# УНИВЕРЗИТЕТ БИЈЕЉИНА
## ФАКУЛТЕТ ЗА ПСИХОЛОГИЈУ
## ФАКУЛТЕТ ЗДРАВСТВЕНИХ СТУДИЈА

# МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ
## ПСИХИЈАТРИЈСКИ, ПСИХОТЕРАПЕУТСКИ И ПСИХОЛОШКИ АСПЕКТИ

## ЗБОРНИК РАДОВА
**Научни скуп са међународним учешћем**

**Бијељина, 2019**

**УНИВЕРЗИТЕТ „БИЈЕЉИНА“ БИЈЕЉИНА**
Бијељина, Павловића пут бб – Дворови, тел/факс: 055/350-150; 351-101
ЖР: 1610250028490014; Raiffeisen Bank; Мат.бр.11066283;
ЈИБ: 4403180380002;
Шифра д. 85.42; www.ubn.rs.ba; info@ubn.rs.ba

# МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ
## ПСИХИЈАТРИЈСКИ, ПСИХОТЕРАПЕУТСКИ И ПСИХОЛОШКИ АСПЕКТИ

**ЗБОРНИК РАДОВА**
**Научни скуп са међународним учешћем**

**Бијељина, 2019.**

*Издавач:*
**Универзитет „Бијељина“Бијељина**

*Главни и одговорни уредник:*
**Доц.др Боро Крстић**

*Уредници:*

**Проф.др Мирослав Комленић,** Универзитет „Бијељина“, Факултет за психологију, Република Српска, БиХ
**Доц.др Роса Шапић,** Универзитет „Бијељина“, Факултет здравствених студија, Република Српска, БиХ

*Текст лекторисала:*
**Јована Вујић**, Универзитет **„**Бијељина**“**

*Техничко уредништво:*
**Јелена Јовановић, Мирослав Недељковић и Владимир Вучинић**

*Припрема и штампа:*
**ДНН д.о.о. Бања Лука**

*Број примјерака:*
**300**

**ISSN**
**978-99976-751-1-8**

## *О Р Г А Н И З А Т О Р*

**Универзитет „Бијељина“ Бијељина, Република Српска, БиХ**
Факултет за психологију
Факултет здравствених студија

## *О Р Г А Н И З А Ц И О Н И  О Д Б О Р*

1. *Доц. др Жилијета Кривокапић, предсједник* - Факултет за психологију, Универзитет „Бијељина“
2. *Доц. др Боро Крстић* – директор Универзитета „Бијељина”
3. *Доц.др Дражен Јовановић* – декан Факултета здравствених студија, Универзитет „Бијељина”
4. *Доц. Др Живка Малић* – Универзитет Бијељина, Фармацеутски факултет,
5. *Доц.др Сања Ђурђевић* – Универзитет Бијељина, Факултет за психологију,
6. *Дип.псих. Јелена Јовановић* – Универзитет Бијељина, руководилац Психолошког савјетовалишта,
7. *Мирослав Недељковић,* – асистент, Универзитет Бијељина,
8. *Александра Крсмановић* – асистент, Универзитет Бијељина,
9. *Бранкица Милованović* – асистент, Универзитет Бијељина,
10. *Владимирка Илић* – асистент, Универзитет Бијељина,
11. *Бранкица Ђокић* – асистент, Универзитет Бијељина.

## *Н А У Ч Н И  О Д Б О Р*

1. *Проф.др Тамара Џамоња-Игњатовић*, Факултет политичких наука, Универзитет у Београду, Република Србија
2. *Проф.др Драган М. Швракић,* Washington University School of Medicine in St Louis, Department of Psychiatry, САД
3. *Проф.др Ђурађ Стакић*, PennState Brandywine University, САД
4. *Проф.др Сања Ловрић Радетић,* Филозофски факултет, Универзитет у Бањој Луци, Република Српска, БиХ
5. *Проф.др Јасна Вељковић,* Факултет политичких наука, Универзитет у Београду, Република Србија
6. *Проф.др Гордана Дедић,* неуропсихијатар, психоаналитички психотерапеут, начелник одељења психијатрије на Војно-медицинској академији у Београду, Република Србија
7. *Проф.др Нада Васелић,* Филозофски факултет, катедра за психологију, Универзитет у Бањој Луци, Република Српска, БиХ
8. *Проф.др Ненад Угрешић,* Фармацеутски факултет, Univerzitet u Beogradu, Republika Srbija
9. *Проф.др Слађана Анђелковић,* Географски факултет, Универзитет у Београду, Република Србија

10. *Проф.др Весна Иветић,* Медицински факултет, Универзитет у Новом Саду, Република Србија
11. *Проф.др Мирослав Комленић,* Факултет за психологију, Универзитет „Бијељина”, Република Српска, БиХ
12. *Проф.др Синиша Максимовић,* Факултет здравствених студија, Универзитет „Бијељина”, Република Српска, БиХ
13. *Проф.др Златко Максимовић,* Факултет здравствених студија, Универзитет „Бијељина”, Република Српска, БиХ
14. *Проф.др Душан Ранђеловић*, Филозофски факултет, Универзитет Косовска Митровица, Република Србија,
15. *Проф.др Томислав Гајић,* Универзитет Сингидунум, Факултет здравствених, правних и пословних студија Ваљево, Република Србија,
16. *Доц.др Жилијета Кривокапић*, Факултет за психологију, Универзитет „Бијељина”, Република Српска, БиХ
17. *Доц.др Роса Шапић,* Факултет здравствених студија, Универзитет „Бијељина”, Република Српска, БиХ
18. *Доц.др Јелена Минић*, Филозофски факултет, Универзитет Косовска Митровица, Република Србија
19. *Доц.др Владимир Ђорђевић,* Клиника за заштиту менталног здравља, Клинички центар Ниш, Република Србија
20. *Др Зоран Миливојевић,* предсједник Друштва психотерапеута Србије, Република Србија

## *ПРЕДАВАЧИ ПО ПОЗИВУ*

---

1. *Проф.др Гордана Дедић,* неуропсихијатар, начелник одјељења психијатрије, Војно-медицинска академија Београд, Република Србија
2. *Проф.др Нада Васелић,* Филозофски факултет, катедра за психологију, Универзитет у Бањој Луци, Република Српска, БиХ
3. *Доц.др Невена Чаловска-Херцог,* неуропсихијатар, предсједник Удружења системских психотерапеута Београд, департман за психологију Универзитета Сингидунум, Београд, Република Србија
4. *Проф.др Јасна Вељковић,* психодрамски психотерапеут, Факултет политичких наука, Одељење за социјални рад, Универзитет у Београду, Република Србија
5. *Проф.др Ненад Угрешић,* Фармацеутски факултет, Универзитет у Београду, Република Србија

## *ПОЧАСНИ ОДБОР*

---

1. *Проф.др Милена Јеликић Станков,* ректор Универзитета „Бијељина”
2. *Доц.др Љиљана Томић,* оснивач Уиверзитета „Бијељина”
3. *Дипл.правник Љубица Млађеновић,* шеф одсјека у Одјељењу за друштвене дјелатности Градска управа Бијељина,
4. *Дипл.ецц Шевко Келецција*, директор Херцеговиналијек д.о.о. Мостар

## Садржај


1. *Ива Бранковић, Снежана Филиповић:* **„СУПЕРВИЗИЈА КАО ПОДРШКА ОЧУВАЊУ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА ПОМАГАЧА” ..... 1**
2. *Снежана Филиповић, Слађана Милошевић:* **„ПОРОДИЧНА АФЕКТИВНА ВЕЗАНОСТ ЗАВИСНИКА” ..... 17**
3. *Живка Мићановић-Цвејић:* **„ПРИРОДА АФЕКТИВНЕ ВЕЗАНОСТИ У СТАЊИМА АНКСИОЗНОСТИ И ДЕПРЕСИЈЕ” ..... 40**
4. *Nebojša Milićević, Ana Jovančević*: **„RELATION BETWEEN THEORY OF DYNAMIC COMPETENCES AND THE AMOUNT OF INFORMATION IN ESTIMATION OF ARTISTIC PAINTINGS” ..... 62**
5. *Tanja Panić, Jelena Opsenica Kostić*: **„OCCURRENCE OF ANXIETY IN THE MIDDLE ADULTHOOD” ..... 74**
6. *Марина Новаковић*: **„ИСПИТИВАЊЕ НЕУРОКОГНИТИВНОГ ПРОФИЛА ОСОБА СА ШИЗОФРЕНИЈОМ” ..... 93**
7. *Елма Хаџић, Бехзад Хаџић*: **„ЦРТЕЖ КАО НАЧИН „РЕИНКАРНАЦИЈЕ” КОД ОСОБА СА МЕНТАЛНИМ ПОРЕМЕЋАЈИМА” ..... 111**
8. *Емина Борјанић Болић*: **„ВИКАРИЈСКА ТРАУМА И СОЦИЈАЛНА ЗАШТИТА ДЕЦЕ И МЛАДИХ У СРБИЈИ” ..... 124**
9. *Нермин Мулаосмановић, Недим Прелић*: **„ПРЕПОЗНАВАЊЕ СНАГА И ТЕШКОЋА У КОНТЕКСТУ ОЧУВАЊА МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА МЛАДИХ” ..... 142**
10. *Нера Кравић Прелић, Недим Прелић, Нермин Мулаосмановић*: **„ИЗОСТАНАК СОЦИЈАЛНЕ ПОДРШКЕ КАО ФАКТОР РАЗВОЈА ДЕПРЕСИВНОСТИ КОД АДОЛЕСЦЕНАТА” ..... 161**
11. *Весна Дуканац, Тамара Џамоња Игњатовић, Сања Ђурђевић*: **„ПРИМЕНА СПОРТСКОГ ПЛЕСА У**

**ПСИХОТЕРАПИЈСКЕ СВРХЕ: ПРВА КЛИНИЧКА ИСКУСТВА У ЈАВНОМ ЗДРАВСТВУ” ..... 179**

**12.** *Aleksandra Krsmanović, Zdenko Tomić, Milica Paut Kusturica, Ana Tomas, Ljiljana Tomić, Olga Horvat, Ana Sabo*: **„UTILIZATION AND AVAILABILITY OF ANTIDEPRESSANTS IN SERBIA, REPUBLIC OF SRPSKA AND SLOVAKIA” ..... 193**

**13.** *Хелена Росандић, Јасна Вељковић, Милена Николић*: **„ИСПИТИВАЊЕ ЛИЧНОСТИ ПРИМЈЕНОМ ММПИ 202 ПИТАЊЕ ЗА БУДУЋА РАЗМИШЉАЊА ПСИХОДИЈАГНОСТИЧАРА” ..... 204**

**14.** *Мирослав Комленић, Младен Цимеша, Станислава Саватић, Слађана Текић*: **„ НОВИНА И РАЗНОВРСНОСТ ДРАЖИ КАО СУШТИНА УЖИВАЊА И ЛЕПОТЕ” ..... 224**

**15.** *Свјетлана Гавриловић, Николина Савић*: **„УТИЦАЈ ЦРТАНИХ ФИЛМОВА НА МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ ДЈЕЦЕ” ..... 243**

**16.** *Ивана Лепосавић*: **„ НЕУРОПСИХОЛОШКА РЕХАБИЛИТАЦИЈА” ..... 259**

**17.** *Јасна Вељковић, Маја Стојимировић*: **„ ПРИМЕНА ПСИХОДРАМЕ У РАДУ СА КРИЗНИМ СТАЊИМА У АДОЛЕСЦЕНЦИЈИ” ..... 276**

UDC 613.8:616.89

# СУПЕРВИЗИЈА КАО ПОДРШКА ОЧУВАЊУ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА ПОМАГАЧА

*Ива Бранковић[1]; Снежана Филиповић[2]*

## Апстракт

*У стручној и општој јавности постоји сагласност око високог нивоа стреса коме су свакодневно изложени припадници помагачких професија у системима као што су здравство, социјална заштита и сл. Стрес у овим професијама произлази из свако дневног контакта са људима у веома тешким животним ситуацијама и ограничених ресурса за пружање подршке у оквиру система у којима раде. Изложеност хроничном стресу представља ризик за развој професионалног изгарања, које поред негативног утицаја на однос према послу, негативно утиче и на ментално и физичко здравље професионалаца. Истраживања показују да на развој професионалног изгарања у великој мери утиче организациони контекст, а да се постојање професионалне подршке може сматрати значајним протективним фактором. Циљ овог рада је да укаже на ризике које хронични стрес и професионално изгарање могу имати моментално здравље помагача, као и да понуди аргументе у прилог супервизије као начина за обезбеђивање подршке професионалцима у циљу превенције професионалног изгарања и очувања менталног здравља.*

Кључне речи: *ментално здравље професионалаца, помагачке професије, професионално изгарање, супервизија*

---

[1] Ива Бранковић, МА социјалног рада, асистент, Факултет за медије и комуникације, Универзитет Сингидунум, Карађорђева 65, Београд, +38163426702,iva.brankovic@fmk.edu.rs

[2] Снежана Филиповић, доц. др, сци, социјални радник Институт за ментално здравље, Палмотићева 37, Београд; +38111 33 07 508, snnezzanna@yahoo.com

# Увод

Хронични стрес у помагачким професијама као што су лекари, психијатри, социјални радници и сл. произлази из неколико узрока. Као први намећу се карактеристике посла, која ове професионалце доводи у контакт са људима, који се налазе у веома тешким животним ситуацијама, па стручњаци доживљавају учестало преплављивање негативним садржајима, док у делокругу својих ингеренција располажу ограниченим средствима за пружање подршке. Поред тога услови у за рад су углавном незадовољавајући, без адекватне материјалне сатисфакције или могућности напредовања. Слика која постоји у друштву о помажућим професијама, такође, није стимулативна, јер се о њима у медијима углавном може чути онда када су начињене одређене грешке или пропусти.

Изложеност хроничном стресу представља ризик за развијање синдрома професионалног изгарања, који подразумева емоционалну исцрпљеност, недостатак мотивације и емпатије у раду и генерално негативан став према послу, а затим и осталим областима живота. Професионално изгарање има негативне ефекте на психичко и физичко здравље професионалаца и може утицати на радну ефикасност, а самим тим и квалитет услуга које се пружају крајњим корисницима.

Професионално изгарање је тема која јесте истраживана, али углавном из перспективе личних карактеристика које му доприносе, док су потенцијални механизми којима професионалци располажу како би се са овом појавом суочили прилично запостављени. Стога је циљ овог рада да укаже на основне теоријске концепте од значаја за разумевање професионалног изгарања и да на основу доступних података из истраживања истакне потенцијал спервизије као механизма за пружање подршке професионалцима у помагачким професијама у заштити и очувању менталног здравља.

## Стрес, професионално изгарање и ментално здравље

Стрес је саставни део животне и радне свакодневнице људи. У професионалном контексту стрес може производити много фактора: кратки рокови, превелики захтеви посла, неадекватан третман од стране надређених или лоши односи са колегама, непосредан рад са људима који се суочавају са тешким животним проблемима и сл. Стрес може бити ситуацион или хроничан, а људи у односу на њега развијају мање или више ефикасне начине одбране – стратегије превладавања. Ефективност стратегија превладавања, односно успешност адаптације на новонасталу ситуацију је један од кључних фактора од којих зависи да ли ће утицај стреса оставити негативне последице на функционисање индивидуе или не (Влајковић, 2005).

Професионално изгарање (*burnout*) подразумева стање у које се доспева због изложености хроничном стресу на послу, а услед недостатка адекватних стратегија преважилажења и механизама подршке. Настаје деловањем интерперсоналних стресора на послу и манифестује кроз три удружене компоненте: осећање емоционалне исцрпљености, развој негативних и циничних ставова према корисницима (деперсонализације[3]) и смањено осећање личне успешности, која подразумева негативан однос према послу и незадовољство сопственим постигнућем (Maslach, Jackson & Leiter, 1996).Ове се компоненте могу посматрати и као фазе у настанку професионалног изгарања при чему је емоционална исцрпљеност први стадијум, која када узме маха прелази у избегавање контаката са корисницима и колегама, тј деперсонализацију. Осећај личне успешности или неуспешности је димензија професионалног изгарања, за коју Leiter (1993) сматра да се јавља паралелно са претходне две (према Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

[3] Важно је нагласити да термин деперсонализација, како га Maslach и сарадници (1996) користе не треба изједначавати са појмом деперсонализације у смислу психијатријског поремећаја дефинисаног DSMIV категоризацијом[3] (American Psychiatric Association, 1994).

Ђурчић и Ђурчић (2009) наводе три фазе професионалног изгарања, при чему се у првој фази јављају физички односно органски знаци упозорења као што су срчане аритмије, хипертензија и гастроинтестинални проблеми док се од сметњи у менталном функционисању јављају проблеми са пажњом, несаница и анксиозност. Другу фазу карактеришу бихејвиоралне промене као што су кашњење на посао, продуживање пауза, одлагање послова и негативнан однос према послу, које се могу манифестовати и у приватном животу кроз губитак сексуалне жење, социјалу изолацију и претерану употребу психоактивних супстанци. Трећа фаза подразумева хронични поремећај расположења, односно, стање професионалног изгарања које може довести до тешке депресије.

