 47(2): 165-83.
2. Turner RJ, Beiser M. Major depression and depressive symptomatology among the physically disabled. Assessing the role of chronic stress. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178(6):343-50.
3. Strand BH, Dalgard OS, Tambs K, Rognerud M. Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36) *Nord J Psychiatry* 2003; 57(2):113-8.
4. de Graaf R, Bijl RV. Determinants of mental distress in adults with a severe auditory impairment: differences between prelingual and postlingual deafness. *Psychosom Med* 2002; 64(1):61-70.
5. Leigh IW, Robins CJ, Welkowitz J, Bond RN. Toward greater understanding of depression in deaf individuals. *Am Ann Deaf* 1989; 134(4):249-54.
6. Knutson JF, Johnson CR, Sullivan PM. Disciplinary choices of mothers of deaf children and mothers of normally hearing children. *Child Abuse Negl* 2004; 28(9):925-37.
7. Luey HS, Glass L, Elliott H. Hard-of-hearing or deaf: issues of ears, language, culture, and identity. *Soc Work* 1995; 40(2):177-82
8. Knutson JF, Johnson CR, Sullivan PM. Disciplinary choices of mothers of deaf children and mothers of normally hearing children. *Child Abuse Negl* 2004; 28(9):925-37.
9. Sundewall Thorén E, Andersson G, Lunner T. The use of research questionnaires with hearing impaired adults: online vs. paper-and-pencil administration. *BMC Ear Nose Throat Disord*; 12(1):12.
10. Boorsma M, Joling K, Dussel M et al. The incidence of depression and its risk factors in Dutch nursing homes and residential care homes. *Am J Geriatr Psychiatry* 2012; 20(11):932-42.
11. Arroll M, Dancey CP, Attree EA, Smith S, James T. People with symptoms of Ménière's disease: the relationship between illness intrusiveness, illness uncertainty, dizziness handicap, and depression. *Otol Neurotol* 2012; 33(5):816-23.
12. Bakir S, Kinis V, Bez Y et al. Mental health and quality of life in patients with chronic otitis media. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2012 May 8. Epub ahead of print.
13. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive coping and goal adjustment are associated with symptoms of depression and anxiety in people with acquired hearing loss. *Int J Audiol* 2012; 51(7):545-50.
14. Boi R, Racca L, Cavallero A et al. Hearing loss and depressive symptoms in elderly patients. *Geriatr Gerontol Int* 2012; 12(3):440-5.

Mira Spremo
Kordunaška 4, Banja Luka
Bosna i Hercegovina
Tel. +387 65 611 898
E-mail: spremom@gmail.com

DEMOGRAFSKA OBELEŽJA I VRSTE TRETMA NA PRIMENJENE KOD ČLANOVA KLUBOVA LEČENIH ZAVISNIKA OD ALKOHOLA U SRBIJI

Sladana Dragišić Labaš^{1,2}
Petar Nastasić³

- 1 Klinika za psihijatrijske bolesti „Dr Laza Lazarević“, Beograd, Srbija
- 2 Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija
- 3 Fakultet političkih nauka, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

Kratak sadržaj

Uvod. Čvrsto uspostavljena alkoholičarska homeostaza menja se u procesu lečenja, a postignute promene se održavaju i produbljuju u procesu rehabilitacije u klubovima i grupama samopomoći. Kvalitetna rehabilitacija treba da pomogne zavisnicima da poboljšaju kvalitet života.

Cilj rada. Cilj rada je opis demografskih obeležja zavisnika od alkohola, članova Klubova lečenih zavisnika, i vrste tretmana koji su primenjeni u procesu lečenja, kao i dužina njihovih apstinencija, broj recidiva muškaraca i žena i pozitivna istorija alkoholizma u porodici.

Metod rada. Korišćen je upitnik koji osim osnovnih demografskih podataka sadrži pitanja o različitim terapijama primenjenim u procesu lečenja alkoholizma, broju lečenja, dužini apstinencije, prisustvu alkoholizma u užoj i široj porodici. Uzorak čini 115 ispitanika, od toga 92 muškaraca i 23 žene iz Beograda, Niša, Vranja i Kikinde.

Rezultati. U starosnoj strukturi, sa oko 60%, zastupljena je kategorija od 46 do 65 godina. Dominira srednje obrazovanje (62%), mada je značajan broj respodenata sa višim i visokim obrazovanjem (30%). Znatno veći broj žena koje su u procesu lečenja živi u Beogradu (preko 50%). Muškarci imaju više recidiva (40%) u odnosu na žene (13%). Klub i upotreba esperala, kao i porodična terapija pojavljuju se češće kao načini lečenja i rehabilitacije respodenata sa sa dužim apstinencijalnim stažom. Samo oko 1/3 ispitanika nema alkoholizam u porodicama porekla, a najčešće su zavisnici očevi i dede po ocu.

Zaključak. Jednogodišnja apstinencija se znatno češće postiže uključivajem u klub, nego bez ove vrste tretmana, što se pokazalo statistički značajnim za sve starosne kohorte. Dobili smo takođe veoma značajan podatak da je samo 17% članova klubova u toku sadašnjeg lečenja i rehabilitacije imalo recidiv. Klubovi ili grupe samopomoći predstavljaju socijalni kapital za lečene zavisnike od alkohola.

Ključne reči: zavisnici od alkohola, demografske varijable, klubovi

ALKOHOLIZAM KAO SISTEMSKI PROCES

Prema savremenim eko-sistemskim teorijama o nastanku alkoholizma, on se razume kao interakcijski, sistemski proces tako da se sasvim jasno pojavljuje neka vrsta kontinuuma. Na jednom kraju tog kontinuuma je "nulto pijeње" tj. apstinenti, a na drugom, suprotnom kraju kontinuuma, su tzv. teški "pijači" ili alkoholičari, znači oni koji ispoljavaju patološki obrazac pijeња alkoholnih pića. Postojanje ovog kontinuuma i tačka do koje će neki pojedinac, porodica ili neka druga ljudska grupa stići određeno je osobinama sistema i delovanjem sistemskih procesa, među kojima su najznačajniji mehanizmi homeostaze. Sa druge strane, identifikuju se "faktori rizika" za započinjanje i intenziviranje pijeња i alkoholizma (pijeње i alkoholizam roditelja, agresivnost i sociopatija roditelja, nisko samopoštovanje, stresovi, društveni faktori, pijeње u vršnjačkoj grupi i dr.). Interakcijom "faktora rizika" i mehanizama homeostaze (u kojima su osim osobina porodice, značajne i osobine društvene sredine), tj. njihovom međugrom i sinhronizacijom determiniše se pomeranje "napredovanje prema bolesti" na opisanom kontinuumu. Do određene tačke izgleda da je moguće spontano prekidanje i zaustavljanje procesa i vraćanje unazad na prethodnu tačku kontinuuma, ali u jednom momentu ostvaruje se "uklapanje" ili "hipersinhronizacija" više sistemskih procesa i zaustavljanje nije moguće.

Na nivou biološkog sistema pojedinca događaju se biohemijske strukturne promene, kao i u psihološkom i socijalnom sistemu pojedinca. To sve skupa od-

ređuje ireverzibilnost, u odnosu na odvijanje kontinuiteta procesa. Naime, izgubi se mogućnost vraćanja na kontrolisano ponašanje, na kontrolisani obrazac pijeња pojedinca, a sistem ulazi u patološki balans koji onemogućava promene na bolje. Razvija se dakle alkoholizam kao kompleksan "simptom", koji se odlikuje:

- stvaranjem promena u biološkom sistemu pojedinca;

- predvidljivim i poznatim oblicima njegovog telesnog i psihološkog disfunkcionisanja;

- poremećajem odnosa sa bliskim osobama;

- pojavom disfunkcija kod tih bliskih osoba (supruga, dece);

- ozbiljnim poremećajima u odnosu sa socijalnim okruženjem.

Kretanje pojedinca na kontinuumu, tj. razvoj alkoholizma omogućen je "procesima održavanja" ili "procesima prilagođavanja" što vodi destruktivnom ishodu, ukoliko se ne dogode promene u sistemima oko njega (pojedinca) [1].

VRSTE TRETMANA U LEČENJU ALKOHOLIZMA

Sistemska porodična terapija

U Srbiji se već gotovo 35 godina primenjuje sistemska porodična terapija. Izvorno, ovaj terapijski model je proistekao iz sociopsihijatrijskog modela lečenja alkoholizma u Institutu za mentalno zdravlje, a sistemsku komponentu uključivanja supruge i članova porodice nadgradio je Gačić i sar. [2- 4]. U suštini se ovaj tretman može nazvati sistemska grupna porodična terapija alkoholizma (SGPTA) [5- 7] koji se primenjuje u svim

većim terapijskim ustanovama u Srbiji u kojima se leči alkoholizam.

Postignuto je prožimanje dva modela koje deluje gotovo prirodno. Time je stvoren kompletniji program u kome su se očigledno pojavile odlike jednog novog i konzistentnog (i teorijskog i terapijskog) modela. Ove odlike koje su sada već čvrsto inkorporirane u terapijskom radu su:

1. Aktivno učešće supruge i drugih članova porodice i/ili proširene porodice i prijatelja u lečenju alkoholizma. Osnovna terapijska forma je grupna terapija.

2. Terapijsko delovanje na porodicu kao terapijsku jedinicu i/ili na socijalno-profesionalno okruženje kao celovit sistem. To podrazumeva, za učesnike u lečenju poziciju sastavnog dela pacijentovog sistema, tj. poziciju ko-pacijenta, koji je doprinosaio adaptivnim i homeostaznim procesima, čiji je ishod alkoholizam.

3. Postojanje faza u ostvarivanju programa, koje s jedne strane ističu nivoe terapijskih akcija i terapijskih zahteva, a s druge strane određuju vremenski redosled analiziranja i menjanja sistema, koji izgleda ovako: sadašnjost, prošlost, budućnost.

4. Neminovnost ozbiljnog edukovanja pacijenta i porodice da bi kvalifikovano mogli da sagledaju svoje učešće u održavanju disfunkcionog sistema i da bi mogli da postignu neophodne promene.

5. Specifikacija - individualizacija programa za porodicu kroz kombinovanje tehnika i metoda porodične terapije alkoholizma i grupne psihoterapije, i kroz sprovođenje programa u svim nivoima kliničkog rada: kliničko odeljenje, dnevna bolnica, vanbolničke porodične grupe, klub i dispanzer [1, 8].

Međutim, treba imati na umu nekoliko činjenica pri primeni porodične terapije alkoholizma, a to su:

- raznovrsnost kliničkih slika alkoholizma;

- značajna psihoorganska oštećenja alkoholičara;

- poremećaji ličnosti, sociopatska ponašanja i trajna organska oštećenja ličnosti alkoholičara;

- nalazi genetičkih istraživanja psihijatrijskih poremećaja i alkoholizma.

Klub lečenih zavisnika i zavisnica od alkohola

Ciljevi lečenja alkoholizma su upravo zbog prethodno navedenih činjenica veoma zahtevni, i potrebno je više godina intenzivnog rada na njihovoj realizaciji. U ostvarivanju promene čvrsto uspostavljene alkoholičarske homeostaze klubovi i grupe samopomoći su veoma korisne.

Klubovi su najznačajniji u fazi rehabilitacije koja se smatra najtežom u lečenju zavisnosti od alkohola. Rehabilitacija je intenzivan proces, koji podrazumeva promene u načinu života (patološkog životnog balansa), i to u smislu promene obrazaca ponašanja koji održavaju različite vrste zavisnosti. Rehabilitacija je po Čeksfildu [9] povratak životu, posle bolesti ili invalidnosti. U fazi rehabilitacije lečenih zavisnika od alkohola očekuje se nastavak započetog rada (često u grupnoj porodičnoj ili terapiji jedne porodice, kao i individualnoj) na uspostavljanju kontinuiteta u izgradnji drugačijeg ličnog i porodičnog sistema vrednosti, kao i poboljšanja kvaliteta življenja. Kvalitetna rehabilitacija treba da pomogne zavisnicima da poboljšaju kvalitet života. Komponente kvaliteta života su: posto-

janje, pripadanje i sfera ispoljavanja [10]. U toku procesa rehabilitacije, ali i u procesu lečenja, podstiču se i održavaju pripadanje – uža socijalna pripadnost, koja podrazumeva poboljšanje odnosa sa partnerom, porodicom, prijateljima. Posebno u procesu rehabilitacije izdvajamo pripadnost društvu uopšte, koja podrazumeva različite društvene aktivnosti i ispoljavanje ili aktivnosti usmerene ka ostvarenju ciljeva i aspiracija, u koje spadaju – kućne aktivnosti, posao, učenje, obrazovanje, rekreacija, relaksacija. Upravo se u klubovima i grupama samopomoći ostvaruje pozitivni terapijski pritisak za učenje novog socijalnog ponašanja koje dolazi od grupe u celini, a koje je otvoreno prema društvenoj zajednici, adaptiranije i zrelije [11].

Dimić [12] navodi da je klub „prolazna stanica“ posle pada u alkoholizam, a da bi se iz alkoholizma izašlo. Smatra ga neophodnim za održavanje postignute apstinencije. U klubu se osvežava motivacija i dobija stalna podrška drugih članova i terapeuta. Klub predstavlja mesto za trening socijalnih veština. Osnovni zadatak kluba je trajna apstinencija i maksimalno moguća rehabilitacija i resocijalizacija, što znači višegodišnji rad članova i terapeuta u izgradnji jednog modela zdravog funkcionisanja u društvenoj zajednici [13].

Smatramo da je klub mesto za edukaciju, povećanje motivacije, održavanje apstinencije, isto kao i mesto za stvaranje socijalnog kapitala, usvajanje novih porodičnih, kulturnih i društvenih vrednosti, smanjenje stigmatizacije, a na kraju kao ishod svega ovoga povećanje kvaliteta života [14].

Zajednica Klubova lečenih alkoholičara Srbije (ZKLAS) angažuje se u organizaciji različitih aktivnosti koje su veo-

ma značajne u procesu rehabilitacije lečenih zavisnika i njihovih porodica (kulturne, rekreativne, sportske, edukativne, itd.). ZKLAS predstavlja upravo važan faktor koji pomaže lečenim zavisnicima da dobiju „novi sistem podrške ili stvaranje podrške iz socijalne mreže i društva“ kako to u svom tekstu o rehabilitaciji navodi Čaksofeld (Chacksfield, 2002) [9].

Poznavanje različitih rehabilitacionih programa je od suštinskog značaja u pravljenju plana lečenja alkoholizma. U SAD se programi rehabilitacije prave tako što se uzimaju u obzir različiti, specifični faktori kao i stepen prihvaćenosti i efikasnost programa, npr. ukoliko pacijent ima porodicu koja želi da učestvuje u lečenju, bira se program koji uključuje članove porodice u proces, ukoliko su u pitanju vernici, bira se program sa religioznom orijentacijom, ukoliko pacijent želi može da se uključi u grupu koja je namenjena samo jednom polu, ili u program za gej populaciju, zatim u programe koji uključuju detoksikaciju ili medikamentoznu terapiju, kao i posebne terapije za pacijente sa komorbidnim stanjima i za pacijente koji su preživeli fizička i seksualna zlostavljanja. Za zavisnike i zavisnice koji su imali više lečenja, a uvidom u vrste terapija koje su prethodile i nisu dovele do duže apstinencije, može da se odredi sadašnja terapija. Rehabilitacioni programi se razlikuju u odnosu na trajanje, intenzitet, filozofiju programa, kao i da li se odvijaju u bolničkim, ili pak vanbolničkim uslovima [9]. Naši adiktolozi takođe vrše procenu i prilagođavaju programe pacijentima, mada je izbor programa manji od navedenih.

Izbor odgovarajućeg rehabilitacionog programa za zavisnika(cu) od alkohola je izuzetno važan korak u lečenju.

EPIDEMIOLOGIJA UPOTREBE I ZAVISNOSTI OD ALKOHOLA I DEMOGRAFSKA OBELEŽJA LEĆENIH ZAVISNIKA(CA) OD ALKOHOLA

Trendovi globalizacije su uticali da se briga o zdravlju populacije u svetu stavi u primarni fokus za razmatranje u politici i delovanju. Ova briga za zdravlje populacije potiče iz stava o zdravlju kao osnovnom ljudskom pravu. Alkohol je danas značajan činilac morbiditeta i mortaliteta u svetu.

Svetska zdravstvena organizacija (SZO) procenjuje da širom sveta oko 2 milijarde ljudi konzumira alkoholna pića, a ako 76,3 miliona ima dijagnostikovanu zloupotrebu ili zavisnost od alkohola. Pored hroničnih bolesti koje se javljaju kod osoba koje konzumiraju alkohol u većim količinama nakon niza godina, alkohol je odgovoran za traumatske povrede koje mogu da izazovu smrt ili invalidnost kod osoba svih uzrasta [15]. U svetu svake godine 2,5 miliona ljudi umre zbog posledica štetne upotrebe alkohola [16].

Široko je rasprostranjeno mišljenje u stručnoj i u široj javnosti da je alkoholizam „bolest broj tri” (posle malignih i kardiovaskularnih bolesti) što se ne menja već dugi niz godina. Tako da je alkoholizam bio i ostao najrasprostranjenija bolest zavisnosti. Osim što je bolest, ne možemo zanemariti i vrlo snažnu socijalnu komponentu alkoholizma, uključujući i porast nasilja, probleme na poslu i unutar porodica. U poslednjoj dekadi Evropa beleži porast broja samoubistava, ubistava kao i različitih nezgoda uzrokovanih alkoholom. Alkoholizam je u svim evropskim regijama povezan sa siromaštvom i pothranjenošću. Alkohol

u značajnoj meri opterećuje nekoliko aspekata ljudskog života u Evropi, ali možemo definisati dve velike oblasti i to: „štetan uticaj na zdravlje“ i „štetne posledice na društvo u celini“.

Konzumiranje alkohola je povezano sa više od 60 tipova bolesti i povreda [15]. Približno 4% svih smrtnih slučajeva mogu se povezati sa upotrebom alkohola, čije su najčešće posledice: povrede, maligna oboljenja, bolesti srca i krvnih sudova i ciroza jetre. Nesrećni slučajevi čine jednu trećinu svih smrtnih slučajeva, dok su neuropsihijatrijski poremećaji vezani za konzumiranje alkohola odgovorni za 40% od 58,3 miliona DALYs (Disability-Adjusted Life Year).

Upotreba alkohola je vodeći faktor rizika od oboljevanja u zemljama u razvoju sa niskom stopom smrtnosti, a treći po redu faktor rizika u razvijenim zemljama. U Evropi su žene u 20 do 35% zastupljene među konzumentima alkohola što je u odnosu na svet čini znatno veći procenat [16].

Poseban problem u gotovo svim zemljama jeste povećanje alkoholne intoksikacije među mladim ljudima. Svake godine preko 55.000 mladih Evropljana umire zbog posledica prekomernog konzumiranja alkohola, tj. jedan od četiri smrtna ishoda u Evropi kod mladih muškaraca (15 – 29 godina) povezan je s alkoholom. [16]

U starosnoj kohorti od 15 do 29 godina u svetu 320.000 smrtnih slučajeva se može povezati sa upotrebom alkohola, što čini 9% od ukupne smrtnosti u ovoj starosnoj grupi [16].

Od 2007. do 2011.god. među mladima porastao je broj teških opijanja (intoksikacija) posebno u četiri zemlje – Kipar, Grčka, Mađarska, Srbija [17]. Nova strana istraživanja ukazuju da su kon-

zumenti uglavnom muškog pola, osim ženske u kojoj se broj mladića i devojaka koji upotrebljavaju alkohol gotovo izjednačava. Što se SAD tiče, pokazalo se da mladići češće konzumiraju alkohol u poređenju sa devojka, ali se razlika poslednjih godina smanjuje [18]. U stranim studijama nalazimo podatke da mladići počinju sa pijenjem u ranijem uzrastu od devojaka, i da je stopa alkoholizma i dalje tri do pet puta viša.

Pijenje alkoholnih pića u Srbiji je široko prihvaćeno društveno ponašanje, a aktuelnu situaciju na ovom polju karakteriše visoka učestalost konzumiranja alkohola, posebno među mladima. Razlog ovome su, sa jedne strane, okolnosti uslovljene tranzicijom, a sa druge, upotreba alkohola je deo tradicije, običaja i kulture. Istovremeno, zloupotreba alkohola vrlo često nije prepoznata na vreme što dovodi do povećanog morbiditeta i mortaliteta od bolesti izazvanih upotrebom alkoholnih pića, povećanja opterećenja ovom bolešću i povećanja ekonomskih troškova ne samo lečenja, već i drugih posledica alkoholizma, kao što su saobraćajni traumatizam, apsentizam i dr. [19].

Dosadašnja istraživanja kod nas i u svetu ukazuju na određene demografske karakteristike zavisnika i zavisnica od alkohola, koje pokazuju značajne promene u odnosu na relativno stabilne demografske pokazatelje registrovane u poslednje dve do tri decenije. U domaćoj literaturi nailazimo na podatke o polu, i to da muškarci imaju veću stopu prevalence i incidence od kada se alkoholizam dijagnostikuje kao bolest (1951), međutim, taj odnos se menjao od 1:7 i 1:6 do 1:3 70. i 80. godina prošlog veka, muškarci i stariji adolescenti su u većem riziku za probleme sa pićem u odnosu na

devojke i mlađe adolescente [2]. U Centru za porodičnu terapiju alkoholizma Instituta za mentalno zdravlje u Beogradu, od ukupnog broja lečenih alkoholičara u toku 1988. godine 44% su bili mladi, starosti do 30 godina [20].

U tekstu koji sledi napravićemo poređenje između demografskih varijabli dva istraživanja koja su rađena u dva vremenska perioda, a koji se razlikuju po društvenom kontekstu tj. promenama koje su pratile tranziciju u Srbiji. Nemoć je donositi zaključke na osnovu ova dva istraživanja kojim smo samo hteli da proverimo eventualna kretanja u periodu od 10 godina u smislu rodne, starosne, obrazovne strukture i zaposlenosti.

Istraživanjem na uzorku od 60 bračnih parova (suprug je identifikovani pacijent - zavisnik) u Centru za porodičnu terapiju IMZ-a dobijene su sledeće demografske varijable o isitanicima - prosečna starost muževa iznosi 38,4 godine, a žena nešto iznad 36 godina [1]. Više od tri četvrtine bračnih parova u starosnoj je dobi ispod 40 godina, što može ukazati da se starosna granica za formiranje kompletne alkoholne zavisnosti u ovom uzorku pomera naniže. Muškarci u nešto većem broju potiču iz grada dok su supruge u većem broju sa sela. Ispitanici uglavnom imaju završenu srednju školu. Muževi su zaposleni, dok je devet nezaposlenih žena i jedna u penziji. Zaposleni bračni partneri obavljaju poslove u skladu sa obrazovanjem. Većina ispitanika ima alkoholizam u primarnoj porodici, odnosno 58% muževa i 40% žena potiču iz porodica gde je jedan od roditelja ili bliskih rođaka bio zavisnik.

Istraživanje rađeno na uzorku od 100 bračnih parova (muž alkoholičar) ukazuje da najviše ispitanika pripada starosnoj kategoriji od 31 do 50 godina

(53,6%), mada je značajan broj osoba (37,3%) starosti od 51 do 60 godina [2]. U Beogradu živi oko 86% ispitanika dok ostalih 14,5% u okolini.

Ispitanici u oko 55% slučajeva imaju srednju školu, čak 24% su fakultetski obrazovani, 15% ima višu školu, a sa osnovnom školom je samo 5% ispitanika, što predstavlja solidnu obrazovnu strukturu. Ispitanici se bave veoma različitim poslovima, visoko stručnim - zastupljeni su medicinski, hemijski, tehnički i ostali stručnjaci, administrativnim poslovima, uslužnim delatnostima, različitim zanatima. Zastupljena su različita zanimanjima i ima ih u više od 20 kategorija za ceo uzorak (n=200). Kod oko 50% ispitanika se nalazi podatak o alkoholizmu u primarnoj porodici. Četvoročlane i tročlane porodice, sa dvoje dece i jednim detetom, dominiraju u uzorku (oko 70%). U polovini porodica rade dva člana, uglavnom supružnici, mada je značajan procenat porodica (oko 35%) u kojima je jedan član domaćinstva u stalnom radnom odnosu. U 28% porodica je u poslednjih 5 godina neko od članova ostao bez posla, što dodatno narušava lošu materijalnu situaciju većine alkoholičarskih porodica, koje su se kao i ostale, bez problema sa alkoholom, u godinama blokirane, usporene i na kraju produžene tranzicije suočile sa padom socijalnog statusa, međutim zavisnost dodatno komplikuje egzistencijalnu problematiku ispitanika.

Poređenjem istraživanja zaključili smo da je starosna struktura slična mada u drugom imamo nešto starije ispitanike, ali su oni imali i više recidiva i lečenja pre poslednjeg kada su anketitani. Razlike su u obrazovnoj strukturi koja je znatno bolja u drugom istraživanju s obzirom da 39% respođenata imaju više i visoko

obrazovanje u odnosu na dominaciju srednjeg u prvom istraživanju. Bez obzira na obrazovanje tranzicija je uslovlila promene u nivou zaposlenosti, jer su u prvom istraživanju svi zavisnici u radnom odnosu kao i većina supruge, dok u drugom 35% ispitanika ne radi, a 28% je izgubilo posao u poslednjih 5 godina. Nešto manje ispitanika ima alkoholizam u primarnoj porodici 50% u odnosu na prvo istraživanje gde je prisutan u 58%. Znači da se polna struktura i starost nije bitno promenila dok se obrazovna struktura u zaposlenost bitno razlikuju.

NAŠE ISTRAŽIVANJE

Glavni cilj ovog rada je opis demografskih obeležja zavisnika od alkohola, koji su u procesu lečenja i rehabilitacije u Klubovima lečenih alkoholičara. Ostali ciljevi su saznanje - koje se vrste tretmana u lečenju alkoholizma primenjuju kod nas, koje vrste terapija ispitanicima najviše odgovaraju, dužina njihovih apstinencija i broj recidiva muškaraca i žena, pozitivna istorija alkoholizma - u primarnim porodicama ispitanika i široj porodici.

Uzorak čine 115 ispitanika, od toga 92 muškaraca i 23 žene, lečenih zavisnika/ca od alkohola, apstinenata i članova klubova iz četiri grada u Srbiji - Beograda, Niša, Vranja i Kikinde. Ispitanici iz Beograda su članovi klubova koji se nalaze u opštinama Zemun, Lazarevac, Savski Venac i Voždovac.

Od instrumenata istraživanja korišćen je upitnik koji osim osnovnih demografskih podataka sadrži pitanja o različitim terapijama primenjenim u procesu lečenja alkoholizma, mišljenju koja terapija ispitanicima najviše odgovara, broju

lečenja, dužini apstinencije, prisustvu alkoholiškog užitka u užoj i široj porodici.

Postavili smo sledeće hipoteze:

- Muškarci imaju veći broj recidiva i lečenja od žena.
- Češće će se lečiti žene višeg obrazovanja iz većih gradova.
- Porodična terapija, a posebno klub, uticaće na dužu apstinenciju.
- Članovi klubova imaju manje recidiva sada u odnosu na prethodne periode lečenja bez kluba.
- Muškarcima će više u lečenju alkoholiškog odgovarati grupna terapija i klub, a ženama porodična i individualna terapija.
- Većina ispitanika ima u užoj ili široj porodici osobe koje su zavisne od alkohola.

Analiza rezultata istraživanja

Starost i pol ispitanika

Najveći broj ispitanika, oko 60%, starosti je između 46 i 65 godina. U kategoriji najmlađih (26-35) je oko 10%.

Razlika po polu je vidna u starosnoj kohorti od 36 do 45 godina u kojoj su muškarci skoro duplo više zastupljeni od žena, dok se najveći broj žena nalazi u kategoriji između 46 i 55 godina.

Prema podacima iz literature pijenje žena je i dalje povezano sa različitim stresnim životnim događajima i osim nemanja i gubitka posla u našem društvu koji je visoko rizičan faktor za intenziviranje pijenja kod oba pola, žensko pijenje ima svoje specifičnosti. Više autora [1, 2, 11, 22-25] ističe da je kod žena prisutniji simptomatski alkoholiizam - pijenje zbog nezadovoljstva brakom, sobom, depresije, kao i drugih psihičkih problema. Kod žena zavisnica depresivni poremećaji su tri puta češći u odnosu na muškarce zavisnike, a pet puta češći pokušaji suicida u odnosu na žene koje piju umereno ili ne piju. Takođe su epizode prekomernog pijenja češće povezane sa stresnim životnim događajima kao što je i stopa smrtnosti veća u odnosu na muškarce [11].

Muškarci su teži konzumenti alkohola od žena, bez obzira na etničku grupu, religioznost, obrazovni nivo, bračni sta-

Tabela 1. Pol i starost ispitanika
Table. 1. Gender and age of examinees

Pol	Starost (god)					Ukupno
	26-35	36-45	46-55	56-65	preko 65	
Muški	8	16	25	25	18	92
Ženski	3	2	11	7	0	23
Ukupno	11	18	36	32	18	115

Tabela 2. Školska sprema ispitanika
Table 2. Educational level of participants

Pol	Školska sprema					Ukupno
	VIII OŠ.	srednja škola	viša škola	fakultet	mr sci i dr sci	
Muški	6	58	13	13	2	92
Ženski	3	13	5	1	1	23
Ukupno	9	71	18	14	3	115

tus i starost. Muškarci piju veće količine alkohola, češće se napijaju i imaju veće socijalne probleme u svim kulturama [26]. Ipak, ima sličnosti koje su vidne u nizu zdravstvenih, socijalnih, porodičnih, psihičkih i drugih problema.

*Mesto življenja, obrazovanje
i radni status respondentata*

Znatno veći broj žena koje su u procesu lečenja živi u Beogradu (preko 50%) što je na granici statističke značaj-

nosti u odnosu na druge gradove. Pretpostavka je da se žene u većim gradovima češće odlučuju na lečenje i da u ovoj odluci stigma takođe ima značajnu ulogu. Nižeg obrazovanja su žene koje žive u drugim gradovima, a višeg stanovnice Beograda gde dominiraju službenice i stručnjaci. Ono što smatramo pozitivnim i novim je da su se žene sa nižim obrazovanjem (NKV, PKV, KV) iz manjih sredina uključile i ostale u procesu lečenja i rehabilitacije u klubovima. Sudeći po ovim nalazima ženama odgovara-

Tabela 3. Radni status ispitanika
Table 3. Employment status of participants

Radni status			Starost (god)					Ukupno
			26-35	36-45	46-55	56-65	preko 65	
Zaposlen	pol	Muški	5	11	13	9		38
		Ženski	0	2	4	3		9
	Total		5	13	17	12		47
Nezaposlen	pol	Muški	1	3	9	6	1	20
		Ženski	3	0	3	1	0	7
	Total		4	3	12	7	1	27
Penzioner	pol	Muški		2	3	9	17	31
		Ženski		0	4	3	0	7
	Total			2	7	12	17	38
Honorarni rad	pol	Muški	2			1		3
	Total		2			1		3

Tabela 4. Najduža apstinencija ispitanika
Table 4. Longest abstinence of participants

Pol	Najduža apstinencija (meseci)									Ukupno
	≤ 6	7-12	13-24	25-48	49- 72	73 -96	97- 120	121-240	> 240	
Muški	8	9	17	18	13	9	2	12	3	91
Ženski	5	7	14	2	2	1	2	0	0	23
Ukupno	13	16	21	20	15	10	4	12	3	114

ra „klupska atmosfera“ i nije neophodno praviti „ženske KLA“.