На крају је важно нагласити да Maslach et al. (2001) упозоравају да однос професионалног изгарања и менталног здравља треба узети са опрезом у смислу закључивања да ли професионално изгарање изазива нарушено ментално здравље или тешкоће у менталном функционисању представљају плодно тле на развој овог синдрома, јер међу ауторима постоје различита мишљења.С друге стране, оно што је извесно је да професионално изгарање утиче негативно на квалитет посла и на односе у организацији, јер су особе у оваквом стању склоне конфликтним односима и имају тенденцију да "заразе" остале, при чему се ефекти оваквог стања често "преливају" и негативно утичу на лични и на продични живот (Burke i Greenglas 2001, према Maslach et al., 2001).

## Значај екстерних фактора унастанку и превенцији професионалног изгарања

У првим фазама проучавања као кључни фактор настанка професионалног изгарања одређен је *интерперсонални контекст помагачких професија*, који подразумева да се највећи део радног времена и века проводи у непосредном контакту са клијентима са проблемима уз захтев за емоционалним ангажманом, који

последично води емоционалној исцрпљености. Када професионалац не располаже адекватним механизмима превладавања или подршке за превазилажење негативних емоција на послу, његов или њен механизам да се заштити постаје дистанцирање и води уласку у фазу деперсонализације, која подразумева тенденцију да се клијенти дехуманизују, како би се њихови проблеми умањили и тиме олакшало професионалцу да се са њима носи. Каснија истраживања указују на неопходност проширивања контекста интерперсоналности у смислу уважавања значаја односа са колегама и односа ван посла, док савремена разматрања узимају у обзир и друге факторе као што су обим посла, организациона култура и доступност система подршке (Maslach et al., 2001).Фокус се, дакле, помера са односа професионалац-клијент, на шири оквир који подразумева *однос професионалац-посао*, који чини много фактора од којих је рад са клијентом само један.

*Карактеристике професионалаца* који се баве помажућим професијама могу бити значајан предуслов за развој професионалног изгарања као што су идеалистичка очекивања као што је "жеља за спасавањем света", која нису увек у складу са реалношћу у којој су могућности за пружањем ефективне подршке сваком кориснику ограничене (Петровић, 2000). Ипак, личне, као и демографске карактеристике (узраст, пол и брачни статус), имају ограничену улогу у одговору на професионални стрес и појаву професионалног изгарања и иако нису без утицаја не могу се сматрати узрочним факторима или изворима стреса (Gutek et al., 1988; Jazarante et al., 1983, према Lonne, 2003; Maslach et al., 2001).

У односу на *специфичност професије*, бројна истраживања указују на то да су стресу на послу изложенији професионалци свих помагачких професија, а посебно социјални радници (Acker, 1999; Egan, 1993; Gilbar, 1998; Sze i Ivker, 1986; Um i Harrison, 1998, према Lloyd, King & Chenoweth, 2002). Почетак изучавања професионалног изгарања се везује за помагачке професије због специфичог емотивног ангажмана, или емоционалног рада (*"emotional labour"*

Hargreaves, 2000, према Philipp и Schubach, 2010), који је нераскидиви део процеса рада са људима.

Малобројна доступна истраживања професионалног изгарања у Србији и окружењу указују на тачност тврдње да су припадници помагачких професија у озбиљном ризику од професионалног изгарања. Наиме, иако нису фокусирана само на социјалне раднике истраживања професионалног изгарања у центрима за социјални рад у Србији и Хрватској показују да у области социјалног рада постоји итекако велики ризик за ментално здравље стручник радника (Фришчић, 2006; Бранковић, 2015). Слични подаци добијени су и у области здравствене заштите у региону и то код медицинских сестара (Ивковић, 2015) лекара опште медицине и психијатара (Вићентић, Јовановић, Дуњић, Павловић, Ненадовић и Ненадовић, 2010; Ћурчић и Ћурчић, 2009; Станетић и Тешановић, 2013).

*Екстерни фактори* настанка професионалног изгарања су карактеристике посла (број радних сати, број корисника, врста проблема са којима корисници долазе, очекивања од надређених, ресурси на располагању, јасно дефинисане улоге и одговорности и сл) и карактеристике организације (јасне линије комункације, усклађеност вредности и праксе, давање позитивне повратне информације запосленима и сл). Екстерни фактори су веома важни јер иако су непосредан рад са људима и обим посла извор стреса, они неће сами по себи довести до професионалног изгарања уколико нису удружени са неадекватном организационом структуром и климом (Maslach et al., 2001). У прилог значају екстерних фактора говоре и подаци истраживања обављеног у Хрватској на узорку који су чинили представници више помагачких професија из различитих организација и који указују на то да је професионално изгарање веће код запослених у владиним организацијама, док се врста професионалне улоге није показала значајно повезаном са нивоом професионалног изгарања на послу (Љуботина и Дружић, 1996).

Организациони контекст према различитим истраживањима може производити следеће стресоре: недостатак средстава, неадекватни рокови и недостатак повратне информације о учинку; неправедна

селекција запослених, лоши односи између руководства и запослених и сл. Недостатак аутономије у раду и контроле над процесом и исходима посла су такође значајни извори стреса, као и недоступност ресурса и подршке (Lonne, 2003). Maslach et al.(2001) наводе да је велики број истраживања показао да постоји значајна повезаност између професионалног изгарања и социјалне подршке, при чему је недостатак супервизијске подршке значајнији извор стреса од неодстатка подршке колега.

Као што може бити извор стреса бројни аутори се слажу да је адекватна организација посла један од кључних протективних фактора у превенцији професионалног изгарања (Davis-Sachs et al., 1985; Dollard et al., 2001; Poulin, 1994, 1995; Thompson et al., 1996; Winefield et al., 2000, према Lonne 2001) иподразумева широк спектар различитих активности фокусираних на стварање система, који је транспарентан, флексибилан и одговара на потребе запослених. Адекватна организација укључује: бригу о оптерећености послом, јасне улоге и одговорности, адекватан систем награђивања, добре односе међу запосленима и доступност социјалне подршке, а посебно супервизије.

Социјална подршка и супервизија су посебно значајни ресурси помагачима јер резултати истраживања показују да, иако велико професионално оптерећење, односно, број и тежина случајева на којима се ради, има утицај на развој професионалног изгарања, оно ће се развити само у случајевима када је изостала и адекватна социјална подршка (Koeske & Koeske, 1989.,према Lloyd et al., 2002). Поред тога, истраживање које се бавило улогом социјалне подршке у смањењу професионалног изгарања у организацијама које се баве помагачким радом, показало је да професионалци који имају социјалну подршку пружају боље услуге корисницима и имају мање симптома професионалног изгарања. Конкретно, утврђено је да подршка од стране колега утиче позитивно на комуникациону респонзивност професионалаца, док супервизијска подршка умањује негативне ставове према корисницима, односно, деперсонализацију (Coady et al., 1990, према Lloyd et al., 2002; Snyder, 2009.).

## Социјална подршка као вид превенције у области професионалног изгарања

Социјална подршка је предмет бројних истраживања у области здравља и превладавања стреса и постоје различите теоријске перспективе за њено изучавање. Који ће се аспект социјалне подршке поставити као најзначајнији зависи од аутора, али заједничко свим одређењима је да социјална подршка обухвата *доживљај* примљене подршке, *примљену помоћ* и *постојање социјалне мреже* са одређеним карактеристикама као што су величина, ниво интегрисаности, ниво блискости и сл. (Barera 1986; Cohen & Wills, 1985; Dunkel Schetter & Bennett, 1990; Heller & Lakey, 1985; Lakey & Drew 1997; Sarason, Sarason & Pierce, 1990,према Lakey & Cohen, 2000). У професионалном контексту социјална подршка може бити инструментална, када подразумева практичну помоћ или савет за решавање проблема и емоционална, када укључује разговор, емпатију и разумевање (Fenlason & Beehr, 1994; Swanson & Power, 2001, према Jimmieson, McKimmie, Hannam& Gallagher, 2010).

Дакле, социјална подршка проистиче из интеракције са другим људима и подразумева различите утицаје и потенцијалне бенефите од којих је примљена помоћ само један од аспеката. С обзиром да подразумева систем или групу она пружа могућности за идентификацију са групом или системом, добијање повратне информације о позитивном учинку, па самим тим и побољшање слике о себи и може утицати на умањење стреса, кроз умањење негативних аспеката стреса, промену перцепције стресора и јачање стратегија превладавања (Lakey & Cohen, 2000).

Ипак, иако делује као да је веза између постојања социјалне подршке и мањег професионалног стреса и изгарања очигледна, истраживања у овој области дала су различите резултате. Um & Harrison (1998) утврдили су да је социјална подршка значајан фактор за умањивање професионалног изгарања и незадовољства послом; Himle et al. (1989) су уочили да је емоционална подршка од стране супервизора

и колега повезана са нижим нивом професионалног изгарања, стреса на послу и проблема у менталном здрављу, док је Fahs Beck (1987) утврдио да је недостатак подршке, а посебно подршке од стране руководства значајан факор у вези са развојем професионалног изгарања (према Lloyd et al., 2002). Ипак, постоје и другачији подаци, који упућују на то даинтеракција између људи може да буде и извор стреса и средство за његово умањење (Jeleč и Kaker, 2008). Зато је корисно размотрити и негативне ефекте, које социјална подршка потенционално може да има, као што је: 1) подстицање на размишљање о стресним догађајима чиме се им се даје већи значај него што би иначе имали 2) помагање у послу на начин који чини да се особа осећа некомпетентно и 3) помагање људима који помоћ нису тражили и не желе је. Као негативни ефекти прве две врсте интервенција наводе се продужено дејство стресора и након завршетка њиховог утицаја, услед истицања њиховог значаја у интервенцији подршке и незадовољство због осећања неадекватности, док је за нежељену подршку карактеристично то да једноставно нема никакав позитивни ефекат (Beehr, Bowling и Bennet, 2010). Дакле, социјална подршка може да буде значајан фактор за умањивање професионалног стреса, али само ако је *адекватна, жељена и препозната као корисна*.

## Супервизијска подршка у помагачким професијама

Аутори који теже да понуде удређење супервизије подесно за уклапање у широк контекст помагачких професија о супервизији говоре као о "процесу у коме циклус експерименталног учења постаје путовање у коме рефлексија на рад у прошлости води учењу за које се интегрише у рад у будућности" (Carroll, 2014: стр.16). Сложеност и свеобухватност супервизије која у фокусу, поред непосредног процеса учења и бриге о професионалцу има и фокус најбоље могуће праксе и квалитет услуге за клијента огледа се у одређењу супервизије као "заједничког напора у коме практичар, уз помоћ супервизора, брине о својим клијентима, себи, као делу

клијент-професионалац односа и ширем системском контексту у коме се брига одвија, чиме унапређује квалитет сопственог рада, трансформише однос са клијентом и развија себе, своју праксу и професију у целини" (Hawkins & Shoet, 2012: стр. 60). Супервизија је од стране европских организација за развој супервизије дефинисана као професија саветовања усмерена на интеракције појединаца, професионалних задатака и организација. Циљ супервизије је обезбеђивање времена и простора за промишљање о професионалном функционисању у сложеним ситуацијама, развој појединаца, тимова и организација и развој калитетне комуникације међу запосленима у зависности од професионалног контекста. Ово одређење супервизије упућује на разлике у фокусу и методологији у зависности од врсте контекста у коме се супервизија примењује као што је супервизија рада са клијентом, едукативна супервизија полазника едукативног курса, супервизија као средство за унапређење професионалног фунцкионисања и организацијска супервизија. (Ajduković, Cajvert, Judy, Knopf, Madai & Voogd, 2018).

У помагачким професијама супервизија може бити значајна као вид стручне помоћи у непосредном раду, превазилажењу тешкоћа у раду са корисницима и при суочавању са другим тешкоћама које професионалци могу имати, као што су организациони, интерперсонални и лични изазови свакодневне праксе (Burgund, 2010).Такође, међу ауторима у области помагачких професија јасно изражена сагласност око значаја супервизије као вида социјалне подршке који помаже код професионалног стреса. Први разлог лежи у томе што супервизија пружа непосредну помоћ у раду и омогућава развој вештина (Collings & Murray, 1996; Mizrahi & Abramson, 1985; Rushton, 1987 према Lloyd et al., 2001), с обзиром на то да да недостатак компетенција врло лако код професионалаца може изазвати страх и панику, док довољно знања омогућава сагледавање проблема на реалнији начин што само по себи смањује стрес (Zdovic, 1989. према Jeleč Kaker, 2008).

Поред тога што представља извор подршке, супервизија је важна и као начин контроле, која омогућава стручњацима боље ношење са

проблемима и усклађивање сопствени интереса са интересима организације и обезбеђује им мотивишућу повратну информацију. (Maslach & Leiter, 2002, према Jeleč Kakar, 2008). Квалитет супервизије је, дакле, значајан како у погледу подршке која се њоме обезбеђује, тако и у погледу механизма контроле захтева који се пред стручне раднике стављају (Jones et al., 1991, према Lonne, 2003).

Иако су значај и неопходност супервизије у помагачким професијама неоспорни искуства у примени супервизије у региону варирају од земље до земље. Хрватска, Словенија и Босна и Херцеговина започеле су са применом супервизије деведесетих година прошлог века кроз примену процесних модела супервизије, који су примењиви у различитим професионалним контекстимаи укључују и помагачке професије (Ајдуковић и Цајверт, 2004; Бранковић, 2010). У Србији се, с друге стране, супервизија системски примењује само у социјалној заштити, и то од 2008. године када је формално уведена у центре за социјални рад као део реформе система социјалне заштите (Бранковић, 2015).С обзиром на то да представља интегративни део психотерапијских едукација, супервизија се одвија иу том контексту, али с обзиром на индивидуалну *freelance* природу психотерапијске праксе, о томе не постоје емпиријски подаци, као што не постоје ни подаци о супервизији коју евентуално користе запослени у здравству.

Питање ефективности супервизије, која у свету заузима све више и више пажње истраживача у области социјалног рада, психологије и психотерапије (Hawkins i Shoet, 2012), недовољно је заступљено у истраживачкој пракси у региону тако да недостају подаци о томе на који начин и са којим ефектима се она спроводи, као и да ли се и каква супервизија може сматрати протективним фактором у области професионалног изгарања. Ово је посебно важно питање с обзиром на то да само постојање супервизије не мора да подразумева успешност у умањивању професионалног изгарања. Поред позитивних ефеката супервизије, иистраживања показују и да незадовољство супервизијом може да изазове или да повећа ниво професионалног стреса (Collings & Murray, 1996; Samantrai, 1992,

према Lonne, 2003). Овај податак упућује на неопходност промоције не било какве, већ ефективне супервизије, након детаљног промишљања о усклађености модела супервизије, потреба професионалаца и специфичности организацоног контекста у коме се помагачка делатност одвија.

## Закључак

Професионално изгарање је психичко стање, које настаје након хроничне изложености стресу на послу и њему су посебно склони припадници помагачких професија. Доступна истраживања из региона указују да је професионално изгарање веома присутно међу помагачким професијама а посебно међу професионалцима у социјалној заштити и здравству. На почетку истраживања професионалног изгарања најчешће се говорило о личним карактеристикама и емоционално исцрпљујућем интерперсоналном односу између помагача и клијената као доминантним факторима у његовом настанку. Новија истраживања наглашавају да личне карактеристике нису доминантан фактор и померају фокус на захтеве послаи организациони контекст. Поред тога, као значајан предуслов за настанак професионалног изгарања истичу недостатак ресурса у области социјалне подршке. Под социјалном подршком подразумева се емоционална и инструментална, стварна и перципирана помоћ која особи стоји на располагању у професионалном контексту и која може бити обезбеђена од стране колега, руководства или супервизора. Супервизија је препозната као значајан вид социјалне подршке у помагачким професијама с обзиром на то да она има за циљ развој професионалаца, како у области компетенција за непосредан рад са корисницима, тако и у области личног, односно, психолошког функционисања у радном контексту. Постоје различите врсте супервизије у зависности од циљева и сврхе којој је намењена, било да је то на раду са клијентом или на организационе факторе у организацији. Неопходно је да избор врсте супервизије, односно њен фокусбуде усклађен са

потребама професионалаца како би супервизија имала адекватне ефекте. Само на тај начин супервизија може бити ефикасан извор подршке помагачима у превенцији и превладавању професионалног изгарања и очувању менталног здравља.

## Литература


1. Ajduković, M., Cajvert, Lj., Judy, M., Knopf, Њ., Madai, K., Voogd, M. (2018) EVC Vision. Evropski pojmovnik supervizije i coachinga. U: Ајдуковић, М. (Ур.) *Supervizijai coaching u Evropi: Koncepti i kompetencije.* Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
2. Ајдуковић, М., Цајверт, Љ. (2004) *Супервизија у психосоцијалном раду.* Загреб: Друштво за психолошку помоћ
3. Beehr, T.A., Bowling, N.A., Bennett, M.M. (2010) Occupational Stress and Failures of Social Support:When Helping Hurts. *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol. 15, No. 1, 45–59
4. Бранковић, Д. (2010) Супервизија у Босни и Херцеговини. *Социјална мисао.* Бр. 2/2010, 98-109
5. Бранковић, И. (2015) Карактеристике супервизије у центру за социјални рад – улога супервизије у превенцији професионалног изгарања водитеља случаја, *Социјална политика*, Бр.1/2015, 45-67.
6. Burgund, A. (2010) Sindrom izgaranja u pomagačkim profesijama. *Socijalnamisao* Br 2./2010, 111-120
7. Carroll, M. (2014). *Effective Supervision for Helping Professions*. London: Sage Publications Ltd.
8. Ћурчић, Ђ., Ћурчић, М. (2009) Синдром изгарања код запослених у специјалној болници за психијатријске болести "Др Лаза Лазаревић". *Енграми*, Вол. 31 Бр. 3-4, 19-28

9. Friščić, Lj. (2006). Čimbenici profesionalnog stresa i sagorijevanja u radu socijalnih radnika u centru za socijalnu skrb. *Ljetopis Studijskog centra socijalnog rada,*Vol. 13,Br. 2, 345-370

10. Hawkins, P., Shoet, R. (2012). *Supervision in the Helping Proffesions*. London:McGrawHill, Open University Press.

11. Ивковић, J. (2015). Синдром изгарања и утицај на наш живот. Сестринска реч. Вол.19 бр 72, 16-17.

12. Jimmieson, N. L., B. M., McKimmie, B.M., Hannam, R.L, and Gallagher J., (2010) An Investigation of the Stress-Buffering Effects of Social Support in the Occupational Stress Process as a Function of Team Identification u Group Dynamics: Theory, Research, and Practice. American Psychological Association Vol. 14, (4), 350–367

13. Јелеч Какер, Д. (2009). Извори професионалног стреса и синдром сагоријевања социјалних радника у Републици Словенији.*„Љетопис Студијског центра социјалног рада,* Вол. 16,Бр.1, 133-151

14. Lakey, B, Cohen, Sh, (2000). Social support theory and measurement. In:Coen, S., Underwood, B., Gottlieb, B. (Ed.) *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists.* New York, NY, US: Oxford University Press, 29-52

15. Lloyd, C., King, R., Chenoweth, L. (2002) Social work, stress and burnout: A review u *Journal of Mental Health,* Vol.11, No. 3, 255-265

16. Lonne, Robert L. (2003). Social workers and human services practitioners. *Occupational Stress in Service Professions*. London: Taylor i Francis, 281-310

17. Љуботина, Д., Дружић, О. (1996) Синдром изгарања на послу код помагача и чимбеници који утјечу на ступањ изгарања. *Љетопис социјалног рада,* Вол. 3, Бр. 1, 51-64

18. Maslach, C., Jackson, S. E., i Leiter, P. M. (1996). *The Maslach Burnout Inventory (3rd ed.).* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. www.mindgarden.com

19. Maslach, C.,Schaufeli, B.W., Leiter, P.M. (2001). Job Burnout, Social support theory and measurement.*Annual Review of Psychology* No. 52,397–422

20. Петровић, В. (2000). Синдром изгарања.У: Влајковић, Ј., Срна, Ј., Кондић, К., Поповић, М. (Ур.) *Психологија избеглиштва.* Београд: ИП: Жарко Албуљ"

21. Philipp, A., Schupbach, H. (2010). Longitudinal Effects of Emotional Labour on Emotional Exhaustion and Dedication of Teachers. *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol. 15 No. 4, 494–504

22. Snyder, J. (2009). The Role of Coworker and Supervisor Social Support in Alleviating the Experience of Burnout for Caregivers in the Human-Services Industry.*Southern Communication Journal,* Vol.74, No. 4, 373-389

23. Станетић, К., Тешановић, Г. (2013). Утицај животног доба и дужине радног стажа на ниво стреса и синдрома сагоревања на послу . Медицински преглед Вол. LXVI Бр, 3-4, 153-162.

24. Вићентић, С., Јовановић, А., Дуњић, Б., Павловић, З., Ненадовић, М., Ненадовић, Н. (2010). Професионални стрес код лекара опште праксе и психијатара – ниво психичког дистреса и ризика од burnout синдрома. Војносанитетски преглед Вол. 67 бр 9 Str 741 – 746.

25. Влајковић, Ј. (2005). *Животне кризе: превенција и превазилажење.* Београд: ИП "Жарко Албуљ".

# SUPERVISION AS A SUPPORT FOR MENTAL HEALTH PRESERVATION OF THE HELPERS

*Iva Branković*[1]*; Snežana Filipović*[2]

## Abstract

*In the professional and general public, there is an agreement on the high level of stress that everyday members of the helping professions in systems such as health, social protection, etc. are exposed to. Stress in these professions arises from daily contact with people who are in very difficult life situations and have limited resources to provide them with support within the systems in which they work. Exposure to chronic stress presents a risk for the development of professional burnout, which, in addition to the negative impact on the attitude towards work, also has a negative impact on the mental and physical health of professionals. Research shows that the development of professional burnout is largely influenced by the organisational context, and that the existence of professional support can be considered a significant protective factor. The aim of this paper is to point out the risks that chronic stress and professional burnout can have on the mental health of helpers, as well as offer arguments in favour of supervision as a way to provide support to professionals in order to prevent professional burnout and to preserve mental health.*

Key words: *mental health of the professionals, helping professions, professional burnout, supervision*

[1] Iva Branković, MA social work, assistant, Faculty of Media and Communications, University Singidunum, Karađorđeva 65, Belgrade, +381 63 426 702, iva.brankovic@fmk.edu.rs

[2] Snežana Filipović, doc. MD, MSc, social worker Institute for Mental Health, Palmotićeva 37, Belgrade; +381 11 33 07 508, snnezzanna@yahoo.com

UDC 613.8: 159.942.072

# ПОРОДИЧНА АФЕКТИВНА ВЕЗАНОСТ ЗАВИСНИКА

*Снежана Филиповић[1]; Слађана Милошевић[2]*

## Апстракт

*Породична терапија зависника алкохоличара и коцкара одавно је препозната као успешан метод лечења. У терапији, последице зависности и поремећени породични односи додатно појачавају отпоре код свих чланова породице. Да ли је образац везаности у адолесценцији исти код свих зависника и како утиче на рад са породицама? Циљ је утврђивање обрасца афективне везаности у односу на врсту зависности. Метод и инструменти: Узорак је чинило 117 зависника (58 алкохоличара и 59 патолошких коцкара) лечених у Имз у периоду 2014-2018. године. Сви испитаници су попунили Демографски упитник, АУДИТ, СОГС и Упитник за процењивање породичне афектививне везаности ПАВб (Бреннан & Схавер, 1998). Резултати показују да је одбацујући образац везаности најзаступљенији код обе зависности. Овакви резултати указују на то да породични терапеути треба да планирају више интервенција које би подстакле квалитетније емоционалне односе у породицама зависника у фази рехабилитације и ресоцијализације.*

Кључне речи: *породична терапија, обрасци афективног везивања, алкохолизам, патолошко коцкање*

[1] Снежана Филиповић, Доц.др.сци, соц.радник, Институт за ментално здравље, Палмотићева 37, Београд, 011 33 07 508, snnezzanna@yahoo.com

[2] Мр Слађана Милошевић, спец.педагог, Институт за ментално здравље, Палмотићева 37, Београд, 011 33 07 509. sladjanamilo@gmail.com

## Системска породична терапија зависности

Породична терапија је савремени терапијски модел који обухвата рад са појединцем, партнерима и породицом. Системска породична психотерапија породицу посматра као целину која је већа од збира њених појединачних делова, њених чланова. Промена код једног члана породице утиче на остале чланове, а самим тим долази до промене у целом породичном систему. Тако приступајући, породична терапија узима у обзир контекст у којем појединац и породица живи и то на нивоу већих система као што су шира породица, друштвена заједница, култура, нација, као и на нивоу субсистема као што су родитељски, партнерски, сиблинг-браћа и сестре. Породична терапија не сматра да је појединац проблем или да је проблем у појединцу, већ у односима, релацијма и интеракцијама које остварује у породици.

Циљеви породичне терпије зависника су промене у систему породичног функционисања. Промене могу бити *првог реда* - смањење и нестајање симптома код члана породице – зависника (идентификовани пацијент), уз појаву симптома код неког другог члана породице, и *промена другог реда* јесте она у којој долази до нестанка симптома код идентификованог пацијента, без појаве симптома код других чланова породице, јер је дошло до промена у структури, дисфункционалним интеракцијама и одређењу реалности, породица је постала отворена за даље и могуће промене.

## Афективна везаност

Према савременим схватањима афективна везаност се дефинише као начин организације понашања и доживљавања јединке са циљем постизања осећања сигурности у ситуацијама када јој је потребна помоћ и подршка (Зајић, 2012).

## Афективно везивање у адолесценцији и код младих одраслих

Афективна везаност као интегрални део човековог понашања наставља да постоји и после детињстваУ периоду адолесценције долази до промена афективне везаности које су у функцији сазревања и преласка у младо одрасло доба. Прве промене односе се на време и дистанцу која се може толерисати када су у питању примарне фигуре везаности (Вукелић-Басарић, 2010; Hazan, Zeifman, 1999). У адолесценцији се дужа сепарација савладава без узнемирености и реакција сепарационог протеста. Наиме, жеља за физичком близином се замењује жељом за психолошком близином на основу претходно успостављеног осећања сигурности (Sroufe, Waters, 1977). Дете у детињству тражи близину и утеху кад осети опасност, док адолесцент тражи близину и утеху у форми савета (Hazan, Shaver, 1994; Hazan, Zeifman,1999).

Иако је кључни задатак адолесценције развој аутономије, везе са родитељима су и даље важне. Адолесценти истражују своју независност, али ако наиђу на проблем, могу се обратити родитељима за помоћ. Односи између родитеља и деце, у овом периоду, подлежу корекцији која се базира на

повећаној сензитивности, респонзивности и флексибилности родитеља за новонастале потребе детета. Важно је да родитељи сачувају присне односе са адолесцентом, што даље води њиховом осамостаљивању и јачању самопоуздања (Стефановић-Станојевић, 2002).

У адолесцентном периоду се као значајне фигуре везаности појављују вршњаци. Утицај вршњака најјачи је током ране адолесценције (око 14-те године), а након тога опада кроз младо одрасло доба. Везе са вршњацима карактерише исти начин размишљања и међусобно подржавање у покушајима удаљавања од родитеља. Пријатељства у овом периоду су важан извор подршке и сигурности, а из њих се могу формирати и трајне партнерске везе које су подстакнуте не само афективним потребама, већ и потребама

опстанка врсте. Партнерске везе омогућавају опстанак врсте и формирање нове афективне везе дете - родитељ, али у улози родитеља (Вукелић-Басарић, 2010).

Kim Bartholomew је 1991.године формулисала четворокатегоријалан модел афективне везаности адолесцената и одраслих. Модел је изведен из Болбијеве хипотезе о постојању два типа унутрашњих радних модела, модела себе и модела других, при чему сваки од та два модела може да се представи као дихотоман, позитиван или негативан. Факторском анализом су идентификоване димензије које су у основи овог модела и то: *димензија одбацивања (модел другог) и димензија анксиозности (модел себе).* Димензија одбацивања или способност, односно неспособност за блискост је биполарна димензија која на једном крају има прихватање, а на другом одбацивање блискости, и која репрезентује унутрашњи радни модел других. Димензија анксиозности репрезентује унутрашњи радни модел себе и она на једном полу има ниску, а на другом високу анксиозност, односно, на позитивном полу представља интернализован осећај сопствене вредности, а на негативном анксиозност и одбацивање блискости. Укрштањем ових димензија добијају се четири обрасца афективне везаности: сигурни, преокупирани, одбацујући и бојажљиви (Стефановић-Станојевић, 2002.; Чачић, Гаврилов-Јерковић, 2013).

*Сигурни образац афективног везивања* карактерише позитиван модел себе, односно ниска анксиозност и позитиван модел других, тј. ниско одбацивање. Ове особе у односе са другима улазе са поверењем и отвореношћу и осећају се пријатно у блиским односима са другима.

*Преокупирани образац афективног везивања* карактерише негативан модел себе, односно висока анксиозност и позитиван модел других, односно ниско одбацивање. Ове особе приликом успостављања односа са другима полазе са позиције мање вредности и настоје да обезбеде од других безусловно прихватање. Осећају се сигурно и безбедно само када други могу да одговоре на њихове потребе на прави начин, односно очекују да ће квалитети партнера надокнадити

њихове мањкавости. Склоне су симбиотским везама, драматизацији и веровању у љубав која не зна за границе.

*Бојажљиви образац афективног везивања* карактерише негативан модел себе и негативан модел других, односно висока анксозност и високо одбацивање. Особе које припадају овом обрасцу су зависне од туђег прихватања, јер кроз однос са другим траже потврду сопствене вредности, али имају негативна очекивања од других, што доводи до избегавања блискости како би избегле бол због губитка или одбацивања. Везе које успостављају су ретке и хаотичне.

*Одбацујући образац афективног везивања* карактерише позитиван модел себе и негативан модел других, односно ниска анксиозност и високо одбацивање. Ове особе избегавају блискост јер имају негативна очекивања од других, али успевају да одрже осећај сопствене вредности одбрамбеним порицањем вредности блиских односа и везивања. Њихове везе су краткотрајне и површне.

Обрасци афективног везивања су замишљени као теоријски идеали са којима се свака особа, у одређеном степену, може идентификовати. Емпиријска провера је потврдила њихову примењивост на партнерске односе одраслих, блиске вршњачке односе адолесцената (пријатељске и партнерске), као и на породичне односе (Bartholomew, Horowitz, 1991).

Истраживања повезаности стилова афективне везаности и болести зависности младих одраслих су ретка.

Резултати студије коју су спровели Davidson и Ireland (2009) указују на постојање везе између особина личности и стилова афективне везаности, те да веза између употребе дроге и стилова није статистички значајна. Студије (Doumas i sar. 2006; Молнар и сар. 2010; Thorberg и Lyvers 2010; према Borhani, 2013) су указала на то да се стилови афективне везаности могу довести у везу са психоактивним супстанцама и интерперсоналним проблемима код одраслих. У Монографији Хаџић, Мировић (2016), која говори о обрасцима везаности, маладтивним схемама и стресним искуствима,

обе студије упућују на продужену зависности од породице порекла младих одраслих и неспремности да се уђе у наредну фазу.

## Болести зависности

Младе особе су ризичне због саме природе развоја и одрастања, праћене знатижељом и откривањем својих граница. Одликује их хедонизам, жеља за експериментисањеми припадањем групи вршњака, радозналост, бунт према ауторитетима и традицији, а без чврсто установљених система вредности и образаца здравог животног стила. Стога су млади најподложнија популација за све облике ризичног понашања и прихватања нових изазова (Williams et al., 2008; Beaver et al., 2010). Адолесценти и млади одрасли се разликују од одраслих по степену емоционалне и интелектуалне зрелости и може се рећи да је њихова свест о својим поступцима и одговорностима за своје поступке смањена у овом периоду живота у односу на период одраслог доба. Недовољно развијена личност чини младу особу осетљивом и подложном утицајима који њен развој могу усмерити у правцу развоја негативног понашања.

## Алкохолизам младих

Тренд конзумације алкохола код младих стално је у порасту како у свету тако и код нас. Према последњим истраживањима Европске комисије сваки пети становник Европске уније стар између 15. и 24. године редовно и прекомерно пије алкохол. Прекомерно пијење алкохола често је повезано са агресивним и насилничким понашањем, упуштањем у ризичне сексуалне односе, разним криминалним радњама (крађе, туче, и сл.) а *такође је чести узрок страдања младих у саобраћајним незгодама (*ЕУПД, 2004; УН, 2014)

Србија је на четвртом месту у Европи по потрошњи алкохолних пића. Пијење алкохолних пића у Србији је друштвено прихватљиво

понашање, употреба алкохола често третира као део традиције, обичаја и културе, а актуелну ситуацију на овом пољу карактерише висока учесталост конзумирања алкохола међу младима. У 2013. години у Србији 53,9% младих пије алкохол (повремено или свакодневно). Највећи проценат оних који су конзумирали алкохол су узрасне доби 25–34 године (66%), први знаци зависности просечно се јављају око 21. године, док на лечење млади долазе између 25. и 27. године (Министарство здравља Републике Србије, 2005).

У Београду, од укупног броја лечених алкохоличара, скоро половину чине млади до 30 година. Посебан ризик представља ексцесивно пијење тј. пијење великих количина алкохола (више од шест алкохолних пића) у једној прилици (бинге дринкинг) што је забележено и у Србији, како међу општом популацијом тако и међу адолесцентима. Овакв начин пијења, макар једном у току недеље, имало је 4,3% становништва Србије (7,8% мушкараца и 1% жена), са највећом учесталошћу у старосној групи 25–34 године (5,4%). Најмање једном месечно ексцесивно је пило 27% мушкараца и 6% жена, односно укупно 16% становништва, што је према доступним подацима СЗО већи проценат него у већини земаља у окружењу (Здравствено-статистички годишњак Републике Србије 2015).