U uzorku naših ispitanika(ca) dominira srednje obrazovanje (62%) mada je značajan broj respodenata sa višim i visokim obrazovanjem (30%). Uglavnom su ispitanici(e) KV i VKV radnici i službenici, kao i stručnjaci, dok je najmanji broj nekvalifikovanih i polukvalifikovanih.

Većina je u radnom odnosu (41%) ili su u penziji (33%), dok je nezaposlenih 23,5%. Među nezaposlenima skoro 50% čine osobe stare između 46 i 55 godina, znači još uveliko radno sposobne, ali u starosnom dobu nepodobnom (u našem društvu) za zasnivanje novog radnog odnosa. Gubitak posla je često uslovljen otkazom sve prisutnijim u tranzicionom društvu, a koji posebno pogađa ljude u srednjim godinama.

Jedan od razloga trenutne nezaposlenosti naših respodenata je svakako i alkoholizam, koji uslovljava smanjeno ili potpuno nefunkcionisanje na poslu. Stara politika motivisanja radnika od strane firme za lečenje u bivšoj SFRJ u većini preduzeća više nije prisutna. Oko 30% nezaposlenih ima srednju školu, a oko 20% visoku, dok među magistrima i doktorima nauka nema nezaposlenih.

Dužina apstinencije i broj recidiva ispitanika

Oko 40% muškaraca u našem uzorku ima više od jednog lečenja, pre uključivanja u sadašnji tretman, što znači i više od jednog recidiva, dok je među ženama 13% onih koje su se lečile više puta.

Razlika u dužini apstinencije između muškaraca i žena je statistički značajna ($p=0,035$) tako da muškarci imaju značajno duže apstinencije, što ukazuje da

se najveći broj žena prvi put i u skorije vreme uključio u terapiju, kao i da muškarci ranije postaju alkoholičari, te se stoga kod njih ranije formira nužnost lečenja i kroz duže lečenje u KLA ostvaruju i duže apstinencije. Možemo da razmišljamo o povećanom broju žena koje su zavisnice od alkohola, kao i o povećanom broju žena koje poslednjih godina počinju da se leče od alkoholizma za razliku od ranijih decenija gde su se žene zbog snažne stigme u našem društvu retko javljale na lečenje. Sve veći broj žena se uključuje u proces lečenja i rehabilitacije u klubovima, jer upravo u njima ne doživljavaju stigmom od strane muškaraca, članova klubova, na šta ukazuje i jedno od naših istraživanja [27]. Takođe istraživanje ukazuje i na manju stigmatizaciju žena koje se leče u odnosu na muškarce kao specifičnost naše kulturne sredine. Hipoteza da su žene, zavisnice od alkohola, više stigmatizovane u odnosu na muškarce, nismo dokazali, već je 3% muškaraca više, izjavilo da su od strane drugih doživeli odbacivanje i distancu. Moguće je da javno mnjenje, pre smatra da alkoholizam nije bolest koju treba lečiti, i muškarce su doživeli „nesposobnim“ da se sami izbore sa problemom, a iz ovog stava je usledila veća stigmatizacija muškaraca. Ono što je značajan podatak dobijen ovim istraživanjem je da preko 90% članova smatra da klubovi i Zajednica klubova lečenih alkoholičara Srbije (ZKLAS) mogu da im pomognu da se osećaju manje stigmatizovanim.

Obrazovanje nije statistički značajno povezano sa dužinom apstinencije, mada preko četiri godine apstinencije ima najviše osoba sa visokim obrazovanjem i to 50%, zatim sa osnovnim 33% i sa srednjim 32%. Oko 11% ispitanika apstinira do 6 meseci od poslednjeg lečenja

(znači od uključivanja u terapije koje nas interesuju, posebno klub), zatim 9,6% do jedne godine, 15,6 % do 2 godine, oko 15% do 4 godine, oko 9% do 6 godina, oko 7% do 8 godina, oko 3% do 10 godina, oko 9% preko 10 godina i na kraju oko 3% preko 20 godina. Statistički značajnom se u odnosu na ranija lečenja za sve starosne kohorte pokazala apstinencija u trajanju od oko jedne godine ($p=0,016$). Što ukazuje da se jednogodišnja apstinencija postiže češće uključivajem u klub, nego bez ove vrste tretmana. Znači u toku poslednjeg lečenja recidiv je imalo samo 17% ispitanika, koji su potom nastavili terapiju, što je veoma pozitivno i zato ćemo u tekstu koji sledi ispitivati vrste tretmana koje su doprinele održavanju ovako uspešne apstinencije kod 83% članova klubova.

Vrste terapija kojima su članovi klubova lečeni

U određivanju vrsta tretmana rukovodili smo se činjenicom da u navedenim gradovima postoje terapijske ustanove na svim nivoima zdravstvene zaštite (domovi zdravlja, klinička odeljenja opštih bolnica, specijalna odeljenja za lečenje alkoholizma, psihijatrijske bolnice, klinike, zavodi) i da je svaka od tih ustanova sprovodila svoj terapijski proces, sa korišćenjem metodologija klasične biološke psihijatrije, socijalne psihijatrije i sistemske porodične terapije. Što se tiče medikamentne terapije misli se na primenu medikamentata u nekoj fazi tretmana (na početku ili i kasnije) pri čemu je primena eseprala (disulfirama) izdvojena, jer on nije medikament u klasičnom smislu već sredstvo sa averzivnim delovanjem. U svakoj od ustanova korišćene su metode individualnog tretmana (makar samo u

početku tretmana), zatim grupne socioterapije, ali i sistemske grupne porodične terapije, pa i sistemske terapije jedne porodice (conjoint seanse), pri čemu se tretman u Klubovima odvijao po završetku navedenih metoda. U tom svetlu napravljenja je klasifikacija vrsta tretmana, dobijena obradom podataka iz našeg uzorka, koja odslikavala kombinaciju različitih metoda kojima su pacijenti lečeni uz docniju primenu članstva u Klubu.

Ispitanici su navodili različite kombinacije terapija, od kojih ćemo navesti neke:

- individualna i grupna
- individualna, grupna, medikamentozna
- porodična jedne porodice, klub
- individualna, grupna porodična, disulfiram
- porodična jedne porodice, klub, disulfiram
- klub
- klub, disulfiram
- grupe samopomoći
- samo individualna
- grupna porodična, medikamentozna, disulfiram.

Kod ispitanika apstinencija preko 4 godine prisutnije u lečenju su bile sledeće kombinacije terapija:

- porodična terapija jedne porodice, klub
- porodična terapija jedne porodice, klub, disulfiram
- klub
- klub, disulfiram
- grupna porodična, klub, esepral.

Iz navedenih kombinacija terapija (psihoterapije, socioterapije, medikamentne) možemo da zaključimo da se klub i upotreba disulfirama, kao i porodična terapija pojavljuju češće kao nači-

ni lečenja i rehabilitacije respođenata sa sa dužim apstinencijalnim stažom.

Osobe visokog obrazovanja češće se leče individualnom terapijom u kombinaciji sa terapijom jedne porodice i učestvom u radu klubova, za razliku od osoba sa nižim obrazovanjem gde je prisutnija grupna terapija i klub.

Međutim, svi ispitanici, bez obzira na obrazovanje, leče se i rehabilituju u klubovima i oko 52% njih je koristilo disulfiram.

To je mesto gde očitno obrazovanje nije merilo ulaska u socioterapijsku grupu. Obrazovanje je značajno za viši nivo edukacije, ali ne uvek i za psihoedukaciju koja podrazumeva učenje i prepoznavanje disfunkcionalnog ponašanja alkoholičara i članova porodice ili suočavanje sa ponašanjem u toku pijenja iz sadašnje perspektive lečenog zavisnika.

Pored psihoedukacije kao veoma važnog dela terapije procenjuje se i visina motivacije, intelektualni i emocionalni kapaciteti pacijenta i članova porodice, adekvatnost saradnika i u smislu i (ne)upotrebe supstanci, a sve u cilju održavanja dobre mreže podrške neophodne za uspešno lečenje.

Ženama je najviše u lečenju pomogla sledeća kombinacija terapija - grupna porodična, klub; grupna terapija; grupna, klub, medikamentozna; klub. Ovakvi rezultati ne potvrđuju našu hipotezu o izboru individualne terapije od strane žena i njima je očitno rad u grupi porodica i klubu korisniji. Muškarci navode: klub, grupna porodična, klub; grupna porodična; grupna, esperal; grupna, klub, esperal.

Uz korišćenje medikamenata i esperala lečilo se ukupno oko 62% ispitanika. Upotrebudisulfirama kao pomoć u procesu održavanja apstinencije koristilo

je 52%, dok ga trenutno koristi 30% isitanika, od toga 26% žena i 25% muškaraca. Što znači da se bez medikamenata trenutno leči i rehabilituje oko 70% članova klubova. Ovaj podatak ukazuje na nekoliko suštinskih osobenosti i kvaliteta rehabilitacije u Klubu:

- Dugotrajnost apstinencije omogućava stabilne interpersonalne odnose i kvalitetan psihološki oporavak koji ne zahteva bilo kakvu medikaciju.
- Potrebu da se i dalje ostane u Klubu kao povoljnom socijalnom okruženju i kada simptomi alkoholizma nisu značajni u svom medicinskom značenju. Članovi Kluba se mogu smatrati zdravim u medicinskom smislu, ali ostaju u Klubu zbog kompletiranja porodične rehabilitacije, poboljšanja kvaliteta života i socijalne integracije.
- Superiornost psihoterapijskih i socioterapijskih metoda nad medikacijom za psihološki oporavak.
- Značaj uključivanja porodičnog saradnika ili neke druge značajne osobe jer nije registrovan ni jedan član Kluba u ova četiri grada koji nije imao saradnika.

Alkoholizam u porodicama – međugeneracijsko prenošenje

Razvoj opšte teorije sistema i njena primena u psihijatriji već odavno usmerava pažnju istraživača i praktičara na interakcije među pojedincima, i među grupama, na njihovu pravu prirodu i značaj u porodičnim i socijalnim procesima, koji se odvijaju u ključnim humanim sistemima (u prvom redu u porodici). Sagledavanjem porodice u celovitosti

zbivanja u njoj, postiže se bolje razumevanje nastajanja teškoća, problema i poremećaja, a na kraju i proces komuniciranja među generacijama, odnosno prenošenje određenih problema na sledeće generacije. To podrazumeva istraživanje komuniciranja među generacijama, ne samo kroz genetsku komunikaciju, već i kroz socijalno psihološke procese transmisije.

Gledište o transgeneracijskoj transmisiji alkoholizma formirano sa pozicije porodično-sistemskih uticaja polazi od stava da je alkoholizam proces, koji se sporo i pritajeno odvija. Proističe da se i ishod njegove transmisije ne mora prepoznati odmah, odnosno, kao da transmisija može biti odložena ili naizgled izbegnuta. Uzrast najčešćeg pojavljivanja alkoholizma je između 25 i 35 godina. Međutim, može se ispostaviti da su transmitterske karakteristike porodice tako jake, pa će se alkoholizam pojaviti već u adolescenciji ili čak i ranije, u periodu latencije. Ovde se ne misli na transmisiju genetskih svojstava već na transgeneracijsku transmisiju karakteristika porodice (interpersonalni odnosi, alkoholičar-

ski brak, alkoholičarski identitet porodice, porodični rituali).

U našem uzorku alkoholizam je u porodicama porekla i novoformiranim porodicama (porodicama opredeljenja) ispitanika prisutan u 68% slučajeva. Statistički je potvrđena značajnost ($p=0,023$). Samo oko 1/3 ispitanika, kako muškaraca, tako isto i žena nema alkoholizam u porodicama porekla i opredeljenja. Najčešće su zavisnici od alkohola očevi i dede po ocu, potom stričevi i ujaci, braća (oko 60%) dok su u porodici opredeljenja (oko 8%) i to uglavnom muževi i sinovi. Alkoholizam u porodici nije pozitivno povezan sa mestom življenja.

Broj lečenja alkoholizma je u statistički značajnoj korelaciji sa alkoholizmom u porodici, ali u smislu da dominiraju ispitanici sa jednim lečenjem za sada, tj. prvim lečenjem. Međutim, ukrštanjem broja lečenja sa članovima uže i šire porodice koji su zavisnici, dobili smo sledeće podatke - da veći broj recidiva imaju ispitanici čiji su očevi bili zavisnici, ali statistički značajna povezanost većeg broja recidiva nađena je samo kod ispitanika čiji su ujaci bili zavisnici. Ako bi

Tabela br. 5. Broj lečenja od alkoholizma i prisustvo alkoholizma u porodici
Table5. Number of treatment for alcoholism and the presence of alcoholism in the family

Broj lečenja alkoholizma	Alkoholizam u porodici								
	Nema alkoholizma	otac	deda	stric	ujak	brat	suprug	sin	baba
1	23	26	15	15	8	3	6	3	0
2	6	6	4	3	1	2	0	0	0
3	3	3	2	1	1	0	0	0	1
4	3	1	0	0	1	1	0	0	1
≥ 5	2	4	2	1	1	1	1	0	1
Ukupno	37	40	23	20	12	7	7	3	3

se analizirali samo ispitanici sa pet i više od pet recidiva primećujemo da oni u porodici imaju prisutan alkoholizam kod očeva i braće.

Ipak, visoka statistička značajnost pokazala se između duže apstinencije i manjeg broja zavisnika u užoj i široj porodici ($p=0,001$).

Obrazovanje ispitanika je u pozitivnoj korelaciji sa postojanjem alkoholizma u porodici i statistička značajnost je visoka $p=0,007$. Oko 67% ispitanika sa osnovnom školom ima alkoholizam u porodici, 35% sa srednjom, 11% sa višom školom, 42% sa visokom i 33,3% magistara i doktora nauka. Najveća razlika se pokazala između osoba sa osnovnom školom i ispitanika sa višom školom. Moguće je razmišljati u pravcu da se iz disfunkcionalnih alkoholičarskih porodica jedan broj potomaka ne obrazuje ili napušta školovanje uz moguće različite psihičke i socijalne probleme, dok drugi upravo konflikte u porodici, lošu komunikaciju i slabu emocionalnu povezanost tj. alkoholičarski sistem prevazilaze uspešno završavajući više škole i fakultete.

Možemo da zaključimo da se proces transmisije uopšte najjasnije ispoljava kroz sukobe generacija, i to je najčešće period kasne faze u razvoju porodice porokla, koji se preklapa sa ranom fazom nove porodice. Uprkos prvoj vidljivosti intenzivnih previranja u ovom periodu, to se zapravo ne uzima kao znak započinjanja procesa transmisije. Sistemsko stanovište smatra da transmisija alkoholizma obuhvata celokupni porodični sistem sve vreme.

Time se naglašava značaj procesa u srednjoj fazi razvoja porodice u kojem se kroz odvijanje homeostaznih patoloških procesa odslikavaju dublji emocionalni problemi bračnog para, pa i procesi utrougljavanja dece, što može da bude od presudnog značaja za kvalitete transmisije.

ZAKLJUČAK

Podatak o polu i starosti članova i članica klubova iz našeg uzorka ukazuje da i u Klubovima postoji klasična formula distribucije alkoholizma po polu: muškarci počinju ranije da piju i nasta-

Tabela br. 6 Najduža apstinencija i prisustvo alkoholizma u porodici				
Table 6. Longest abstinence, and the presence of alcoholism in the family				
Najduža apstinencija (meseci)	Prisustvo alkoholizma u porodici			
	Otac	Deda	Stric	Ujak
≥ 6	1	4	2	1
7- 12	6	2	2	1
13 - 24	6	3	1	5
25 - 48	11	6	6	3
49- 72	6	5	3	2
73- 96	4	2	3	0
97-120	1	1	2	0
121-240	3	1	1	0
>240	2	0	0	0
Ukupno	40	23	20	12

vljaju sa pijenjem u znatno većem broju nego žene. Tako da je odnos muškaraca i žena u klubovima 1:4. Pijenje muškaraca može da pređe u fazu zloupotrebe alkohola i na kraju u fazu zavisnosti od alkohola. Upravo zato veći broj muškaraca započinje lečenje, i u ranijem životnom dobu, u odnosu na lečenje žena. Muškarci imaju veći broj recidiva i lečenja (40%) u odnosu na žene (13%).

Žene, koje su u procesu lečenja, uglavnom žive u Beogradu (preko 50%) što je na granici statističke značajnosti u odnosu na druge gradove i višeg su obrazovanja. Međutim, dobili smo veoma značajan podatak da su se žene sa nižim obrazovanjem (NKV, PKV, KV) iz manjih sredina uključile i ostale u procesu lečenja. Nezaposlenih ispitanika je 23,5% i skoro 50% je starosti između 46 i 55 godina. Tako da se procenat nezaposlenih zavisnika koji su u procesu lečenja i rehabilitacije približava broju nezaposlenih u Srbiji koji se od 2008. godine konstatno povećava, tako da je oko 400.000 ljudi do 2012. ostalo bez posla. Stopa nezaposlenosti u Srbiji trenutno iznosi 25,5% što znači da svaki četvrti radno sposoban čovek ne radi [28].

Jednogodišnja apstinencija se znatno češće postiže uključivajem u klub, nego bez ove vrste tretmana, što se pokazalo statistički značajnim za sve starosne kohorte. Tako da smo hipotezu o povezanosti rehabilitacije u klubu i dužine apstinencije potvrdili. Nije potvrđena pretpostavka da će muškarcima više u leče-

nju odgovarati grupna terapija i klub, a ženama porodična i individualna terapija, već bitne razlike u rodu nema.

Dobili smo takođe veoma značajan podatak da je samo 17% članova klubova u toku sadašnjeg lečenja i rehabilitacije imalo recidiv, te se i hipoteza o manjem broju recidiva sada u odnosu na ranije periode lečenja, bez uključivanja ili kratkim prisustvom u klubu, potvrdila. U porodicama porekla alkoholizam je prisutan u 60% slučajeva, što potvrđuje pretpostavku o pozitivnoj istoriji alkoholizma i transgeneracijskom prenošenju obrazaca ponašanja vezanih za pijenje i kompletan alkoholičarski sistem.

Konačno, kontekst u kome se odvija transmisija alkoholizma ustvari predstavlja zbir svih interakcija, stavova, načina mišljenja, verovanja i njihove afektivne ekspresije u totalitetu vremena i porodičnog sistema. Proces je dinamičan i nema određeni početak i kraj, niti ima stožerne pokazatelje. Često se odvija po periferiji svesti ili ostaje nesvesan za učesnike (pošiljaoc - roditelje i primaoc - decu) [1].

Tako da možemo da zaključimo da porodični klubovi ili grupe samopomoći predstavljaju socijalni kapital za lečene zavisnike od alkohola. Socijalni kapital je ustvari mreža podrške koja pored bližih i daljih srodnika, obuhvata prijatelje, kolege, komšije i značajne druge što za lečenog zavisnika(cu) i njihovu porodicu predstavlja bitnu komponentu podrške u „periodu zdravlja“, a posebno u „periodu bolesti“ [29].

DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND TYPES OF TREATMENT APPLIED BY MEMBERS OF CLUBS OF TREATED ADDICTS IN SERBIA

Slađana Dragišić Labaš^{1,2}
Petar Nastasić³

Summary

Introduction. Strongly established *alcoholic homeostasis* changes through the process of treatment and the reached results are being sustained and cultivated in the process of rehabilitation by means of self-help groups and support associations. A high-quality rehabilitation program should enhance patients' general well-being.

Objective. The aim of the paper is to describe the demographic characteristics of alcohol abusers, members of "The club of treated alcohol addicts": the different treatments that were used, the duration of patients' abstinence periods, including the number of the relapses with respect to gender, and the positive history of alcoholism in the family.

Method. The survey used in this research includes not only the basic demographic information, but also questions concerning different therapies employed in the treatment of alcoholism, the duration of abstinence periods, alcoholism in family etc. The sample comprises 115 respondents, of which 92 are male and 23 are female, from Belgrade, Nis, Vranje and Kikinda.

Results. Age structure: 60% category of the age 46-65. As regards the level of education, the secondary education is dominant (62%), although a significant number of examinees has a higher or high education (30%). A significantly higher number of female respondents resides in Belgrade (over 50%). Male respondents relapsed more frequently (40%) in comparison to female (13%). The support club, family therapy and the consumption of *Esperal* are employed as treatments and as rehabilitation programs more often by the respondents who achieved longer abstinence periods. Only one-third of the respondents does not have a family history of alcoholism and most often the alcohol abusers/addicts were fathers and grandfathers on the father's side.

Conclusion. A yearlong abstinence is much more often achieved through participation in the support club than without this type of a treatment, which was clear from the statistics and applies to all age groups. Another important fact discovered was that only 17% of club members made a relapse during the current treatment and rehabilitation. The clubs or groups of self-help are the social capital for treated alcohol addicts.

Key words: alcohol addicts, demographic variables, self-help groups.

- 1 Clinic for psychiatric disorders „Dr Laza Lazarević“, Belgrade, Serbia
- 2 Faculty of Philosophy, University of Belgrade, Belgrade, Serbia
- 3 Faculty of Political Sciences, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

Literatura:

1. Nastasić P. Alkoholizam i međugeneracijsko prenošenje - istraživanje, dijagnoza i treman porodice. Beograd. Tehniss; 1998.
2. Gačić B. Alkoholizam - bolest pojedinca, porodice i društva. Beograd. Filip Višnjić; 1985.
3. Gačić B. An Ecosystemic approach to alcoholism: Theory and Practice. Contemporary Family Therapy 1986; 4:264-78.
4. Gačić B. Belgrade systemic Approach to the Treatment of Alcoholism: Principles and interventions. Journal of Family Therapy 1992; 2:103-22.
5. Stanković Z, Lapčević D, Filipović S. Sistemska grupna porodična terapija alkoholizma u dnevnoj bolnici. Psihijatrija danas 1995; 3-4:287-301.
6. Nastasić P, Stanković Z, Mićović R. Mogućnosti primene porodične grupne terapije na kliničkom psihijatrijskom odeljenju. Psihijatrija danas 1992; 1-2:73-8.
7. Trbić V. Procena zavisnosti i disfunkcionalnosti alkoholičarskih porodica. Alkoholizam 1999; 1-2:105-17.
8. Nastasić P. Ekosistemski pristup alkoholizmu, Beograd. Publikum; 2011.
9. Chacksfield J. Rehabilitation In: Caan W, De Bellerocche, editors. Drink, Drugs and Dependence from science to clinical practice. London, New York. Routledge; 2002.
10. Opalić P. Psihijatrijska sociologija - teorijski i empirijski problemi sociologije mentalnih poremećaja. Novi Sad. Zavod za udžbenike; 2008.
11. Torre R. Propadanje alkoholičara. Zagreb. HSKLA; 2006.
12. Dimić S. Pad i povratak alkoholičara. Beograd. Zadužbina Andrejević; 2012.
13. Stanković Z, Begović D. Alkoholizam, od prve do poslednje čaše. Beograd. Kreativni Centar; 1995.
14. Dragišić Labaš S. Čovek i alkohol u društvu – od podsticanja do odbacivanja, Beograd. Čigoja; 2012.
15. Svetska zdravstvena organizacija. Izveštaj o svetskom zdravlju za 2001 - Mentalno zdravlje – novo razumevanje, nova nada. SZO. Ženeva; 2001 (prevod Instituta za mentalno zdravlje u Beogradu; 2003)
16. Svetska zdravstvena organizacija. Globalna strategija za smanjenje štetne upotrebe alkohol. SZO; 2010.
17. The ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm. The Swedish Counsel for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the authors; 2012.
18. Peleg-Oren N, Saint-Jean G, Cardenas AG, Tammara H, Pierre C. Drinking Alcohol before Age 13 and Negative Outcomes in Late Adolescence. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2009; 33(11): 1966-72.
19. Nacionalna strategija za prevenciju zloupotrebe alkohola i alkoholizam (NACRT). Beograd. Ministarstvo zdravlja; 2011.
20. Dimitrijević I. Alkoholizam mladih. Beograd. Nina-Press; 1992.
21. Dragišić Labaš S. Istraživanje promena u strukturi i organizaciji alkoholičarske porodice pod uticajem sistemske grupne porodične terapije alkoholizma, doktorska teza. Univerzitet u Beogradu. Filozofski fakultet; 2009.
22. Trbić V. Opis alkoholičarske porodice. Beograd. Fondacija Andrejević; 2000.
23. Jung J. Psychology of Alcohol and other Drugs, A Research Perspective. London. SAGE; 2001.
24. Galanter M. editor. Handbook of Clinical Alcoholism Treatment. USA. Williams and Wilkins; 2003.

25. Dimitrijević I. Bolesti zavisnosti, dijagnostika, lečenje, prevencija. Beograd. KIZ Centar; 2004.
26. Hunt G P, MacKenzie K, Joe-Laidler K. Alcohol and Masculinity The Case of Ethnic Youth Gangs In: Wilson MT editor. Drinking Cultures Alcohol and Identity. Oxford, New York. BERG; 2005.
27. Dragišić Labaš S et al. Klub u procesu destigmatizacije lečenih zavisnika od alkohola“ In: Dragišić Labaš S, editor. Humanost, etika, edukacija i bolesti zavisnosti. Beograd. ZKLAS: 2012.
28. Mojić D. Obrazovani i nezaposleni: oblikovanje radnih biografija mladih. In: Tomanović S, Stanojević D, Jarić I, Dragišić Labaš S, Ljubičić M, Živadinović I, editors. Mladi-naša sadašnjost, Istraživanje socijalnih biografija mladih u Srbiji. Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta u Beogradu. Čigoja štampa; 2012.
29. Dragišić Labaš S. Alkoholizam u porodici i porodica u alkoholizmu. Beograd. Čigoja štampa; 2012.

Sladana Dragišić Labaš
Čika Ljubina 18-20, 11000 Beograd
Tel. +381 11 3062183
E-mail: sladjadl@yahoo.com

ASPECTS OF SOCIAL WORK FOR THE ELDERLY – AN INTERNATIONAL DIMENSION

Sabine Bährer-Kohler

University of Applied Science,
Bern, Switzerland

Summary

This article is an introduction to the subject, covering contents and methods as well as the current and future development of this professional field, the social work for the elderly. This work for the elderly has many professional challenges to offer. Professional social work interprets old age and the process of aging as an opportunity, a joint consideration of potentials and limits. Moreover, it focuses on the potentials of old age. Objectives always include preserving independence, the autonomy of the individual, including personal autonomy as prevention, promoting individual life quality with respect to four parameters – physical health, psychological condition, social relations and living environment and dignity in later life, including palliative and end-of-life care. Professional social work for the elderly is resource-, network-, community-, and solution-oriented and it identifies and coordinates, meaning that a professional social worker assesses the needs of the elderly client and the client's

social networks, when appropriate, and arranges, coordinates, monitors, evaluates, and advocates. He never loses sight of a client's complex needs, meaning he is active and involved, and he emphasizes, when required, interaction between individuals, families, organizations, communities, and institutions. Such work presupposes competence and solid knowledge, not only professional but also about the country, its social work practice, its culture, and its social systems and the factors that influence them.

In every country in the world, social work is all about showing appreciation for your counterpart, about respect for elderly clients in their uniqueness, also in the context of quality of later life about approaching every case individually, and about competent professional work conforming to the conditions prevailing in the country, integrating ethical standards, and respecting international human rights. Social work for the elderly is active within and across boundaries all over

the world, just like many other professions.

To obtain investments and funding for social work for the elderly, work quality must be documented verifiably in each process. It must be possible to verifiably and clearly allocate skills and specialism to the profession- in every country in this world.

The field is now and will be confronted by enormous challenges.

We need to study and reflect about the subject of social work with elderly people in the world. Significant priority topics include developing and testing psychosocial interventions across specific populations and conditions, addressing in detail the role of social workers, finding the place for social work in gerontology, also addressing questions about gerontology

as a separate discipline, more advocacy for forgotten groups, such as persons with dementia in prison, and broad advocacy efforts for forgotten subgroups.

And we need training and skills to address the elderly groups' specific needs, extended geriatric field education, and critical knowledge is needed for the social work profession in the context of aging. One significant matter will be to create ideas and strategies for engaging faculties, practitioners and students in the curricular and organizational change process.

In the future, we will need to retain what is proven and introduce sustainable improvements to prepare for the tasks of the future.

Key words: elderly, international geriatric social work, health, depression, Alzheimer`s disease, social work profession

INTRODUCTION

“The social work profession promotes social change, problem solving in human relationships and the empowerment and liberation of people to enhance well-being. Utilising theories of human behaviour and social systems, social work intervenes at the points where people interact with their environments. Principles of human rights and social justice are fundamental to social work” [1]. A division of social work, social work for the elderly is concerned with elderly people and their welfare. Because of current demographic developments, the need for social work for older people will become increasingly urgent in the future [2-4]. For the profession, identifying and developing gerontological and geriatric competences is indispensable [5].

CONTENTS OF SOCIAL WORK FOR THE ELDERLY

Professional social work interprets old age and the process of aging as an opportunity [6], a joint consideration of potentials and limits [7]. Moreover, it focuses on the potentials of old age [8].

Objectives always include

- preserving independence and
- the autonomy of the individual, including personal autonomy as prevention,
- promoting individual life quality with respect to four parameters –physical health, psychological condition, social relations and living environment and
- dignity in later life, including palliative and end-of-life care [9-13].

The aim is to ensure autonomy and empowerment for elderly people and

their social networks. However, no two cases are the same, so that individualized approaches, working and/or collaboration methods, and practical skills are called for [14]. This includes clarifying the details of a job as exactly as possible before it begins.

Among other things, professional social work for the elderly integrates

- education processes in old age,
- ethnic minority groups and intercultural cooperation,
- constructively addresses
- models and perceptions of old age,
- changes within society and in societal coexistence, sustainably addressing e.g.
- social and legal entitlements as well as
- migration
- cultural and age cohort diversity,
- older homeless,
- older adults in prisons,
- older adults and legal social work,
- aging with intellectual and developmental disabilities,
- resilience,
- age discrimination,
- abuses of the elderly, giving consideration to traditional versus more modern value systems,
- financial abuses in the context of traditional cultural values,
- social factors such as poverty in old age,
- and the risk of acute poverty,
- social inequality in old age,
- gender,
- aspects of addiction in old age, and
- an incorporated life course perspective [15-30].

METHODS

Such work presupposes competence and solid knowledge, not only professional but also about the country, its social work practice its culture, and its social systems and the factors that influence them [31]. What is also needed is diversified competence in methodology and action as well as a general interest in working with elderly people [32]. Culturally sensitive social work practice pays particular heed to gender relations and the place of individuals in their families and communities [33].