Алкохолизам младих има одређене специфичности у поређењу са алкохолизмом одраслих. Код великог броја младих готово свако пијење је прекомерно, праћено опијањем и екцесима у понашању. Често се забаве и изласци организују искључиво због тога. Викенд опијања, која су постала правило, организују се често у парковима, школским двориштима, паркиралиштима трговачких центара и у близини ноћних клубова. Опијања почињу касно увече и трају целе ноћи. Пијење младих се најчешће одвија по такмичарском типу, што значи да се такмиче ко може више да издржи да попије. У последње време све је популарније комбиновање више врста алкохолних пића или комбиновање алкохола и других психоактивних супстанци.

## Коцкање младих

Патолошко коцкање је највише изучавана бихевиорална адикција и оно обезбедјује увид у однос између бихевиоралних адикција и зависности од психоактивних супсатнци. Патолошко коцкање је болест где особа не може да контролише импулс за коцкањем што утиче на све животне области особе и доводи до озбиљних здравствених, породичних, социјалних, професионалних и финансијских последица (APA, 2014). У Северној Америци стопа преваленције је од 2,1 до 2,6%, док се у Европи преваленција проблематичног коцкања креће од 0,2 до 12,3 % (Calado и сар., 2016).

Dickson, Derevensky & Gupta (2002) су утврдили су да је стопа проблематичних коцкара 2 до 4 пута већа у адолесцената и младих одраслих него у општој популацији. Ове налазе су потврдила и нека домаћа истраживања на студентској популацији (Коић и сар. 2009) Према подацима Института за јавно здравље из 2014. у Србији има између 14 хиљада и 33 хиљаде патолошких коцкара (Здравствено-статистички годишњак Републике Србије 2015). Према истраживању Pasternaka и сарадника (1999. према Коић и сар., 2009) и Meserliana и сар. (2005) патолошко коцкање типично почиње у раној адолесценцији код мушкараца, а касније у животу код жена.

Због социјално прихватљиве димензије коцкања ризик за развој зависности је велики, посебно код недовољно зрелих младих људи и иначе склоних ризичном понашању. Стога забрињава све већи број младих људи који улазе у такво понашање. Последице су здравствени проблем, смањена блискост и поверење у породици, запостављање професионалних и других обавеза, бављење илегалним активностима због великих финансијских губитака и задужености. Велики проценат коцкара има озбиљне проблеме са алкохолом и дрогама (до 60%), а често су оболели и од депресије (чак 75%). По једном истраживању 48% коцкара је у неком тренутку имало суицидалну намеру. Број покушаја и извршења самоубиства код коцкара такође није занемарљив (Кнежевић-Тасић, Ђукановић, 2015).

## Дисфункционалност зависничких породица

Породице које имају проблем зависности код својих младих чланова често нису спремне да оговоре изазову, због недовољне информисаности, дезинформисаности, породичних дисфункционалности, трансгенерацијског преношења злоупотребе пасихоактивних супстанци, енормне толеранције социјалне средине, могуће стигматизације. Родитељи понекад последњи сазнају да је њихово дете зависник, не зато што се то вешто скрива од њих, већ зато што несвесно одбијају да виде и признају себи оно што је свима другима очигледно, зато што сами налазе и прихватају лажна објашњења за оно што се више не може порицати и зато што негирају последице које зависност једног члана има за целу породицу.

Кад је ријеч о перцепцији породице, различите емпиријске студије извјештавају да млади верују да њихови родитељи нису посебно забринути за њихове активности коцкања (Campbell et al., 2011). У складу с наведеним може се закључити како присутност одређеног нивоа родитељског прихватања и толеранције на алкохолизам и коцкање, доприноси развоју зависности код младих особа.

Живети са младим зависником у породици је веома тешко, збуњујуће па и застрашујуће. Увек се мора бити спреман на непредвидјене околности и хитно реаговање. Нажалост, знатно чешће, чланови породице се прилагоде на зависност свога члана, науче да живе са њом, стварајући једну патолошку равнотежу породичног система. У много чему они почињу да се понашају као и зависник, они поричу проблем, умањују га, налазе оправдања. Ови нездрави начини прилагођавања на зависност доводе до дисфункције и прогресивног уништавања целе породице. А зависност, поводом које се ништа конструктивно не предузима, напредује у свом току и погоршава се.

Прилагођавање породице на зависност се одвија се у неколико фаза.

Прва: негирање проблема, када породица не може јасно да диференцира проблем зависности. Брига о члану породице и задржавање брига за себе, рационализује се младошћу и поређењем са вршњацима, пијење и коцкање се виде као привремена и повремена фаза одрастања која ће проћи. Стид и страх од стигматизације одржавају илузију савршене породице према спољном свету се задржава.

Друга фаза (фаза псеудорешења или фаза стреса) се одликује покушајима елиминисања проблема, када су, већ јасно видљиве, последице пијења и коцкања. Чине неуспешни покушаји прикривања од шире породице, суседа и на радном месту; све чешћа опијања и враћање коцкарских дугова, лако прихватање и веровање у добијена објашњена за опијења и изненадне финансијске кризе, кајање, лажна обећања. Чланови породице најчешће преузимају на себе одговорности и обавезе које припадају зависнику**,** штитећи га тако од последица онога што чини – правдају изостанке из школе, откупљују заложене или поново купују продате ствари, купују му алкохол, штите га од законских консеквенци, враћају дугове, купују витамине или посебну храну да спрече телесно пропадање зависника, ослобадјају га од кућних и других обавеза за које зависник више није способан, преузимајући их на себе, купују лекове за спавање и смирење или аналгетике којима зависник сам лечи своје кризе итд. Оваквим облицима понашања умањују се препреке за зависничко понашање, што код зависника ствара погрешну слику стварности. Он стиче илузију да се то може чинити без последица.

Трећа фаза: одлучност и решеност чланова породице да, упркос проблему, породицу одрже на окупу, комбинујући различите улоге а зависника ставља у потпуну "изолацију" (out said позиција); створивши тако патолошку хомеостазу, постиже се релативна стабилност уз покушај да се утицај зависности сведе на минимум; породица живи "паралелни живот" са зависником. Ова фаза се завршава или доласком породице на третман или дефинитивним

раздвајањем од зависника (“породично дно” или фаза исцрпљености).

## Емоционални односи у зависничким породицама

За породични живот зависника карактеристичне су емоционалне релације које осцилирају од екстремне љубави до крајње мржње, у зависности од фазе зависности. Оно најупадљивије и на шта се жале чланови породице је недостатак блискости и осећање “празнине” (Трбић, 2000). Породичне улоге су замењене и конфузне; нема јасног модела понашања, породични односи су са искривљеном хијерархијом и неадекватно успостављеним ауторитетом родитеља. Измењен вредносни систем је измењен и прави “синдром два света у породици. Чланови породице немају заједничка интересовања, не проводе заједно слободно време и усамљени су; социјални контакти су драстично смањени, чак и они са најближом родбином и пријатељима.

Несталност, непотпуност, недореченост, нејасност и двосмисленост комуникација отежавају успостављање повољног односа са члановима породице - с једне стране, као и разјашњавања реалности у којој сам зависник живи - с друге стране. У комуникацијама доминирају безличност и одбацивање одговорности за оно што се исказује. Размена информација је недовољна или половична, нема ни дијалога ни договора.

Чак и “дани даривања”, у којима зависник покушава да “поткупи“ чланове испуњавањем жеља и неочекиваним и неоправданим поклонима, који потврђују одсуство његове процене реалности и одговорности, представљају поуздану основу да ће кратко трајати и да ће се вратити оно хаотично, агресивно, застрашујуће догађање које захвата све чланове породице. Због тога не постоји осећање сигурности чиме би се у породици обезбедио временски период мировања, стабилности и јасних очекивања што би омогућило извесну припремљеност. Једино се са пуном сигурношћу може

предвидети је неповољан ток. Краткотрајност сваког постојећег стања поступно ствара све изразитију емотивну напетост.

Периоди који имају обележја вештачке идиле и служе за превазилажење петходног зависничког понашања и за стварање оправдања и “алибија”, испуњени безброј пута потврдјеним искуством. Што је овај идилични период лепши, пријатнији чак и трајнији, то је сигурније да ће следећи пијани период бити тежи, непријатнији, са више туге, страха и агресије; сто је зависник успешнији у стварању ових вештачких идила, то је трауматски ефекат приликом уништења овог периода тежи.

Зависници често имају помешана осећања. Са једне стране постоји снажна потреба за алкохолом/коцком и задовољство које из истог произилази, али са друге стране постоји снажан осећај кривице због повређивања и лагања чланова породице и блиских особа. Често доминира незадовољство и љутња на себе, депресивно и негативно расположење. Чланови породице понекад препознају и знакове емоционалне нестабилности која може довести до озбиљних поседица, у најгорем случају до суицида.

Услед интензивне љутње и интензивног стреса, као и снижене толеранције на фрустрацију може доћи и до вербалног или физичког насиља зависника. Најчешће жртве насиља су партнери, родитељи, бивши партнери и деца. Подаци показују да чак више од половине патолошких коцкара (56%) је признало да је било физички агресивно према деци, као и да трећина особа са проблемом коцкања извештава о неком облику физичког насиља у последњих годину дана. У тренутку насиља више од 70% насилника је било у алкохолисаном стању (Филиповић, Лажетић, 2012).

## Истраживачки део

Циљ истраживања је утврђивање разлике у обрасцу породичне афективне везаности у породицама зависника од алкохола и патолошких коцкара.

**Хипотезе:**

Породични образац везаности у породицама зависника бити одбацујући али постоје појавити у односу на врсту зависности, године и пол испитаника.

Образац афективне везаности ће након третмана бити замењен обрасцем прихватања, јер су у терапији учествовале комплетне породице.

**Инструменти:**

Социодемографски упитник конструисан за потребе овог истраживања и служио је за прикупљање основних података: године старости, ниво образовања, породични статус, запосленост, материјални статус, постојање проблема са законом.

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (WHO, 2001) је упитник за прекомерно пијење који помаже у брзој процени и пружа оквир за интервенције да се ризично и штетно пијење смање или да се престане, и тиме избегну штетне последице.

South Oaks Gambling Screen (SOGS) ( Lesieur,HR, Blume, SB, 1987) је упитник који служи за идентификацију могућег присуства проблема са коцкањем. Резултатом теста се дискриминишу на друштвено прихватљиве, проблематичне и патолошке коцкаре.

Упитник за процењивање породичне афектививне везаности –PAVb (Brennan ет ал.,1995 у Каменов, Јелић, 2003). Подаци дају информације о карактеристикама афективне везаности преко две димензије, анксиозност и избегавање и обрасцу афективне везаности према четворокатегоријалном моделу Бартоломew: сигурни, преокупирани, бојажљиви и одбацујући образац афективног везивања.

**Опис узорка**

Узорак је чинило 117 младих одраслих испитаника (58 алкохоличара, 59 коцкара), просечне старости 26,5 година, већина незапослених (60%). Сви испитаници су живели у родитељским породицама. Најмањи степен образовања је завршена средња школа а највиши завршен факултет. Сви испитаници су задовољили критеријуме за дијагнозе токсикоманског алкохолизма и патолошког коцкања (Ф10 и Ф63).

**Обрада података**

Прикупљени подаци обрађени су у стандардном статистичком пакету СПСС 17.0, техникама које највише одговарају природи варијабли укључених у истраживање. Од дескриптивне статистике коришћени су проценти и аритметичке средине, а од статистике закључивања Хи – квадрат тест, т - тест и анализа варијансе.

**Резултати**

Узорак од 117 младих одраслих испитаника (58 алкохоличара, 59 коцкара), 15 жена (12,82%), 102 мушкарца (87,18%). Све жене су биле зависнице од алкохола. По старости, испитанике смо делили у 3 групе: од 18 до 24 године, од 25 до 29 година и од 30 до 35 година. Укупно посматрано, највећи број испитаника припадао је трећој групи (41.02%). Статистички значајних разлика између подгрупа није било. Посматрани одвојено, код подгрупе коцкара, највећи број испитаника је био у старосној групи од 25 до 29 година и у односу на подгрупи алкохоличара исте старосне доби, појавила се статистички значајна разлика, $п<0.05$. У односу на образовање, половину узорка (54.7%) чине испитаници са завршеном средњом школом. Испитаници са завршеним факултетом или још увек студенти чине 41.02% узорка. У односу на запосленост, 60.68% испитаника је незапослено, тј.издржавана лица. У групи запослених, скоро дупло више испитаника ради у приватним фирмама (13.67% вс 25.64%).

Постоји статистички значајна разлика код запослених испитаника у односу на место где раде п<0.5 (државни сектор 13.67% вс приватни сектор 25.64%). Проблеме са законом је имало 38.46% испитаника. Алкохоличари су имали значајно више проблема са законом (25.64%) у односу на патолошке коцкаре (12.8%). У оквиру овог резултата, јавила се статистички значајна разлика у групама, п<0.5.

На почетку терапије, испитаници су попунили Упитник за процену породичне афектививне везаности –PAVб (Табела 1).

**Табела 1.** Образац афективне везаности у породицама зависника на почетку терапије

| **Испитаници** | **Димензије афективне везаности** | |
|---|---|---|
| | Анксиозност | Избегавање |
| Алкохоличари | 25,53 | 45,49 |
| Коцкари | 24,47 | 41,51 |

Извор: *Аутори*

Пратећи Бренанову класификацију 4 обрасца афективног везивања, обе групе зависника на почетку лечења показују Одбацујући образац афективног везивања (Анксиозност < 36, Избегавање > 36). Резултат на Анксиозности 25,53 вс 45,49 и резултат на Избегавању 24,47 вс 41,51. Статистички значајних разлика између група у односу на врсту зависности није било. У групи алкохоличара, у којој је било 15 испитаница, разлика у обрацсу афективне везаности по полу, није достигла статистичку значајност. Такође, у обе групе испитаника образац афективне везаности није се разликовао у односу на године испитаника.

На крају терапије, испитаници су поново попунили Упитник за процену породичне афектививне везаности – ПАВб (Табела 2).

**Табела 2.** Образац афективне везаности у породицама зависника на крају терапије

| **Испитаници** | **Димензије афективне везаности** | |
|---|---|---|
| | Анксиозност | Избегавање |
| Алкохоличари | 23,35 | 42, 01 |
| Коцкари | 22,5 | 39,83 |

Извор: *Аутори*

Пратећи Бренанову класификацију 4 обрасца афективног везивања, иако је добијен нижи скор на обе димензије афективне везаности, обе групе зависника на крају лечења показују Одбацујући образац. Резултат на Избегавању > 42,01, Анксиозности < 23,35. Статистички значајних разлика између група на крају терапије у односу на врсту зависности није било. У групи алкохоличара, у којој је било 15 испитаница, разлика у обрацу афективне везаности по полу није достигла статистичку значајност.

## Дискусија

У истраживању које је започето 2014.године „Родитељски стилови и ставови младих одраслих зависника од коцке и алкохола о породичном функционисању“ учествовало је 117 зависника. Упитник за процењивање породичне афектививне везаности ПАВб.

Посматрајући социодемографска обележја испитаника, упадљив је податак да упркос завршеном образовању (54.7%) и запослености (40%) сви они још увек живе у родитељским породицама. Чак и мали број испитаника (њих 7) који је у браку и запослено, и даље је материјално и стамбено зависно од примарне породице. Незадовољство/задовољство материјалним статусом је подједнако у обе групе испитаника, док је изразито незадовољних/задовољних 11.1% (4 алкохоличара и 9 коцкара). Проблеме са законом (од прекршајних до кривичних дела) има 38.4% испитаника, а део против једног дела испитаника судски поступци још трају. Овај

резултат јесте у складу са постојећим истраживањима у свету и код нас (ЕУПД, 2004; УН 2014; Филиповић, Лажетић, 2012).

У почетној фази терапије терапеут је активан, директиван и контролише сеансу, улази стратешки у привремене савезе са одабраним члановима, препушта размену неких интеракција у систему, замењује одсутног члана, трага и намече теме које че подстаћи блискост. Породица је рањива, исцрпљена псеудорешењима којим је покушавала да заустави зависност, породична кохезивност полако опада, а у емоцијама преовлађују љутња, бес, неповерење. Сами зависници, у великим отпорима и према породици и према терапији и терапеуту, изразито непријатни, одбијају сарадњу. На почетку терапијског процеса, образац афективне везаности код зависника је био одбацујући, што је у складу са ранијим истраживањима (Campbell и сар., 2011; Doumas и сар. 2006; Molnar и сар. 2010; Thorberg i Lyvers 2010; према Borhani, 2013; Хаџић, Мировић 2016). Хипотезе о разлици у афективној везаности у односу на врсту зависности, године и пол испитаника нису доказане.

Током терапијског процеса, контрола терапеута се смањује, а компетенције се предају породици. У рехабилитационој фази третмана, пада почетна тензија и сада породица може да прави промене другог реда. Терапеут је сада више у улози саветника, прати нове промене и кораке породице и охрабрује породицу да настави. Породични односи су бољи, границе јасније, комуникације поправљене. У неким породицама долази до задовољавања постигнутим и јављају се отпори према правим, суштинским променама. Друге породице, оснажене оствареним резултатима и уверене да упркос проблемима могу да напредују, преузимају одговорност за даље функционисање а терапијске сеансе се проређују. Пред крај терапије, испитаници су поново попунили Упитник Pavb. Иако је евидентан напредак породице на свим пољима породичног функционисања, образац породичне афективне везаности код зависника је и даље био Одбацујући. Овај резултат јесте у складу са истраживањем Davidson и Ireland (2009) који

указују на постојање везе између особина личности и стилова афективне везаности, те да веза између употребе психоактивних супстанци и образаца везаности није статистички значајна. Наша хипотеза да ће током терапијског процеса доћи до промене образаца породичне афективне везаности код зависника није потврђена.

## Закључак

Системска породична терапија зависности коју примењујемо има за циљ да користећи породичне снаге и ресурсе помогнемо породици да пронађе и развије начине живота без зависности и да се ублаже последице дисфункционалности.

Учинак породичне терапије операционализован је у циљевима терапије – адекватно физичко, психичко и социјално функционисање (адекватан квалитет живота), а које се постиже реконструкцијом и јачањем породичног система који чини породична структура, процеси и породична динамика (правила, улоге, границе, хијерархија, начини комуникације, рутине, ритуали) а сви они су део породичне резилијентности. Користећи у раду највише интервенције из Структуралног и Стратешког правца (нарочито у интензивној фази третмана), успевали смо, заједно са породицом, да направимо промену првог реда. У наставку лечења (рехабилитационој фази), када је одговорност делегирана породици, неке породице су успеле да остваре промену другог реда а неке не. Највише застоја у даљем напретку је правило неповерење и веома нарушени емоционални односи.

Упркос свим напорима и променама које породице зависника начине током двогодишње породичне терапије, и даље постоји Одбацујући образац афективне везаности, што нам указује на потребу додатног рада на пољу емоционалности код свих чланова породице и додатни индивидуални психотерапијски рад са зависником.

## Литература


1. Америчка психијатријска асоцијација (2014). *Дијагностички и статистички приручник задушевне поремећаје, пето издање*. Available at: https://www.sciencetheearth.com/uploads/2/4/6/5/24658156/dsm-v-manual_pg490.pdf
2. Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*,61, 226-244.
3. Beaver, K., M., Hoffman, T., Shields, R., T., Vaughn, M., G., DeLisi, M., Wright, J., P. (2010). Gender differences in genetic and environmental influences on gambling: results from a sample of twins from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Addiction*, 105, 3, 536-542.
4. Borhani, Y. (2013) "Substance Abuse and Insecure Attachment Styles: A Relational Study,"*LUX: A Journal of Transdisciplinary Writing and Research from Claremont Graduate University*: Vol. 2: Iss. 1, Article 4.
5. Campbell, C., Derevensky, J., Meerkamper, E., Cutajar, J. (2011). Parents' Perceptions of Adolescent Gambling: A Canadian National Study. *Journal of Gambling Issues*, 25(25), 36-53.
6. 6.Calado, F., Alexandre J., Griffiths, M.D. (2016). Prevalence of Adolescent Problem Gambling: A Systematic Review of Recent Research. Journal of Gambling Studies, 33(2): 397-424.
7. Čačić.S, Gavrilov-Jerković, V. (2013). Psihološki mehanizmi kao posrednici u relaciji afektivna vezanosti– depresivnost, *Savremeni trendovi u psihologiji*, 2013, str. 92-93, Novi Sad: Filozofski fakultet
8. Davidson,S., Ireland,C. (2009). Substance misuse: the relationship between attachment styles, personality traits and coping in drug and non-drug users. *Drugs and Alcohol Today*,

Volume: 9 Issue: 3, pp.22-27, Available at https://doi.org/10.1108/17459265200900027

9. Dickson, L.M., Derevensky, J.L., & Gupta, R. (2002). The prevention of gambling problems in youth: A conceptual framework. *Journal of Gambling Studies*,18, 97-159. Available at: http://www.education.mcgill.ca/gambling/french/researche/PDF%20files/preve ntion1.pdf

10. ЕУПД (2004): Болести зависности. Уредили: Миловановић, Д., Сакоман, С., Мићић, J., Димитријевић И. , Available at: http://www.ecpd.org.rs/pdf/2015/books/2004/2004_bolesti_zavisnosti.pdf

11. Филиповић С., Лажетић Г. (2012). Ефекти групне психотерапије код адолесцената из алкохоличарских породица. *Социјална мисао*, 74(2): 85-101

12. Хаџић А., Мировић,Т. (2016). *Афективна везаност, ране маладаптивне схеме и стресна искуства*. Монографија, Универзитет у Бања Луци, Филозофски факултет

13. Hazan, C., Shaver, P.R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5(1): 1-22.

14. Hazan, C., Zeifman, D. (1999). Pair bonds as attachments: Evaluating the evidence. U: Cassidy, J,Shaver, P.R. (eds.). *Handbook of attachment theory and research*, Guilford Press, NY, 336-354.

15. Каменов, Ж., Јелић, М. (2003)**.** Валидација инструмента за мјерење привржености у различитим врстама блиских односа: Модификација Бреннанова Инвентара искустава у блиским везама**,** *Савремена психологија*, 6 (1): 86-93

16. Кнежевић-Тасић J., Ђукановић Б., "*Бихевиоралне зависности у Србији*", Издавачка књижарница Зорана Стојановића, Сремски Карловци, 2015.

17. Коић, Е., Ђорђевић, В., Филаковић, П., Нађ, С. (2009). “Алеа Иацта Ест”, А Цасе Сериес Репорт оф Проблем анд Патхологицал Гамблинг. *Цоллегиум Антропологицум*, 33(3): 961-971.

18. Lesieur HR, Blume SB. (1987).The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry.* Sep;144(9):1184-8.

19. Messerlian, C., Derevensky, J., Gupta, R. (2005). Youth gambling problems: a public health perspective. *Health Promotion International*,20, 1, 69-79.

20. Министарство здравља Републике Србије: *Истраживање о злоупотреби алкохола и других дрога међу младима у Србији 2005*. Пројекат: Процена злоупотребе дрога у Србији. Европска агенција за реконструкцију, 2006.

21. Sroufe, L.A., Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Chil Development*, 48, 1184-1199.

22. Стефановић-Станојевић, Т. (2002). Блиске партнерске везе. *Психологија*, Вол. 35(1-2), 123-142.

23. Трбић В. (2000). *Опис породице алкохоличара*, Монографија, Фондације Андрејевић, 2000.

24. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report. Vienna; 2014.

25. Вукелић-Басарић, М. (2010). *Промена хијерархије афективне везаности адолесцената и релације са психосоцијалном адаптацијом*. Докторска дисертација, Филозофски факултет, Нови сад.

26. Williams JK, Smith DC, Gotman N, Sabri B, An H, Hall JA. Traumatized youth and substance abuse treatment outcomes: a longitudinal study. J Trauma Stress 2008;21(1):100-8.

*27.* WHO (2001).The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDT). Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition.

Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2696447/

28. Зајић, М. (2012). *Обрасци афективне везаности и модалитети агресивности код делинквената*, мастер рад, Филозофски факултет, Ниш.

29. Здравствено-статистички годишњак Републике Србије 2015. Институт за јавно здравјле Србије “Милан Јовановић Батут”, Београд 2015 http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2015.pdf

# FAMILY AFFECTIVE ATTACHMENT OF THE ADDICTS

*Snežana Filipović*[1]*; Slađana Milošević*[2]

## Abstract

*Family therapy of alcohol addicts and gamblers has long been recognised as a successful treatment method. In therapy, the consequences of addiction and disfunctional family relations additionally reinforce resistance among all family members. Is the pattern of attachment in adolescence the same for all addicts and how does it affect working with families? The aim is to determine the pattern of affective attachment in relation to the type of addiction. Methods and instruments: The sample consisted of 117 addicts (58 alcoholics and 59 pathological gamblers) treated in Imz in the period from 2014 to 2018. All examinees completed the Demographic Questionnaire, AUDIT, SOGS and PAVb Questionnaire for Assessing Family Affective Attachment (Brennan & Shaver, 1998). The results show that rejecting the pattern of attachment is most common in both addictions. Such results indicate that family therapists should plan more interventions that would encourage better emotional relations in addicts' families in the phase of rehabilitation and resocialisation.*

Key words: *family therapy, patterns of affective attachment, alcoholism, pathological gambling*

[1] Snezana Filipovic, Ph.D., Associate Professor, Institute of Mental Health, Palmoticeva 37, Belgrade, 011 33 07 508, snnezzanna@yahoo.com

[2] Mr. Sladjana Milosevic, spec. pedagogue, Institute of Mental Health, Palmotićeva 37, Belgrade, 011 33 07 509. sladjanamilo@gmail.com

UDC 616.89-008.454-07

# ПРИРОДА АФЕКТИВНЕ ВЕЗАНОСТИ У СТАЊИМА АНКСИОЗНОСТИ И ДЕПРЕСИЈЕ

*Живка Мићановић-Цвејић*[1]

## Апстракт

*Депресија и анксиозност су најучесталија психопатолошка стања данашњице. Теорија афективне везаности даје одговарајући концептуални оквир за сагледавање генезе депресије и анксиозности. У овом раду, који је теоријске природе, начињен је преглед и компарирање савремених теоријских и емпиријских налаза који разматрају интерперсоналне аспекте депресије и анксиозности кроз призму теорије афективне везаности. Теорија афективне везаности наглашава улогу раног осећајног искуства те родитеље сагледава као модераторе дететове психе. Кроз понављање интеракција између родитеља и детета, дете формира унутрашњи радни модел-релативно трајно уверење о себи, о другим људима, о свету који га окружује. На основу квалитета старања родитеља о детету, уочавају се четири облика афективне везаности (сигурна афективна везаност, као и три облика несигурне везаности: дезорганизована, амбивалентна и одбацујућа). Резултати бројних студија упућују на несигурну афективну везаност као ризико-фактор у развоју депресије и анксиозности. Пораст броја оболелих, затим, њихова социјална, емоционална и професионална дисфункционалност, оправдавају потребу даљег изучавања депресије и анксиозности.*

[1] Живка Мићановић-Цвејић, психолог, доктор психолошких наука, Општа Болница Лозница- Република Србија, тел: +381628043093, e-mail: zivkacvejic@gmail.com

Кључне речи: *депресија, анксиозност, теорија афективне везаности, сигурна афективна везаност, несигурна афективна везаност.*

## Увод

Суштинско одређење људског бића је *друштвеност*- човек је социјабилан по својој природи, те остварује снажне међуљудске интеракције са члановима своје заједнице. Иако је *порекло феномена друштвености* у људској природи једно од базичних интересовања хуманистичких наука, питања порекла људског живљења у групи, социјалног повезивања и остваривања међуљудских веза и даље немају једнозначно одређење. Још из античких времена датира дилема између алтруизма и егоизма, као покретача социјалне мотивације (Мићановић-Цвејић, 2010). Постојећа гледишта на научној сцени, или заговарају тезу о базичној тежњи за међуљудским повезивањем у оквиру биолошки дате, урођене мотивације, или пак, социјални аспект људске природе сагледавају као онотегентски стечену потребу, која је учвршћена преко добити и задовољства које из међуљудских интеракција добијамо.

У новије време се све чешће срећу и гледишта која нуде интеграцију еволуционе, социјалне и биолошке парадигме у покушају објашњења порекла људске социјалности, те се о социјалном понашању говори као о интеракцији биолошки урођене диспозиције и стимулације из човековог социјалног окружења (Мићановић-Цвејић, 2010).

Теорија афективне везаности је настала средином прошлог века, у оквирима психоаналитичке парадигме. На научну сцену је уводи Џон Болби (John Bowlby, 1907-1990). Теоријске поставке потом развија Мери Ејнсворт (Mary Ainsworth, 1913-1999), кроз емпиријску валидацију Болбијевих конструката и даљи развој истраживачких техника, али и кроз сачињавање прве класификације у индивидуалним разликама афективне везаности. Џон Болби, објединивши чињенице из различитих области-етологије,

психоанализе, развојне психологије, психопатологије и кибербнетичке теорије контролних система, развија поглед на природу људске емоционалности.

Теорија афективне везаности, као теорија о пореклу и природи људске осећајности, сагледава однос према другоме као *биолошки дату потребу*, као *урођену људску мотивацију*, која се кроз животни век индивидуе обликује кроз њено међуљудско, интериндивидуално искуство (Holmes, 2014).

У оквиру овог рада, који је теоријске природе, емоционални аспекти депресије и анксиозности сагледани су кроз призму теорије афективне везаности. Етиопатогенетски фактори за настанак депресије и анксиозности, нису једнозначно дефинисани, на овом степену научног сазнања. Обзиром да су депресија и анксиозност најучесталија психопатолошка стања данашњице, потреба проучавања психолошких, емоционалних и социјалних оквира у генези ових стања, чини се оправданом.

## Теорија афективне везаности

Потреба да се физички и емоционално повежемо са другим људима, према теоретичарима афективне везаности, кључни је покретач људског понашања.

Болби (Bowlby, 1969) уводи појам афективне везности („attachment“), подразумевајући под тим конструктом однос који се у најранијем детињству формира између мајке и детета, творећи суштину људске осећајности. За разлику од психоанализе која однос детета са мајком означава као однос *емоционалне зависности,* где веза са мајком бива секундарна творевина, настала на основу примарне, нагонске мотивације детета, Болби конструкт ортодоксне психоанализе о емоционалној зависности одојчета од мајке, сагледава другачије. Иако припадник психоаналитичке школе, критички разматра концепт емоционалне зависности одојчета, уочивши несклад између

апстрактних конструкција тзв. секундарног нагона и емпиријских налаза, код психоаналитичара који су се бавили непосредним проучавањима детета, нпр. Маргарета Рибле, Тереза Бенедек, Рене Шпиц (Zazo, 1980).

Афективну везаност Болби одређује као *континуирану везу коју дете остварује са одређеном особом, којој се дете окреће нарочито када се осећа вулнерабилно и када му је потребна заштита* ( Мићановић-Цвејић, 2010). Теорија афективне везаности сагледава родитеље као модераторе дететове психе (Мићановић-Цвејић и Шимоњи-Чернак, 2014).

На основу репетитивних, свакодневних и комплементарних афективних размена са родитељима, у првом реду са мајком (или њеном одговарајућом супституцијом), дете гради представу о себи, о другима, о свету који га окружује ( Bowlby, 1988; Стефановић-Станојевић, 2004; Стојић et al., 2010; Мићановић-Цвејић, 2010; Мићановић-Цвејић, 2016).

## Унутрашњи радни модел

Концепт унутрашњег радног модела подразумева субјективну менталну репрезентацију, развијену у процесу индивидуалне интернализације социјалних интеракција (Мићановић-Цвејић, 2010). У првим месецима дететовог живота, на основу матрице свакодневних односа са мајком, у зависности од мајчине сензитивности за дететове потребе, дете твори унутрашњу репрезентацију себе, као и мајке. Болби претпоставља да се радни модели, у својој почетној форми, устаљују при крају раног детињства (Bowlby, 1973). Дакле, кроз континуитет искуства са мајком (или њеном трајном супституцијом), дете постепено ствара *систем очекивања вероватног понашања мајке на одређене потребе детета,* које манифестује кроз различит спектар сигналног понашања. Радни модели дефинишу понашање, утичу не само на квалитет релације дете-мајка, већ обликују и квалитет интеракција

које успостављамо у каснијем добу живота. Кроз време, показују тенденцију стабилности, функционишући аутоматски, најчешће без чињења свесних или намерних процеса (Стефановић-Станојевић, 2004; Мићановић-Цвејић, 2010). Временом, блиски односи које појединац успоставља у свом одраслом животном добу, посредством трајања унутрашњег радног модела, постају комплементарни са карактеристикама афективне везаности какву носимо из детињства.

Болби постулира постојање *радног модела себе* и *радног модела значајних других.* Модел себе је грађен од скупа веровања о самом себи, који се формира у најранијим афективним искуствима, кроз понављајуће интеракције са родитељима, у зависности од квалитета родитељског односа према детету.

Радни модели других, одсликавају веровања и очекивања детета у односу према другима, такође формираних на основу квалитета раних афективних инетракција са родитељима (Мићановић-Цвејић, 2010; Мићановић-Цвејић и Шимоњи –Чернак, 2014).

## Стилови афективне везаности

Болбијеве тезе преузима и разрађује Мери Ејнсворт (Ainsvorth, 1978), сачинивши прву класификацију стилова (организација, облика) афективне везаности, у зависности од разлика у квалитету сигурности детета у доступност и осетљивост мајке, у оносу на сигнале, којима дете изражава своје потребе.