Professional social work for the elderly is resource-, network-, community-, and solution-oriented, and it identifies and coordinates, meaning that a professional social worker assesses the needs of the elderly client and the client's social networks, when appropriate, and arranges, coordinates, monitors, evaluates, and advocates [34, 35]. He never loses sight of a client's complex needs, meaning he is active and involved, and he emphasizes, when required, interaction between individuals, families, organizations, communities, and institutions [18].

A social worker's background knowledge should cover available offers and projects, possibly community-oriented, such as diverse agencies advising on, for example, meeting points, forms of residence, and financing options as well as civic engagement and volunteerism [36].

Especially when working in a country that is in a crisis or at war, he needs to network with emergency and crisis centers as well as with support and social services for older adults [37]. He

should also be prepared for disasters and the consequences of catastrophes that can directly affect older persons [38].

Thorough training in client-centered conversation management and communication with individuals and groups is as indispensable as empathy and the ability to meet elderly people respectfully, wherever they are in the process of aging [39-41].

As a general rule, a social worker for the elderly is active in an independent discipline but works in an interdisciplinary context.

SOCIAL WORK AND HEALTH IN ELDERLY PEOPLE

Quality of life is closely linked to people's health [11]. During the process of aging, the latter may change and/or be influenced by external factors in many ways. Next to accidents and injuries, chronic geriatric illnesses including mental diseases may increasingly affect elderly people. Depression and dementia occur frequently in old age [42, 43]. Diverse social and psychological problems may occur either in connection with these conditions or on their own [41]. What should be remembered in this context is that family members need support, too [44], in the context of depression [45] as well as with regard to the positive aspects of caregiving and nursing [46], the promotion of motivation [47] and/or optimism as well as the prevention of burnout, which may affect around 16% of all caregiving family members [48-49].

A social worker should have acquired a wide range of background know-

ledge in these matters in the course of his training, covering health care, managed care and health promotion aspects in a multi-disciplinary context [50, 51]. He should be professionally competent in dealing with illnesses and life challenges, and he should be familiar with the fundamental aspects of the psychosocial health of the elderly [52, 53]. He should also pay particular attention to the role of social network support in the mental health of the elderly and to universal and equitable access to healthcare [54, 55].

ASPECTS OF INTERNATIONAL SOCIAL WORK AND ELDERLY PEOPLE-TODAY AND FUTURE

The journey is its own reward, a truth that also applies to international social work for and with elderly people. In every country in the world, social work is all about showing appreciation for your counterpart, about respect for elderly clients [41] in their uniqueness [56] (cf. Marlow 1993), also in the context of quality of later life, about approaching every case individually, and about competent professional work conforming to the conditions prevailing in the country, integrating ethical standards, and respecting international human rights [57].

And yet the conditions and influences affecting social work vary all over the world.

In Sweden, for example, social services have been privatized, most severely affecting the care of the elderly, or there is Ghana with its National Health Insurance Scheme (NHIS) and a trend toward growing numbers of el-

derly out-patients (OPD) [58]. Witter & Garshong (2009) concluded in their publication that the investment costs in Ghana's NHIS will only be justified if there is a verifiable and sustainably documentable increase in the cost-effectiveness of purchasing and the responsiveness of the system as a whole [59].

Then, there is the matter of inter-disciplinarity. Here, the question is whether social work for the elderly is perceived as an independent discipline, profession, and action science, or whether it is just beginning to develop in that direction [60, 61].

In that context, we need to study and reflect about the subject of social work with elderly people in the world. Significant priority topics include

- developing and testing psychosocial interventions across specific populations and conditions,
- addressing in detail the role of social workers,
- finding the place for social work in gerontology, also addressing questions about gerontology as a separate discipline,
- more advocacy for forgotten groups, such as persons with dementia in prison, and
- broad advocacy efforts for forgotten subgroups [31, 53, 62, 63].

Further examples of future tasks

Training:

- Training and skills to address the elderly groups' specific needs [64]

- Extended geriatric field education [65]
- Critical knowledge is needed for the social work profession in the context of aging [62].

One significant matter for the future will be to create ideas and strategies for engaging faculties, practitioners and students in the curricular and organizational change process [66].

The (GeroRich) initiative with sixty-seven social work programs to infuse gerontological contents in curricula documented important issues like developing community partners, developing interdisciplinary linkages, and facilitating institutional commitment and sustainability [67].

Professional positioning

In every country and region in this world, networking with professional and other organizations as well as positioning and sustainably documenting demands are of equal importance in

- allowing the social work profession a more substantive voice in the context of gerontological social work, in preparing
- a more adequate response to real social work needs and
- a better recognition and appreciation of social work by employers and society at large all over the world, and in
- building a coherent broad identity despite the vast diversity, perhaps by the 'global North', where modern social work first began to turn professional, supporting the 'global South' [68, 69, 70, 71].

Thorough-going explanation and documentation in every country of the world on the following subjects:

- Options of low-threshold access to social workers, especially for 'hard to reach' groups and the rural elderly
- Adequate funding for the implementation/institutionalization of social work and social care for the elderly
- Professionalism and effect of social work for the elderly, e.g.
- a unified definition of the subject,
- a definition of tasks, including unmet needs,
- development of a unified theory,
- scopes and concepts of action,
- collaboration on theory and practice and the premises of methodical action,
- social-work science,
- key competences,
- sides of social work for the elderly, meaning its realistic options

and limitations, the demand in the respective country and its implementability, taking into account gerontological, geriatric, and gerontopsychiatric aspects,

- social work as help towards self-help and the work of social services, and
- networking of national and international social work for the elderly [72-86].

Social work for the elderly is active within and across boundaries all over the world [87], just like many other professions. We will have to preserve what is proven and make improvements to prepare for the tasks of the future. And we will have to strive for a public understanding of social work, inside and outside of the profession.

To obtain investments and funding for social work for the elderly, work quality must be documented verifiably in each process. It must be possible to verifiably and clearly allocate skills and specialism to the profession- in every country in this world.

ASPEKTI RADA SOCIJALNE SLUŽBE NAMENJENE OSOBAMA STARIJE ŽIVOTNE DOBI – MEDJUNARODNA DIMENZIJA

Sabine Bährer-Kohler¹

Univerzitet primenjenih nauka,
Bern, Švajcarska

Kratak sadržaj

Ovaj članak je uvod u temu, pokrivajući sadržaj i metod, kao i trenutni i budući razvoj socijalne službe za starije osobe, koja nudi mnoge profesionalne izazove. Stručni socijalni rad tumači starost i proces starenja kao priliku, zajedničko razmatranje potencijala i ograničenja. Štaviše, on se fokusira na potencijale procesa starenja. Ciljevi su uvek očuvanje nezavisnosti, autonomije pojedinca, uključujući i ličnu autonomiju, promovisanje individualnog kvaliteta života imajući u vidu četiri parametra - fizičko zdravlje, psihičko stanje, društvene odnose, životnu sredinu i dostojanstvo u starijoj dobi, uključujući i palijativnu i negu na kraju života. Stručna socijalna brigada za starije osobe je orijentisana na resurse, mrežu, zajednicu, i rešenje problema, kao i identifikovanje i koordinaciju potreba starijih klijenta i njihovih društvenih mreža, a kada je to prikladno i na praćenje, procenu i zastupanje. Ona nikad ne gubi iz vida klijenta sa složenim potrebama, što znači da je aktivna i uključena, a kada je to potrebno ističe i interakcije između pojedinaca, porodice, organizacija,

zajednica i institucija. Takav rad podrazumeva sposobnost i solidna znanja, ne samo profesionalna, nego i kulturološka, o lokalnom radu socijalnih službi, društvu, sistemu i faktorima koji utiču na njih.

U svakoj zemlji u svetu, socijalna služba se zasniva na poštovanju ljudi kojima se nega pruža, posebnih potreba starijih, u kontekstu kvaliteta života i individualnih potreba, kao i na profesionalnom radu prilagodjenom uslovima u zemlji, etičkim standardima i poštovanju internacionalnih ljudskih prava. Socijalni rad sa starijim osoba deluje unutar i preko granica zemalja u celom svetu, baš kao i mnoge druge struke.

Za investicije i sredstva za socijalni rad sa starijim osobama, rad mora biti dobro dokumentovan u svim svojim etapama. Mora biti moguće dobijanje potvrde i jasna identifikacija usko stručnih veština u svim zemljama sveta. Ovo polje se trenutno suočava sa velikim izazovima, što nosi i budućnost.

Neophodno je razmišljati o temi socijalnog rada sa starijim ljudima u svijetu. Značajne teme uključuju razvoj i testiranje psi-

hosocijalnih intervencija za određene populacije i uslove, obrađujući detaljno pažnju na ulogu socijalnih radnika, pronalaženje mesta za socijalni rad u gerontologiji, rešavanje pitanja gerontologije kao zasebne discipline, transparentnost zanemarenih socijalnih grupa i podgrupa (npr. osoba s demencijom u zatvoru).

Obuka i veštine za rešavanje specifičnih potreba starijih osoba, prošireno polje edukacije u gerijatriji i znanja potrebna za profesije neophodni su u socijalnom radu u

kontekstu starenja. Ideje i strategije za uključivanje visoko edukovanih kadrova, lekara specijalista i studenata, u nastavne i organizacione porcese je od izuzetne važnosti.

U budućnosti, moraćemo zadržati dokazane dobre osnove uz uvodjenje savremenih promena koje će biti spremne da odgovore budućim zadacima.

Ključne reči: starije osobe, međunarodna socijalna služba, zdravlje, depresija, Alzheimer-ova bolest, socijalni radnici

Literature:

1. IFSW. Global standards; 2012. <http://ifsw.org/policies/global-standards/>. (Accessed 19.6.12).
2. WHO. What is the effectiveness of old-age mental health services? 2004. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/pre-2009/what-is-the-effectiveness-of-old-age-mental-health-services>. (Accessed 2.7.12).
3. UN- United Nations Secretariat: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. In World Population Prospect: The 2002 revision. New York: United Nations; 2003.
4. U.S. Administration on Aging. Aging Statistics; 2012. Last Modified: 9/1/2011. Department of Health & Human Services, U.S. Administration on Aging. <http://www.aoa.gov/>. (Accessed 22.6.12).
5. Damron-Rodriguez J, Lawrance FP, Barnett D, Simmons J. Developing geriatric social work competencies for field education. *J Gerontol Soc Work* 2006; 48(1-2):139-60.
6. Motenko AK, Greenberg S. Reframing dependence in old age: a positive transition for families. *Soc Work* 1995; 40(3):382-90.
7. Baltes PB. The aging mind: potential and limits. *Gerontologist* 1993; 33(5):580-94.
8. BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Gesundheit Fünfter Altenbericht. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft - Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen; 2006. <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=78114.html>. (Accessed 2.7.12).
9. Koenig TL, Lee JH, Fields NL, Macmillan KR. The role of the gerontological social worker in assisted living. *J Gerontol Soc Work* 2011;54(5):494-510.
10. Bojorquez-Chapela I, Manrique-Espinoza BS, Mejía-Arango S, Solís MM, Salinas-Rodríguez A. Effect of social capital and personal autonomy on the incidence of depressive symptoms in the elderly: evidence from a longitudinal study in Mexico. *Aging Ment Health* 2012; 16(4):462-71.
11. Laidmäe VI, Tammsaar K, Tulva T, Kasepalu U. Quality of life of elderly in Estonia. *The Internet Journal of Geriatrics and Gerontology* 2012; 7:1.
12. WHO. WHO QOL BREF: The World Health Organization Quality of Life; 2004. http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/. (Accessed 28.6.12).

13. NASW. The Clinical Social Worker in Gerontology (CSW-G). Clinical Expertise in working with older adults; 2012.
14. Walter U, Schneider N, Plaumann M. Empowerment for the elderly. *Gesundheitswesen*. 2008; 70(12):730-5.
15. Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz/ Prof. Dr. Franz Kolland (2007). Endbericht. Lernbedürfnisse und Lernarrangements von älteren Menschen. http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH2233/CMS1218112881779/kolland.lernbeduerfnisse_im_alter%5B1%5D.pdf. (Accessed 25.6.12).
16. Ramírez M, Ford ME, Stewart AL, Teresi JA. Measurement Issues in Health Disparities Research. *Health Serv Res* 2005;40(5Pt2):1640–1657.
17. BMFSFJ- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Gesundheit. Sec-hster; 2010. Altenbericht Altersbilder in der Gesellschaft. <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=164568.html>. (Accessed 28.6.12).
18. NASW. NASW Standards for Social Work Case Management. Approved by the NASW Board of Directors, June 1992; 2012.
19. Läsker A, Yortanli P. Alt werden in der Migration- Alter(n) bewegt 2012; 3:157-67.
20. Dennis CB, McCallion P, Ferretti LA. Understanding implementation of best practices for working with the older homeless through the lens of self-determination theory. *J Gerontol Soc Work* 2012; 55(4):352-66.
21. Maschi T, Kwak J, Ko E, Morrissey MB. Forget Me Not: Dementia in Prison. *The Gerontologist*; 2012. doi: 10.1093/geront/gnr131.
22. Zippel Ch, Kraus S. Soziale Arbeit für alte Menschen. Mabuse Verlag. Frankfurt. Germany; 2011.
23. Robinson LM, Dauenhauer J, Bishop KM, Baxter J. Growing health disparities for persons who are aging with intellectual and developmental disabilities: the social work linchpin. *J Gerontol Soc Work* 2012; 55(2):175-90.
24. Hrostowski S, Rehner T. Five years later: resiliency among older adult survivors of hurricane Katrina. *J Gerontol Soc Work* 2012; 55(4):337-51.
25. Chou RJ, Choi NG. Prevalence and correlates of perceived workplace discrimination among older workers in the United States. *Ageing and Society* 2011; 31:1051-70.
26. Kalavar JM, Jamuna D, Ejaz FK. Elder Abuse in India: Extrapolating From the Experiences of Seniors in India's "Pay And Stay" Homes. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 2012. doi: 10.1080/08946566.2012.661686.
27. Lee HY, Lee SE, Eaton ChK. Exploring Definitions of Financial Abuse in Elderly Korean Immigrants: The Contribution of Traditional Cultural Values. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 2012. doi:10.1080/08946566.2012.661672.
28. Sandoval DA, Rank MR, Hirschl ThA. The Increasing Risk of Poverty Across the American Life Course. *Demography* 2009; 46(4):717–37.
29. Moore KL, Boscardin WJ, Steinman MA, Schwartz JB. Age and sex variation in prevalence of chronic medical conditions in older residents of U.S. nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60(4):756-64.
30. Rowntree BS. Poverty: A Study in Town Life. Macmillan and CO. New York. USA; 1902.
31. Marziali E, Brcko C, Climans R, Consky A, Munro M, Tafler M. Negotiating relationship contexts in gerontological social work practice. *J Gerontol Soc Work* 2005; 46(2):51-68.
32. Böberl Cl. Kompetenzen der Sozialarbeit im Bereich Krisenintervention. Edition pro mente Oesterreich. Austria; 2012.
33. Al-Krenawi A, Graham JR. Culturally sensitive social work practice with Arab clients in mental health settings. *Health Soc Work* 2000; 25(1):9-22.
34. De Shazer St, DolanY. More than Miracles: The State of the Art of Solution-focused Therapy. Haworth Press. Binghamton, NY. USA; 2005.

35. Kim JS. Examining the Effectiveness of Solution Focused Brief Therapy: A Meta Analysis Using Random Effects Modeling. 19 th National Symposium on Doctoral Research in Social Work; 2007. https://kb.osu.edu/dspace/.../19_2_Johnny_S._Kim_Paper.pdf. (Accessed 26.6.12).
36. BMFSFJ- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Gesundheit. Hauptbericht des Freiwilligensurveys 2009 - Zivilgesellschaft, soziales Kapital und freiwilliges Engagement in Deutschland 1999-2004-2009; 2010.
37. Fitzgerald KG. A timely Recovery For literature on Disasters and Older Adults. *The Gerontologist* 2010. doi: 10.1093/geront/gnq107.
38. Torgusen BL, Kosberg JI. Assisting older victims of disasters: roles and responsibilities for social workers. *J Gerontol Soc Work* 2006; 47(1-2):27-44.
39. Ryan E, Kwong See ST. Sprache, Kommunikation und Altern. In: Fiedler R, Thimm C. *Sprache im Alter*. Verlag für Gesprächsforschung. Germany; 2003. <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2004/fiedler4.htm>. (Accessed 2.7.12).
40. Carkhuff RR, Pierce RH. *Teacher as person*. National Education Association; Washington. USA; 1976.
41. Sung KT, Dunkle RE. How Social Workers Demonstrate Respect for Elderly Clients. *J Gerontol Soc Work* 2009; 52(3):250–60.
42. Ferri CP, Prince M, Brayne C et al. Alzheimer's Disease International. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005; 17:366 (9503): 2112-7.
43. WHO/ADI- World Health Organization, Alzheimer's Disease International. *Dementia: a public health priority*; 2012. www.who.int/mental_health/publications/dementia. (Accessed 28.6.12).
44. Papastavrou E, Kalokerinou A, Papacostas SS, Tsangari H, Sourtzi P. Caregiving for a relative with dementia: family caregiver burden. *J Adv Nurs* 2007; 58:446-57.
45. Butler SS, Turner W, Kaye LW, Ruffin L, Downey R. Depression and Caregiver Burden among Rural Elder Caregivers. *Journal of Gerontological Social Work* 2005;46(1):47–63.
46. Whitlatch CJ, Feinberg LF. Family care and decision making. In: Cox CB, editor. *Dementia and social work practice: Research and interventions*. Springer Publishing Company. NY, USA; 2007. p. 129-47.
47. Quinn C, Clare L, Woods RT. The impact of motivations and meanings on the wellbeing of caregivers of people with dementia: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2010; 22(1):43-55.
48. Marquez-Gonzalez M, Losada Baltar A, Penacoba Puente C, Romero-Moreno R. Optimism as a moderator in the relationship between stress appraisals and depression in family caregivers of frail elderly people. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia* 2009; 44(5):251-5.
49. Kim H, Chang M, Rose K, Kim S. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing* 2012; 68(4):846-55.
50. Sowers KM, Ellis RE. Steering Currents for the Future of Social Work. *Research on Social Work Practice* March 2001; 11(2):245-25.
51. Arai H, Ouchi Y, Yokode M et al. Members. Toward the realization of a better aged society: messages from gerontology and geriatrics. *Geriatr Gerontol Int* 2012; 12(1):16-22.
52. Chou KL, Chi I. Stressful life events and depressive symptoms: social support and sense of control as mediators or moderators? *Int J Aging Hum Dev* 2001 ; 52(2):155-71.
53. Chong AM. Promoting the psychosocial health of the elderly- the role of social workers. *Soc Work Health Care* 2007; 44(1-2):91-109.
54. Kim BJ, Sangalang CC, Kihl T. Effects of acculturation and social network support on depression among elderly Korean immigrants. *Aging Ment Health* 2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22416994>. (Accessed 19.6.12).

55. MacLachlan M, Amin M, Hasheem Manan H et al. Inclusion and Human Rights in Health Policies: Comparative and Benchmarking Analysis of 51 Policies from Malawi, Sudan, South Africa and Namibia. *PLoS One* 2012; 7(5): e35864.
56. Marlow Ch. *Research methods for generalist social work*. Brooks/Cole Pub. Co. Pacific Grove, Calif., Belmont. USA; 1993.
57. Noelker LS, Harel Z. Linking quality of long-term care and quality of life. Chapter 1. Springer. NewYork. USA; 2000.
58. Stolt R, Blomqvist P, Winblad U. Privatization of social services: quality differences in Swedish elderly care. *Soc Sci Med* 2011; 72(4):560-7.
59. Witter S, Garshong B. Something old or something new? Social health insurance in Ghana. *BMC International Health and Human Rights* 2009; 9:20.
60. Braches-Chyrek R. *Mary Richmond: Soziale Reform und Soziale Diagnose. Soziale Arbeit im Spannungsfeld von Gerechtigkeit und Sozialer Verantwortung*. Barbara Budrich Verlag. Germany; 2012
61. Birgmeier BR, Mührel E. *Wissenschaftliche Grundlagen der sozialen Arbeit*. Wochenschau Verlag. Schwalbach/Ts., Germany; 2011.
62. Burnette D, Morrow-Howell N, Chen LM. Setting priorities for gerontological social work research: a national Delphi study. *Gerontologist* 2003; 43(6):828-38.
63. Karl F. Interdisziplinarität und Internationalisierung in der Befassung mit Altern und Alte. In: Aner K, Karl U, editors. *Ältere und alte Menschen*. Schneider Verlag Hohengehren. Baltmannsweiler. Germany; 2008.
64. Getz L. The Geriatric Social Work Initiative- A Decade Later. *Social Work Today* 2010; 10(1):5.
65. Adler G. Geriatric Field Education in Social Work: A Model for Practice. *Educational Gerontology* 2006; 32:9.
66. Hooyman N, St Peter S. Creating aging-enriched social work education:a process of curricular and organizational change. *J Gerontol Soc Work* 2006; 48(1-2):9-29.
67. Sanders S, Dorfman LT, Ingram JG. Geriatric Enrichment in Social Work Education: Lessons Learned from the GeroRich Projects. *Journal of Gerontological Social Work* 2009; 52(4):354-76.
68. Ferguson AJ, Schriver J. The future of gerontological social work: a case for structural lag. *J Gerontol Soc Work* 2012; 55(4):304-20.
69. Akashi R, Akashi H. Social work in international health and medical assistance. *Bio-sci Trends* 2008; 2(4):155-63.
70. Huxley P, Evans Sh, Gately CI et al. Stress and Pressures in Mental Health Social Work: The Worker Speaks. *Br J Soc Work* 2005; 35(7): 1063-79.
71. Hugman R. But Is It Social Work? Some Reflections on Mistaken Identities. *Br J Soc Work* 2009; 39(6):1138-53.
72. Lamb J, Bower P, Rogers A, Dowrick C, Gask L. Access to mental health in primary care: a qualitative meta-synthesis of evidence from the experience of people from 'hard to reach' groups. *Health London* 2012; 16(1):76-104.
73. Liao PA, Chang HH, Yang FA. Does the universal health insurance program affect urban-rural differences in health service utilization among the elderly? Evidence from a longitudinal study in Taiwan. *J Rural Health* 2012; 28(1):84-91.
74. Jarden ME, Jarden JO. Social and Health-Care Policy for the Elderly in Denmark. *Global action on ageing*; 2002. <http://www.globalaging.org/elder-rights/world/densocialhealthcare.htm>. (Accessed 28.6.12).
75. Forrer Kasteel E, Parpan-Blaser A, Wilhelm E. Vom "scientist-practioner" zum "information scientist"? In: Sommerfeld P, editor. *Evidenzbasierte Soziale Arbeit. Nutzung von Forschung in der Praxis*. Schneider Verlag Hohengehren. Baltmannsweiler. Germany; 2007.
76. Lee JS. The unmet needs of the elderly with diabetes in home health care. *Soc Work Health Care* 2007; 45(3):1-17.
77. Eisenmann P. *Werte und Normen in der sozialen Arbeit*. Kohlhammer. Stuttgart. Germany; 2006.

78. Erath P. Sozialarbeitswissenschaft: Eine Einführung. Kohlhammer. Stuttgart. Germany; 2006.
79. Ningel R. Methoden der Klinischen Sozialarbeit. Uni-Taschenbücher (UTB) - mittlere Reihe 3542. Stuttgart. Germany; 2011.
80. Birgmeier BR, Mührel, E. Die Sozialarbeitswissenschaft und ihre Theorie(n): Positionen, Kontroversen, Perspektiven. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden. Germany; 2009.
81. Bethke N. Schlüsselkompetenzen in der Sozialen Arbeit. Grin Verlag. Munich, Germany; 2010.
82. Figueira- McDonough J. Justice; Policy Formation; Social Action; Social Work; Theory Practice Relationship. Social Work 1993;38(2):179-88.
83. Blackburn JA, Dulmus CN. Handbook of gerontology: Evidence-based approaches to theory, practice, and policy. John Wiley, USA and Canada; 2007.
84. Adler G, Gutzmann H, Haupt M. Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Depression – Demenz – Versorgung. Kohlhammer Verlag. Stuttgart. Germany; 2009.
85. Hill B, Hönigschmid C, Kreling E, Eisenstecken E, Grothe-Bortlik KI, Zink G. Selbsthilfe und Soziale Arbeit. Das Feld neu vermessen. Juventa Verlag GmbH. Weinheim. Germany; 2012.
86. Lotus Shyu YI, Chen MC, Lee HC. Caregiver's needs as predictors of hospital readmission for the elderly in Taiwan. Soc Sci Med 2004; 58(7):1395-403.
87. Adams R, Dominelli L, Payne M. Social Work Futures: Crossing Boundaries, Transforming Practice. Palgrave. New York. USA; 2005.

Sabine Bährer-Kohler
PO BOX 3244, Peter-Merian-Str. 58, 4002
Bazel, Švajcarska
Tel +41 (0) 61 2054477
E-mail: sabine.baehrer@datacomm.ch

TRETMAN PSIHOTIČNIH POREMEĆAJA: DA LI NAM NARATIVNA TERAPIJA ZAISTA DAJE ONO ŠTO OBEĆAVA?

Jelena Manojlović

Departman za psihologiju, Fakultet
za medije i komunikacije,
Univerzitet Singidunum,
Beograd, Srbija

Kratak sadržaj

Narativna terapija se pojavila početkom osamdesetih godina prošlog veka u Australiji kao originalni način rada sa različitim tipovima mentalnih poremećaja. Iako je u početku terapijski rad bio usredsređen na manje kompleksne probleme, veoma brzo su se, bez obzira na neodobranje zvaničnih psihijatrijskih krugova, autori okrenuli ka radu sa težim i kompleksnijim slučajevima, a naročito radu sa poremećajima ishrane i sa psihotičnim problemima.

U poslednjih dvadesetak godina narativni terapijski pristup je stekao dosta pobornika na zapadu i ušao u mnoge terapijske programme za rad sa osobama koje pate od psihoze, ali je kod nas relativno malo poznat bez obzira što je prevedena knjiga Džil Fridman i Džin Kombas posvećena ovoj terapiji. Pošto je narativni pristup suviše složen da bi se prikazao u jednom članku, prvenstveno ćemo izdvojiti ono što smatramo suštinskim za ovaj metod i potom se usresrediti da prikazemo i ilustrujemo narativni rad sa psihotičnim poremećajima.

U tekstu ćemo izneti iskustva sa primenom ovog pristupa zasnovana na dugogodišnjoj aplikaciji metoda u bolničkim i vanbolničkim uslovima u okviru službi za mentalno zdravlje u Velikoj Britaniji i iznećemo naše shvatanje dometa i ograničenja ovog terapijskog pristupa kao i mišljenje o primenljivosti ovog metoda u našim uslovima.

Ključne reči: narativna terapija, socijalni-konstrukcionizam, psihotični poremećaji, snage

Narativna terapija (White, Epston) se pojavila početkom osamdesetih godina prošlog veka kao originalni način rada sa različitim tipovima mentalnih poremećaja. Iako je nastala u okviru sistemske porodične terapije i social-konstrukcionističkog talasa, u poslednjih petnaestak godina izdvojila se i kao posebna terapijska škola. Potekla je iz Australije i Novog Zelanda, stekla je dosta pristalica u SAD, Velikoj Britaniji i nordijskim zemljama, pa čak pridobila i broj kognitivnih terapeuta, ali je i dalje relativno malo poznata široj publici, pogotovo kod nas. U ovom radu prikazaćemo narativni rad kombinujući teorijski i klinički material i dati mišljenje o korisnosti ovog pristupa u radu sa psihotičnim poremećajima.

UVOD - OPŠTE POSTAVKE

Osnovne postavke ovog pristupa u velikoj meri potiču iz socijalnog konstrukcionizma i oslanjaju se na ideje da socijalne realnosti nisu date (tj. da u socijalnoj sferi ne postoje "istine") već da se "realnosti" stvaraju u socijalnoj razmeni [1- 4]. U tom smislu, sva saznanja su relaciona, odnosno stvarana u međusobnoj komunikaciji i u kontekstu u kome se ta razmena dešava. Za opisivanje i konstrukciju takvih socijalno stvorenih realnosti osnovni medijum je jezik kroz koji se ove "realnosti" organizuju i održavaju. Jezik ne predstavlja samo medijum za komunikaciju već je metafora za zbivanja u socijalnom svetu i "entitet koji uspostavlja parametre za identitet i akciju", pa se tako značenja koja se odno-

se na nas same formiraju na osnovu priča koje pričamo o sebi [2, 4]. Preko narativa (priča) koje kazujemo jedni drugima, mi kreiramo značenja, vrednosti i povezujemo relevantne događaje u toku vremena u koherentne celine [2]. Pošto mi kreiramo značenja kroz naše narative, mi možemo i da promenimo kako vidimo i doživljavamo neki događaj, sebe ili druge ljude, menjajući narativ. Mi možemo da izmenimo način kako govorimo o sebi i prošlim događajima tako što ćemo privilegovati druge aspekte događaja, usvojiti novu tačku gledanja, odnosno uvesti novu "gramatiku" priče [3]. Na taj način mi možemo da uobličimo doživljaj sopstvenog života u novu priču [5, 6]. Vajt [6] taj proces naziva 're-storing' što bi smo mi mogli da prevedemo kao "obrađivanje priča" ili "ponovno stvaranje priča" ili 're-authoring', odnosno pripovedanje sopstvenog života iz nove autorske perspektive ili "novi pogled na život". On time označava proces kreiranja novih, za nas poželjnijih značenja, ili, da upotrebimo Vajtove reči: "da postignemo alternativnu verziju svog doživljaja šta znači biti ličnost" [6].

Narativna terapija se zasnova na aktivnoj kolaboraciji terapeuta i klijenta, jasno izraženom poštovanju i uvažavanju, podršci, odsustvu kritike i depatologizaciji. Od terapeuta se očekuje da napusti poziciju 'eksperta' i da bude prvenstveno zainteresovan za život klijenta i da ga podržava u izražavanju stremljenja i želja i u preuzimanju uloge 'eksperta' za sopstveni život.

NARATIVNI METOD

Narativna terapija je više generalni referentni okvir i primenjuje se za različite svrhe i u različitim kontekstima pa se

narativisti često razlikuju u tome kako pristupaju radu, koje tehnike koriste i kako ih primenjuju. Ipak, osnovni cilj, a to je pomoć klijentima da se osećaju bolje u odnosu na sopstveni život i da bolje njim upravljaju, predstavlja vodilju u svim varijacijama. Takođe, neke tehnike su veoma specifične za ovaj metod i nešto što će koristiti svi pobornici ovog pristupa bez obzira na pojedinačne varijacije, pa ćemo pokušati da ih ukratko opišemo.

Postavljanje pitanja

Pitanja predstavljaju osnovni alat narativnog terapeuta i nemaju zadatak samo da prikupe informacije već i da pokažu interes terapeuta za klijentov život, stimulišu razmišljanje i otvore mogućnost klijentu da otkrije nova, prihvatljiva i bolja viđenja sebe i sopstvenog života. Postavljanje pitanja karakteriše ceo terapijski proces počevši od identifikovanja priče o problemu (faza saopštavanja i aktivnog slušanja), otkrivanja različitih opisa problema i različitih elemenata problema (faza raščlanjavanja i uzdrmanja fiksiranih pogleda na problem i identifikovanje izuzetnih događaja) i postizanja ponovne izgradnja priče, odnosno novog viđenja događaja i sebe (faza proširivanja i pojačavanja novih opisa, otkrivanja poželjnijih ishoda i konstrukcije nove priče).

Eksternalizacija

Narativni terapeuti ističu da osoba nije problem, već da je problem problem [5 - 8]. Da bi se postiglo da se problem shvati kao izdvojen od osobe primenjuje se *'eksternalizacija'*, odnosno tehnika kojom se postiže se da se problem sagleda kao posebn i odvojen entitet. Posta-

vljaju se pitanja o tome kako je došlo do problema, kako se problem razvijao, kao je uticao na osobu, ali i kako je osoba uticala na njega. Taj postupak se označava kao određivanje, odnosno *'mapiranje problema'*. Narativisti nastoje da osobu usmere ka tome da prestane da govori o sebi kao nekome ko, na primer, nije uspešan ili nije hrabar (prestane da koristi internalizovane opise na nivou karakteristika ličnosti), već da govori o tome šta u konkretnom slučaju predstavlja odsustvo uspeha ili nedostatak hrabrosti. Na pretpostavljenu žalbu klijenta na neuspešnost terapeut bi mogao da upita "Kako vi izvodite tu neuspešnost". Ovakvo pitanje često može da začudi klijenta, ali je ilustracija govora ekstermalizacije koji ima za cilj da se problem (patološki opis) odvoji od osobe i učini nečim čime se može upravljati.

Identifikovanje dominantnih i skrivenih priča i izuzetni događaji

Priče o problemu su obično ono što dominira u saopštenjima klijenata i predstavljaju fiksirane i nametljive narative¹. Ovi narativi su regresivni po svojoj formi, odnosno usmereni na prošlost i sadrže teme koje se odnose na neuspeh i patnju, osujećenje i propadanje [2]. Međutim, da bi osoba uspeła da se odmakne od ovih fiksiranih opisa prošlosti i okrene ka budućnosti neophodno je da se pronadju alternativni opisi koji imaju elemente pozitivnog, ali su generalno sakriveni i stidljiviji². Osnovna tehnika za

¹ Dominantne priče su nametljive 'boastfull' I imaju tendenciju da guše sve ostale opise.

² Za razliku od dominantnih priča, priče o uspehu su skrivene pa ih on naziva stidljivim 'shy' i neophodno ih je ohrabriti i osnažiti.

otkrivanje skrivenih priča koje daju alternativna vidjenja, je potraga za 'izuzetnim postignućima' [5 - 9]. U istoriji osobe traže se događaji koji odstupaju od dominantne priče i govore o dostignućima i uspesima (ma kako oni bili mali) i pokazuju da se može povući razlika u odnosu na regresiju koju osoba doživljava od početka bolesti³.

Otkrivanje 'izuzetnih postignuća' postiže se sistematskim postavljanjem posebno formulisanih pitanja koja omogućavaju osobi da sagleda pozitivne aspekte sopstvene istorije koje je zamenarila ili zaboravila. Novo osveščena istorija uspeha predstavlja pomeranje od regresivnih ka progresivnim narativima koji su usmereni na postignuće, uspeh i veru u bolju budućnost [2]. Progresivni narativi otvaraju mogućnost za pozitivna stremljenja i omogućavaju osobi da se, kroz prisećanje prošlih i sadašnjih uspeha, ponovo priključi dominantnim tokovima sveta koji je okružuje. Osobama se pruža šansa da prethodno preovladjujuće, negativne doživljaje sebe, drugih i sveta, zamene pozitivnim, daleko optimističnijim vidjenjima. Naravno, samo identifikovanje izuzetnih postignuća nije dovoljno, neophodna je detaljna elaboracija od čega se takve mogućnosti sastoje, kako je do njih došlo, kako se mogu potkrepiti i reaktivirati, kao i ko su oni koji osobu mogu podržati na novom putu.

Da navedemo jedan primer iz naše prakse: Ela, 27. godina, hospitalizovana drugi put zbog suicidalnog pokušaja povezanog sa idejama o bezvrednosti i propasti. U toku seanse ponavlja kako uopšte nema snage, ne može ništa da učini, da za sve zavisi od drugih. Počinje da plače i od terapeuta traži maramicu. Terapeut kaže da, nažalost, nema

maramica u sobi, na šta ona ustaje, odlazi i vraća se sa kutijom papirnih maramica. Iako, naizgled veoma beznačajna akcija, ova akcija je mogla da se identifikuje kao nešto što odstupa od dominantne priče o bespomoćnosti i da otvari mogućnost da se ispita postojanje adekvatnih potencijala za brigu o sebi.

Publika

Ono što govorimo o sebi uvek je namenjeno nekome i reakcija slušaoca povratno utiče na naše vidjenje sebe. Zato, da bi ovaj novi doživljaj sebe mogao da opstane, od osobe se traži da identifikuje 'publiku', odnosno one osobe koje mogu da potvrde i odobre novo viđenje i da podrže osobu na putu osvajanja novog prihvatanja sebe i poboljšanog funkcionisanja [6 -9]. Ukoliko osoba nema u svom okruženju one koji bi je mogli podržati na njenom novom putu, terapeuti organizuju moguće 'navijače', odnosno grupe podrške koje u većini slučajeva sačinjavaju ili klijenti koji su već prošli tim putem, dobrovoljci, ili članovi tima klinike. Ove grupe funkcioniču slično kao reflektivni timovi [10], ali se ne ograničavaju samo na reflektovanje već imaju aktivniji pristup. Zadatak publike (grupe podrške) je da ohrabri osobu i potstakne je da izdrži na novom putu, ali i da pokaže da je aktivno uključivanje u svet moguće. Zato su posebno pogodne grupe u kojima učestvuju bivši klijenti koji mogu i najbolje da ohrabre i da modeliraju novi put. Narativisti veruju da komunikacija

³ Izuzetna postignuća, unique outcomes su osnovni elementi za izgradnju novih priča.

sa publikom [7, 8] značajno pomaže osobama da ponovno osmišljavaju svoj život na poželjniji način i postanu sopstveni terapeuti.

Pismena komunikacija

U narativnom radu poseban značaj imaju različite forme pismene komunikacije kojom se potvrđuje i potencira rad na seansama. Terapeuti često produkuju pisane materijale, pišu pisma, izdaju svedočanstva ili potvrde, prave video zapise. Pisani materijali podsećaju klijente na postignuto, ohrabruju ih i potstiču, daju nove ideje. Epston i Vajt [5 - 8] veruju da pisma koja se pišu klijentima između seansi imaju izuzetnu vrednost i da skraćuju terapiju. Značaj pisama potvrđuje i istraživanje Nilanda i Tomasa [11] kao i naše iskustvo u kome se pismenena komunikacija sa klijentima pokazala izuzetno korisnom jer su pisma često poslužila kao uvod u značajna restrukturisanja ponašanja i nov stav prema sebi i svetu [12]⁴.

SHVATANJE PSIHOZE ILI “ŽIVOT U ČOŠKU”

U početnoj fazi stvaranja pravca, narativni rad bio je pretežno usresređen na manje kompleksne probleme, kao što su to dečji strahovi, osećanje socijalne nelagodnosti odraslih ili odsustvo samopouzdanja, a potom i na poremećaje ishrane [6, 7, 9]. Veoma brzo, bez obzira na neodobravanje zvaničnih psihijatrijskih krugova, podstaknuti uspesima narativnih intervencija, autori su se okrenuli ka radu sa psihotičnim problemima. Njihov rad sa osobama koje su iskusile psihozu dodatno je inspirisan idejama o politizaciji iskustva, socijalnoj pravdi i potrebi

za uključivanjem zapostavljenih i marginalizovanih u normalne životne tokove [13]. Osnovna ideja narativnih terapeuta u odnosu na konceptualizaciju psihotičnih poremećaja je donekle antipsihijatrijska, jer se psihoza prvenstveno shvata kao posledica isključivanja osobe iz uobičajenih tokova međuljudske komunikacije i sa tim povezane izolacije i marginalizacije, uz ignorisanje bilo kakvih bioloških faktora [14]. Ovo izbegavanje medikalizacije problema i depatologizacija vidljivi su i u terminologiji koja se koristi jer će narativisti umesto reči “psihoza” ili “shizofrenija”, dakle relativno jasnih dijagnostičkih odredjenja, upotrebiti opisnu formulaciju “oni koji pate od psihoze” ili će ponuditi metaforu “život u čošku” koji dobro opisuje izolaciju i marginalizaciju obolelih od psihoze [15, 6].⁵

Autori veruju da je osoba koja pati od psihoze pre zanemarila i zaboravila, nego što je izgubila svoja znanja i sposobnosti. Oni smatraju da mnogi ljudi, čak iako nisu iskusili psihozu, ispoljavaju tendenciju da svoj život ocenjuju i opisuju kao zbir negativnih događaja i da, kada govore o sebi, izlažu regresivne narrative. Kao što smo već pomenuli, regresivni narativi često predstavljaju dominantnu priču koju ove osobe kazuju o sebi drugima, ali i sebi, pa tako potkrepljuju osećanje nemoći i bezizlaznosti. Polazeći od social-konstrukcionističke ideje da način kako govorimo u velikoj

⁴ Pošto su pisani materijali izuzetno značajni za odvijanje terapije i stabilizaciju postignutog, poseban rad posvetićemo ovoj temi.

⁵ Umesto ‘oboleli od psihoze’ autori će koristiti termin ‘psychosis sufferers’, oni koji pate od psihoze ili metaforu ‘život u čošku’ (‘in the corner lifestyle’).

meri određuje ko smo, odnosno kako vidimo sebe i kako se osećamo u odnosu na sebe, narativisti veruju da se preko podsećanja osobe na njene snage i prethodne uspehe ('izuzetna postignuća'), postići odstupanje od regeresivnih narativa i otvoriti vrata za nove, progresivnije narative koji su dotle bili sakriveni [16, 17].

Izdvojićemo tri karakteristične istorije klijenata da bi ilustrovali neke od korišćenih intervencija, terapijska postignuća, kao i promašaje. Prikazani klijenti su pokazivali psihotične simptome u toku niza godina, bili više puta hospitalizovani i imali redukovano socijalno funkcionisanje. Svi su bili na medikamentoznom tretmanu i istovremeno uključeni u različite forme socijalnih intervencija (klubove, imali 'družbenike', pohađali radne aktivnosti pod zaštitom, itd.) i praćeni su još po najmanje pet godina po završetku tretmana.

Skladno narativnom modelu, istorije klijenata iznećemo kao priče.

TRI KLIJENTA, TRI PRIČE

Priča 1

SUZANA, stara 46 godina, u kontaktu je sa službama za mentalno zdravlje više od 20 godina. Hospitalizovana je nekoliko puta, prima antipsihotičnu terapiju, živi sa roditeljima. U nekoliko navrata joj je ponudjena kognitivno-bihejvioralna terapija koju odbija pošto ne želi da se njene (sumanute) ideje opovrgavaju. Na terapiju pristaje jer je prihvaćen uslov da se njene ideje (vezane za aristokratsko poreklo i imaginarnu porodicu zbog koje je stalno progone tajne službe), neće konfrontirati.

Na seansama pokazuje se naglašen interes za sve što ona čini, a što nije povezano sa simptomima, dok se elaboracije vezane za konfabuliranu storiju ne prekidaju, ali ni ne potkrepljuju (pretežno ignorišu). Postepeno, Suzana skraćuje vreme koje posvećuje elaboraciji neobičnih ideja i sve više se okreće na praktične uspehe u svakodnevnom funkcionisanju (od odlaska u prodavnicu, pripreme obeda ili samostalne vožnje autobusom). Uspeva da se odvoji od roditelja i da uredi sopstveni stan, brine se o sebi, kuva, poziva prijatelje da svrate. Pohađja časove slikanja i vrlo je ponosna na ono što naslika. U pismu terapeutu saopštava da nikada nije mislila da može da bude tako dobro i da funkcioniše bez stalne podrške roditelja.

Suzana je veoma lako prihvatila ohrabrenja i podršku i terapija se odvijala iznenadjujuće brzo i uspešno imajući u vidu trajanje i kompleksnost problema. Kako je to bio jedan od prvih klijenata sa kojim smo koristili narativni pristup, uspeh terapije je iznenadio (i uljuljkao) i klijenta i terapeuta pa nije dovoljno obraćena pažnja na znake preteranog oduševljenja i precenjivanja sopstvenih dostignuća. Razočaranje koje je usledilo zbog izostanka (nekritično) očekivanog uspeha, dovelo je, nažalost, do regresije na početnu poziciju.

Priča 2

TOMA, 50 godina, dugogodišnji klijent centra za mentalno zdravlje sa brojnim hospitalizacijama i nekoliko ozbiljnih pokušaja suicida. Glavna žalba odnosi se na uporne glasove koji mu govore da je bezvredan, da ga lju-

di preziru i da je najbolje da se ubije. Pored medikacije probao je i razne tehnike za prigušivanje glasova - glasno slušanje muzike, mrmljanje i sviranje na usnoj harmonici, što mu je pomagale da priguši glasove, ali ne i da ih se otarasi. Glasovi ga odvrćaju od lečenja i zabranjuju poveravanje drugima, naročito doktorima, onoga što govore.

Teško ga je angažovati, govori tiho i često se isključuje iz razgovora pošto ga glasovi previše uznemiravaju. Ipak dolazi redovno i prihvata pohvalu dolazaka, nezakašnjavanja, razgovora sa terapeutom (prikupljanje argumenata za izuzetne događaje i identifikovanje snaga). Uz mnogo ohrabriranja priključuje se grupi 'čujemo glasove'. U grupi sreće klijentkinju, koja, za razliku od njega, čuje glasove koji joj govore kako će se brinuti o njoj i da će sve biti dobro. Veoma je zainteresovan da sazna kako mogu da postoje dobri glasovi i da li je moguće da se njegovi glasovi promene i postanu dobri. Ohrabren podrškom grupe i novim vidjenjima problema koja su nudili ostali učesnici, postaje daleko aktivniji u toku seansi. Preko sistema pitanja navodi se da traži u svojoj prošlosti sve ono što bi moglo da bude dobro i da o tome razmišlja i govori. Iako mu je u početku veoma teško i da pomisli da u njegovoj istoriji ima bilo šta dobro, postepeno se priseća kako je igrao fudbal za lokalni tim, kako ga je publika podsticala i da su čak tražili autograme. Osveženo sećanje na stimulativnu ulogu publike u vreme fudbalske karijere, pomoglo je da prihvati da se klijenti iz grupe 'čujemo glasove' pridruže sensama kao grupa podrške. Prisustvo i podrška grupe ga dodatno ohrabruju da

slobodnije komunicira i da prihvati druženja van seansi.

Glasovi nisu prestali ali je Toma počeo da obraća manju pažnju na to šta glasovi govore i ne ustručava se da podeli ono što glasovi poručuju sa novostečenom grupom prijatelja. Za vreme praćenja Toma nije ponovo hospitalizovan i značajno je proširio socijalno saobraćanje i aktivnosti u koje se uključuje.

U ovoj priči možemo da zapazimo da je 'publika', odnosno podrška grupe, odigrala presudnu ulogu u ohrabriranju i preusmeravanju načina na koji je klijent gledao na stvari tako da je to omogućilo otkrivanje 'izuzetnih postignuća' i poboljšanje socijalnog funkcionisanja. Takodje možemo da zapazimo da su se individualni i grupni rad kombinovali i međusobno podržavali.

Grupe podrške sastavljene od klijenata imaju dvostruki značaj, pomažu klijentu koji je u tretmanu, ali pomažu i klijentima članovima grupe. Članstvo u grupama podrške pomaže klijentima da se osećaju korisno i uvažavano preko doživljaja da pomažu drugima i da su deo terapijskog sistema (da poseduju terapijsku moć i da su jednaki sa terapeutom), a ne samo klijenti. Iskustvo članstva u grupi većini klijenata omogućava osećanje značaja, ličnog uspeha i moći, kojima se osnažuje njihova sopstvena borba za bolji život.

Priča 3

JANA, 33 godine, više puta hospitalizovana zbog maničnih epizoda. U vezi je sa Ivanom koji takodje ima problema sa mentalnim zdravljem iako nije bio hospitalizovan u poslednjih 5

godina. Imaju trogodišnjeg sina Sašu koji je pod nadzorom socijalne službe koja nema poverenja u njihovu sposobnost da se adekvatno brinu o dečaku. Na terapiju dolaze kao porodica u pokušaju da zadrže staranje nad detetom. U uputnom pismu socijalne službe ističu se majčine emocionalne oscilacije koje vode ka povremenom zanemarivanju deteta, njena bolnička lečenja koja uzrokuju prekid kontakta sa detetom i Ivanovu nedovoljna spremnost da se stara o detetu kada je Jana u bolnici, pa je dete nekoliko puta smeštano u hraniteljske porodice. Ipak, oboje žele da se o staraju o dečaku i veruju da im briga o detetu može biti podsticaj da stabilizuju sopstveno mentalno zdravlje.

U terapiji se prvo istražuje kako brinu o detetu, šta čine dobro, šta su propusti, a šta situacije koje se mogu označiti kao opasne i kakve su posledice takvih situacija. Posmatrani su svi aspekti svakodnevnog života i prikupljeni su podaci koji mogu da potvrde njihovu spremnost da budu dobri roditelji, šta mogu da učine sami a za šta im je potrebna pomoći. Kao mogućeg pomagača identifikuju Janinu majku, dok socijalne radnike smatraju neprijateljima koji hoće da im oduzmu dete.

U dnevniku koji vode o tome kako se staraju o detetu imaju zadatak da ocenjuju šta je bilo dobro a šta nije, da li su to učinili sami ili uz pomoć, ko im je pomogao i kako je ta pomoć delovala na njih. Podstaknuti su da traže i ponude alternativna rešenja za situacije kada se nisu adekvatno brinuli o Saši, ali i da razmisle kako bi nadzor socijalnih radnika mogao da pomogne u

tim situacijama. Konceptualizovanje nadzora kao pomoći pomoglo je da socijalni radnici prestanu da budu neprijatelj i pretvore se u pomagače koji će olakšati da nadzor nad detetom postane nepotreban. Nova konceptualizacija nadzora pomogla im je da prihvate socijalne radnike i da čak pristanu da se ovi uključe u seanse kao tim podrške.

Posvećivanje posebne pažnje adekvatnim ponašanjima podstaklo je da se ovakva ponašanja učestalije pojavljuju, da se bolje identifikuju situacije kada je potrebna pomoć i da se smanji broj situacija koje bi mogle da se okarakterišu kao nemar.

Pošto su klijenti insistirali da fokus terapije bude njihovo roditeljsko staranje, a ne mentalno zdravlje, pogoršanje Janinog zdravlja i ponovna hospitalizacija pokazali su da je potrebno da se ova dva aspekta paralelno tretiraju. U daljem radu osvetlili smo kako Ivan može da pomogne Jani i olakša svakodnevni život, ali i da joj pomogne da opazi znake pogoršanja i da je ohrabri da potraži pomoć na vreme. Takođe smo sagledavali kako Jana može da pomogne Ivanu i kako njihovo međusobno podržavanje i isticanje pozitivnog kod onog drugog može da potkrepi njihov napor da budu bolji roditelji.

Iako je Jana još jedanput hospitalizovana u toku perioda praćenja, hospitalizacija je bila kratkotrajna i nije bilo potrebe da se dečak smesti u hraniteljsku porodicu.

U ovoj priči radilo se o kompleksnijoj situaciji gde je intervencija imala više nivoa i pored pojedinca uključila porodicu, par i profesionalni sistem,

pa su mogle jasnije da se uoče nedorečenosti metoda. Ovaj situacija nas podseća da ne smemo da zaboravimo našu stručnu i zakonsku odgovornost i potrebu da vodimo računa o svim potencijalnim rizicima. Pridržavajući se pravila struke i društva, bez obzira koliko nastojimo da sledimo želje klijenata, mi ipak posredno zadržavamo poziciju eksperta i onoga koji ima moć.

DISKUSIJA I ZAKLJUČAK - ŠTA NAM NUDI NARATIVNA TERAPIJA

U većini slučajeva narativni pristup, preko pozivanja osobe da identifikuje i osloni se na svoje snage, prilično menja usvojeni negativni doživljaj sebe i uspostavljenu neuspešnu adaptaciju i omogućava osobi da se više usresredi na ono što može, a ne da stalno podseća sebe na ono što ne može i tako dodatno pojačava uverenje o sopstvenoj neuspešnosti. Podsticanje snaga, naročito u radu sa osobama koje žive sa psihotičnim simptomima, podstiče ne samo faktore terapijskog procesa, već i faktore van terapije koji se odnose na nadu i na socijalne doprinose van terapije [17]. Generalno, preko narativne terapije osobe postižu veće samopouzdanje, osećaju se spremnije i sposobnije da se uključuju u uobičajene aktivnosti vezane za svakodnevni život i tako skupljaju različite forme potkrepljenja za održavanje pozitivnijeg pristupa životu. Iako promak ka pozitivnom gledanju nije ni lako ni jednostavno postići, pošto osobe teško odustaju od uobičajenih, dugo potenciranih negativnih priča narativni pristup nudi

ponovo probudjenu nadu da ima spasa i za 'izgubljene slučajeve' [6, 7, 18, 19, 20]⁶

Kao što to važi za većinu drugih terapijskih škola, i autori narativne terapije preteruju u tvrdnjama šta se može postići primenom ove metode. Međutim, bez obzira na veoma human i optimističan pristup problemima sa kojima se suočavaju osobe sa psihotičnim teškoćama, narativna terapija ne nudi izlečenje, već samo poboljšanje funkcionisanja vezano za prihvatanje ideje da je moguće živeti bolje bez obzira na bolest. Osobe, osnažene poštovanjem i podrškom, podstaknute terapeutom i navijačima, pokušavaju da se više i adekvatnije uključe u životne tokove. To im nekad uspeva, nekad ne, a nekad čak može da uzrokuje nova negativna iskustva i potkrepljenje negativnog doživljaja sebe i sveta ukoliko su osobe previše poverovale u svoje ponovo otkrivene kvalitete i mogućnosti. Tako je Suzana, iz priče broj jedan, posle niza manjih uspeha, vema istaknutih i podržanih u terapijskim susretima, doživela snažno razočarenje pošto njeni radovi sa kursa slikanja nisu ušli čak ni u uži izbor za izložbu slikarske škole. Ovaj neuspeh otvorio je bujicu sumanutih interpretacija koje su bile utišane ili potisnute u vreme uspeha. Na neki način, podržavajući snaga u slučaju Suzane, nenameravano smo potkrepili njene precenjene ideje o izuzetnosti i specijalnoj vrednosti i tako

⁶ Monk i drugi već u naslov knjige o narativnoj terapiji stavljaju 'arheologija nade' čime se ističe upravo mogućnost pronalaženja nade bez obzira na prirodu teškoća.

omogućili da stvori nerealistična očekivanja i doživi razočaranje.

Narativna terapija je nastala u Australiji i na Novom Zelandu i stekla je dosta pristalica u Velikoj Britaniji i u nordijskim zemljama i prilično se uklapa u sisteme za zaštitu mentalnog zdravlja u ovim zemljama. Iako se za sve terapijske pristupe može reći da su zavisni od kulture u kojoj su nastali i kulture u kojoj se primenjuju, u odnosu na narativnu terapiju ova zavisnost je još više izražena. Narativni pristup u mnogome zavisi od jezičkih konvencija, generalnog obrazovnog nivoa, sistema življenja, društvenog tretmana mentalnih bolesti i razvijenosti sistema za zaštitu mentalnog zdravlja, pa nije baš jasno koliko se ovaj pristup može prilagoditi veoma različitim društvenim konfiguracijama. Koliko mi je poznato, na naš jezik je prevedena "Narativna terapija" autora Fridman & Kombasa, koncept narativne terapije je informativno uključen u trening iz sistemske porodične psihoterapije, ali nisam uspela da pronadjem terapeute koji su se specifično prihvatili aplikacije ove metode [21].

Iskustva sa narativnom terapijom vezana su za moj petnestogodišnji terapijski rad u Velikoj Britaniji gde sam je koristila pretežno u radu sa osobama sa dugotrajnim poremećajima koji su već tretirane na druge načine bez većih uspeha. Primeri izneti u prethodnom tekstu odnose se na klijente sa kojima sam ja radila u saradnji sa timom koji su sačinjavali ili drugi psiholozi, drugi profesionalci u mentalnom zdravlju (psihijatrijske sestre, socijalni radnici i mladi lekari), studenti klinič-

ke psihologije i psihoterapije u treningu ili pak klijenti. U većini tretiranih slučajeva postignuta su značajna poboljšanja prvenstveno u odnosu na socijalnu aktivaciju i brigu o sebi, generalno bolje prihvatanje tretmana i smanjenje potrebe za hospitalizacijom, iako smo u dva slučaja iskusili da posle početnog uspeha klijenti dožive razočaranje u novostečenu veri u sebe i vrate se na početnu poziciju izolacije i prepuštanja bolesti.

Jedan od radova posvećenih narativnoj terapiji sa osobama koje pate od psihoze nazvala sam "Živeti sa psihozom" pošto ono što mi se čini da je najveći doprinos narativne terapije za rad sa psihotičnim poremećajima, je da pomaže osobama da nauče da žive što punije i srećnije, bez obzira na bolest [12]. Narativna terapija nije čarobna pilula koja pretvara žabe u prinčeve, ima značajna ograničenja i ponekad budi prevelika očekivanja osobe, ali je neosporno humaniji pristup ljudima koji su zbog bolesti isključeni iz dominantnih životnih tokova, često zaboravljeni i odbačeni od porodice i prijatelja. Ipak, bez obzira na sva ograničenja i daleko manje domete od prvobitno obećanih, narativna terapija je u značajnoj meri doprinela aktivnijem i adekvatnijem pristupu osobama koje boluju od psihoze i mnogima od njih pomogla da izadju iz izolacije i žive ispunjenije i kvalitetnije živote.

Bez obzira na veliki broj klijenata koje sam tretirala u Velikoj Britaniji, nedostaju mi iskustva u radu sa našom populacijom. Već i samo prevodjenje termina ili pismene terapijske komunikacije na naš jezik bilo je prilično

komplikovano, ne samo zbog razlika u jezičkim formulacijama, već i zbog teškoća da se prilagode socijalne konvencije izražavanja, kao što je to izbegavanje upotrebe bilo kakvih tvrdnji u izražavanju mišljenja, već saopštavanje kroz obazrivo izlaganje mogućnosti ili verovanja. Verujem (da nastavim u duhu istaknute pozicije obazrivosti i nesigurnosti) da su slične teškoće imali i prevodioci “Narativne terapije” i da su ponekad u prevodu ponudjeni izrazi koji nedovoljno verno odslikavaju značenje koje mislimo da pretpostavljaju autori⁷. Pored leksičkih teškoća (pogotovo s obzirom na izuzetan značaj jezičke formulacije kao elementa ovog terapijskog pristupa), čini mi se, takodje, da u našem društvu još nije razvijena dovoljna opšta tolerancija prema različitosti i prema mentalnim poremećajima. Istovremeno ne postoje ni razradjeni i opšte prihvaćeni sistemi za socijalnu integraciju i brigu u zajednici za osobe sa mentalnim problemima iako postoji nešto tradicionalnija porodična organizacija sto često znači

i veću ulogu porodica u zbrinjavanju osoba sa mentalnim teškoćama. Ipak, nekim aspektima ovog pristupa se ne može sporiti relativna univerzalnost i korisnost, kao što je to orijentacija na snage, potenciranje podrške, depatologizacija i normalizacija, pa se elementi ovog izuzetno kreativnog, prilično neortodoksnog, radikalnog i egalitarnog metoda rada sa mentalnim poremećajima, mogu upotrebiti da pomognu u humanizaciji pristupa i tretmana osoba sa mentalnim teškoćama, kako u bolničkim tako i vanbolničkim uslovima, bez obzira na neposredno kulturno okruženje. Ipak, po našem mišljenju, da bi ova metoda postigla neke značajnije rezultate i u našoj sredini, bile bi neophodne prilične modifikacije načina rada i značajna kulturna prilagodjavanja.

⁷ Već u prevodu samog naslova ‘Narativna terapija, socijalana konstrukcija omiljenih stvarnosti’ reč ‘omiljeno’ ponudjena je kao prevod reči ‘preferred’ iako bi možda bilo adekvatnije prevesti kao ‘poželjniji’ (bolji od dva).

TREATMENT OF PSYCHOTIC DISORDERS: DOES NARRATIVE THERAPY DELIVERS WHAT IT PROMISSES?

Jelena Manojlovic

Department of Psychology,
Faculty of Media and Communication,
University Singidunum,
Belgrade, Serbia

Summary

Narrative therapy was developed in Australia and New Zealand in the 1980s as an interesting and original way of working with different mental health problems. Initially, narrative work was limited to less complex problems, but due to the success of such interventions, authors turned toward more complex issues like treating eating disorders and psychosis.

In the last twenty years the narrative approach has attracted a lot of therapists in the West and is included in many programmes for working with psychotic problems, but it is still less known to the general public. Since narrative therapy is too complex to be presented in one article, we shall focus on essential features of this approach and the ways of working with psychotic problems.

In the text, we shall review our experiences with application of this method based on the long-term use of this method in hospital and community settings of mental health services in the UK. We are going to offer our ideas about affordances and limitations of this method, as well as an opinion of on the possible ways this method can be used in our practise in Serbia.

Key words: narrative therapy, social constructionism, psychotic disorders, resources

Literatura:

1. Burr V. Social constructionism. New York. Routledge; 2003
2. Gergen KJ, Gergen M. Studies in social identity. New York. Praeger; 1983.
3. McNamee S, Gergen K. Therapy as a social construction. London. Sage; 1992.
4. Pearce WB. Communication and Human Condition. Carbondale. Southern Illinois University Press; 1989. p.149.
5. Epston D, White M, Murray K. A Proposal for Re-authoring Therapy. In: McNamee S, Gergen KJ, editors. Therapy as Social Construction. London: Sage Publications; 1992. p.96-115.
6. White M. Re-Authorising Lives: Interviews & Essays. Adelaide. Dulwich Centre Publications; 1995. p.141.
7. Monk G, Winslade J, Cricket K, Epston D. Narrative therapy in practice. The archaeology of hope. San Francisco. Jossey-Bass publishers; 1997.
8. White M. Deconstruction and Therapy. Adelaide. Dulwich Centre. Newsletter, No. 3; 1991.
9. White M. Selected Papers. Adelaide. Dulwich Centre Publications; 1989.
10. Nyland D, Thomas J. The economics of narrative. Family therapy networker 1994;18:38-9.
11. Anderson T. The reflecting team: Dialog and metadialog in clinical work. Family Process 1987; 26:415-28.
12. Manojlovic J. Living with psychosis: a narrative framework. Context 2007; 93:41-3.
13. Rosensvald G. Conclusion: Reflections on Narrative Self-Understanding. In: Rosensvald G, Ochberg R, editors. Storied Lives: The Cultural Politics of Self Understanding. New Haven: Yale University Press; 1993. p.1-18.
14. Leing RD. The devided self: An existential study in sanity and madness. London. Penguin; 1990.
15. White M. Family Therapy & Schizophrenia: Addressing 'in-the-corner' lifestyle. In: White M, editor. Selected Papers. Adelaide: Dulwich Centre Publications; 1989. p.47-58.
16. Gergen KJ. Warranting Voice and the Elaboration of Self. In: Shotter J, Gergen K, editors. Texts of Identity. London: Sage Publications; 1989.p.70-81.
17. Hubble M, Duncan B, Miller S. The hart and sole of change. Washington D.C. American psychological association; 1999.
18. Manojlovic J. Between self and self-narrative, some implications for therapy. Dissertation in systemic therapy. London. KCC; 1997.
19. Manojlovic J, Partridge K. A framework for systemic consultation. Clinical Psychology 2001; 3:27-30.
20. Partridge K, Manojlovic J. Space in tight corners. Coventry. KCC Summer school; 2002.
21. Fridman DŽ, Kombas DŽ. Narativna terapija, socijalana konstrukcija omiljenih stvarnosti. Novi Sad. Psihopolis; 2009.