Организације афективне везаности се деле на :

1. *Сигурна афективна везаност*

Овај облик везаности одликује мајчина сензитивност и доступност за потребе детета. Кроз узајамно искуство функционалних интеракција, дете гради представу о себи као о бићу које завређује љубав и пажњу, али и слику о другима као добрим (Мићановић-Цвејић et al., 2009). У одраслом добу испољавају довољно самопоуздања,

испољавају комуникативност и капацитет за формирање блиских односа.

Несигурна афективна везаност се испољава у следећим облицима:

2. *Избегавајућа афективна везаност*

У ситуацијама када дете има искуство мајчиног континуираног, доследног нереаговања на његове потребе, оно поступно формира слику о себи као о особи која не заврђује љубав и пажњу, али и слику о другима као о особама које га одбацују. У одраслом добу, партнерске везе одликује емоционална хладноћа, тешкоће у адекватном тумачењу социјалних и емоционалних стимулуса, неадекватна емоционална реакција у виду емоционалног удаљавања, повлачења, незаинтересованости.

3. *Амбивалентна афективна везаност*

Овакав стил се формира када мајка недоследно реагује на потребе детета. Пошто је несигурно у мајчину респонзивност, дете бира стратегију интензивног везивања за мајку, како би обезбедило мајчину физичку присутност.

У партнерским везама, испољавају наглашено везивање, често проверавају ниво партнерове оданости и наклоности, настоје да партнера контролишу, како би предупредили могућност да буду остављени (Norvud, 2008, према Мићановић-Цвејић et al., 2009).

4. *Дезорганизована афективна везаност*

Овакве везе остварују деца чији су родитељи душевно оболели или физички злостављани. Имају амбивалентан однос према везивању. У партнерским везама испољавају тешкоће у контролисању беса, тешко остварују блискост (иако теже за њом), високо су анксиозни, погрешно интерпретирају емоционално обојене сигнале и потребе (Мићановић-Цвејић и сар., 2009).

## Депресија

Учесталост депресија се последњих година повећава, уз приметну тенденцију испољавања на све нижим добним скупинама. Са конгреса Светске Психијатријске Асоцијације, одржаног 2010.год. у Санкт Петерсбургу, упозорено је да ће до 2030.год. депресија постати водећи светски здравствени проблем!

Туга, као једна од примарних људских емоција, преставља универзални део људског искуства. Зависно од личних особина, срединских околности, особености животног стила, туга је уобичајена људска реакција на губитке, осујећења, разочарења (Мићановић-Цвејић, 2010).

Када доживљај туге по свом интензитету, квалитету и трајању превазиђе оквире околности који га изазивају, тада говоримо о депресији. За разлику од туге која има капацитет да обогати људско искуство, када се нпр. кроз процес туговања превазилази губитак, или обесхрабреност, изградњом примеренијих одбрана, клиничка депресија је теже стање, са често хроничним током (Мићановић-Цвејић, 2010).

Депресија је емоција туге која по свом интензитету превазилази узрочник који је изазива, уз немогућност контроле реалности и компензације (Тимотијевић и Драганић-Гајић, 2007). Депресивна стања углавном садрже следеће групе симптома (Мићановић-Цвејић, 2010):

Промене расположења и осећања-снижено расположење, плачљивост, губитак способности да се доживи радост живљења, осећање бесперспективности, песимизма, бесмисла.

Сметње сазнајних процеса: опадање интелектуалних интересовања, успореност мисаоног тока, монотематско везивање за депресивне идеје, ослабљено упамћивање, продужено време реакције. Могу се јавити и прецењене мисли о властитој кривици, сагрешењу, о смрти,

могућност појаве депресивних суманутости у психотичним епизодама депресије.

Поремећаји покрета: успореност покрета, успореност моторичких ракција на подражаје, ослабљена гестовна и мимичка експресија, моторни шаблон ригидан. У стањима тешке депресије, моторика може бити измењена не само до нивоа тзв. депресивног ступора (одсуство покрета и било какве иницијативе), већ и до нивоа психомоторне агитације, са убрзаним покретима који су корелати унутрашњег неподношљивог осећаја тескобе, туге, пропасти, бесперспективности.

Сметње социјалних односа: редукација социјалних интересовања, повлачење из друштвених ситуација, свођење социјалних односа на најнужнију и конвенционалну форму без емоционалног продубљивања релација, опадање социјалних вештина, опадање иницијативе за стварање нових контаката, опадање капацитета за емпатију. У стањима дубоке или психотичне депресије, социјални живот може бити измењен до нивоа потпуне социјалне изолације.

Остале промене: опадање вољно-нагонскиих динамизама (опадање вољних делатности, промене у либиду, у апетиту, у квалитету и континуитету спавања), снови са депресивним темама, брза заморљивост, тешкоће да се толеришу свакодневна животна оптерећења, снижена афективна толеранција на осујећења, бројне соматске сметње, повремена дисконтрола агресивности.

Поједини аутори (нпр. Beck & Alfort, 2009), депресију одређују преко постојања следећих карактеристика:

- -специфичне алтерације у расположењу-туга, усамљеност, апатија;
- -негативни селф-концепт повезан са само-прекором и само-осудом;
- -регресивне и самокажњавајуће жеље: потреба да се побегне, сакрије, умре;
- -вегетативне промене: анорексија, инсомнија, пад либида;

– -промене у нивоу активности: ретардација или активација.

Описани симптоми се могу јавити у различитим комбинацијама, чинећи индивидуално специфичну, полиморфну клиничку презентацију (Мићановић-Цвејић, 2010). Клиничке слике се разликују обзиром на психолошку И биолошки диспозицију за развој депресивног поремећаја, специфичности у животној историји пацијента, флуктуације у развоју симптома током времена, тренутне животне околности пацијента, постојање психосоцијалних стресора, итд. (Мићановић-Цвејић, 2010). Код неких депресивних особа, симптоми су претежно неуровегетативног типа, уз порицање доживљаја туге. У неким случајвима, доживљај туге се минимизира те се у први план истиче субјективни значај неког специфичног догађаја у животу.

## Депресивност као тип личности

Клаин (Klein, 1990, према Нововић, 2004), описује депресивну личност уз помоћ седам група депресивних црта:

1.мирна, интровертована, пасивна и неасертивна; 2.туробна, песимистична, озбиљна и неспособна за шалу; 3.самокритична, самооптужујућа; 4. скептична, хиперкритична и тешко удовољива; 5. савесна, одговорна и самодисциплинована; 6. замишљена и забринута; 7.преокупирана негативним догађајима, осећањем личне неадекватности и властитим недостацима.

У тренутно постојећим класификаторним системима, депресивна личност се описује као дистимија. Упркос напорима, нису избегнута преклапања садржаја међу јединицама класификаторног система, нити постоји потпуна прецизност у дефинисању појединих категорија. У Међународној класификацији болести (ICD-10, Светска здравствена организација, 1992), депресивна стања су обрађена у групи поремећаја расположења.

## Анксиозност

Термин *анксиозност* у литератури нема уједначено значење-некада се користи за означавање тренутних стања или појава које су део репертоара здравог душевног живота човека, док некада означава психопатолошку категорију која је самостални ентитет, или пратилац душевних и телесних стања, болести и поремећаја (Мићановић-Цвејић, 2010).

Крстић у Психолошком речнику анксиозност дефинише као афективно стање, наводећи да је то "стерпња, страх без очигледног спољашњег повода (Крстић, 1988), или као "јака забринутост која се јавља пред неком ситуацијом или догађајем" (Нова *Larusse* енциклопедија, 1999, према Нововић, 2004).

Стања анксиозности, заједно са афективним поремећајима, представљају најучесталија психопатолошка стања данашњице.Обзиром да стања анксиозности имају разноврсне форме испољавања, може се рећи да је то мултидисциплинарно подручје, у којем се преплићу сазнања из различитих научних области (Мићановић-Цвејић, 2010).

## Однос између анксиозности и страха

Термини анксиозност и страх се често преплићу. Преовладавају два гледишта која се тичу односа анксиозности и страха (Старчевић, 1997, према Мићановић-Цвејић, 2010): по једном гледишту, разлике између феномена анксиозности и страха су у нијансама. По другом становишту, реч је о фундаментално различитим појавама.

По првом гледишту, које заговара тезу да је реч о минималним разликама између страха и анксиозности, наглашава се да оба стања представљају реакцију на опасност. Међутим, док је страх реакција на опасност која је спољашња и позната, дотле је анксиозност реакција на опасност која је непозната, нејасна и која потиче од

унутрашњег психичког конфликта (Старчевић, 1997, према Мићановић-Цвејић, 2010).

Гледиште које говори да је реч о суштински различитим стањима, истиче да је анксиозност недиференцирано, хронично когнитивно-емоционално стање које одликује претарно, застрашујуће ишчекивање опасности у будућности (Мићановић-Цвејић, 2010). За разлику од дифузне анксиозности, страх је високо диференцирана, интензивна реакција на објективно постојећу опасност.

## Нормална и патолошка анксиозност

Без обзира које становише се прихвата о односу између анксиозности и страха, анксиозност је саставни део човековог емоционалног живота. Ипак, као критеријуми за разликовање "нормалне" од патолошке анксиозности су:

- интрензитет
- трајање

контекст, односно, примереност или непримереност околностима које су изазвале страх или анксиозност

ефекти на свакодневно понашање и функционисање (Старчевић, 1997, према Мићановић-Цвејић, 2010).

Анксиозност има неколико сегмената: субјективну (у сфери личних доживљавања), физиолошку, когнитивну и манифестовање на плану понашања (Мићановић-Цвејић, 2010).

## Сагледавање анксиозности и депресије кроз призму теорије афективне везаности

Иако су депресија и анксиозност као феномени неодвојиви од социјалног и психолошког контекста, улога социјалних и

емоционалних фактора у етиологији и генези поремећаја, није потпуно јасно одређена. Бројни модели нуде различита сазнања, у којима се социјални и психолошки чиниоци позиционирају различито: као етиолошки чиниоци, затим као преципитирајући или декланширајући фактори, као последице или као корелати поремећаја, или као модераторски чиниоци који обликују поремећај узрокован биолошки датом диспозицијом. Јединствено гледиште по питању улоге емоционалних фактора у генези депресије и анксиозности, не постоји (Мићановић-Цвејић, 2010).

Болби се није слагао са монолитним психоаналитичким фокусирањем Едиповог комплекса као извора психопатологије и покретача емоционалног развоја детета, већ реалне животне догађаје из раног искуства, попут губитака и сепарација, сагледава као катализаторе за каснији патолошки емоционални одговор. Већина истраживања која се бавила односом изеђу организације афективне везаности и анксиозности, односно депресије, потврђује везу између депресивних и анксиозних симптома са несигурном афективном везом.

Неадекватна афективна веза је основ за развој анксиозности, депресије и негативних емоционалних стања, у ситуацијама када је особа суочена са новим социјалним искуствима (Watters, & Cummings, 2000). Санд и Викстром (Sund & Wichstrom, 2002), на узорку тинејџера, старости између 12 и 14 година, утврђују да несигурна веза са родитељима може допринети развоју депресије.

У већини истраживања у којима се тражи веза између појединих стилова (организација, облика) афективне везаности и депресије, односно анксиозности, потврђује се корелација несигурних афективних веза са депресијом, односно, анксиозношћу. Maris и сар. (Muris et al., 2000), проучавајући методом самоизвештаја на узорку дванаестогодишњака, везу између стилова афективне везаности и нивоа анксиозних и депресивних симптома, уочавају да деца која су себе сврстала у категорију несигурне афективне везаности, имају наглашеније симптоме депресије, тј. анксиозности, од деце која су се сврстала у сигурну афективну везаност. Кол са сар. (Cole, et al.,

2007), проучавајући понашање које карактерише научена беспомоћност, на узорку деце предшколског узраста, уочава да су извештаји родитеља о негативним животним догађајима, затим о неадекватном родитељству, повезани са наученим понашањем беспомоћности, које су истраживачи проучавали задајући деци да реше захтевне задатке у виду пазл-слагалица.

Резултати овог истраживања потврђују претпоставке о срединским утицајима у формирању депресивног експланаторног и атрибуционог стила.

Кинеј са сар. (Kenny, et al., 1993), на узорку деце основношколског узраста, користећи се Болбијевим теоријским поставкама о формирању унутрашњег радног модела, проналазе утицај слике о себи, само-вредновања, на развој депресивне симптоматологије.

У истраживању које су спровели Ли и Хенкин (Lee & Hankin, 2009), на узорку од 350 тинејџера, који су методом самоописа одређивали карактеристике афективне везаности али и присуство симптома анксиозности и депресије, уочено је да постоји повезаност између припадности несигурним стиловима афектзивних веза са манифестовањем симптома анксиозности и депресије. У том истраживању, ниско самовредновање и дисфункционални ставови, третирани су као медијатори између симптома анксиозности, односно депресије, и облика афективне везаности.

Када је у питању однос између психопатолошких одговора и система афективне везаности у одраслом животном добу, већина истраживача сагледава однос између психопатолошких симптома и карактеристика афективне везаности у партнерским или брачним релацијама (које у одраслом добу постају симболичка супституција за односе са примарним фигурама везаности, тј. са родитељима).

Особе са несигурним стиловима афективних веза могу да испољавају депресивну симптоматологију, док њихове партнерске везе карактерише низак ниво задовољства, за разлику од особа са сигурним афективним везама (Brennan & Shaver, 1995). На узорку од 284 одрасле особе, Марганска са сар. (Marganska et al., 2013)

проналази да испитаници који имају несигурну афективну везаност, показују виши степен депресивности, генерализоване анксиозности и емоционалну дисрегулацију, док особе чија је афективна везаност окарактерисана као сигурна, ретко испољавају симптоме депресивности, генерализоване анксиозности и показују успешнију емоционалну контролу.

Особе са несигурним организацијама раних афективних веза, касније током живота испољавају ниско самопоштовање, минимум блиских веза и мање успешне животне сценарије (Torquati & Vazsonyi, 1999). Несигурни стилови раних афективних веза могу бити претходница у развоју анксиозности и депресије (Williams & Riskind, 2004). Особе које имају сигурне стилове афективне везаности манифестују виши ниво позитивних емоција, више енергичности, виши степен емоционалне повезаности са другима (Torquati & Raffaeli, 2004).

На истраживању спроведеном у нашој средини (Мићановић-Цвејић и сар., 2009), уочено је да код депресивних испитаника постоји виши степен испољавања тзв. амбивалентне везаности у брачним односима, у односу на здраве испитанике, без обзира на њихову полну припадност.

Испитивањем карактеристика афективне везаности у партнерским односима код депресивних испитаника (Мићановић, 2005), утврђено је да депресија нема утицај на стилове везаности у партнерским односима, али да утиче на стилове везаности у осталим блиским односима. Резултати овог истраживања, спороведеног на одраслим испитаницима са релативно лакшим облицима депресије, показали су да рана афективна везаност има утицај на стилове партнерских афективних веза.

У истраживању спроведеном на узорку од 210 испитаника (Мићановић-Цвејић, 2010), где је, поред контролне групе здравих особа, постојала група анксиозних и група депресивних испитаника, испитиване су карактеристике афективних веза кроз целоживотни контекст. Рана афективна везаност је испитивана ретроспективно, као актуелне менталне репрезентације у погледу раног осећајниог искуства. Испитивани су најважнији емоционални односи које

појединац успоставља у одраслом животном добу: партнерски односи, породични односи, затим и остале блиске везе, као и карактеристике тзв. социјалне мреже појединца.

Уочено је да у здравој групи испитаника постоји превага сигурног стила раних афективних веза, док у психопатолошком узорку постоји превага несигурне афективне везаности. Резултати овог истраживања доводе у везу анксиозност, односно депресију, са несигурним стиловима афективних веза у свим испитиваним облицима емоционалних веза које формирамо током одраслог доба живота. Резултати су такође упутили на чињеницу да се на узорку депресивних испитаника, угл. проналазила превага тзв. амбивалентне ране афективне везаности, док се на узорку анксиозних испитаника угл. проналазила превага избегавајућег стила ране афективне везаности.

Робин Норвуд (Norvud, 2008) говорећи о узајамности односа између депресије и дисфункционалних партнерских веза код жена, истиче да депресивне жене често бирају везе које пружају "неопходну деструкцију"- наиме, све док су окупиране хаотичним и деструктивним везама (које су, парадоксално, биохемијски и психолошки стимулативне) сувише су узбуђене да би запале у стање депресије.

Бројна истраживања потврђују везу између депресије и анксиозности са несигурним стиловима афективних веза-било да је реч о испитивању ране афективне везаности, или афективне везаности у одраслом животном добу.

Истраживачи се некада циљано усмеравају само на уопштено прављење дистинкције између сигурног и несигурног стила афективне везаности, без сачињавања суптилније диференцијације унутар различитих стилова несигурне афективне везаности, чиме се олакшава интерпретабилност резултата.