Jelena Manojlović
Departman za psihologiju
Fakultet za medije i komunikacije
Univerzitet Singidunum
Danijelova 32, 11000 Beograd, Srbija

KOGNITIVNI PROCESI I KOGNITIVNO -BIHEJVORALNI TRETMAN PANIČNOG POREMEĆAJA

Borjanka Batinić^{1,2}
Tatjana Vukosavljević-Gvozden²

- 1 Klinika za psihijatriju, Klinički Centar Srbije, Beograd
- 2 Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu, Odeljenje za psihologiju

Rad je predstavljen kao usmeno izlaganje na XL Edukativnom simpozijumu Klinike za psihijatriju KCS "Spektar anksioznih poremećaja-Izazov savremenog doba", održanom od 25-26. oktobra, 2012g. u Beogradu.

Kratak sadržaj

Poremećene kognicije (uključujući pažnju, memoriju, maladaptivne kognicije i meta-kognicije) i kognitivni procesi (mehanizmi koji stoje u pozadini kognicija koje su uključene u detekciju, dešifrovanje, pohranjivanje, povraćaj i korišćenje informacija) imaju značajnu ulogu u održavanju i etiologiji "reakcije alarma" karakteristične za panični poremećaj. Visoko izražena anksiozna senzitivnost, anksioznost oko "nadolazeće opasnosti", anksiozno isčekivanje i izraženo ponašanje traženja sigurnosti formiraju začarani krug panične anksioznosti. Distorzije u kognicijama i kognitivnim procesima (preceñjivanje mogućnosti dešavanja pretećih događaja, upaničavajuće kognicije, potceñjivanje mogućnosti prevladavanja i mogućnosti izbegavanja) prave značajnu razliku između osoba sa paničnim poremećajem i neanksioznih osoba.

Kognitivno-bihejvioralna terapija usmerana na poremećene kognitivne procese pokazala je visoku efikasnost u lečenju paničnog poremećaja i kompleksna je mešavina edukacije, tehnika verbalne kognitivne restrukturacije, modifikacije imaginacije, manipulacije pažnjom, ekspozicije na anksiozene stimuluse, modifikacije ponašanja izbegavanja, itd. Iako kognitivno-bihejvioralni tretman paničnog poremećaja pokazuje visoke stope uspeha, takodje visoke stope relapsa i hroniciteta ukazuju na ulogu karakteristika ličnosti obolelih u održavanju poremećaja, i neophodnost da poremećeni kognitivni procesi koji proističu iz personalnih karakteristika takodje budu cilj psihoterapijskih intervencija.

U radu su prikazani rezultati istraživanja autora i saradnika o profilima ličnosti pacijenata sa paničnim poremećajem i kontrolne grupe obolelih od distimije i zdravih ispitanika (N=120), koji su ukazali na globalno povećanje skala neuroskog trijasa (D-Hs-Hy) (Depresija-Hipohondrija-Histerija). Diskutovana je implikacija ovakvih nalaza na kognitivne procese i predstavljene su kognitivno-bihejvioralne intervencije usmerene na kognitivne distorzije koje proističu iz bazičnih karakteristika ličnosti obolelih od paničnog poremećaja.

Ključne reči: kognitivni procesi, kognitivno-bihejvioralna terapija, panični poremećaj

UVOD

Glavna karakteristika paničnog poremećaja je prisustvo povratnih, neočekivanih napada panike kao jedno od najneprijatnijih emocionalnih iskustava koje čovek može doživeti. Kognitivne teorije paničnog poremećaja postuliraju da panični napadi nastaju iz tendencije da se bezopasni telesni simptomi pogrešno interpretiraju kao neposredna opasnost [1, 2]. Glavna briga obolelih je osećanje nemogućnosti kontrole afektivnih, fizičkih i bihevioralnih simptoma [3]. Osoba se plaši gubitka kontrole i sopstvenog osećanja bespomoćnosti. Osećanje bespomoćnosti proizilazi iz doživljaja uhvaćenosti u opasnu i fizički preplavljajuću situaciju. Kada anksioznost postane intenzivna, osoba počinje da katastrofizira ("Umreću!", "Poludeću!", "Imaću srčani napad!"). U odgovor na kognitivne katastrofične interpretacije telesnih senzacija oboleli od paničnog poremećaja doživljavaju povišene nivoe autonomnog uzbudjenja, što vodi daljem povećanju misli koje provociraju anksioznost (uključujući i anticipatorni strah oko sopstvene vulnerabilnosti), održavajući začarani krug koji kulminira paničnim napadima.

KOGNITIVNI PROCESI KOD PANIČNOG POREMEĆAJA

Sumirajući kognitivne etiološke modele paničnog poremećaja, Fava i Morton [4] su istakli pet glavnih elemenata nastanka i odražavanja panike:

1. Većina teorija postulira određenu senzitivnost (genetika u kombinaciji sa ranim averzivnim događajima ili traumom). Ova komponenta se različito označava kao niski prag za anksioznost, visoka osetljivost na anksioznost, senzi-

tivna mreža straha, "anksiozna neuroza", nizak prag sufokacionog alarma.

2. Postoji nekoliko načina uticaja na ovu senzitivnosti: medikacijom, ali selektivno i bez dejstva na sve delove sistema, pa su česti relapsi nakon prekida medikacije; kognitivno, reprogramiranjem naučene opasnosti ili poboljšanjem samoeфикаsnosti što utiče na kognitivne interpretacije [5]. U revidiranoj neuroanatomskoj hipotezi paničnog poremećaja Gorman i sar. [6] su hipotezirali da pacijenti sa paničnim poremećajem nasledjuju posebno senzitivne centre za strah u CNS sa središtem u centralnom nukleusu amigdala koji uključuju hipokampus, talamus i hipotalamus, kao i periakvoduktalnu sivu masu, lokus ceruleus i druge centre u moždanom stablu. Medikacija, kao SSRI, može redukovati panične napade snižavajući aktivnost amigdala i redukujući stimulaciju projekivnih centara u hipotalamusu i moždanom stablu. Kada su sniženi fiziološki simptomima anksioznosti, sekundarno dolazi do redukcije anticipatorne anksioznosti i fobičnog izbegavanja. Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) deluje ushodno od amigdala redukujući fobično izbegavanje putem razuslovljavanja straha naučenog na nivou hipotalamusa i snižavajući kognitivne pogrešne interpretacije i preterane emocionalne reakcije jačanjem sposobnosti medijalnog prefrontalnog korteksa da inhibira amigdala. Govoreći jezikom biološke psihijatrije, KBT ima potencijal da modifikuje disfunkcionalna neuralna kola povezana sa paničnim napadima, jačajući sposobnost medijalnog prefrontalnog korteksa da inhibira aktivnost amigdala pod medijacijom hipokampusa, izazivajući inhibiciju različitih naučenih reakcija [7]. Aktuelni KBT tretmani sadrže iste opšte terapijske komponente koje

poboljšavaju sposobnost sistema da se sam kognitivno reguliše.

3. Postoje dve vrste sredinskih uticaja: specifični, koji uključuju neadekvatne interpersonalne relacije sa roditeljima koji vode problemima emocionalnog vezivanja. Takođe postoje više opštiji "averzivni životni događaji" i više specifičniji "kritični događaji" koji vode "naučenoj opasnosti" u nekim kognitivnim modelima [6]. Takođe, određeni životni stil olakšava razvoj paničnog poremećaja kao fizičko vežbanje, pijenje, pušenje, veštine prevladavanja, dijetetski režim, a takođe i vremenski uslovi mogu imati parcijalnu ulogu u razvoju paničnog poremećaja [8,9]. Ovi faktori deluju podstičući ili biološke ili kognitivne faktore.

4. Postoji nekoliko stanja ili crta koje koje se ubrajaju u senzitivnost kod određenih ljudi. To uključuje nisku samoefikasnost koja po Casey i sar. [5] sama po sebi može voditi povećanju uzbuđenja koje okida panični napad. U nekim slučajevima tu je i "naučena opasnost" koja po kognitivnim teorijama ima istu funkciju kao asocijacija "konteksta sa paničnim napadima" [6].

5. Sve kognitivne teorije zahtevaju okidače, spoljašnje ili unutrašnje za iniciranje paničnih napada. Spoljašnji okidači mogu biti događaji koji podsećaju na traume iz prošlosti, ili kontekst takvih događaja. Unutrašnji okidači mogu biti i generalizovana anksioznost, koja okida pozitivnu povratnu spregu koja se održava bez kognitivne medijacije, ili neki specifični autonomni događaj koji se pogrešno interpretira.

Fava i Morton [4] su predložili kombinovanu kognitivnu teoriju paničnog poremećaja po kojoj osobe koje će razviti panični poremećaj imaju kombinaciju *niske samoefikasnosti* (proizašle iz ranih

problema emocionalnog vezivanja, kao što je sugerisao Bowlbi (Bowlby) [10]), *visoke anksiozne senzitivnosti* (nastale iz genetske predispozicije ili problema emocionalnog vezivanja) i *naučene opasnosti* (nastale iz nekog ranog značajnog događaja). Zajedno, oni čine pozadinu začaranog kruga, koji se aktivira na provocirajuće faktore koji mogu biti spoljašnji ili unutrašnji (npr. niska samoefikasnost koja vodi povećanju novoa uzbuđenja, vodeći telesnim senzacijama koje su okidaci začaranog kruga). Dozvoljava se mogućnost da krug funkcioniše i bez katastrofičnih pogrešnih interpretacija [11].

Pacijenti sa paničnim poremećajem imaju na desetine napada panike u kojima su mislili da će umreti, ali uprkos suprotnim činjenicama ne menjaju svoje mišljenje. Ako unutrašnje telesne senzacije nisu opasne kao što pacijent pretpostavlja, zašto oboleli od panike to ne primete i ne koriguju svoje mišljenje? Odgovor zašto se pogrešna verovanja paničnih pacijenata održavaju leži u specifičnostima kognitivnih procesa koji održavaju poremećaj [12].

Pažnja

Više autora je sugerisalo da selektivna pažnja usmerena na preteće znake može igrati ulogu u održavanju anksioznosti [3,13-16]. Pacijenti sa paničnim poremećajem obično imaju veliki broj medicinskih ispitivanja koja ukazuju da nemaju somatsko oboljenje, ali oni nisu ubedjeni. Jedan od razloga može biti da ih njihovi strahovi teraju da fokusiraju pažnju na telo i kao rezultat postaju svesni benignih telesnih senzacija koje dugi ljudi ne primećuju. Prisustvo ovakvih senzacija se interpretira kao znak da je

ozbiljno telesno oboljenje nedijagnostikovano. Pacijenti sa paničnim poremećajem više registruju otkucaje srca nego kontrolna grupa [17].

Memorijski procesi

Pacijenti sa paničnim poremećajem selektivno se prisećaju informacija koje se čine da potvrđuju njihove najgore strahove. Brojne studije su potvrdile povećanje eksplicitne (svesne) i implicitne (nesvesne) memorije za opasnost kod pacijenata sa paničnim poremećajem, tj. da su u memoriji ovih osoba telesne senzacije povezane sa katastrofičnim ishodom [18-20]. Postavlja se pitanje da li ovo povišeno memorisanje opasnosti nastaje nakon paničnih napada ili je postojalo i pre i predstavlja faktor rizika za nastanak panike? Odgovor možda leži u anksioznoj senzitivnosti.

Anksiozna senzitivnost

Anksiozna senzitivnost je ustanovljena kao kognitivni faktor rizika za razvoj paničnog poremećaja [21, 22] i odnosi se na strah od senzacija koje su u vezi sa anksioznošću, nastao iz verovanja o njihovim štetnim fizičkim, kognitivnim ili socijalnim posledicama. Osobe sa povišenom anksioznom senzitivnošću pojačavaju odgovor na anksiozene stimulse i smatraju sopstvene anksiozne simptome posebno averzivnim. Tako, anksiozna senzitivnost ima posebnu ulogu u nastanku i održavanju anksioznih poremećaja, posebno paničnog poremećaja [23]. Iako povišena anksiozna senzitivnost može biti povezana sa katastrofičnom interpretacijom telesnih senzacija, ona predsta-

vlja širi koncept jer prema teoriji anksiozne senzitivnosti nije neophodno da se simptomi pogrešno interpretiraju da bi bili visoko averzivni. Mek Nally (McNally) je spekulisao da prisustvo "pozitivnih predrasuda" može zaštititi ljude sa visokom anksioznom senzitivnošću od razvoja paničnog poremećaja (npr. visoka samoefikasnost) [22].

Kognitivni stil doživljaja nadolazeće opasnosti

Kognitivni stil doživljaja nadolazeće opasnosti opisan je kao široka i proživljavajuća kognitivna tendencija da se pretnja u raznim situacijama procenjuje kao progresivno pogoršavajuća, rizičnija ili aktivno ubrzavajuća. Sastoji se od mentalnih reprezentacija (primarno zasnovanih na slikama) razvojnog napredovanja potencijalne pretnje tokom vremena [24-27]. Kognitivni stil doživljaja nadolazeće opasnosti pretpostavljen je kao jedinstveni kognitivni faktor rizika za anksioznost, ali ne i za depresiju, koji funkcioniše kao shema opasnosti [27-29]. Posledično, za individue koje razvijaju ovaj kognitivni stil je verovatnije da imaju teškoće u navikavanju na moguće pretnje, pokazuju povišenu vigilnost i anksioznost, imaju osećaj hitnosti, imperativnu potrebu za akcijom i prekomerno koriste kognitivne i bihejvioralne strategije izbegavanja [27].

Spontana imaginacija

Spontana imaginacija u kojoj pacijent "vidi" svoje strahove realizovanim je veoma jak izvor informacija i igra važnu ulogu u uvećavanju percepcije pretnje. Slike fizičke i mentalne kata-

strofe (srčani - napad, gubitak kontrole) su česte među paničnim pacijentima [30, 31].

Ponašanje traženja sigurnosti

Salkovski je je definisao ponašanje traženja sigurnosti kao "ponašanje koje se izvodi u cilju da se prevenira ili minimizira očekivana katastrofa" i sugerisao da ovakvo ponašanje često objašnjava zašto odsustvo očekivane katastrofe ne menja pacijentova negativna verovanja (npr. u slučaju pacijenta sa paničnim napadima, zbog toga što svaki put kada ima napad pacijent sedne, uspori disanje ili pozive pomoć, on pogrešno veruje da ga je takvo ponašanje spasilo smrti) [32].

Samoefikasnost

Anksioznost je povezana ne samo sa precenjivanjem pretnje usled pristranosti u procesiranju informacija, već je i pod uticajem potcenjivanja sopstvene sposobnosti prevladavanja i bezbednosti okruženja [33]. Casey i sar. u "Integrativnom kognitivno modelu paničnog poremećaja", ukazuju da su ne samo katastrofične pogrešne interpretacije telesnih senzacija značajne u održavanju paničnog poremećaja već i da nivo samoefikasnosti nezavisno doprinosi medijaciji kognicija koje učestvuju u održavanju sekvencijanih i ponavljajućih procesa kod paničnog poremećaja [5]. Nizak nivo samoefikasnosti doprinosi povišenju fiziološkog uzbuđenja koje vodi paničnom začaranom krugu. Tako, samoefikasnost može uticati na regulaciju psihofizioloških procesa. Glavni cilj terapije baziran na ovom modelu je izgradnja samoefikasnosti.

Samoefikasnost utiče ne samo na drugačija opažanja početne pretnje paničnog začaranog kruga već i ostalih faza. Pozitivne kognicije mogu uticati na telesne manifestacije i katastrofične interpretacije.

Metakognicije

Termin metakognicija uveo je Favell i odnosi se na "mišljenje o sopstvenom mišljenju", tj. svesnost o našim sopstvenim kognitivnim procesima i sposobnost da ih doživimo i regulišemo [34]. Proces kognitivne kontrole kod anksioznih poremećaja premešta se sa kontrole pažnje na kontrolu intruzivnih misli. U studiji Cucchi i sar. pacijenti sa paničnim poremećajem su u odnosu na zdravu kontrolu imali više negativnih verovanja u vezi brige, nemogućnost kontrole brige i opasnosti brige, kao i verovanja o potrebi kontrole misli, i ova negativna verovanja u vezi brige su pozitivno korelirala sa intenzitetom anticipatorne anksioznosti [35]. Sumirano, poremećeni kognitivni procesi stvaraju sledeće najčešće kognitivne distorzije:

1. Sve ili ništa razmišljanje: vidjenje stvari u ekstremima (dihotomno mišljenje).
2. Preterana generalizacija: donošenje globalnih zaključaka na osnovu pojedinačnog ili malog broja slučajeva.
3. Selektivna apstrakcija: fokusiranje na pojedinačne, negativne aspekte događaja, dok se odbacuju informacije koje su u suprotnosti sa tim.
4. Katastrofiziranje: uvećavanje verovatnoće i težine negativnog ishoda.
5. Emocionalno rezonovanje: pacijent zaključuje da je nešto "činjenica" bazirano na tome kako se oseća.

Postavljajući pitanje da li su interpretacione predrasude kod osoba sa paničnim poremećajem usmerene samo na self ili su globalne, Rosmarin i sar. [36] su u svojoj studiji ukazali da je tendencija da se pogrešno interpretiraju panične senzacije limitirana na self i da nije proširena na to kako drugi interpretiraju iste senzacije. Specijalno, pacijenti sa paničnim poremećajem su u odnosu na neanksiozne subjekte više interpretirali dvosmislene telesne senzacije vezane za napade panike kao znak neposredno preteće fizičke (npr. srčani napad ili onesvešćivanje) ili mentalne katastrofe (ludilo ili gubitak emocionalne kontrole), ali ne veruju da bi drugi imali slične interpretacije istih senzacija. Ovaj nalaz ima značajne implikacije za tretman paničnog poremećaja. Prvo, kognitivnu restrukturaciju paničnog poremećaja bi trebalo primarno fokusirati na kognicije koje se tiču pacijentovog sopstvenog doživljava panike. Onda bi te kognicije trebalo uporediti sa iskustvom drugih o istim telesnim senzacijama. Pitanje da li je realno da su simptomi opasni za osobu, ali ne i za druge može biti veoma korisna terapijska strategija, kao i ekspozicija na sopstvene interoceptivne sadržaje koja olakšava učenje da su sopstvene senzacije bezopasne.

KOGNITIVNO-BIHEJVIORALNA TERAPIJA PANIČNOG POREMEĆAJA

Generalno, kognitivno-bihejvoralni protokol za panični poremećaj se sastoji od 12-15 seansi kognitivnih i bihejvoralnih intervencija. Poslednja sesija je posvećena konsolidaciji uspeha i naporima da se prevenira relaps. Pre-

vencija relapsa putem korišćenja tehnika koje je pacijent uspešno koristio obezbeđuje da neće izbegavati ekspoziciju osećajući se dobro sam sa sobom [37, 39].

a) Kognitivne tehnike

Psihoedukacija o paničnim napadima spada među prve intervencije u tremanu. Pacijent se uči osnovnim pretpostavkama kognitivnog modela i kognitivne terapije da misli utiču na emocije i ponašanje, i da u slučaju paničnog poremećaja anksioznosti i panika mogu biti posledice pogrešnih interpretacija telesnih senzacija. Prezentuje se Clarkov model paničnog poremećaja ili Elisova ABC shema emocionalnih poremećaja (A-aktivirajući događaj, npr. neka telesna senzacija; B-sistem uverenja, npr. interpretacija da ubrzani rad srca znači mogući infarkt; C-emocije i ponašanje, tj. napad paničnog straha i sledstveno ponašanje traženja sigurnosti) [1, 40]. Pacijent se uči tehnikama prevladavanja anksioznosti (abdominalno disanje i muskularna relaksacija) ukoliko se ove tehnike koriste. Sledi identifikacija iracionalnih i katastrofičnih inerpertacija fizičkih senzacija anksioznosti i verovanja o beznadežnosti i nesposobnosti da se izadje na kraj i upravlja sa anksioznošću i panikom. Cilj kognitivne terapije je restrukturacija ovakvih katastrofičnih misli. U tretmanu, od pacijenata se traži da tretiraju svoje misli kao hipoteze ili pretpostavke. Trenira se identifikacija automatskih katastrofičnih misli povezanih sa anksioznošću i panikom. Nakon identifikacije misli u sesiji, od pacijenta se traži da opaža i kontroliše svoje misli, identifikuje lo-

gičke greške vezane za katastrofične interpretacije, i da stvara racionalnije misli. Pažnja se poklanja na precenjivanje mogućnosti negativnog ishoda (npr. "Ako se moja vrtoglavica pogorša, onesvestiću se!") i precenjivanje stepena katastrofičnosti ishoda (npr. "Ako se ikada onesvestim, to bi bilo nepodnošljivo!"). Ove negativne misli se često menjaju Sokratovskim pitanjima ("Da li je logično to što mislite?", "Čemu vam služi takvo razmišljanje?," "Kako bi trebalo da mislite da bi se osećali manje uplašeno?"), ili u formi specijalnih bihejvioralnih eksperimenata dizajniranih da pomognu pacijentu da ispita tačnost anksiozenih predviđanja u aktuелnoj situaciji. Po istom principu tretiraju se i metakognicije, odnosno samoporažavajuće mišljenje o sopstvenom mišljenju koje stvara sekundarni emocionalni poremećaj.

b) Bihejvioralne tehnike

Interoceptivna ekspozicija

Interoceptivna ekspozicija ima za cilj korekciju katastrofičnih interpretacija telesnih simptoma koje pacijent oseća kao deo anticipatorne anksioznosti ili paničnih napada. Sa interoceptivnom ekspozicijom, pacijent dobija iskustvo u kome mu telesne senzacije postaju komfornije. Ova ekspozicija se izvodi kroz namernu provokaciju simptoma putem fizičkih vežbi. Npr. osećaj vrtoglavice može biti izazvan okretanjem u stolici, ili se parestezije, derealizacija ili vrtoglavice mogu izazvati minutom hiperventilacije. Uz trening da se postane tolerantan na ove senzacije (gde se pacijent uči da toleri-

še ove senzacije kao čudne ili neprijatne, pre nego zastrašujuće), interoceptivna ekspozicija omogućava direktno otkrivanje automatskih misli i katastrofičnih interpretacija povezanih sa fizičkim simptomima i njihovu korekciju. Interoceptivna ekspozicija može biti priprema za ekspoziciju u živo. Intervencije interoceptivne ekspozicije se tipično predstavljaju u seansi, izvode bar dva puta sa terapeutom i pacijentom zajedno, sa pružanjem pomoći pacijentu da ne čini ništa da bi kontrolisao ili minimizirao senzacije. Zatim se izvode domaći zadaci sa vežbanjem, da bi se pacijent u sledećoj nedelji "dosadjivao" pri izvodjenju zadataka. Interoceptivna ekspozicija je priprema za ekspoziciju u živo.

Ekspozicija u živo

Ekspozicija u živo je glavna intervencija koja se primenjuje da bi se prevazišlo agorafobijsko izbegavanje. Pacijent treba da napravi listu situacija ili mesta koje izbegava zbog straha, i da zabeleži nivo anksioznosti i automatske misli koje se javljaju u tim situacijama. Lista treba da je sastavljena hijerarhijski prema stepenu teskoće prilikom suočavanja sa datom situacijom. Nivo ekspozicije treba da je izazovan, ali ne preplavljujući, tj. ekspozicija u živo se započinje sa situacijama koje izazivaju manje anksioznosti i sa kojima je pacijent spreman da se suoči. Da bi bila efikasna ekspozicija treba da se prolongira u vremenu (ostajanje u situaciji najmanje dva puta duže nego što je potrebno da se u njoj oseća komforno, da se često ponavlja, određeni nivo anksioznosti treba da se oseća za vreme izvršenja zadataka, i potrebno

je da se nadzire i od strane pacijenta i terapeuta). Zavisnost od bliskih osoba koje ulivaju sigurnost je vrlo čest problem kod pacijenata sa paničnim poremećajem i ima za posledicu gubitak autonomije, pored gubitka funkcionalnosti i smanjenja samopoštovanja. Bliske osobe mogu biti uključene u određene faze tretmana da bi pomogle ekspoziciju, ali se pacijent ohrabruje da ide na mesta gde nisu išli zajedno da bi povratio autonomiju.

KOGNITIVNO-BIHEJVORALNA TERAPIJA DISFUNKCIONALNIH CRTA LIČNOSTI KOD OSOBA SA PANIČNIM POREMEĆAJEM

Nezavisno od aktuelnog stanja panike, stabilne crte ličnosti takodje utiču na procesiranje informacija i dodatni su izvor visokih stopa relapsa i hroniciteta paničnog poremećaja, ukazujući da u tretmanu paničnog poremećaja moramo uzeti u obzir i uticaj crta ličnosti koje predisponiraju osobu za određena stanja emocija i procesiranja informacija. U studiji Batinić, Vukosavljević-Gvozden i Šaula-Marojević o MMPI psihološkim profilima pacijenata sa paničnim poremećajem i kontrolne grupe distimičnih i zdravih subjekata (N=120), dobijeno je značajno povišenje predominantno skala neurotskog trijasa (D-Hs-Hy) (Depresija-Hipohondrijaza-Histerija) [41]. Ovakav psihološki set ukazuje na osobe sa niskom tolerancijom na frustracije koje na stresore reaguju destabilizacijom, bespomoćnošću, bežanjem u bolest i izraženom zavisnošću od drugih. Ovi

nalazi su u skladu sa opisom “generalnog neurotskog sindroma” Tyrera i sar. kao kombinaciji anksioznosti, depresije i zavisnog poremećaja ličnosti koji su autori opisali kao personalnu vulnerabilnost za razvoj anksioznosti i depresije, i naglasili da je njegova izraženost u pozitivnoj korelaciji sa trajanjem poremećaja i prognozom [42]. U kognitivno-bihejvioralnom tretmanu paničnog poremećaja tehnikom “vodjenog otkrića” dolazi se preko površnijih, automatskih misli do bazičnih shema ili visoko personalizovanih, idiosinkratskih sadržaja koji određuju osećanja, kognicije i ponašanje. Npr. kod zavisnih crta ličnosti tehnikom “vodjenog otkrića” doseže se i raspravlja bazično uverenje “Trebaju mi drugi ljudi, neka jaka osoba da bih preživeo. Ako me napusti, umreću”; kod histrioničnih “Trebaju mi drugi ljudi da mi se dive da bih bio srećan, i ako nije tako moj život je užasan”; izbegavajućih “Moram da izbegnem neprijatne situacije po svaku cenu”; ili opsesivnih “Trebaju mi red, sistem i pravila da bih opstao, i ako toga nema sve će se raspasti”, itd. Shematskom reinterpretacijom, restrukturacijom i sledstvenim bihejvioralnim tehnikama kojima se uvrđuje novi, racionalniji, logičniji i korisniji materijal, dolazi se do povećanja tolerancije na frustracije, poboljšanja samoeфикаsnosti i usvajanja adekvatnijeg odnosa prema sebi, drugim ljudima i okruženju, kao i bezuslovno prihvatanje sebe kao nesavršenog, ali prihvatljivog ljudskog bića. Time se smanjuje osetljivost na stresore kao okidače mogućih budućih napada panike.

COGNITIVE PROCESSES AND COGNITIVE- BEHAVIORAL TREATMENT OF PANIC DISORDER

Borjanka Batinić^{1,2}
Tatjana Vukosavljević-Gvozden²

- 1 Clinic of Psychiatry, Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia
- 2 Faculty of Philosophy, University of Belgrade, Department of Psychology, Belgrade, Serbia

This article is presented as an oral presentation at the XL educative symposium of the Clinic of Psychiatry, Clinical Center of Serbia, on “Spectrum of anxiety disorders-Challenges of a new age”, held from 25-26 October, 2012 in Belgrade.

Summary

Disturbed cognitions (including attention, memory, maladaptive cognitions and meta-cognitions) and cognitive processes (mechanisms that underlie cognitions which are involved in the detection, decoding, storage, retrieval and use of information) have an important role in the maintenance and etiology of “alarm reactions”, a characteristic of panic disorder. High anxiety sensitivity, looming anxiety, anxiety apprehension and safety-seeking behavior lead to a vicious circle of panic anxiety. Distortions in cognitions and cognitive processes (underestimating the probability of feared events, panicking cognitions, and underestimating of coping and escaping opportunities) indicate a significant difference between those with panic disorder and non-anxiety subjects. Cognitive-behavioral therapy, focused on disturbed cognitive processes, has shown high efficacy in the treatment of panic disorder and involves a complex mix of education, techniques of verbal cognitive restructuring, modification of the imagination, attention manipulation, exposure to anxiety-provoking stimuli, and modification of avoidant behavior. Although cognitive-behavioral treatment of panic disorder shows high rates of efficacy, high relapse rates and chronicity point to the role of personality characteristics in maintaining the disorder, and suggest the need for disturbed cognitive processes, stemming from such personality characteristics, to also be the target of psychotherapeutic intervention. In the article, results of the study of the author et al. on personality profiles of panic disorder patients and control groups of dysthymic disorder and healthy controls (n=120) are shown, which indicate a global increase in neurotic triad scales (D-Hs-Hy). The implications of such results on cognitive processes, as well as cognitive-behavioral interventions directed to cognitive distortions which stem from basic personality characteristics of panic disorder patients, are discussed.