Такође, прегледом истраживачких радова, угл. се уочава да поређењем психопатолошких група (тј. испитаника са симптомима анксиозности и депресије) са контролним групама здравих

испитаника, постоји превага несигурне афективне везаности у психопатолошким узорцима. Али, нешто ређе се среће јаснија дистинкција у типологији несигурне везаности између анксиозних и депресивних особа. Можда разлог томе лежи у чињеници да су депресивност и анксиозност често коморбидна стања, те се у ICD-10 (ICD-10, Светска Здравствена Организација, 1992) препознаје тзв. "мешовити анксиозно- депресивни поремећај" као засебна дијагностичка категорија, у којој су симптоми анксиозности и депресије развијени у истом интензитету.

Поједини аутори чак заговарају унитаристичку концепцију по којој су анксиозност и депресија само различите манифестације истог или сличног стања (нпр.Tyrer, 1990, према Нововић, 2004).

У истраживању спроведеном у нашој средини (Мићановић-Цвејић, 2010), поређењем карактеристика ране афективне везаности у групама одраслих, депресивних и анксиозних испитаника, уочено је да депресивни испитаници испољавају угл. амбивалентну, док анксиозни испитаници угл. испољавају избегавајућу афективну везаност. Антиципација лошег искуства у социјалном контексту, типична за избегавајућу аафективну везаност, јесте и једна од одлика анксиозности. Ово се нарочито запажа код социјалне анксиозности, где особа очекује социјалну непријатност и негативну социјалну евалуацију. Посматрано из тог угла, чини се разумљивим да код анксиозних испитаника постоји превага избегавајуће афективне везаности.

Корелација између депресивних сипмтома и несигурно-амбивалентне афективне везаности, потврђена је у бројним истраживањима (нпр. West & George, 2002; Мићановић-Цвејић et al., 2009; Мићановић-Цвејић, 2010).

## Закључак

Депресија и анксиозност представљају водећа психопатолошка стања данашњице, према учесталости појављивања. Епидемиолошке студије говоре о манифестовању симптома на све нижим животним узрастима. Озбиљност клиничких импликација, затим емоционална, професионална, социјална дисфункционалност анксиозних и депресивних особа, оправдавају потребу даљег изучавања ових емоционалних стања.

Теорија афективне везаности пружа одговарајући концептуални оквир за разумевање емоционалног оквира анксиозности и депресије.

Премда је на научну сцену уведена средином прошлог века, као антитеза до тада владајућој психоаналитичкој доктрини, теорија је доживела емпиријски и теоријски процват. Теорија говори о тзв. унутрашњем радном моделу, као о менталној мапи коју појединац гради на основу серије репетитивних интеракција коју у раном детињству формира са примарним стараоцем-у првом реду са мајком. На основу квалитета ове интеракције, ствара се сустем уверења о самом себи, о другим људима, о свету који нас окружује. Ови ментални модели имају целоживотни карактер, обликујући великим делом и све друге блиске односе које формирамо у одраслом добу живота. Афективна везаност је целоживотна карактеристика (Daniel, 2014) - када искусимо недаће, болест, губитке, систем афективне везаности се активира, наводећи нас да утеху тражимо од породице или пријатеља.

Теорија нуди диференцијацију организација (стилова, облика) афективне везаности (Goldberg, 2013), те се говори о сигурној афективној везаности и тзв. несигурној афективној везаности. Унутар несигурне афективне везаности, постоји диференцијација на тзв. амбивалентну, дезорганизовану и избегавајућу афективну везаност.

Већина истраживача уочава повезаност између несигурних афективних веза, са једне стране, и депресије, односно анксиозности, са друге стране (нпр. Watters & Cummings, 2000; West & George, 2002; Мићановић-Цвејић, 2010; Мићановић-Цвејић и Шимоњи-Чернак, 2014; Pasco Fearon & Roisman, 2017). Ипак, сама природа везе између депресије, односно анксиозности и карактеристика афективне везаности, није довољно разјашњена (Мићановић-Цвејић и Шимоњи-Чернак, 2014).

У већини радова се избегава дефинисање афективних стилова као етиолошких фактора за развој депресије, односно анксиозности; све чешће се говори о интерактивном односу биолошке диспозиције и осећајних искустава у генези депресије и анксиозности (Мићановић-Цвејић и Шимоњи-Чернак, 2014). Истиче се могућност имплементације теорије везаности у психотерапијском третману депресије и анксиозности. Улога саветовања и психотерапије код младих особа са симптомима депресије је веома важна (Issakainen & Hanninen, 2016).

У психотерапијском процесу, задатак терапеута би био да начини добру афективну везу, како би задовољио емоционалне потребе клијента, чиме би се начинило корективно осећајно искуство за промену радних модела од несигурних према сигурним.

## Литература


1. Ainsworth, M.D.S., Blehar,M.C., Waters, E., Wall,S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
2. Beck, A., Alford, B. (2009). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia, Pensyvania,University of Pennsylvania Press.
3. Brennan, K.A., Shaver, P. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship

functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, Vol.**21,** 267-284.

4. Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol 1: Attachment,* New York , Basic Books.

5. Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London, Routledge.

6. Cole, D.A., Warren, D.E., Dallaire, D.H., Lagrange, B., Travis, R., Ciesla, J. (2007). Early Predictors of Helpless Thoughts and Behaviors in Children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, Vol.*12, No.2**,** 295-312.

7. Daniel, S.(2014). *Adult Attachment Patterns in a Treatment.*London,Routledge.

8. Goldberg, S.,Muir, R., Kerr,J. (2013). *Attachment theory: Social, Developmental, and Clinicial Perspectives.* NY, Routledge.

9. Holmes,J.(2014). *John Bowlby and Attachment Theory.*London, Routledge.

10. Issakainen, M.,Hanninen, V. (2016). Yong people/s narratives of depression. *Yournal of Youth Studies.* Vol.19, 237-250.

11. Lee, A.,Hankin, B.(2009). Insecure Attachment, Dysfunctional Attitudes, and Low Self-Esteem Predisting Prospective Symptoms of Depression and Anxiety During Adolescence. *Journal of Clinical Child &Adolescent Psychology.*Vol.38, No.2, 219-231.

12. Kenny, M., Moilanen, D., Lomax, R., Brabeck, M. (1993). Contributions of Parental Attachments to View of Self and Depressive Symptoms among Early adolescents. *The Journal of Early Adolescence,* Vol.13, No.4, 408-430.

13. Krstić, D. (1988). *Psihološki rečnik.* Beograd, Vuk Karadžić.

14. Marganska, A.,Gallagher, M., Miranda, R. (2013). Adult Attachment, Emotion Dysregulation, and Symptoms of Depression and Generalized Anxiety Disorder. *American Journal of Ortopsychiatry.*Vol.83, No.1, 131-141.

15. Mićanović, Ž. (2005*). Afektivna vezanost depresivnih osoba u partnerskim odnosima.* Magistarski rad. Novi Sad.Filozofski fakultet.

16. Mićanović-Cvejić, Ž., Šakotić-Kurbalija, J., Kurbalija, D. (2009). Ambivalentna afektivna vezanost u bračnim odnosima. *Psihijatrija danas,* Vol.41, No. 1-2, 43-53.

17. Mićanović-Cvejić, Ž. *Afektivna vezanost u anksioznim i depresivnim stanjima.*Doktorska disertacija.Novi Sad. Filozofski fakultet.

18. Mićanović-Cvejić, Ž., Šimonji-Černak, R. (2014). Karakteristike afektivne vezanosti u depresivnim i anksioznim stanjima. *Primenjena psihologija.*Vol.2,157-172.

19. Mićanović-Cvejić, Ž. (2016). Adaptacija dece na predškolsku ustanovu sa aspekta teorije afektivne vezanosti. *Naučno-stručna konferencija"Kvalitet savremenog vaspitanja i obrazovanja",* Visoka škola strukovnih studija za vaspitače, Šabac, 309-31720.

20. Muris, P., Mayer, B., Meesters, C. (2000). Self-reported Attachment Style, Anxiety, and Depression in Children. *Social Behavior and Personality: an international journal*,Vol. 28, No.2, 157-162.

21. Norvud, R. (2008). Žene koje suviše vole. Beograd. Evro-Giunti.

22. Novović, Z. (2004). *Diskriminativni značaj kognitivnih, afektivnih i akcedentalnih varijabli u diferenciranju depresivnih i anksioznih stanja*. Doktorska disertacija. Novi Sad. Filozofski fakultet.

23. Pasco Fearon, R.M., Roisman, G. (2017). Attachment theory: progress and future directions. *Current Opinion in Psychology.* Vol.15,131-136.

24. Stefanović- Stanojević, T. (2004). *Emocionalni razvoj ličnosti*. Beograd. Centar za primenjenu psihologiju.

25. Stojić, O.,Divljan, S., Avramov, N. (2010). Adaptacija dece jaslenog uzrasta u kontekstu teorije afektivne vezanosti: iskustva

predškolskih ustanova Srema. *Primenjena Psihologija.*Vol.4, 357-376.

26. Svetska zdravstvena organizacija. (1992). ICD-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja: Klinički opisi i dijagnostička uputstva. Beograd. Zavod za izdavanje udžbenika.

27. Sund,A.M., Wichstrom L. (2002). Insecure attachment as a risk factor for future depressive symptoms in early adolescence. *Journal of American Academy Children Adolescent Psychiatry,*Vol. 41, No. 12**,** 1478-1485.

28. Timotijević, I., Draganić-Gajić, S. (2007). Poremećaji raspoloženja. U Jašović-Gačić, M., Lečić-Toševski, D. *Psihijatrija*.Beograd. Univerzitet u Beogradu. Medicinski fakultet.

29. Torquati, J.C., Raffaeli, M. (2004). Daily Experiences of Emotions and Social Contexts of Securely and Insecurely Attached Young Adults. *Journal of Adolescent Research,* Vol.19, No.6, 740-758.

30. Torquati, J.C., Vazsnyi, A.T. (1999). Attachment as an organizational construst for affect, appraisals, and coping of late adolescent females. *Journal of Youth and Adolescence*, Vol.28, No. 5, 545-553.

31. Waters, E., Cummings, E.M. (2000). New directions for child development in the twenty-first century: A secure base from which to explore close relationships. *Child Development,* Vol.71, No. 1, 164-172.

32. Williams, N.L., Riskind, J.H. (2004). Adult Romantic Attachment and Cognitive Vulnerabilities to Anxiety and Depression: Examing the Interpersonal Basis of Vulnerability Models. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, Vol**.**18, No.1, 7-24.

33. Zazo, R. (1980). *Poreklo čovekove osećajnosti*, Beograd.Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.

# NATURE OF THE AFFECTIVE ATTACHMENT IN THE STATES OF ANXIETY AND DEPRESSION

*Živka Mićanović-Cvejić*[1]

## Abstract

*Depression and anxiety are the most common psychopathological conditions nowadays. The theory of affective attachment provides an appropriate conceptual framework for the understanding of the genesis of depression and anxiety. In this paper, which is theoretical, an overview and comparison of contemporary theoretical and empirical findings, which examine the interpersonal aspects of depression and anxiety through the prism of the theory of affective attachment, are made. The theory of affective attachment emphasises the role of early sensory experience and thus parents are being viewed as moderators of the child's psyche. By repeating the interaction between a parent and a child, the child forms an internal working model - a relatively permanent belief about oneself, about other people, about the world that surrounds it. Based on the quality of parents' care for the child, four forms of affective attachment are noticed (secure affective attachment, as well as three forms of insecure attachment: disorganized, ambivalent and rejective). The results of numerous studies indicate insecure affective attachment as a risk factor in the development of depression and anxiety. The increase in the number of patients, then their social, emotional and professional disfunction, justify the need for further study of depression and anxiety.*

Key words: *depression, anxiety, theory of affective attachment, secure affective attachment, insecure affective attachment, internal working model of attachment*

[1] Živka Mićanović-Cvejić, Psychologist, Doctor of Psychology, General Hospital Loznica - Republic of Serbia, tel: +381628043093, e-mail: zivkacvejic@gmail.com

UDC 159.937.51.072: 75.038

# RELATION BETWEEN THEORY OF DYNAMIC COMPETENCES AND THE AMOUNT OF INFORMATION IN ESTIMATION OF ARTISTIC PAINTINGS

*Nebojša Milićević*[1]*; Ana Jovančević*[2]

## Abstract

*The aim of this research was to check relation between theory of dynamic competences in art and the amount of information respondents are given about the paintings. This relation was examined experimentally. There were four groups of respondents with different amount of information, who graded paintings on three levels of perception mentioned in theory of dynamic competences in art (H-harmony, R-redundancy, and D-distance). Results show that there are differences between different groups of respondents when it comes to estimation of affiliation of paintings to H level and to D level, but there weren't any differences when it comes to estimation of paintings affiliation to R level.*

Key words: *theory of dynamic competences, information, harmony, redundancy, distance*

## Introduction

Theory of dynamic competences in art is a product of series of experiments conducted in experimental laboratory at Faculty of Philosophy in Belgrade, done by Ognjenovic and his colleagues

[1] Nebojsa Milicevic, Doctor of Science, Assistant Professor, Faculty of Philosophy in Nis, Cyril and Methodius 2, 0613661111, nebojsa.milicevic@filfak.ni.ac.rs

[2]Ana Jovačević, psychologist, Faculty of Philosophy in Niš, Cyril and Methodius 2, 0695761563, jutarnjakafa15@gmail.com

(Ognjenovic, 1980, 1991, 1994, 2003). This author and his colleagues gave respondents stimuli transform in the way that one stimulus could be presented to respondents in three different states according to its complexity (simple, ornate and balanced stimuli). More precisely, transformed painting represented three level of cognitive processing of paintings: H level – or Harmony. This level represented simplification of paintings; R level – or Redundancy. This level represented ornamentation of paintings; D level – or Distance. This level represented original art peace (Ognjenovic, 1980, 1991, 1994, 2003). For different presentation time respondents preferred paintings from different levels. For presentation time of 500 milliseconds respondents preferred H level, for presentation time of 100 milliseconds respondents preferred R level, and for presentation time of 1500 milliseconds respondents preferred D level. This speaks in favor of preposition that stimuli on H level are the most complex ones and that they require largest time periods for being processed (Ognjenovic, 1980, 1991, 1994, 2003).

This theory has been checked on many problems of psychology of art, on many artistic movements and on many populations. For example, it has been shown that a part of respondents prefer the same level independently on time of exposure (Ognjenović, 1980), and Graovac (1989) showed that respondents prefer R level of stimulation. Some researches show that respondent differ artistic value from their own preference for the paintings (Škorc, Vuković, Stojadinović & Morača, 1994) and that they grade representational paintings as more likable but modern art as paintings with higher artistic value (Milićević, Nešić, Želeskov & Nedeljković 2002; Milićević, Želeskov, Stanković, & Ranđelović, 2003). Experiments on artistic and non-artistic populations have also been conducted, and they have shown that artistic education influences the process of making the aesthetical decisions (Ognjenovic & Moraca, 1994; Skorc, 1994; Pejic et al., 1997; Pejic et al., 1998). For example, Ognjenović and Morača (1994) have found that respondents from non-artistic population make a difference between what they find to be pretty and what they find to be artistically valuable, while no such tendencies were found on population of artists. Also, Škorc (1994) found that artistic people had more stringent

criteria when evaluation an art peace than did people from non-artistic population.

Experiment have also shown that making an aesthetical decision is a developmental phenomenon (Marković & Marković, 1994) and that people make different decisions in different age, but constant to other people with same age. It has been found that children under the age of five prefer stimuli on H level, that ten year old children prefer stimuli on R level, and that sixteen year old children (and older) start to prefer stimuli on D level.

Some other variable for which has been established that it influences aesthetic decisions were gender (Ognjenović, Morača, Koprek & Škorc, 2004) and preferred color (Škorc, Morača, Koprek, Ognjenović, N. & Ognjenović, P., 2004).

Many other experiments and examinations of this theory have been done, but none of them examined relation between estimation of paintings belonging on one of those three levels of stimulation and the amount of information respondents were given about the paintings. This is what we tried in this research.

When it comes to amount of information given to the paintings, this variable was long examined in the context of art perception. Many researches also examined this topic (Mills, 2001; Leader et al., 2006; Swami, 2012; Temme, 1992; Specht, 2008, as cited by Bordens, 2010; Bordens, 2010; Cleeremans at al., 2016; Lauring et al., 2016). Mills (2001), for example, showed that larger amount of information leads to higher preference for the paintings, but only for abstract ones, Specht (Specht, 2008, as cited by Bordens, 2010) also showed that larger amount of information leads to higher preference for the paintings, but only for representational art. Cleeremans et al., (2016) showed that knowing name of the author of the painting can also influence the hedonistic value of the paintings. Lauring et al. (2016) found than knowledge of the price of the painting can also influence its hedonistic value, more precisely, knowing the price of the painting can lead to higher hedonistic value of that painting for respondents in question.

Information leads to higher understanding of the world around us, and this of course can be applied to art as well. Some researchers postulated that enjoyment of the art is partially dependent upon our understanding of art in question (Russell, 2003), and information is a key of understanding.