Key words: cognitive processes, cognitive-behavioral therapy, panic disorder

Literatura:

1. Clark DM. A cognitive model of panic. *Behavior Research and Therapy* 1986; 24:461-70.
2. Rachman S. Psychological treatment of panic: Mechanisms. In: Wolfe BE, Maser JD, editors. *Treatment of panic disorder: A consensus development conference*. Washington DC: America Psychiatrist Press; 1994.p. 133-48.
3. Beck AT , Emery G,Greenberg R. *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books: New York; 1985.
4. Fava L, Morton J. Causal modeling of panic disorder theories.*Clinical Psychology Review* 2009; 29 : 623–37.
5. Casey ML, Oei PS, Newcombe AP. An integrative cognitive model of panic disorder: The role of positive and negative cognitions. *Clinical Psychology Review* 2004; 24:529-55.
6. Gorman JM, Kent JM, Sullivan GM, Coplan JD. *Neuroanatomical Hypothesis of Panic Disorder, Revised*. *Am J Psychiatry* 2000; 157:493-505.
7. de Carvalho MR, Rosenthal M, Nardi AE. *World J Biol Psychiatry* 2010 ;11:188-98.
8. Johnson JG, Cohen P, Pine DS, Klein DF, Kasen S, Brook JS. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *Journal of American Medical Association* 2000; 284: 2348-51.
9. Kaiya H, Umekage T, Harada S, Okazaki Y, Sasaki T. Factors associated with the development of panic attack and panic disorder: Survey in the Japanese population. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2005; 59 (2): 177-82.
10. Bowlby J. *Attachment and loss*. Vol. II. New York: Basic Books; 1973.
11. McNally RJ, Hornig CD, Hoffman EC, Han EM. Anxiety sensitivity and cognitive biases for threat. *Behavior Therapy*, 1999: 30 (1): 51-61.
12. Clark DM. Anxiety disorders: why they persist and how to treat them. *Behavior Research and Therapy* 1999; 37:5-27.
13. Eysenck MW. *Anxiety: the cognitive perspective*. London: Lawrence Erlbaum Associates; 1992.
14. Eysenck MW. *Anxiety and cognition: a unified theory*. Hove: Psychology Press; 1997.
15. Williams JMG, Watts FN, MacLeod C, Mathews A. *Cognitive psychology and emotional disorders*. Chichester: Wiley; 1998.
16. Williams JMG, Watts FN, MacLeod C, Mathews A. *Cognitive psychology and emotional disorders*. New York: Wiley; 1997.
17. Ehlers A, Breuer P. Increased cardiac awareness in panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 1992; 101:371-82.
18. Lundh LG, Czyzykow S, Ost LG. Explicit and implicit memory bias in panic disorder with agoraphobia. *Behav res Ther* 1997; 35 (11): 1003-14.
19. Amir N, McNally RJ, Riemann BC, Clements C. Implicit memory bias for threat in panic disorder: application of the "White noise "paradigm. *Behav Res Ther* 1996; 34 (2):157-62.
20. Becker E, Rinck M, Margaf J. Memory bias in panic disorder. *J Abnorm Psychol* 1994; 103 (2):396-9.
21. Reiss S, McNally RJ. The expectancy model of fear. In: Reiss S, Bootzin RR ,editors. *Theoretical Issues in Behavior Therapy*. Academic Press: New York;1985.
22. McNally RJ. Anxiety sensitivity and information-processing biases for threat. In: Taylor S, editor. *Anxiety sensitivity: Theory, research and treatment of the fear of anxiety*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 1999. p. 183-197.
23. Cox B J, Borger SC, Enns MW. Anxiety sensitivity and emotional disorders: psychometric studies and their theoretical implications. In: Taylor S, editor. *Anxiety sensitivity: theory, research, and treatment of the fear of anxiety*. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum; 1999. p. 115-148.
24. Riskind JH. Looming vulnerability to threat: A cognitive paradigm for anxiety. *Behavior Research and Therapy* 1997; 35 (5): 386–404.

25. Riskind JH, Williams NL, Gessner T, Chroniak LD, Cortina J. The looming maladaptive style: Anxiety, danger, and schematic processing. *Journal of Personality and Social Psychology* 2000; 79:837-52.
26. Riskind JH, Williams NL, Joiner TE. The looming cognitive style: a cognitive vulnerability for anxiety disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2006; 25: 779–801.
27. Riskind JH, Williams NL. A unique vulnerability common to all anxiety disorders: The looming maladaptive style. In : Alloy LB, Riskind JH, editors. *Cognitive vulnerability to emotional disorders*. New Jersey: Erlbaum; 2006.
28. Black D, Riskind JH, Kleiman EM. Lifetime history of anxiety and mood disorders predicted by cognitive vulnerability to anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2010; 3: 215-27.
29. Adler AD, Strunk DR. Looming maladaptive style as a moderator of risk factors for anxiety. *Cognitive Therapy and Research* 2010; 34:59-68.
30. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press; 1976.
31. Ottaviani R, Beck AT. Cognitive aspects of panic disorders. *Journal of Anxiety Disorders* 1987; 1:15-28.
32. Salkovskis PM. Phenomenology, assessment, and the cognitive model of panic. In: Rachman S, Maser JD, editors. *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988. p. 111-36.
33. Rhyner KT. *Social and Physiological Cognates of Looming Vulnerability to Anxiety*. Williamsburg, VA: The College of William and Mary; 2010.
34. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: a new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist* 1979; 34:906–11.
35. Cucchi M, Bottelli V, Cavadini D et al. An explorative study on metacognition in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Compr Psychiatry* 2012;53(5):546-53.
36. Rosmarin DH, Bourque LM, Antony MM, McCabe RE. Interpretation Bias in Panic Disorder: Self-Referential or Global? *Cogn Ther Res* 2009; 33:624–32.
37. Hofmann SG, Reinecke MA. *Cognitive-behavioral Therapy for Adults: A guide to Empirically-informed Assessment and Interventions*. Cambridge University Press; 2010.
38. Beck JS. *Focused Cognitive Therapy for Panic Disorder*. Center for Cognitive Therapy. Philadelphia: University of Pennsylvania; 1992.
39. Warren R, Zgourides GD. *Anxiety Disorders: A Rational-Emotive Perspective*. Pergamon Press; 1991.
40. Ellis A. *Theoretical and empirical formulations of rational-emotive therapy*. Monterey, CA: Brooks/Hole; 1979.
41. Batinic B, Vukosavljevic-Gvozden T, Saula-Marojevic B. Personality profiles of patients with dysthymic and panic disorders. *Psychiatria Danubina* 2012 (in press).
42. Tyrer P, Seivewright N, Ferguson B, Tyrer J. The general neurotic syndrome: a coaxial diagnosis of anxiety, depression and personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85 (3): 201–20.

Batinic Borjanka
Klinika za psihijatriju
Klinički Centar Srbije, Beograd
Pasterova 2, 11000 Beograd, Srbija
Tel. +381 11 3662113
E-mail: doubleb@eunet.rs

SOCIOEMOCIONALNI MODEL MALOLETNIČKE DELINKVENCije I NJEGOVE PRAKTIČNE IMPLIKACIJE

Sonja Milojević
Aleksandar Dimitrijević

Odeljenje za psihologiju, Filozofski
fakultet Univerziteta u Beogradu,
Beograd, Srbija

Kratak sadržaj

Tekst predstavlja pregled socioemocionalnog modela maloletničke delinkvencije i pokušaj da se izvedu njegove implikacije za praktični rad u našoj sredini.

Utvrđeno je da postoji porast učestalosti i težine maloletničkih prekršaja i u svetu i kod nas, posebno među dečacima i to na uzrastu od sedme do sedamnaeste godine kada predstavlja značajan procenat populacije adolescenata, nakon čega opada, da bi posle 28. godine 85% prestupnika prestalo da čini krivična dela. Značaj Van Ijzendornovog modela leži u tome što on nudi posebne razvojne linije koje vode do nastanka vremenski ograničene i trajne delinkvencije, uzimajući u obzir nasledne činioce i temperament, ranu porodičnu sredinu, karakteristike vezanosti, empatije i moralnog razvoja.

Na osnovu ovog modela, formulisane su preporuke za rad s maloletnim delinkventima u Srbiji, u domenima prevencije, tretmana i njihove ponovne integracije u zajednicu. Izdvojene su mere primarne prevencije usmerene na povećanje roditeljske osetljivosti i razvoj kapaciteta adolescenata da misle o svojim i tuđim osećanjim, pogodne za primenu i u obrazovnim institucijama. Predloženi su, takođe, i oblici „Tretmana zasnovanog na mentalizaciji“ pogodni za rad sa šticećima u vaspitno-popravnim domovima, kao i sa njihovim roditeljima i/ili drugim članovima porodice, dok su prikazane mere u domenu tercijarne prevencije podrazumevale jačanje uloge centara za socijalni rad u praćenju i pružanju podrške bivšim prestupnicima po izlasku iz domova, kroz psihološka savetovališta i službe za zapošljavanje.

Ključne reči: maloletnička delinkvencija, socioemocionalni model, vezanost, empatija, prevencija

U našoj zemlji, adolescenti koji počinu krivično delo smeštaju se u vaspitno-popravne ustanove koje mogu biti otvorenog ili zatvorenog tipa, u zavisnosti od vrste i učestalosti prekršaja. Boravak u ustanovi, pored sprovođenja zabrane slobodnog kretanja, podrazumeva radnu rehabilitaciju i primenu andragoških programa obrazovanja, ali se obezbeđivanje fizičke sigurnosti štitenika čini najtežim i najvažnijim zadatkom. Adolescenti tamo ne dobijaju organizovanu psihološku pomoć, odnosno ne uče drugačije veštine prevladavanja, ne razvijaju nove kapacitete i mehanizme samokontrole. Specijalni pedagozi nemaju dovoljno uslova i podrške da sprovode tretman ili prevenciju budućeg antisocijalnog ponašanja, a uz činjenicu da po izlasku iz domova, bivši prestupnici ne ulaze u program praćenja i sistematske podrške uključivanju u zajednicu, razumljivo je zapažanje profesionalaca koji s njima rade da je broj povratnika mnogo veći nego što se očekuje.

Stoga, predmet ovog rada biće predstavljanje razvojnog modela delinkvencije, koji zbog toga što uzima u obzir i biološke i socijalne i psihološke faktore, može biti koristan profesionalcima za razumevanje nastanka i održavanja antisocijalnog ponašanja u adolescenciji. Takođe, pokušaćemo da na osnovu tog modela izvučemo praktične implikacije za rad s adolescentima koji su počinili krivično delo.

Maloletničko prestupništvo

Sam termin maloletničko prestupništvo ili delinkvencija predstavlja pravni izraz koji uključuje prestupe koji bi se smatrali kriminalom u slučaju da ih je izvršila odrasla osoba (na primer, krađe i ubistva), kao i ponašanja koja se smatraju zabranjenim u dečjem, ali ne i u odras-

lom dobu (zloupotreba alkohola, vožnja automobila, bežanje od kuće) [1].

Određeni broj statističkih nalaza doledno potvrđuje sledeće: 1) da se beleži porast učestalosti i težine maloletničkih prekršaja i u svetu i kod nas, 2) da postoji značajna disproporcija u zastupljenosti polova, pri čemu devojčice čine manje od 10% te populacije, 3) da broj prestupnika značajno raste na uzrastu od sedme do sedamnaeste godine i tada predstavlja značajan procenat populacije adolescenata i 4) da nakon 17. godine, broj prestupnika opada, a do 28. godine 85% njih prestaje da čini krivična dela [2, 3, 4]. Ovi nalazi ukazuju na to da u periodu adolescencije postoji posebna osetljivost za pojavu antisocijalnog ponašanja. U tom dobu, mladi pokušavaju da uspostave određeni stepen autonomije u odnosu na roditelje, da izgrade nove emotivne veze s vršnjacima, partnerima, drugim bliskim ljudima i institucijama, pri čemu prenose već uspostavljene obrasce odnosa u porodici. U periodu kada slabi kontrola roditelja i kada još nisu čvrsto uspostavljene druge veze, adolescent se u susretu s novim iskustvima i odlukama oslanja samo na sopstvene kapacitete za empatiju, moralno rezonovanje i brigu o drugima, koji u određenom broju njih mogu da budu ili postanu problematični [2].

Nalazi o diskontinuitetu prestupničkog ponašanja u većini slučajeva i o njegovom održavanju u manjeg broja adolescenata podstakli su autore na to da osmisle taksonomiju zasnovanu na razvojnem pristupu, koja uključujetrajno i adolescencijom limitirano antisocijalno ponašanje [4, 5]. Prema toj teoriji, na jednoj razvojnoj putanji nalaze se deca koja pokazuju hronično delinkventno ponašanje, koje se pojavilo na sasvim ranom uzrastu i opstaje i u odraslom dobu.

Težina prekršaja raste s uzrastom: od tuča na trogodišnjem uzrastu, krađa i laganja s deset godina, prodaje droge i krađe automobila sa šesnaest, razbojništva i silovanja sa dvadeset i pronevere, iznude i zlostavljanja dece u tridesetim godinama. Na drugoj putanji je znatno veći broj adolescenata koji prestaju s antisocijalnim ponašanjem oko osamnaeste godine, mada težina dela koja su učinili do tog uzrasta može biti i veća u odnosu na vršnjake koji će pokazati trajno kriminalno ponašanje [4]. Razlike između ovih grupa adolescenata u velikoj meri se pripisuju etiološkim činiocima (biološkim, socijalnim i psihološkim) i psihološkom i socijalnom funkcionisanju.

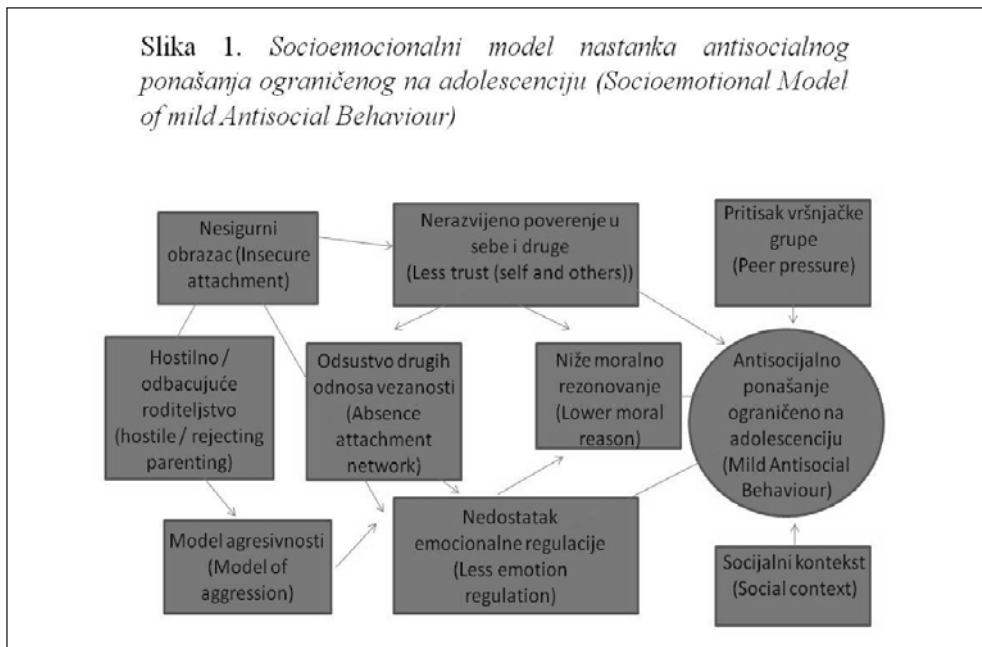
Socioemocionalni model maloletničke delinkvencije

Nastanak delinkvencije može se tumačiti iz ugla više različitih paradigmi, od kojih su najčešće korišćene: biološka, koja podrazumeva uticaj gena i genetičkih

transmisija, poremećaja u hromozomima, kao i uticaj temperamenta, socijalna, koja problemu prestupništva prilazi iz makro i mikro perspektive i psihološka, u kojoj su najznačajnije teorije koje ističu udeo učenja, kognitivnih procesa, karakteristika ličnosti i interakcije roditelj-dete [2, 6-12]. Uz svest da obuhvatno razumevanje fenomena maloletničkog prestupništva podrazumeva uzimanje u obzir svih postojećih koncepcija, u ovom radu ćemo prikazati samo socioemocionalni model Marinusa Van Ijzendorna, profesora na Univerzitetu u Lejdenu i rukovodioca jednog od najvažnijih instituta za istraživanje vezanosti u čitavom svetu.

Na slikama 1 i 2 izloženi su grafički prikazi modela nastanka na adolescenciju ograničenog i trajnog antisocijalnog ponašanja [8]. Vidimo da su glavne razlike između modela u pretpostavljenim specifičnostima ranog razvoja, kao i u

Slika 1. Socioemocionalni model nastanka antisocijalnog ponašanja ograničenog na adolescenciju (Socioemotional Model of mild Antisocial Behaviour)



različitom naglasku na biološkim i sredinskim faktorima.

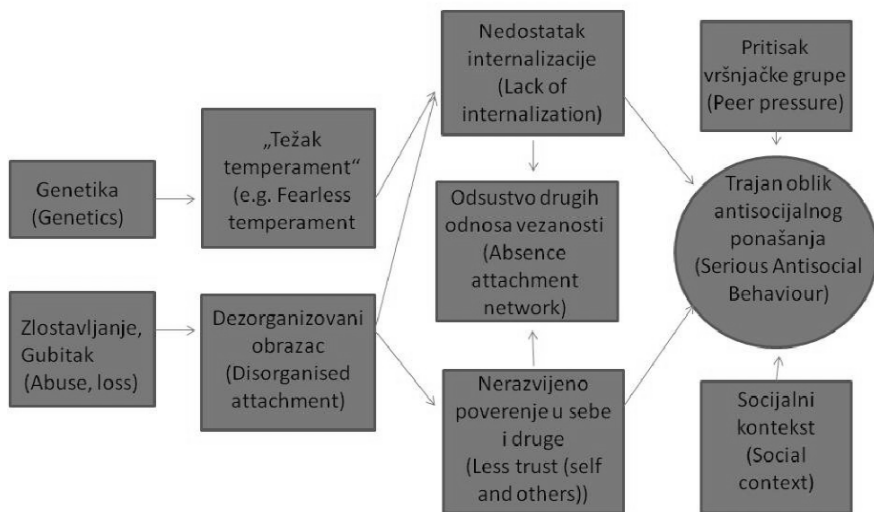
Same prestupnike je teško razvrstati na ove dve grupe ako koristimo samo policijske dosjee i imamo u vidu samo vrstu prekršaja, odnosno bez uzimanja u obzir velikog broja njihovih psiholoških i socijalnih specifičnosti. Tako je utvrđeno da su roditelji dece koja pokazuju vremenski ograničeno antisocijalno ponašanje dosledno odbijali da odgovore na njihove potrebe i pokazivali agresivno i odbacujuće ponašanje, ali, za razliku od roditelja dece s trajnim antisocijalnim ponašanjem, nisu vršili nasilje, zlostavljanje i zanemarivanje. Osim toga, vidimo da modeli podrazumevaju veći uticaj nasleđa na trajno prestupništvo, a sredine na prestupništvo ograničeno na period adolescencije [1]. Zato se razlike moraju tražiti u eventualnom postojanju neuroloških ili kognitivnih deficita ili

„teškog“ temperamenta koji odlikuje odsustvo straha, ali i u značenju koje za pojedinca ima kriminalno ponašanje, pošto je prolazno antisocijalno ponašanje danas rašireno među adolescentima i najčešće predstavlja fazu eksperimentisanja, vid protesta, bunta prema odraslima, ali i inicijacije za ulazak u njihov svet, kao i čin koji bi trebalo da obezbedi prihvaćenost u vršnjačkoj grupi [4, 8].

U čemu je značaj roditeljske osetljivosti za nastanak delinkvencije?

Moglo bi se reći da postoji konsenzus po pitanju interakcionog porekla socioemocionog razvoja. Odojčad učestvuju u interakciji gotovo od samog rođenja, usvajajući i kreirajući obrasce ispoljavanja i moduliranja sopstvenih, majčinih i zajedničkih emocionalnih sadržaja [14, 15, 16, 17]. Jedan od najvažnijih faktora

Slika 2. Socioemocionalni model nastanka trajnog antisocijalnog ponašanja (Socioemotional Model of serious Antisocial Behaviour)



u ovom procesu predstavlja roditeljska osetljivost, sposobnost odraslog da tačno zamisli šta izražava odojčće koje ne ume da govori, bilo da su u pitanju potrebe, zadovoljstvo ili igra. Što je odrasli osetljiviji za interakcione signale deteta, tim će i ono imati jači implicitni doživljaj shvaćenosti unutrašnjih stanja i potreba, odnosno sinhronizovanosti u igri, a zatim i predvidljivosti sopstvenih stanja i ponašanja. Novija saznanja pokazuju da razvoj kapaciteta da se misli o unutrašnjim stanjima u najvećoj meri zavisi od opštih svojstava porodične sredine, kao što su emocionalna (ne)uključenost roditelja i pripisivanje psiholoških svojstava odojčadi staroj šest meseci [15, 18, 19].

Čak i nevelika disfunkcionalnost porodice porekla i narušeni odnosi s primarnim figurama mogu da dovedu do razvoja nesigurnih obrazaca vezanosti: izbegavajućeg u slučaju vremenski ograničenog antisocijalnog ponašanja (Slika 1) i dezorganizovanog u slučaju trajnog (Slika 2). Džon Boulbi definiše vezanost uz pojam sigurne baze, kao poseban sistem ponašanja koji podrazumeva traženje i održavanje blizine s drugom jedinkom koja služi kao izvor sigurnosti, utehe i nege [17, 20]. Vezanost se uspostavlja kroz razvoj unutrašnjih radnih modela sebe i drugih – sistema reprezentacija koji nam omogućavaju da na osnovu prethodnog iskustva zamislimo aktuelnu ili buduću interakciju s drugima [20, 21]. Svaka nova situacija s kojom se susrećemo tumači se i procenjuje u skladu s ovim modelima, koji, dodatno, utiču i na osećanja koja će se javiti u osobi. Tako je glavna okosnica nečijeg modela sveta predstava o tome ko je njegova figura vezanosti, gde je može naći i kako očekuje da će ona reagovati, dok je za formiranje modela sebe presudno koliko

dete sebe vidi kao prihvatljivu ili neprihvatljivu u očima svoje figure vezanosti [21].

Kako nastaju izbegavajući i dezorganizovani obrazac vezanosti?

Za razliku od dece sigurnog obrasca čiji su roditelji u interakciji bili adekvatno osetljivi, majke čija su deca razvila izbegavajući obrazac vezanosti nisu u stanju da tačno prepoznaju potrebe ili inicijative svog deteta zbog sopstvene nemogućnosti da razmišljaju o drugima, posebno o njihovim pozitivnim iskustvima i osećanjima. One su dosledno neresponzivne i nedostupne za svoje dete, nesposobne da pruže utehu i sigurnost, pa se čak često ponašaju odbacujuće i hostilno, mada to ne prelazi u zanemarivanje ili nasilje [22].

S druge strane, dezorganizovani obrazac u deci nastaje u kontaktu s potpuno nepredvidljivom majkom, a u kojem je neretko dolazilo do različitih oblika traumatizacije. Roditelji dece s dezorganizovanim obrascem često naizmenično imaju ulogu progonitelja i žrtve i bore se s ogromnom dozom bespomoćnosti da uspostave odnos s detetom [23, 24, 25]. U ovakvom odnosu, dete se suočava s dvostrukom porukom da osoba koja treba da bude izvor sigurnosti, topline i brige, ujedno predstavlja i izvor straha i nesigurnosti [15].

Kako ovakav odnos s primarnim objektima utiče na psihološki svet deteta? Izbegavajuće vezana deca razvijaju negativan model drugog, pa očekuju da će u odnosima naići na neresponzivan, odbacujuć i hostilan stav, odnosno na nesposobnost drugih da obavljaju funkciju sigurne baze. Oni, međutim, razvijaju pozitivan model sebe, za koji bi se mo-

glo pretpostaviti da u suštini predstavlja štit već ranjenog i osetljivog selfa od novih povređivanja i retraumatizacije [26]. Nedostatak poverenja u druge i vrlo krhko samopoštovanje (Slika 1) vode izgradnji strategije ostanka u odnosu koja podrazumeva odbijanje da se koristi baza sigurnosti i izostanak straha da će ona biti izgubljena. Neretko se u adolescenciji i kasnije ova deca oslanjaju i na model ponašanja koji uključuje agresivnost, pošto su mnoga u ranom detinjstvu usvojila takav obrazac odnosa u porodici (Slika 1).

Deca s dezorganizovanim obrascem nalaze se u još težoj poziciji jer razvijaju i negativan radni model sebe. Njihov je doživljaj da za svoje figure vezanosti nisu prihvatljivi, razumljivi i vredni pažnje, te ih karakteriše potpuno odsustvo poverenja u sebe i druge (Slika 2), kao i nerazvijenost bilo kakve strategije za održavanje odnosa. Razvojno najproblematičniji aspekt ove situacije jeste da se u detetu pojavljuje odbrambena inhibicija kapaciteta za mentalizaciju, čiji je cilj da ono izbegne uvid u to da roditelj može želeti da ga povredi, pa će mu u daljem razvoju biti teško ili čak nemoguće da obradi sopstvene doživljaje i modulira osećanja [2].

Ukoliko nije postojala socijalna podrška (Slike 1 i 2), od rođaka ili institucija, koji bi pružili drugačiji obrazac odnosa i nadomestili sigurnost i izvesnost koji su do tada nedostajali, ovi radni modeli se u detetu generalizuju i ono ih automatski koristi u predviđanju, razumevanju i ponašanju u drugim situacijama (s vršnjacima, partnerom, autoritetom). Tako adolescenti mogu i u drugim odnosima da vide izvore opasnosti, straha, hostilnosti, nedoslednosti i neresponzivnosti, a sebe u njima kao neadekvatne

i neprihvaćene, zbog čega primenjuju jedino naučeni način opstajanja u odnosu, a to je biti ili progonitelj, odnosno izvor straha i agresije, ili žrtva, odnosno preplavljen bespomoćnošću [23, 24].

Može li to da vodi zastoju u razvoju empatije?

Iako je empatija jedan od ključnih fenomena psihološkog života pojedinca i jedan od najvažnijih „alata“ pomažućih profesija, neslaganja u pogledu njenog definisanja i dalje postoje [27, 28]. Jedna grupa istraživača izdvaja kognitivni aspekt empatije koji se odnosi na prepoznavanje i razumevanje misli i osećanja drugih, što podrazumeva „ulaženje u tuđe cipele“ i korišćenje kapaciteta za mentalizaciju, dok druga ističe njenu afektivnu prirodu, odnosno smatra da ona predstavlja adekvatnu emocionalnu reakciju na osećanja drugih ljudi. Prema modelu koji je ponudio Van Ijzendor, međutim, empatija se razume kao fenomen koji se sastoji i od mišljenja i od osećanja, što je u skladu sa shvatanjem većine savremenih autora [29].

Kako se empatija razvija? Pored uticaja bioloških faktora i stila vaspitanja, ističe se značaj kvaliteta vezanosti [8, 29, 30]. S jedne strane, osetljiv roditelj koji adekvatno i dosledno reaguje na detetove potrebe daje model upotrebe i neophodnosti empatije u odnosu u kom postoji zadovoljstvo. S druge strane, u sigurnom odnosu dete razvija mehanizme regulacije selfa, pre svega stiće kapacitet za afektivnu regulaciju i mentalizaciju koji su u bliskoj vezi s empatijom. Naime, sigurno vezana deca bolje regulišu negativne emocije izazvane tuđim bolom, imaju manju potrebu za potiskivanjem negativnih osećanja, što je karaktere-

ristika izbegavajuće vezane dece, i ređe bivaju preplavljena negativnim afektom, u odnosu na ambivalentno vezane vršnjake, što ih čini sposobnijim za adekvatniju reakciju na tuđu patnju [8]. Končno, kapacitet za mentalizaciju, definisan kao „mentalni proces pomoću kojeg neko implicitno ili eksplicitno tumači svoje ili tuđe postupke kao smislene na osnovu intencionalnih mentalnih stanja kao što su želje, potrebe, osećanja, verovanja i razlozi“, u bliskoj vezi je s kognitivnom komponentom empatije i po načinu definisanja i po mehanizmima koji mu stoje u osnovi, a razlike se odnose na to da je empatija usmerena isključivo na druge, odnosno na osećanja [18, 31, 32].

Da li to utiče na moralni razvoj?

U svom modelu nastanka delinkvencije, Van Ijzendorp podvlači da su kvalitet vezanosti, sposobnost regulacije afekata i kapacitet za empatiju u vezi s nivoom moralnog rezonovanja, a samim tim i s pojavom antisocijalnog ponašanja. Naime, u jednom ranijem tekstu, on iznosi argumente u prilog tezi da vezanosti utiče na moralno rezonovanje: 1) u sigurnom odnosu vezanosti, roditelji su „podešeni“ na kognitivni nivo deteta, njegove želje i potrebe i stvaraju siguran prostor u kome dete može da istražuje bez straha od neuspeha i time postane prijemčivije za vaspitne postupke, 2) sigurno vezana deca imaju u iskustvu preuzimanje uloga i pozicija druge osobe i svesna su da i njihovi roditelji imaju svoje ciljeve i potrebe, te da njihovi i roditeljski prioriteti moraju da budu uravnoteženi, i 3) posedovanje najvišeg nivoa moralnog rezonovanja, koji je nezavistan od pritisaka grupe i postojećih konvencija, povezano je s postojanjem sigurne baze

na koju dete može da se osloni u situacijama stresa, sposobnošću da se bude sam i autonoman u odnosu na mišljenje grupe i postojanjem bazičnog poverenja u sebe [33].

Postavlja se pitanje na koji način mehanizmi regulacije selfa i empatija doprinose introjekciji moralnih struktura. Hofman u svom modelu razvoja moralnog mišljenja ističe ulogu empatije i empatijske uznemirenosti povodom tuđeg bola i patnje, te osećanja koja iz nje proizilaze: besa, saosećajnosti, krivice i osećanja nepravde, koja predstavljaju motive moralnog reagovanja [34]. Ukratko, kada se moralni motiv doživljava kao da dolazi iz same osobe, kada postoji doživljaj unutrašnje prisile da se on ispuni, odnosno kada se javlja krivica u slučaju neispunjenja i kada su potrebe drugih u skladu ili ne utiču na vlastite, mehanizmi aktiviranja empatijske reakcije na tuđu patnju dovoljni su da bi došlo do moralnog ponašanja.

Međutim, da bi se razvilo prosocijalno ponašanje i u situacijama kada su tuđe potrebe u sukobu s vlastitim, potrebna je, po Hofmanovom mišljenju, „indukcija“, odnosno dodatni rad roditelja da decu nauče tome da razmišljaju o potrebama drugih. Indukcija podrazumeva vaspitanje koje se oslanja na toplinu, responsivnost, osetljivost i otvorenu komunikaciju, ali i na odlučnost u zabrani nanošenja štete drugima, što je omogućeno u odnosu sigurne vezanosti [8, 34]. Ističe se važnost razvijanja kognitivne komponente empatije, odnosno dolaženja do uvida u žrtvinu uznemirenost i načina na koje detetovo ponašanje do njega dovodi, što dalje razvija afektivnu komponentu, tj. osećanje krivice, i dovodi do internalizacije moralnih normi, odnosno stvaranja unutrašnje moralne strukture

koju osoba prihvata ili oseća unutrašnju obavezu da joj se priklanja bez obzira na spoljašnje sankcije. Ukoliko je roditeljski pritisak na dete da se ponaša u skladu s moralnim normama preslab ili nedosledan, dete ga može ignorisati. Ako je, pak, pritisak prejak, njime izazvani strah i agresivnost mogu da spreče da se detetova pažnja usmeri na osećanja drugog, već je fokusiraju na posledice koje trpi ono samo. Ponavljanjem ciklusa u kom nakon detetovog prekršaja sledi roditeljska indukcija koja izaziva uznemirenost i osećanje krivice, dolazi do jačanje motivacione strukture za moralno reagovanje.

Empirijska podrška socioafektivnom modelu maloletničke delinkvencije

Socioemocionalni model potvrđuju nalazi istraživanja o međusobnim uticajima vezanosti, mehanizama regulacije selfa i empatije i njihovoj ulozi u razvoju i održanju delinkventnog ponašanja. Još je sam Bolbi pretpostavio veću učestalost nesigurnih obrazaca u grupi adolescenata koji su učinili krivična dela i to objasnio odsustvom ili postojanjem višestrukih figura vezanosti u detinjstvu [21, 35]. Savremena istraživanja potvrđuju ovu hipotezu: kada se koristi klasifikacija na sigurni i dva nesigurna obrasca, dobija se značajno veća učestalosti odbacujućeg u populaciji adolescenata s poremećajem ponašanja, a posebno u onih koji su učinili krivična dela, dok se uvođenjem i četvrtog, bojažljivog/nerazrešenog u odnosu na traumatu, znatno veći procenat maloletnih prestupnika svrstava u ovu kategoriju nego njihovi vršnjaci koji nisu osuđivani [2, 36]). Takođe, bojažljivi obrazac povezan je i s činjenjem teških prekršaja, poput ubistava i

silovanja u (ranom) odraslom dobu (8, 37). Bitan je i nalaz da je svega pet procenata sigurno vezanih adolescenata nađeno u uzorku osuđenih [38].

Autori neretko kao osnovnu karakteristiku maloletnih delinkvenata ističu i snižen kapacitet za empatiju [29]. Istraživanja pokazuju da delinkventi svrstani u grupe „osobe s neurozom” i „osobe s poremećajem ličnosti” imaju niže skorove empatičnosti od nedelinkventne kontrolne grupe, odnosno da mladi s poremećajem ponašanja imaju niže skorove empatičnosti od kontrolne grupe, dok se pretpostavlja da kapacitet za empatiju ima važnu ulogu u razvoju prosocijalnog ponašanja [39-41).

Implikacije socioafektivnog modela maloletničke delinkvencije za praktičan rad

Implikacije socioemocionalnog modela maloletničke delinkvencije za kliničku praksu možemo podeliti u mere dijagnostike, prevencije i tretmana.

Kad je u pitanju rana dijagnostika sklonosti ka razvoju delinkvencije, na osnovu predloženog modela, možemo izdvojiti nekoliko indikatora koji ukazuju na povećan rizik od pojave antisocijalnog ponašanja adolescenata:

- Preterano i/ili učestalo agresivno reagovanje
- Disfunkcionalnost porodičnih odnosa
- Odsustvo jednog ili oba roditelja iz porodice, ili neučestvovanje u vaspitanju
- Nedovoljna socijalna podrška, odnosno smanjena socijalna mreža i mali broj oslonaca

- Prisustvo alkoholizma, kriminalnog ponašanja ili mentalnih poremećaja u porodici
- Prisustvo, u ranom uzrastu, ADHD sindroma, poremećaja ponašanja, problema u učenju, temperamenta koji odlikuje odsustvo osećanja straha
- Slabiji kapacitet za mentalizaciju i afektivnu regulaciju
- Smanjen kapacitet za empatijsko reagovanje i niži nivo moralnog razvoja
- Zloupotreba psihoaktivnih supstanci

Važno je istaći da i u primarnoj prevenciji maloletničke delinkvencije i u tretmanu delinkvencije, profesionalci moraju istovremeno da rade i s decom kod koje je identifikovan rizik od pojave delinkventnog ponašanja ili ga već ispoljavaju i s njihovim roditeljima. Socioafektivni model jasno pokazuje da bi preventivne intervencije s decom trebalo da budu usmerene na izgradnju ili osnaživanje nerazvijenih ili nedovoljno razvijenih kapaciteta za mentalizaciju i empatijsko reagovanje. Neka istraživanja pokazuju da psihoanalitička psihoterapija s odraslima čini da mnogi od njih „pređu“ iz nesigurnih u sigurne obrasce afektivnog vezivanja [42]. Mnogo specifičnije, međutim, danas, u okviru „Ana Frojd Centra“ u Londonu, postoje obuke za primenu „Tretmana zasnovanog na mentalizaciji“ za rad s adolescentima iz rizičnih grupa čiji je osnovni cilj upravo pospešivanje kapaciteta da se misli o svojim i tuđim unutrašnjim sadržajima, a poslednjih godina po načelima utvrđenim u istraživanjima vezanosti i mentalizovanja razvijeni su i preventivni programi koji se sprovode u školama, uglavnom usmereni na smanjenje školskog nasilja i sile-

džijstva. Najpoznatiji među tim programima nazvan je „Projekat mirne škole: mentalizujući socijalni sistem“ (“The Peaceful Schools Project: A Mentalizing Social System”), čija je osnovna postavka da bi problematično dete trebalo posmatrati kao simptom društvenih sistema nesposobnih za mentalizovanje [43].

Što se tiče samog „Tretmana zasnovanog na mentalizaciji“, njegove osnovne karakteristike jasno proističu iz osnovnih načela ranije iznetih teorija: da je potreba za odnosima duboko utemeljena, autonomna potreba; da se odnosi uspostavljaju od samog rođenja i da njihov kvalitet utiče na gotovo sve aspekte daljeg razvoja; da obrasci uspostavljanja odnosa u detinjstvu direktno utiču na odnose u odraslom dobu; da je kapacitet da se prepoznaju i imenuju osećanja osnova zdravog razvoja, a njegova nerazvijenost predstavlja važan faktor rizika za pojavu graničnog poremećaja ličnosti; konačno, da psihoterapijski postupci usmereni na intervencije koje unapređuju kapacitet za uspostavljanje obogaćujućih odnosa s drugima i sposobnosti da se misli o unutrašnjim mentalnim stanjima efikasno pomažu osobama s različitim mentalnim poremećajima i roditeljima čija deca pokazuju kontrolišuće, disocirano i/ili agresivno ponašanje. Zbog toga osnovni ciljevi ovog tretmana su: 1. Da se uspostavi mentalizacija u onom razvojnom trenutku u kome je zaustavljena; 2. Da se stabilizuje mogućnost mentalizovanja u kontekstu odnosa vezanosti; 3. Da se minimalizuje verovatnoća da će se pojaviti neželjeni efekti u tretmanu; 4. Da se omogući klijentu da otkrije sebe i druge kao osobe sa umom koji bi trebalo uvek uzimati u obzir i koji zaslužuje da ga upoznamo [18].

Pošto je utvrđeno da je efikasnost „Tretmana zasnovanog na mentalizaciji“ odlična, formulisane su i njegove verzije za porodice i za adolescente [44-47]. Za ovaj drugi oblik uslov je učešće čitave porodice, ali su rezultati usmereni baš na ono što je delinkventima najpotrebnije: poboljšanje razumevanja psiholoških sadržaja članova porodice, odbacivanje prinude i kažnjavanja kao vaspitnih postupaka, poboljšanje samokontrole i regulacije afekata u porodičnoj komunikaciji, itd. Moglo bi se, takođe, reći da je primena „Tretmana zasnovanog na mentalizaciji“ za rad s decom odnosno adolescentima u odmakloj fazi, pošto se organizuju edukacije i pojavljuju se prvi prikazi.

Dodatno, u svetu je osmišljena nekolicina programa usmerena na poboljšanje roditeljske osetljivost, tretirajući najraniji odnos dete-roditelj, što se pokazalo da utiče na pojavu antisocijalnog ponašanja dece u kasnijem uzrastu. Naime, istraživanja pokazuju da kratak tretman usmeren na povećanje roditeljske osetljivosti pokazuje veće efekte od dugih programa i dubinskih psihoterapija [48]. Meta-analize pokazale su povezanost: 1) roditeljskih predstava o sebi i drugima i osetljivosti u njihovom ponašanju prema detetu, 2) roditeljskih radnih modela s kvalitetom vezanosti njihovog deteta i 3) kvaliteta detetove vezanosti i roditeljske osetljivosti [49]. Na osnovu ovih nalaza nastale su intervencije s ciljem osveščivanja roditeljskih radnih modela, to jest kako oni utiču na odnos s detetom i koliko pomažu u odgoju, i unapređivanja roditeljskog ponašanja, pre svega podsticanjem pružanja bliskosti i sigurnosti u susretu s detetovim potrebama i ohrabri vanja detetove potrebe da samostalno istražuje.

Neki od predloženih programa su „Psihoterapija dete-roditelj“, čiji je cilj da roditelj dođe u kontakt s bolom, strahom, besom i bespomoćnošću iz detinjstva i uvidi kako to utiče na njegov sadašnji odnos s detetom, „Krug sigurnosti“, usmeren na poboljšanje afektivne kontrole, razvoj kapaciteta za mentalizaciju i empatiju i povećanje osetljivosti za detetove potrebe, koji se posebno pokazao uspešnim u prevenciji delinkvencije u rizičnim grupama, „Minding the baby“, skup intervencija usmerenih na razvijanje kapaciteta za mentalizaciju i omogućavanje preuzimanja uloge sigurne baze, a koje su namenjene radu s trudnicama koje u istoriji imaju zlostavljanja, programi Univerziteta u Lejdenu „Tretman zasnovan na veštinama“ i „Intervencije uz pomoć video-fidbeka u cilju pospešivanja pozitivnog roditeljstva“, kao i „ABC“ program koji se pokazao uspešnim u osnaživanju roditeljske nege, nezastrašivanja u odnosu i sposobnosti roditelja da podnese i adekvatno reaguje na detetove negativne emocije [49].

Šta se dešava s tercijarnom prevencijom u našoj zemlji? Osim kratkoročne novčane pomoći prilikom izlaska iz vaspitno-popravnog doma, slabo funkcionišu drugi vidovi podrške, sistematskog praćenja i pomoći u integrisanju adolescenata u zajednicu. Bivši prestupnici se vraćaju u u sredinu u kojoj se susreću sa starim psihološkim i socijalnim obrascima i koja je sada dodatno puna predrasuda i ne ohrabruje njihovo uključivanje. Da bi se održali postignuti pozitivni pomaci u socioafektivnom funkcionisanju adolescenata, važno bi bilo osnažiti psihološka savetovališta pri centrima za socijalni rad, primeniti prilagođene verzije goreopisanih programa usmerenih na prevenciju ponovnog antisocijalnog po-

našanja i pomoći brže i lakše integrisanje u zajednicu putem aktivne pomoći pri nastavku obrazovanja, traženja mesta za stanovanje i zaposlenja.

Zaključak

U ovom radu predstavili smo socioemocionalni model nastanka prestupništva koji podržava usvojenu kategorizaciju antisocijalnog ponašanja na ono ograničeno na adolescenciju i trajno, koje se nastavlja i u odraslom dobu. Ne gubeći iz vida složenu interakciju bioloških, socijalnih, ekonomskih i drugih faktora, istakli smo značaj ranog razvoja, odnosno uloge roditeljske osetljivosti, reponzivnosti i predvidljivosti u reagovanju, koji u slučaju delinkvenata izostaju ili su problematični. Takođe, pokazali smo i da slabo bavljenje svojim i tuđim osećanjima, u smislu opažanja, izražavanja i kontrole, kao i odsustvo poverenja prema sebi i drugima predstavljaju karakteristiku delinkvenata. Dodatna specifičnost njihovog emocionalnog života jeste i smanjen kapacitet za empatiju, što je povezano i s odsustvom ili nedovoljnom

internalizacijom moralnih struktura, pa može da vodi pojavi antisocijalnog ponašanja.

Naveli smo, takođe, neke od mogućih mera prevencije i tretmana delinkvencije koje se mogu sprovesti u okviru porodice, obrazovnih i vaspitno-popravnih ustanova. Pre svega, izdvojili smo „Tretman zasnovan na mentalizaciji“, koji je usmeren na razvoj kapaciteta za mentalizaciju, afektivnu regulaciju i empatiju i može se primenjivati u okviru primarne, sekundarne i tercijarne prevencije. Dodatno, naveli smo neke od uspešnih programa rane prevencije usmerenih na rad s roditeljima, odnosno na razvoj njihove osetljivosti, integraciju ranih trauma i osveščivanje njihovog uticaja na metode vaspitavanja i nege deteta. Konačno, u okviru tercijarne prevencije izneli smo potrebu za uspostavljenjem sistema podrške i praćenja nakon izlaska iz vaspitno-popravnog doma, koji bi podrazumevao osnaživanje psiholoških savetovaništva i savetovaništva za zapošljavanje i integraciju u zajednicu u okviru centara za socijalni rad.

SOCIO-EMOTIONAL MODEL OF JUVENILE DELINQUENCY AND ITS PRACTICAL IMPLICATIONS

Sonja Milojević¹
Aleksandar Dimitrijević¹

Abstract

In the paper we review the socio-emotional model of juvenile delinquency and offer its implication for practice in Serbia.

A rise has been established in frequency and severity of juvenile crime internationally, especially among significant percentage of boys aged 7-17. After the age of 28, however, 85% of former delinquents do not get involved in criminal activities. Van IJzendoorn's socio-emotional model is important because it demonstrates distinctive developmental trajectories that lead to either limited or life-course-persistent delinquency, taking into account heredity, temperament, family functionality, attachment, empathy, and moral development. The model has been well supported by empirical research.

Based on this model, we have formulated recommendations for work with juvenile delinquents in Serbia, within domains of prevention, treatment and re-integration into community. We have singled out measures of primary prevention focused on improvement of parental sensitivity and development of adolescents' capacity to think about their own and others' emotions, applicable to educational institutions. Forms of "Mentalization Based Treatment" adapted for work with institutionalized adolescents and with families have been recommended. We have also reviewed the measures in the domain of tertiary prevention, such as empowering social work centres for offering follow-up and support to former delinquents in the form of psychological and employment counselling.

Keywords: juvenile delinquency, socio-emotional model, attachment, empathy, prevention

Literatura:

1. Marković J, Srdanović-Maraš J, Šobot V, Ivanović-Kovačević S, & Martinović-Mitrović S. Neke psihološke karakteristike kao protektivni, odnosno rizični faktori za pojavu poremećaja ponašanja. *Psihologija*, 2011; 44(2), 167-85.
2. Fonagy P, Target M, Steele M, Steele H, Leigh T, Levinson A, & Kennedy R. Morality, Disruptive Behavior, Borderline personality disorder, Crime, and their Relationship to Security of Attachment. In: Atkinson L & Zucker KJ, editors. *Attachment and Psychopathology*, 223-76. New York & London: The Guilford Press, 1997.
3. Ljubičić M. Kretanje maloljetnog prestupništva u Srbiji u periodu 1980-2004: interpretacija zvaničnih statističkih podataka o nekim osobinama maloljetnika osuđena za krivična djela u svjetlu socioloških teorija. *Sociološki pregled*, 2006; 40(4), 589-13.
4. Moffitt TE. "Life-course-persistent" and "Adolescence-limited" Antisocial behavior: A Developmental Taxonomy. *Psychological Review*, 1993; 100, 674-701.
5. Radulović D. Antisocijalno ponašanje mladih. U: Radovanović D, urednik. *Istraživanja u specijalnoj pedagogiji*, 119-34. Beograd: Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, 2009
6. Ljubičić M. Analiza dosijea maloljetnih prestupnika – pilot studija o porodičnoj patologiji. *Socijalna misao*, 2007; 2, 63-83.
7. Rhee SH & Waldman ID. Genetic and Environmental Influences on Antisocial: Meta analysis. *Psychological Bulletin*, 2002; 128, 490-29.
8. Van IJzendoorn MH. Attachment, Emergent Morality, and Aggression: Toward a Developmental Socio-emotional Model of Antisocial Behaviour. *International Journal of behavioral development*, 1997; 21(4), 703-27.
9. Cockerham W. *Sociology of Mental Disorders*. New Jersey: Prentice Hall, 2000.
10. Ljubičić M. *Porodica i delinkvencija*. Beograd: Čigoja štampa, 2011.
11. Opalić P. Pregled razvoja sociologije mentalnih poremećaja. *Sociologija*, 2007; 49(1), 1-16.
12. Radonjić S. *Opšta psihologija 2*. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju, 1992.
13. Popadić D. *Nasilje u školama*. Beograd: Institut za psihologiju, 2009.
14. Beebe B, Knoblauch S, Rustin J & Sorter D. *Forms of Intersubjectivity in Infant Research and Adult Treatment*. New York: Other Press, 2005.
15. Dimitrijević A. Psihoanalitička shvatanja (inter)subjektivnosti: Koncepti afektivnog vezivanja i mentalizacije. U: Hanak N & Dimitrijević A, urednici. *Afektivno vezivanje. Teorija, istraživanje, psihoterapija*, 241-259. Beograd: FASPER, 2007a.
16. Dimitrijević A. Istorijski koreni i konceptualni okviri relacije psihoanalize. U: Erić Lj, urednik. *Psihodinamička psihijatrija. Tom I – Istorija, osnovni principi, teorije*, 184-199. Beograd: Službeni glasnik, 2008.
17. Hanak N i Dimitrijević A. Delo Džona Bolbija kao sigurna baza za dalja psihološka istraživanja. U: Bolbi Dž. *Sigurna baza. Kliničke primene teorije afektivnog vezivanja*, 169-180. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 2011.
18. Dimitrijević A. Pregled načela „tretmana zasnovanog na mentalizovanju“. *Psihijatrija danas*, 2011; 43(1) 5-20.
19. Fonagy P & Bateman A. Mentalization-Based Treatment of Borderline Personality Disorder. In: Jurist EL, Slade A & Bergner S, editors. *Mind to Mind. Infant Research, Neuroscience, and Psychoanalysis*, 139-166. New York: Other Press, 2008.

20. Bolbi Dž. Sigurna baza. Beograd: ZUNS, 2011.
21. Bretherton I, & Munholland KA. Internal Working models in Attachment relationships. Elaborating a central construct in Attachment Theory. In: Cassidy J & Shaver PR, editors. Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications, 102-31. New York: The Guilford Press, 2008.
22. Dimitrijević A. Kliničke implikacije savremenih istraživanja afektivne vezanosti. U: Čorić B, urednik. Ljubav i psihijatrija, 79-92. Beograd: Institut za neuropsihijatrijske bolesti «Dr Laza Lazarević» u saradnji s Fakultetom za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju Univerziteta u Beogradu, 2007b.
23. George C, & Solomon J. Caregiving Helplessness: The Development of a Screening Measure for Disorganized Maternal Caregiving. In: Solomon J & George C, editors. Disorganized attachment and caregiving, 133-66. New York & London: The Guilford Press, 2011.
24. Hazen NL, Jacobvitz D, Higgins KN, Allen S, & MK Jin. Pathways from Disorganized Attachment to later Social-emotional Problems: the Role of Gender and Parent-child Interaction Patterns. In: Solomon J & George C, editors. Disorganized Attachment and Caregiving, 207-44. New York & London: The Guilford Press, 2011.
25. Solomon J & George C. The Disorganized Attachment-Caregiving system: Dysregulation of Adaptive processes at Multiple levels. In: Solomon J & George C, editors. Disorganized Attachment and Caregiving, 1-24. New York & London: The Guilford Press, 2011.
26. Winnicott DW. Ego distorsion in terms of True and False Self. In: The Maturation Processes and the Facilitating Environment, 140-52. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1965.
27. Dimitrijević A, Hanak N i Milojević S. Psihološke karakteristike budućih pomagača: empatičnost i vezanost studenata psihologije. Psihologija, 2011; 41 (2), 97-115.
28. Dimitrijević A, Hanak N, Vukosavljević-Gvozden T & Opačić G. Psychometric Properties of the Serbian Version of 'Empathy Quotient' (S-EQ). Psihologija, 2012; 42 (3), 257-276.
29. Baron-Koen S. Psihologija zla. Beograd: Clio, 2012.
30. Zahn-Waxler C, Robinson JL & Emde RN. The Development of Empathy in Twins. Developmental Psychology, 1992; 28, 1038-47.
31. Bateman A & Fonagy P. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment. Oxford: Oxford University Press, 2004.
32. Allen JG, Fonagy P & Bateman AW. Mentalizing in Clinical Practice. Washington & London: American Psychiatric Publishing, Inc, 2008.
33. Van IJzendoorn MH & Zwart-Woudstra HA. Adolescents' Attachment Representations and Moral Reasoning. Journal of Genetic Psychology, 1995; 156, 359-72.
34. Hofman M. Empatija i moralni razvoj. Beograd: Dereta, 2003.
35. Bowlby J. Forty-four Juvenile Thieves: Their Characters and Home-life. London, Balliere, Tindall & Cox, 1946.
36. Deklyen M & Greenberg MT. Attachment and Psychopatology in Childhood. In: Cassidy J & Shaver PR, editors. Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications, 637-65. New York: The Guilford Press, 2008.
37. Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, Target M & Gerber A. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1996; 64, 22-31.

38. Van IJzendoorn MH & Bakermans-Kranenburg M. Intergenerational Transmission of Attachment: A move to Contextual level. In: Atkinson L & Zucker KJ, editors. *Attachment and psychopathology*, 135-70. New York & London: The Guilford Press, 1997.
39. Ellis PL. Empathy: A Factor in Antisocial Behaviour. *Journal of abnormal child psychology*, 1982; 10, 123-33.
40. Cohen D & Strayer J. Empathy in Conduct-disordered and Comparison Youth. *Developmental Psychology*, 1996; 32(6), 988-98.
41. Eisenberg N. et al. Pro-social Development in Early Adulthood: A Longitudinal Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2002; 82(6), 993-1006.
42. Hesse E. Adult Attachment Interview: Historical and Current Perspectives. In: Cassidy J & Shaver PR, editors. *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications*, 395-433. New York & London: The Guilford Press, 1999.
43. Twemlow SW & Fonagy P. Transforming Violent Social Systems into Non-Violent Mentalizing Systems: An Experiment in Schools. In: Allen JG & Fonagy P, editors. *Handbook of Mentalization-Based Treatment*, 289-306. John Wiley & Sons, Ltd, 2006.
44. Bateman A & Fonagy P. 8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment versus Treatment as Usual. *Am. J. Psychiatry*, 2008; 165, 631-638.
45. Asen E & Fonagy P. Mentalization-Based Family Therapy. In: Bateman A & Fonagy P, editors. *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*, 107-128. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2011.
46. Midgley N & Vrouva I. *Minding the Child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families*. London: Routledge, 2012.
47. Zevalkink J, Verheugt-Pleiter A & Fonagy P. Mentalization-Informed Child Psychoanalytic Psychotherapy. In: Bateman A & Fonagy P, editors. *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*, 129-158. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2011.
48. Prior V & Glaser D. *Understanding Attachment and Attachment Disorders. Theory, Evidence and Practice*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2006.
49. Berlin LJ, Zeanah CH & Lieberman AF. Prevention and intervention programs for Supporting Early Attachment Security. In: Cassidy J & Shaver PR, editors. *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*, 745-61. New York: The Guilford Press, 2008.

Aleksandar Dimitrijević
 Filozofski fakultet
 Ćika Ljubina 18-20
 11 000 Beograd
 Tel: 064/154-2662
 E-mail: adimitri@f.bg.ac.rs

ALOPECIJA KAO NEŽELJENI EFEKAT SSRI – PRIKAZ BOLESNIKA

Milan Latas^{1,2}

Jelena Perić³

Srdan Milovanović^{1,2}

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

Kratak sadržaj

Uvod. Antidepresivi iz grupe specifičnih inhibitora ponovnog preuzimanja serotonina (SSRI) imaju svoje učestale, ali prepoznatljive i uglavnom benigne neželjene efekte. Ipak, izdvajaju se i neki neželjeni efekti koji se retko javljaju, a među njima i alopecija. Prema našim saznanjima, u regionu nije bilo studija ili prikaza slučaja koji bi obrađivali ovu tematiku. Cilj prikaza je da ukaže na pojavu alopecije areate kao moguću posledicu korišćenja antidepresiva iz grupe SSRI.

Prikaz bolesnika. Pacijentkinja, sa dijagnozom generalizovanog anksioznog poremećaja je bila tretirana citalopramom (uz bromazepam). Navedena terapija je dovela do umanjenja simptoma, ali se pojavila alopecija areata u potiljačnom predelu, šireći se do dimenzija 4 x 4 cm, kao moguća posledica upotrebe citaloprama. Zbog toga je ovaj lek ukinut i zamenjen je venlafaxinom. Dve nedelje nakon prestanka primene citaloprama došlo je do bubrenja folikula, a potom i do porasta terminalne dlake u alopecijom zahvaćenom području. Međutim, usled izostanka zadovoljavajućeg terapijskog efekta, a na insistiranje pacijentkinje, iz terapije je isključen venlafaxin i ponovo je uveden citalopram. Nakon 6 nedelja tremena ponovo je došlo do pojave alopecije areate u potiljačnom predelu. Primena citaloprama je ponovo prekinuta, a lečenje pacijentkinje je nastavljeno uvođenjem mirtazapina, što je uslovalo ponovni porast kose u alopecičnim arealima. Celokupan sled događaja je prijavljen Nacionalnom centru za farmakovigilancu Agencije za lekove i medicinska sredstva Srbije.

Zaključak. Najverovatniji uzročnik pojave alopecije areate kod prikazane pacijentkinje je uzimanje citaloprama, te se treba voditi računa o ovoj pojavi kao mogućem neželjenom efektu lekova iz grupa SSRI.

Ključne reči. Alopecija areata, depresija, anksioznost, citalopram, SSRI

UVOD

Antidepresivi iz grupe specifičnih inhibitora ponovnog preuzimanja serotoninina (SSRI) imaju svoje učestale ali prepoznatljivije i uglavnom benigne neželjene efekte (mučnina, pospanost, znojenje, tremor, nesаница, seksualna disfunkcija, vrtoglavica, opstipacija, dijareja, smanjen/povećan apetit, itd.). [1] Ipak, postoje i neki neželjeni efekti koji se retko javljaju, a među njima i alopecija.

Pojačano opadanje kose (efluvium) sa njenim sledstvenim delimičnim ili potpunim manifestnim gubitkom (alopecija) često se javlja kao neželjeni efekat hemoterapije, a ređe se opisuje kao posledica uzimanja drugih lekova, uključujući i pojedine psihofarmake (najčešće stabilizatore afekta). Iako nije učestala, pojava alopecije se povremeno dovodi u vezu sa korišćenjem antidepresiva iz grupe SSRI [2,3].

Lekovima indukovana alopecija predstavlja reverzibilnu i difuznu formu bolesti, koja obično nastaje kao posledica pojave telogenog, ređe anagenog efluvijuma uslovljenog odgovorom anagenih folikula na njihove štetne uticaje. Pojava alopecije areate kao neželjenog efekta uslovljenog primenom leka, prema nama dostupnim podacima iz literature, opisana je kod značajnijeg broja pacijenata jedino u sklopu primene TNF blokirajućih agensa, dok se sa primenom drugih lekova izuzetno retko dovodi u vezu [4].

Prema saznanjima autora, do sada je bilo samo nekoliko prikaza slučaja i sporadičnih prijava pojave alopecije centrima za farmakovigilancu, a za či-

ji nastanak se „okrivljuju“ antidepresivi iz grupe SSRI. Pojava alopecije se najčešće vezivala za korišćenje fluoksetina, fluvoksamina, paroksetina, sertralina i escitaloprama [5-10]. Prema našim saznanjima, u regionu nije bilo studija ili prikaza slučaja koji bi obrađivali ovu tematiku. Zbog toga je cilj ovog prikaza da ukaže na pojavu alopecije kao moguću posledicu korišćenja antidepresiva iz grupe SSRI i eventualno dovođenje u vezu primene ove grupe lekova sa nastankom alopecije areate.

PRIKAZ BOLESNIKA

Pacijentkinja, starosti 35 godina, udata sa jednim školskim detetom, po zanimanju sudija, sa završenim pravnim fakultetom i pravosudnim ispitom, javila se psihijatru zbog problema sa preteranom brigom, napetošću i teškoćama usnivanja. Navedene tegobe su trajale više meseci unazad i progredirale su u svom intenzitetu i učestalosti. Pacijentkinja je prethodno bila tretirana anksioliticima (bromazepam 3mg/dan), ali bez značajnijih rezultata. Pri prvom pregledu, u psihičkom statusu je dominirala intenzivna anksioznost po generalizovanom tipu i blago izražena sekundarna depresija. Nastavljena je terapija bromazepamom, a u terapijski protokol je uključen i citalopram u dozi od 30 mg/dan (sa postepenim povećavanjem doze po 10 mg na svakih nedelju dana).

Navedena terapija je dovela do značajnog umanjenja simptoma anksioznosti i depresije, do potpunog stabilizovanja psihičkog sistema i do dobrog

DISKUSIJA

funkcionisanja. Međutim, 8 nedelja nakon početka tretmana citalopramom došlo je do pojave alopecije areate u potiljačnom regionu, inicijalno u vidu manjeg areala, koji se kasnije proširio na područje dimenzija 4 x 4 cm.

Analizirane su različite etiološke mogućnosti za nastanak alopecije i utvrđeno je da je moguća posledica upotrebe citaloprama. Pacijentkinja je posetila dermatologa, koji je potvrdio dijagnozu alopecije areate i predložio terapiju klomipraminom u dozi od 20 mg/dan. Pacijentkinja nije prihvatila tu opciju već se vratila psihijatru koji je isključio citalopram iz terapije i zamenio ga venlafaksinom u početnoj dozi od 75 mg/dan, koja je nakon dve nedelje povišena na 150 mg/dan. Dve nedelje po obustavi leka došlo je do bubrenja folikula, a potom i do porasta kose u zahvaćenoj regiji.

Međutim, zbog izostanka zadovoljavajućeg terapijskog efekta, a na insistiranje pacijentkinje, posle 4 meseca iz terapije je isključen venlafaksin i ponovo je uveden citalopram u dozi od 20 mg/dan. Pored redukovanja simptoma anksioznosti, nakon 6 nedelja tretmana ponovo je došlo do pojave alopecije areate u potiljačnom predelu, te je citalopram isključen iz terapije. Terapija je nastavljena mirtazapinom u dozi od 30 mg/dan, a nekoliko nedelja kasnije došlo je do ponovnog porasta kose u alopecičnim područjima.

Celokupan sled događaja je prijavljen Nacionalnom centru za farmakovigilancu Agencije za lekove i medicinska sredstva Srbije.

Antidepresivi iz grupe SSRI se smatraju prvom opcijom za terapiju depresije i anksioznih poremećaja [11]. Ovi lekovi su trenutno najčešće propisivani antidepresivi na svetu, pre svega zbog svoje terapijske efikasnosti, ali i benignih sporednih efekata. Međutim, pokazalo se da lekovi iz ove grupe imaju i sporedne efekte koji se manifestuju, između ostalih, i kožnim promenama, među kojima su: petehije, spontane modrice, vaskulitis, urtikarija, angioedem, eritema nodosum, eritema multiforme, Stevens-Johnsonov sindrom, toksična epidermalna nekroliza, fototoksičke reakcije [3]. Kako je naglašeno, tokom tretmana lekovima iz grupe SSRI ponekad se javlja i alopecija.

Termin alopecija se odnosi na sve forme manifestnog gubitka dlake, od zahvatanja manjih i ograničenih zona do totalnih i univerzalnih oblika, odnosno, karakteriše se lokalnim ili difuznim, delimičnim ili potpunim gubitkom dlake, sa ili bez pojave ožiljnog tkiva. Alopecija areata predstavlja etiopatogenetski nedovoljno razjašnjen, poseban entitet, koji karakteriše rani prelazak anagenih folikula (faza aktivnog rasta) u telogeni stadijum (faza mirovanja), sa sledstvenim ispadanjem dlake u zahvaćenim zonama. Oštećeni folikuli imaju očuvani potencijal regeneracije, pa se porast kose može javiti i kod dugotrajnih oblika bolesti.

Lekovima indukovane alopecije obično su posledica telogenog, redje anagenog efluvijuma, koji se nastaju usled odgovora anagenih folikula na

primenu štetne nokse. Veliki broj lekova može uticati na ciklus rasta dlake i uzrokovati gubitak kose. Njihovo dejstvo odvija se na dva različita načina: 1) indukcijom naglog prekida mitotske aktivnosti ćelija matriksa anagenih folikula (anageni efluvijum) i 2) precipitiranjem ranog prelaska anagenih folikula u manje vulnerabilan telogeni stadijum (telogeni efluvijum) [12]. Anageni efluvijum nastaje nekoliko dana ili nedelje po započinjanju primene leka, dok je kod telogenog efluvijuma taj period znatno duži i obično iznosi između 2 i 4 meseca nakon uvođenja leka. Najčešći uzrok anagenog efluvijuma su citostatski agensi, dok se nastanak telogenog efluvijuma vezuje za veliki broj lekova uključujući antikoagulanse, retinoide, kontraceptive, antihiperlipidemike, antikonvulzive. Učestalost pojave i težina alopecije zavise od samog leka, a takođe i od individualne predispozicije [12]. Alopecije uslovljene primenom lekova su difuzne, neožiljne, reverzibilne i najčešće se javlju na pglavini, što je bila situacija i kod naše pacijentinje [2].

Generalno posmatrano, učestalost alopecije kao neželjenog efekta primene lekova iz grupe SSRI je retka, ali je veoma teško pouzdano utvrditi njenu prevalenciju i incidenciju, jer se podaci o njenoj pojavi prikupljaju isključivo dobrovoljnim prijavljivanjem lekara čiji su pacijenti dobili alopeciju, slično kao i u našem slučaju. Ipak, prema dostupnim podacima može se zaključiti da učestalost pojave alopecije, prvenstveno, zavisi od vrste primenjenog leka. Tako je ukazano da se najčešće javlja kod osoba koje su koristile sarta-

lin, a najređe kod osoba koje su koristile citalopram [2]. Ipak, pojava alopecije areate kod naše pacijentinje ukazuje na eventualnu mogućnost dovođenja u vezu primene citaloprama sa nastankom ove bolesti.

Svi do sada, nama dostupni, opisani slučajevi odnosili su se na gubitak kose po tipu telogenog efluvijuma, mada su klinički detalji u publikovanim radovima često oskudni i nedovoljni za precizno postavljanje dijagnoze. Mehanizam nastanka alopecije kod primene SSRI još uvek nije dovoljno poznat. Pretpostavlja se da ljudska koža može proizvesti serotonin i pretvoriti ga u melatonin, koji je uključen u rast kose, stoga je moguće da tretman koji ometa homeostazu serotonina u koži može izmieniti balans između rasta i opadanja kose [13]. S druge strane, ukazano je da antimitotička aktivnost SSRI lekova može da bude povezana sa pojavom alopecije [14].

Takođe, postoje čak i paradoksalni podaci da su neki od lekova iz grupe SSRI povezani sa hirzutizmom i pojavom hipertrioze, ali prema našem saznanju, u dosadašnjoj literaturi primena SSRI nije često dovođena u vezu sa nastankom alopecije areate [14].

Obzirom da se psihogeni faktori, među kojima su stres, negativni životni događaji, anksioznost i depresija često dovode u vezu sa nastankom alopecije areate, a da, sa druge strane, postoje podaci koji povezuju primenu antidepresiva sa dobrim terapijskim odgovorom i oporavkom kosmatosti u alopecičnim regijama, detaljno smo razmotriti sve potencijalne induktore alopecije areate kod naše pacijentinje

[8, 15, 16]. Tako smo analizirali mogućnost da su depresija i anksioznost učestvovali kao etiološki faktori u pojavi alopecije areate [17]. Ipak, naše mišljenje je da depresija i anksioznost, *per se*, nisu učestvovali kao etiološki faktori jer, hronološki posmatrano: 1) alopecije nije bilo dok su simptomi depresije i anksioznosti bili najintenzivniji kod pacijentkinje, 2) jer je alopecija nastala tek nakon uvođenja leka, 3) jer su se simptomi depresije i anksioznosti umanjivali uvođenjem leka, a alopecija je progredirala, 4) jer je došlo do porasta kose u zahvaćenim područjima po obustavi terapije i 5) posebno zato što je isti sled događaja po primeni i obustavi leka registrovan u dva navrata, što smanjuje verovatnoću koincidencije.

Imajući u vidu da je primenu lekova sa nastanakom alopecije veoma teško sa sigurnošću uzročno povezati i da je jedini način za potvrdu dijagnoze poboljšanje kliničke slike po prekidu njegove primene, zbog svega prethodno navedenog, prevagnulo je mišljenje da je upotreba citaloprama osnovni induktor nastanka alopecije areate kod naše pacijentkinje [18].

ZAKLJUČAK

Alopecija areata predstavlja, prema nama dostupnim podacima, do sada neregistrovan, sporedni efekat upotrebe lekova iz grupe SSRI. Ipak, analiza celokupnog redosleda događaja kod naše pacijentkinje ukazuje na mogućnost dovođenja u vezu pojave ovog oblika alopecije sa primenom citaloprama.

Kako upotreba lekova iz grupe SSRI tokom vremena raste, za očekivati je da će i neželjeni efekti, a među njima i alopecija, da budu u porastu. Zbog toga je važno da se obrati pažnja na moguću pojavu tih efekata kod svih pacijenata, a ne samo kod onih koji ih spontano prijavljuju. U analizi etilogije sporednih efekata najviše može da pomogne hronološko ispitivanje nastanka pojava i ukoliko se pokaže da postoji povezanost upotrebe leka i pojave sporednog efekta potrebno je promeniti lek ili bar smanjiti njegovu dozu da bi uklonila ili umanjila štetnost tih efekata, čime bi se obezbedila bolja saradljivost sa pacijentima, a time i njihov uspešniji tretman.

ALOPECIA AS A SIDE EFFECT OF SSRI – A CASE REPORT

Milan Latas^{1,2}

Jelena Perić³

Srdan Milovanović^{1,2}

Summary

Introduction. Antidepressants from the group of serotonin specific reuptake inhibitors (SSRIs) have their specific and frequent but mostly benign side effects. However, there are some side effects that occur rarely, such as alopecia. To our knowledge, there were no studies or case reports that dealt with this issue. The goal of this report is to point out on the occurrence of alopecia areata as a possible consequence of using SSRI antidepressants.

Case outline. The patient, diagnosed with generalized anxiety disorder was treated with citalopram (with bromazepam). The above treatment resulted in reduction of symptoms but, as a possible consequence of the use of citalopram, alopecia appeared in the occipital region, spreading to the dimensions of 4 x 4 cm. Subsequently citalopram is discontinued and replaced by venlafaxine. After two weeks, new follicles arose and new hair began to grow again, in the area of alopecia. However, due to the absence of a satisfactory therapeutic effect, and on the insistence of patients, venlafaxine was switched off and citalopram was re-introduced. After 6 weeks of therapy, alopecia re-occurred in the occipital region and citalopram was excluded from the therapy. Taking into consideration all the aspects, mirtazapine therapy was started and in the area of alopecia the new hair appeared. The entire sequence of events was reported to the National Pharmacovigilance Centre of the Medicines and Medical Devices Agency of Serbia.

Conclusion. The most likely cause of alopecia in this patient was citalopram, and doctors are to consider this phenomenon as a side effect of SSRI drugs.

Key words: Alopecia areata, depression, anxiety, citalopram, SSRI

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

Literatura:

1. Cascade E, Kalali AH, Kennedy SH. Real-World Data on SSRI Antidepressant Side Effects. *Psychiatry* (Edgmont). 2009;6(2):16-8.
2. Hedenmalm K, Sundström A, Spigset O. Alopecia associated with treatment with selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs). *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2006;15(10):719-25.
3. Krasowska D, Szymanek M, Schwartz RA, Myśliński W. Cutaneous effects of the most commonly used antidepressant medication, the selective serotonin reuptake inhibitors. *J Am Acad Dermatol* 2007;56(5):848-53.
4. Le Bidre E, Chaby G, Martin L et al. Alopecia areata during anti-TNF alpha therapy: Nine cases. *Ann Dermatol Venereol* 2011; 138(4):285-93.
5. Ghanizadeh A. Sertraline-associated hair loss. *J Drugs Dermatol* 2008; 7(7):693-4.
6. Pereira CE, Goldman-Levine JD. Extended-release venlafaxine-induced alopecia. *Ann Pharmacother* 2007;41(6):1084.
7. da Rocha FF, Malheiros MM. Alopecia associated with the use of serotonin selective reuptake inhibitors: two case reports. *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28(4):341-2.
8. Cipriani R, Perini GI, Rampinelli S. Paroxetine in alopecia areata. *Int J Dermatol* 2001;40(9):600-1.
9. Umansky L, Dorevitch A, Sella A. Alopecia due to Seroxat therapy. *Harefuah* 2000;138(7):547-9.
10. Zalsman G, Sever J, Munitz H. Hair loss associated with paroxetine treatment: a case report. *Clin Neuropharmacol* 1999;22(4):246-7.
11. NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). Depression: the treatment and management of depression in adults (update), The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists; 2010.
12. Tosi A, Misciali C, Piraccini BM, Peluso AM, Bardazzi F. Drug-induced hair loss and hair growth. Incidence, management and avoidance. *Drug Saf* 1994;10(4):310-7.
13. Slominski A, Wortsman J, Tobin DJ. The cutaneous serotonergic/melatonergic system: securing a place under the sun. *FASEB J* 2005; 19: 176-194.
14. Warnock JK, Morris DW. Adverse cutaneous reactions to antidepressants. *Am J Clin Dermatol* 2002;3:329-39.
15. Colon EA, Popkin MK, Calliers AL et al. Life-time prevalence of psychiatric disorders in patients with alopecia areata. *Comprehens Psychiatr* 1991; 32: 245-251.
16. Perini GI, Zara M, Cipriani R et al. Imipramine in alopecia areata. *Psychother Psychosom* 1994; 96:33-34.
17. Gulec AT, Tanriverdi N, Duru C et al. The role of psychological factors in alopecia areata and the impact of the disease on the quality of life. *Int J Dermatol* 2004; 43: 352-356.
18. Llau ME, Viraben R, Montastruc JL. Drug-induced alopecia: review of the literature. *Therapie* 1995;50(2):145-50.

Milan Latas,
Klinika za psihijatriju
Klinički centar Srbije, Pasterova 2, 11 000
Beograd
+381 64 1303993
latasm@eunet.rs

PROBLEMATIKA TRIHOTILOMANIJE S OSVRTOM NA KVALITET DIJADNOG ODNOSA

Aneta Sandić¹

1 Privatna psihijatrijska ordinacija
„Dr Sandić“, Sarajevo,
Bosna i Hercegovina

UVOD

Trihotilomaniju je u medicini prvi put opisao francuski dermatolog Hallopeau (Hallopeau) 1889. godine. Od tada se smatra da je psihogene etiologije, te iznenađuje činjenica da joj se posvećuje malo prostora u psihijatrijskoj literaturi. Prema MKB-10 [1] svrstana je u grupu poremećaje navika i nagona, kako je odlikuje pacijentova ponavljana, neodložna potreba da čupa vlastitu kosu. DSM IV uokviruje je u grupu poremećaja kontrole impulsa [2]. Iako je najčešće aficirano područje kosa, procesom neretko bivaju zahvaćene i druge lokacije: obrve, trepavice, pubične dlake, dlake lica, te općenito druge dlake tela [3,4]. U pogledu uzrasne dobi izbijanja razlikuje se rani tip (tokom prvih 6 godina života) i kasni (tokom adolescencije i ranog odraslog doba) [5]. Etiologija trihotilomanije i dalje je nedefinisana [6].

Kratak sadržaj

Trihotilomaniji je dato vrlo malo prostora u psihijatrijskoj literaturi iako je klinička slika definirana prije više od 130 godina. Do danas je ostala nerazjašnena etiologija oboljenja, a od nedavno su aktuelna i pitanja adekvatne klasifikacije u važećim klasifikacijskim sistemima. Psihodinamski okvir poremećaja također nije definisan u potpunosti, no prisutno je usaglašavanje autora o centralnosti kvaliteta dijadnog odnosa. U ovom radu se u kratkim crtama osvrće na gore navedenu problematiku, dok je akcent postavljen na psihodinamske koncepte. Isti su ilustrirani kliničkom vinjetom koja obuhvata početni stadij psihoanalitičke psihoterapije u kojem je vršena procjena pacijenta.

Ključne riječi: trihotilomanija, dijadni odnos, prikaz slučaja

Mnoge nejasnoće koje prate ovaj poremećaj ogledaju se i u činjenici da se trihotilomanija u savremenoj literaturi razmatra i kao mogući podtip opsesivno-kompulzivnog poremećaja [2-6]. Akt čupanja dlake sličan je opsesivno-kompulzivnom ritualu utoliko što se nagomilana tjeskoba reducira odmah po aktualizaciji pomenute radnje, a i impuls je rekurentan. Istovremeno, zastupljeno je i stanovište da je trihotilomaniju najadekvatnije svrstati u kategoriju anksioznih poremećaja [2,3].

Problematika trihotilomanije aktuelna je i u domenu definiranja njene psihodinamike. Stoga je nama, u ovom tekstu, da se u kratkim crtama predoci dominirajući psihodinamski okvir trihotilomanije, za što će se poslužiti i klinička vinjeta pacijenta tretiranog psihoanalitičkom psihoterapijom tokom faze procene (assessment) [7, 8].

PSIHODINAMSKI MODEL TRIHOTILOMANIJE

Psihodinamika trihotilomanije nije postulirana u potpunosti [5,9]. Do danas ponuđeni teoretski okviri zastupaju dominantnu paradigmu vremena u kojem su formulisani. Centralnost seksualnog konflikta u psihopatološkim manifestacijama trihotilomanije zastupljena je sredinom XX veka. Među pristalicama ovog modela potrebno je izdvojiti Berga, Barahala, Zaidensa, Sperlinga, te Masermana [9].

Kasniji autori psihodinamiku trihotilomanije definišu u okviru drugih konfliktnih područja ličnosti. Tako Buxbaum (Buxbaum) [10] naglašava upotrebu kose kao tranzitornog objekta povezujući trihotilomaniju s nerazriješenim konfliktom između autoerotske satisfakcije i one usmjerene ka objektu. Grinberg i Sarner (Greenberg i Sarner) [5] govore o „simbiozi čupanja kose“ opisujući specifičnosti patološkog odnosa majka-dijete koji registruju u analizi adolescenata s trihotilomanijom. Manino i saradnici [5] iznalaze zajedničku porodičnu konstelaciju: agresivnu, dominantnu majku i pasivnog oca. Zaključuju da je trihotilomanija defanzivan, ego sinton proces u službi kontrole anksioznosti putem narcističkog autoerotskog mehanizma. Specifičnosti odnosa roditelj-dijete koji mogu voditi razvoju trihotilomanije ostaju i dalje nejasni iako se autori današnjice usaglašavaju u centralnosti problematike dijadnog odnosa [5]. U literaturi se npr. razmatra i pretjerana gratifikacija koja može uticati na pojačanje djetetovih fantazija onipotencije, te u situacijama psihosocijalnog stresa provocirati narcističku povredu za koju, u miljeu preteranog holdinga, dete nije dovoljno pripremljeno [5].

KLINIČKA VINJETA

Retka prilika da se studira poreklo ovog fenomena ukazala se kada se za psihoterapijski tretman obratila NN devojka stara 22 godine. Unazad 6 godina počela je čupati obrve, da bi ubrzo prešla na kosu kako je to „bilo manje vidljivo“. Razlog dolaska na tretman bila je zabrinutost pacijentkinje „kako bi strašno mogla izgledati za nekoliko godina obzirom da je kosa u međuvremenu postala znatno tanja“. Čupala ju je svaki dan, automatski u početku nesvesna vlastitog akta [5,6]. Tek kad bi registrovala bol, nakon dvedesetak iščupanih dlaka, shvatila bi šta čini, te bi prestala. No, impuls bi se javio nanovo, te je to odavno postao začarani krug.

Istraživanje lične anamneze u okvirima četvoročlane porodice (majka, otac, sestra starija 4 godine i ona) u kojoj živi otkrilo je specifikum konstelacije porodičnih odnosa u kojoj je NN od malih nogu doživljavana kao ekstenzija majke i sestre, te bila kontrolisana s njihove strane gotovo 24 časa na dan. Otac je bio jedva prisutan, njegova oskudna komunikacija s NN odvijala se posredstvom majke. Tako je atmosfera u kojoj je odrastala i živela do dolaska na tretman odisala izrazitom kontrolom i hiperprotektivnošću. Porod i rani razvoj protekli su uredno. Oduvijek je bila povučena, nije volela da se ističe. Kao dete najviše je volela da crta, ljubav koju je gajila i u osnovnoj školi. Kad je došlo vrijeme upisa u srednju školu porodica je za nju odlučila da to bude gimnazija jer imaju malo preduzeće koje se bavi pravnim pitanjima. NN je bez pogovora pristala i tokom prvog razreda školovanja zapala u depresivnu epizodu umjerenog tipa koja je išezla spontano, da bi se tokom drugog razreda pojavila trihotilomanija od koje pati i danas. Ocene su još iz perioda osnovne škole bile slabe jer je sestra, kad bi ona došla kući, htela da se

igraju. Pacijentica je pristajala „da se sestra ne naljuti“. Kasnije je s njom izlazila kad god bi ona to htela, pravdajući vlastiti pasivan stav istim riječima. Vanredno studira i radi u porodičnom preduzeću. Radno vrijeme provodi s majkom u zajedničkoj kancelariji, potom u 17 časova kod kuće piju kafu, a u 19 zajednički čaj s ocem (sestra unazad 5 meseci živi u inostranstvu). Kad je u svojoj sobi majka često ulazi, zapitkuje je šta to radi, s kim razgovara telefonom, s kim se dopisuje na internetu, zašto s njom ne gleda film. Kad otac izađe van uvek je zove da dođe i sedi s njom, da joj pravi društvo. Kako vikendom vanredno pohađa nastavu u drugom gradu, javlja se majci kad dođe na fakultet, kad se vrati kući s nastave, kad planira izaći van i kad se vrati kući (ima ograničen izlaz do 23 časa), što je ranije redovno činila na zahtev sestree.

Infantilna pozicija dvadesetdvogodišnje djevojke jasno se iskazivala u njenim komentarima „nemam privatnost“, „imam malo vremena za sebe“, „sve to mi stvara pritisak“, „trebaju imati povjerenja da ću doći kući do jedanaest sati“, „stid me prijateljice kad im se moram javljati stalno“. Na upit terapeuta da elaborira na koji način je pokušala riješiti situacije koje joj stvaraju pritisak, slika snažne simbioze upotpunjena je strahom od gubitka objekta: „ne kažem ništa, poslušam, da majka ne bude duboko povrijeđena“. Jer, kad bi joj se suprotstavila, majka s njom ne bi govorila cio dan, često i dva. Neki put bi gorko plakala i bila joj nedostupa tokom podjednako dugog vremenskog perioda.

Vrlo slične odnose gajila je i s najboljom i jedinom prijateljicom. Do dolaska na psihoterapijski tretman nije bila involvirana u značajnije emotivne veze s mladima.

Dominantni mehanizmi odbrane registrovani tokom assessment-a su racionalizacija, agresija okrenuta ka selfu i reaktivna formacija. Potonje se jasno očitivalo u neverbalnoj komunikaciji na seansama. Svaki put kad bi se dotakla problematika separacije i/ili agresiviteta (bilo njenog, njenih bližnjih ili prijateljice) facijalna mimika bi joj se pretvarala u smješak, tako da je njen verbalni iskaz bio u očitoj suprotnosti s emocionalnim nabojem kojim je nastojala zatomiti vlastite agresivne pulzije.

ZAKLJUČNA RAZMATRANJA

Kazuistički prikaz jasno ocrtava ne-zdravu simbiozu u kojoj majka održava simbiotski odnos s kćerkom do današnjeg dana. Izgubivši perspektivu o detetovom rastu i razvoju ona depersonificira kći zahtijevajući i gratificirajući oslanjanje na sebe i zavisno ponašanje, kažnjavajući direktno ili indirektno bilo kakve prirodne pokušaje kćerke da postane manje ovisna o njoj. Neadekvatan maturacioni progres u fazi separacije individuacije očitovao se u ranoj adolescenciji, „drugoj separaciji-individuaciji“ [11], kada je nakon kraće depresivne epizode izbila trihotilomanija. Stoga se zaključuje da je glavna razvojna zapreka trihotilomanog pacijenta u predgenitalnom razvojnom stadiju, te da je u okvirima specifičnosti dijadnog odnosa moguće iznaći centralne etiološke činioce koji će dovesti do kasnijeg izbijanja poremećaja.

U odnosu na ukupnu problematiku iznesenu ranije u ovom tekstu, kao i neiznalaženje modusa adekvatnog tretmana, potreba za daljnjim izučavanjem trihotilomanije ukazuje se uistinu neopodnošnom [6].

PROBLEM OF TRICHOTILLOMANIA WITH ACCENT ON QUALITY OF DIADIC RELATIONSHIP

Aneta Sandić¹

1 Private psychiatric practice „Dr.Sandić“, Sarajevo, BiH

Literatura:

1. Svjetska zdravstvena organizacija. Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja, Deseta revizija (MKB-10). Zagreb: Medicinska naklada; 1999.
2. Gregory LH. Trichotillomania and Related Disorders in Children and Adolescents. *Child Psychiatry and Human Development* 1997; 27(4):255-268.
3. Parakh P, Srivastava M. The Many Faces of Trichotillomania. *International Journal of Trichology* 2010; 2(1):50-52.
4. Mancini C, Van Ameringen M, Patterson B, Simpson W, Truong C. Trichotillomania in youth: a retrospective case series. *Depression and Anxiety* 2009; 26:661-665.
5. Keren M, Miara AR, Feldman R, Tyano S. Some Reflections on Infancy-Onset Trichotillomania. *Psychoanalytic Study of the Child* 2006; 61:254-272.
6. Chad WT, Teng EJ, Stanley MA. Current issues in the treatment of OC-spectrum conditions. *Bulletin of the Menerger Clinic* 2010; 74(2):141-166.
7. Sandić A. Na pragu 'Velike debate', i danas, 2010?. *Engrami - časopis za kliničku psihijatriju, psihologiju i granične discipline* 2010; 32(3):71-77.
8. Ilić I. Izbor pacijenta za psihoanalitičku psihoterapiju. *Engrami* 2003, 25:73-81.
9. Galski T. Hair Pulling (Trichotillomania). *Psychoanalytic Review* 1983; 70:331-345.
10. Buxbaum E. Hair pulling and fetishism. *Psychoanalytic Study of the Child* 1960; 15:243-260.
11. Deutsch H. Some Forms of Emotional Disturbances and Their Relationship to Schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly* 1942; 11:301-321.

Summary

Trichotillomania is given very little space in psychiatric literature although it's clinical picture was defined over 130 years ago. It's aetiology remains unknown up to the present day, and since recent times questions about adequate classification have become actual. Psychodynamic frame is also not defined in full. However there seems to be general agreement upon the centrality of diadic relationship. Thus this paper addresses, in brief, the above noted problematics, while the accent is put on the psychodynamic concepts. Those are illustrated with a clinical vignette referring to the initial stadium of psychoanalytic psychotherapy (assessment).

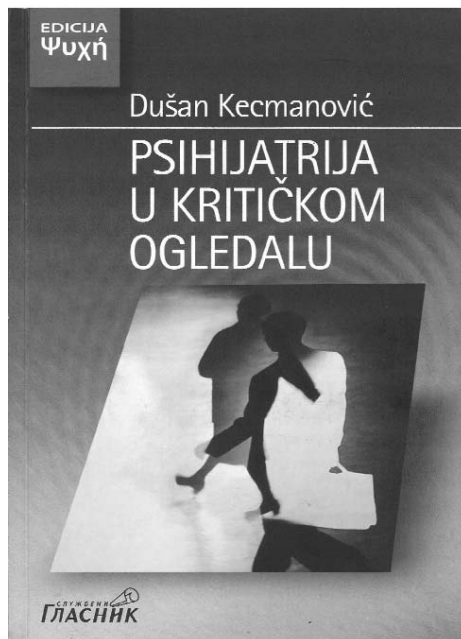
Keywords: trichotillomania, diadic relationship, clinical vignette

Aneta Sandić,
Psychiatric office „Dr. Sandić“
Grbavička 58/3, Sarajevo 71000, BiH
Tel: +387 33 645 112
ordinacijasantic@gmail.com

PSIHIJARIJA U KRITIČKOM OGLEDALU

Dušan Kecmanović

Službeni glasnik, Beograd, 2008, str. 258



„Psihijatrija u kritičkom ogledalu“ je knjiga, akademika, uglednog profesora psihijatrije i plodnog pisca stručne literature Dušana Kecmanovića koji je od svoje profesionalne mladosti povezivao psihijatriju i društvene nauke, posebno, sociologiju. Knjiga nudi kritičko, savremeno viđenje psihijatrije. Autor ne zastupa gledište ni jednog od kritičara psihijatrije niti pogled većine današnjih, “mejnstrim” psihijatara. Mada se značajan broj psihijatara izdaje za pristalice “multidimenzionalnog” pristupa, praktično svaki psihijatar je posebno sklon jednom psihijatrijskom mo-

delu u dijagnostikovanju i lečenju različitih duševnih poremećaja.

Slabosti psihijatrije, smatra Kecmanović, su brojne i ozbiljne. Da bi ih eventualno umanjili psihijatri moraju da znaju da one postoje. Zato što je nedovoljno kritična ili zato što nije uopšte kritična prema teoriji i praksi psihijatrije, velika većina psihijatara, nije svesna nedostataka načina na koji obavlja posao. Ovakvo mišljenje neće se sigurno dopasti psihijatrima! Kecmanovićeva kritika je dobronamerna i bez malicioznosti. Svuda u psihijatriji sveta, pa i u nas, po sopstvenom saznanju

postoji težnja da se ono što je za pohvalu, a to su savremeni modeli, prikazuje. O azilima i duševno bolesnim beskućnicima, koji takođe postoje, rado se ne govori.

Knjiga sadrži šest tekstova.

1. U tekstu “Ka određenju duševnog poremećaja” autor je analizirao teškoće da se odredi duševni poremećaj i nedostatak dosadašnjih pokušaja da se on definiše. Još je jedna ozbiljna i opasna zabluda psihijataru da je, navodno, onima koji svakodnevno rade sa duševno poremećenima dobro znano kako da razlikuju duševno poremećene od neporemećenih ljudi.

2. Brojne razlike između somatskih obolenja i duševnih poremećaja predmet su teksta “Somatske bolesti i duševni poremećaji: treba li ih razlikovati?” Primera radi, ako se porekne razliku između somatskog obolenja i duševnog poremećaja, teško je objasniti različit odnos ljudi prema psihijatrima i ostalim lekarima.

3. Autor smatra da su neosnovani pokušaji da se izjednače ova dva reda patoloških pojava. On misli da autori četvrte revizije „Američke klasifikacije duševnih poremećaja“, danas u svetu, najuglednijeg dijagnostičko - klasifikacijskog sistema, greše kad tvrde da bi pojam „duševni poremećaj“ trebalo zameniti nekim drugim pojmom koji bi ukazivao na sličnost sa somatskim bolestima.

4. U tekstu „Konceptualno višeznačje kao usud psihijatrije“ opisao je karakteristike pojedinih psihijatrijskih modela i praktične posledice podjednake legitimnosti svakog od njih. Autor ne veruje da će psihijatri moći sami da reše ovo višeznačje, ali misli da mogu mnogo da pomognu u njegovom rešavanju.

5. “Politika i psihijatrija”, bavi se odnosom politike i psihijatrije. Političarima treba stručni autoritet psihijataru da bi preko psihijataru izražavali svoju moć i ostvarivali određenu korist za sebe i re-

žim. Psihijatri bi trebalo da se zapitaju zašto su više nego stručnjaci bilo koje druge medicinske discipline spremni da pozitivno odgovore na zov pojedinih političkih moćnika.

6. U tekstu “Otkud različit odnos ljudi prema psihijatrima i ostalim lekarima?”. Kecmanović iznosi da su izvori straha i zaziranja ljudi od psihijataru u direktnom odnosu sa dimenzijom razlike između somatskih bolesti i duševnih poremećaja.

7. Konačno tekst “Trebali nam postpsihijatrija?” bavi se ključnim pitanjem: Kakva nam psihijatrija treba? Ona i onakva psihijatrija za koju se zalažu antipsihijatri, radikalni psihijatri i postpsihijatri ili današnja “mejnstrim” psihijatrija ili neka treća psihijatrija (“treći put”). Mišljenja sam da psihijatrija treba da sledi jedan oprezni put uspona, a da su veliki, revolucionarni zahvati donosili psihijatriji više štete nego koristi.

Jedan bauk, smatra Kecmanović, kruži psihijatrijom. Bauk opasnosti da farmaceutska industrija još više uzme psihijatriju pod svoje. Interes profita je vrhunski interes ove industrije. Psihijatrija, kao i svaka druga medicinska disciplina, nestaće ako joj profit postane vodeći princip.

Konačno, psihijatri bi morali da znaju da je kultura psihijatrije, uvek je imala isto značenje, koje proizilazi iz činjenice da su duševno poremećeni ljudi za društvo prestupnici i to prestupnici posebne vrste.

Šest navedenih tekstova objedinjuje kritički pogled na psihijatriju. Kecmanović čitaocu prepušta da oceni da li je taj pogled suviše kritičan ili nedovoljno kritičan za nekoga ko je u psihijatriji već četrdeset godina. Ovo je provokativna knjiga, nema sumnje, koja nagoni na razmišljanje, a to joj je i bio cilj.

Milan Bešlin i Branka Bešlin

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 rukopisi 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 jednos-trano 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Za nazive lekova koristiti prevashodno generička imena.

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

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

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..