Smith et al., (2006) conducted a research in which respondents rated paintings while exposure to the title was varied in the way that one group of respondents rated paintings while seeing their title and the other rated them not knowing their title. Results have shown that exposure to the title doesn't influence the evaluation of paintings. This is in accordance with study conducted by Leader et al., (2006) which showed that exposure to the short title of the painting doesn't influence preference for that painting, but exposure to the descriptive title does.

From all said above it can be seen that both theory of dynamical competences and the amount of information can explain the part of painting preferences, because both mentioned theory and amount of information are important for explaining the hedonistic value of the painting, we will try to find the connection between these two in this research in order to deepen our understanding of the process of aesthetic evaluation and estimation of artistic paintings. Connection between theory of dynamic competences and the amount of information would also be significant for examination of aesthetic perception of the artistic paintings because, if we show that this connection exist, it could mean that the amount of information could be the confounding variable in studies of aesthetic perception which include population of artists and non-artists, because these two populations vary from the beginning on the amount of information available to them when estimating an art piece.

## Methodology

### Instruments

Instruments used in this research were twelve semantic differential scales regarding concepts from theory of dynamic competences: H level (four

scales), R level (four scales) and D level (four scales). Also, additional scale regarding hedonistic value of paintings was given to respondents.

## Stimuli

Stimuli were 14 artistic painting ranging from Renaissance through Impressionism to Modern art. Respondents answered questions, given in the form of semantic differential, while looking at the paintings in question. Authors whose paintings were presented to respondents were: Leonardo Da Vinci, Rembrandt Van Rijn, Eduard Manet, Vincent Van Gogh, Pablo Picasso, Salvador Dali and Kazimir Malevich. Two paintings were presented from every one of mentioned authors.

## The sample

The sample was convenient and it consisted of 82 students, of both sexes, average age=19.58. In each stage there was nearly the same number of respondents (N1=20; N2=21; N3=21; N4=20).

## Procedure

The relations we are interested in in this research were being examined through experiment with four groups of respondents. In the first group respondents graded paintings not knowing anything about them. In the second group respondents knew only name of the author of the painting. In the third group respondents knew name of the author, name of the painting and its description. In the fourth group respondents knew all of these information and the estimated value of the painting (presented in American dollars). When it comes to art movement as independent variable, one author was chosen as representative of one of the art movements. Art movements included in the research were: Renaissance,

Baroque, Impressionism, Post-impressionism, Cubism, Surrealism and Abstract art (Russian avant-garde).

## Results and Disscusion

The gathered data was analyzed using SPSS version 21. From the statistical methods ANOVA was used, whereas dependent variables were levels of stimuli from theory of dynamic competences and factor was the amount of information respondents were given.

**Table 1.** Amount of information and differences on H, R and D levels

| Dependent variables | df | F | p |
|---|---|---|---|
| H | 3 | 4.041 | .007 |
| R | 3 | 0.280 | .840 |
| D | 3 | 3.835 | .010 |

Source: *Authors*

From the table above it can be seen that there are statistically significant differences between groups of respondents with different amount of information on H and on D level of paintings. In order to see the nature of those differences post hoc testing has been conducted.

This means that there is a connection between theory of dynamic competences and the amount of information given to the respondents. These results can have an implication for future research into theory of dynamic competences because the amount of information given to the respondents can play a role of confounding variable and thus should be properly controlled in order for results to be valid.

**Table 2.** Post hoc testing for H level as dependent variable

| I | J | (I-J) Mean difference | p |
|---|---|---|---|
| Name of the author | Name of the author, description and price | -.43813 | .003 |

Source: *Authors*

In the table above only statistically significant results were shown. It can be seen that there are differences on the estimation of painting affiliation on H level between group which knew only the name of the author and the group which knew all the information available in this research (name of the author, description and the price), and those differences are in favor of the group with larger amount of information. In other terms, those who knew more about the paintings graded them as paintings with higher level of harmony and symmetry from those who knew less about those same paintings.

Which means that the more information a person has the more painting that person is evaluating seem symmetrical and filed with more harmony than in case that person had less information about the same painting.

**Table 3.** Post hoc testing for D level as dependent variable

| I | J | (I-J) Mean difference | p |
|---|---|---|---|
| No information | Name of the author, description and price | -.36607 | .030 |

Source: *Authors*

From the table above it can be seen that exist, again, only between two groups, between group of respondents which knew nothing about the paintings they graded, and the group with all information available in this research (name of the author, description and the price), and those differences are in favor of the group with larger amount of information. In other terms, those who knew more about the paintings graded them as paintings with higher artistic value, because D level represents original art peace, and if respondents grade something as more “D” than something else, this means that the painting they gave higher scores on D has higher artistic value in their eyes.

From all presented above it is obvious that there indeed is a relation between the levels on witch artistic stimuli are evaluated (H, R and D) and the amount of information a person has available. But the amount of information isn’t relevant for R level of artistic estimation, which can mean that information can’t influence the way a person estimates ornamentation of a painting, the painting is or it isn’t ornamented and the

amount of the information can't change perception of this aspect of a painting among respondents.

## Conclusion

In this paper we tried to connect a theory important for understanding perception of art and a concept for which it has been proven that it influences the perception of art pieces.

The theory of dynamic competences in art argues that there are three levels on which stimuli may appear and for which respondents can affiliate art pieces they see. Those three levels are H level – or Harmony, this level represented simplification of paintings; R level – or Redundancy, this level represented ornamentation of paintings; D level – or Distance, this level represented original art peace (Ognjenovic, 1980, 1991, 1994, 2003).

In previous studies it has been shown that many factor influence making of aesthetical decision when it comes to the three mentioned levels (H, R and D), for example: gender (Ognjenović, Morača, Koprek i Škorc, 2004), preferred color (Škorc, Morača, Koprek, Ognjenović, N. i Ognjenović, P., 2004), age (Marković & Marković, 1994), artistic education (Ognjenovic & Moraca, 1994; Skorc, 1994; Pejic et al., 1997; Pejic et al., 1998).

Also many studies have shown than the amount of information influences the perception of art in a way that larger amount of information can lead to the higher liking of the art (Mills, 2001; Leader et al., 2006; Swami, 2012; Temme, 1992; Specht, 2008, as cited by Bordens, 2010; Bordens, 2010; Cleeremans et al., 2016; Lauring et al., 2016). So in this research we wanted to examine relation between theory that has been proven right on many occasions and the variable "information" whose influence has also been confirmed in many studies.

The results of this study are positive, those who knew all the information graded paintings higher on level H, or more precisely, they graded

painting higher on symmetry and harmony from those who knew less about those paintings.

Also, respondents who knew all the information available in his research graded paintings higher on D level from those who knew nothing about them. This could mean that higher amount of information available can lead to higher appreciation for art because D level represents original art peace, balance between ornamentation and symmetry and by that, paintings on this level hold higher artistic value than those on H and R level.

Results from previous studies which have shown that people from artistic population prefer stimuli on D level could be the key for explaining the result in this study. Namely, people who had artistic education have per se, more information about art and pieces they evaluate than those who don't have artistic education. So the possibility is that differences found between artists and non-artists derive from the amount of information available at any moment to those two populations.

For further research it would be of great significance to examine this preposition on those who populations (artists and non-artists) while controlling variable "amount of information". This would help to examine the results given in this research and to increase our understanding of process of perception of art pieces.

## Literature


1. Bordens, S. K. (2010). Contextual information, artistic style and the perception of the art. *Empirical studies of the art, 28*(1), 111-130.
2. Cleeremans, A., Ginsburgh, V., Klein, O., & Noury, A. (2016). What's in a Name? The Effect of an Artist's Name on Aesthetic Judgments. *Empirical Studies of the Arts, 34*(1), 126–139.
3. Graovac, S. (1989). *Doslednost vizuelne i muzičke estetske preferencije*, Diplomski rad. Beograd: Filozofski fakultet.

4. Lauring, O. J., Pelowski, M., Forester, M., Gondan, M., Ptito, M., & Kupers, R. (2016). Well if They Like it…Effects of Social Group' Raitings and Price Information on the Appreciation of the Art. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts, 10*(3), 344–359.

5. Leder, H., Carbon, C-C., & Ripsas, A-L. (2006). Entitling art: The influence of title information on understanding and apperception of paintings. *Acta Psychologica, 121*, 176-198.

6. Marković, S. i Marković, D. (1994). Razlike u estetskim preferencijama kod dece tri uzrasta. *Psihologija 3*(4), 283-294

7. Millis, K. (2001). Making meaning brings pleasure: The influence of titles on aesthetic experiences. *Emotion, 1,* 320-329

8. Milićević,N., Želeskov, J., Stanković, J., Ranđelović, D.(2003). *Profili slikarskih dela u svetlu različitih estetskih procena.* IX naučni skup: Empirijska istraživanja u psihologiji, Beograd, rezimei.

9. Milićević, N., Nešić, A., Želeskov, J., Nedeljković, J., (2002). *Modusi estetskih dimenzija slika različitih slikarskih pravaca.* VIII naučni skup, Empirijska istraživanja u psihologiji, Beograd, rezimei, str. 17.

10. Ognjenović, P. (1980). *Jedan ili više nivoa estetske odluke*. Rad LEP, 1, 1-14

11. Ognjenović, P. (1991). Processing of aesthetic information. *Empirical studies of the Arts. 9*(1). 1-9

12. Ognjenović, P. (1994). Psihologija umetnosti – istraživanja u nas. Institut za psihologiju. *Psihološka istraživanja 6*, 53-55

13. Ognjenović, P. (2003). *Psihološka teorija umetnosti*. Beograd, Institut za psihologiju

14. Ognjenović, P. i Morača., J. (1994). Pitanje ukusa ili: De gustibus disputandum. *Psihologija 3*(4), 249-264

15. Ognjenović, P., Morača, J., Koprek, V., Škorc, B.(2004). *Modusi estetskog odlučivanja i preferencije boja kod dece na uzrastu od 10 godina*. X naučni skup, Empirijska istraživanja u psihologiji, Beograd, rezimei, str. 21-22.

16. Pejić, B., Grba S., Z., Gazdić, M., Bakić, I., Radonjić, A., Ristić, I., Vukmirica, I., (1998). *Logika crteža i estetska procena*. Naučni skup: IV Empirijska istraživanja u psihologiji, Beograd

17. Pejić, B., Grba Singh, Z., Bakić, I., Radonjić, A., Vukmirica, I., Ristić, I., Vujić, G., Gazdić, M. (1997). *Razlike u estetskim procenama kod studenata psihologije, istorije umetnosti i Fakulteta likovnih umetnosti*. X Kongres psihologa Jugoslavije, Petrovac na moru

18. Smith, L. F., Bousquet, S., Chang, G., & Smith, J. K. (2006). Effects of Time and Information on Perception of Art. *Empirical studies of the art, 24*(2), 229-242

19. Swami, V. (2013). Context Matters: Investigating the Impact of Contextual Information on Aesthetic Appreciation of Paintings by Max Ernst and Pablo Picasso. *Psychology of Aesthetics, Creativity and the Arts, 7*(3), 285-295.

20. Škorc, B., Vuković, I., Stojadinović D., Morača., J. (1994). Umetnost i lepo za mene. *Psihologija 3*(4), 265-270

21. Škorc, B. (1994). Afektivne dimenzije estetske odluke. *Psihologija 3*(4), 311-324

22. Škorc, B., Morača, J., Koprek, V., Ognjenović, N., Ognjenović, P. (2004). *Značenje boja i modus estetskog odlučivanja kod dece na prelazu sa konkretnog na formalizovani operativni princip kognicije*. X naučni skup, Empirijska istraživanja u psihologiji. Beograd, rezimei, str. 20-21.

23. Temme, J. E. (1992). Amount and kind of information in museums: Its effects on visitors satisfaction and appreciation of art. *Visual Arts Research, 18,* 28-36. Retrieved from http://www.jstor.org/stable/20715779

# ОДНОС ИЗМЕЂУ ТЕОРИЈЕ ДИНАМИЧКИХ КОМПЕТЕНЦИЈА И КОЛИЧИНЕ ИНФОРМАЦИЈЕ У ПРОЦЈЕНИ УМЈЕТНИЧКИХ СЛИКА

*Небојша Милићевић*[1]; *Ана Јованчевић*[2]

**Апстракт**

*Циљ овог истраживања био је да се испита однос између теорије динамичких компетенција у уметности и количине информација које испитаници добију о сликама. Овај однос је испитан експериментално. Постојале су четири групе испитаника са различитом количином информација, које су оцењивале слике на три нивоа перцепције која су поменута у теорији динамичких компетенција у уметности (Х-хармонија, Р-редундантност и Д-дистанца). Резултати показују да постоје разлике између различитих група испитаника када је у питању процена припадности слика на нивоима Х и Д, али није било разлика када је у питању процена припадности слика на нивоу Р.*

Кључне речи: *теорија динамичких компетенција, информација, хармонија, редундантност, дистанца*

[1] Небојша Милићевић, доктор наука, доцент, Филозофски факултет у Нишу, Ћирила и Методија 2, 0613661111, nebojsa.milicevic@filfak.ni.ac.rs

[2] Ана Јовачевић, дипломирани психолог, Филозофски факултет у Нишу, Ћирила и Методија 2, 0695761563, jutarnjakafa15@gmail.com

UDK 159.97.072-053.8

# OCCURRENCE OF ANXIETY IN THE MIDDLE ADULTHOOD

*Tanja Panić*[1]*; Jelena Opsenica Kostić*[2]

## Abstract

*People change and evolve, face different challenges in adulthood, which is the longest period in the life of man. Anxiety, which can be defined as prominent feeling of fear, anxiety and worry, as well as an emotional and physiological reaction of the human organism to the threat and danger from the environment, whereas the threat and danger are not concrete but expected, often occurs during this period of life. The aim of this study is to analyze the differences in the level of occurrence of various forms of anxiety. Anxious thoughts questionnaire was applied in the study. (anti Wells, A., 1994). The sample included 216 examinees (113 female and 103 male examinees) aged from 40 to 55. The results indicate that the level of anxiety is unified during the period of adulthood. Socio-demographic characteristics of examinees can be correlated with the level of anxiety: anxiety is more prominent in women; higher level of meta-anxiety is correlated with higher level of education. The research showed that examinees of different socio-economic status and the examinees that showed different levels of satisfaction with their own health express different levels of anxiety. The significance of the results is reflected in the possibility of improving preventive and psychotherapeutic work with people of this age.*

Key words: *AnTi, anxiety, adulthood, prevention*

[1] Tanja Panić, PhD, Preschool Teacher Training and Business Informatics College – Sirmium in Sremska Mitrovica

[2] Jelena Opsenica Kostić, PhD, associate professor at the Department of Psychology of the Faculty of Philosophy, University of Niš

## Introduction

## Adulthood

Adulthood is the longest period in the life of man. Period of mature or adult life was neglected until the seventies of the twentieth century and the emergence of psychology of life cycle. It was understood as a peaceful life period, without changes, when the stagnation prevails. Indifference to adulthood and adult personality was due to several reasons. The first reason is that at the time developmental psychology was biologically oriented, and the development was not observed outside the frames of biological changes and laws. Another reason also can be found in the former biological orientation of psychology and neglecting of social factors and adaptation problems that characterize adulthood. The occurrence of developmental psychology of life cycle has been a turning point in observing adulthood. Its basic postulate is that the development of man does not end with the beginning of adulthood, but that in adulthood people change and develop, whereas the development can be gentle and gradual, but also sometimes turbulent and intense. The development is caused by constant interaction between the individual and his environment; social roles that set different demands to an adult, professional and social field, the sudden and unexpected life events that can completely change life conditions, value system and the image that the individual has about himself and his environment (Vlajković, 2001). Developmental and accidental crises cause man's development in adulthood. Developmental psychology of life cycle, indicating the dynamism and richness of this certainly most productive period in the life of man, opens huge research field that allows a better understanding of adults.

There are different criteria by which adulthood is defined. Chronologically, this period covers the period between twenty-one and seventy, when the old age begins. This chronological criterion is not fully sustainable and universal in all cultures. Also there are huge individual

differences in gaining psychological and social maturity. Vlajković (2001) outlines the criteria defining them by developmental tasks typical for that period. He differentiated three periods in adulthood, attributing them specific development tasks:

- *early adulthood* - tasks: the choice of partner, being accustomed to a married life, founding a family, raising children, running the household, employment, finding similar social group;
- *middle age* - tasks: raising children, the realization of social and civic responsibility, building and improving career, building up a hobby, development of equal relations with a partner, taking care of parents;
- *late adulthood* – tasks: adapting to the decline in physical strength, adjusting to retirement, adopting and adapting to new social roles.

In order for a person to develop successfully in the continuum of personal development, it is necessary to implement developmental tasks specific to that period of life. Some of the most important developmental tasks are finding a partner, starting a family, and parenting (Vlajković, 2001). Family responsibility and responsibility for others are not the same in all periods of life and depend on the phase in which the family is.

## Adulthood and theories

Erick Erickson (1976) introduced the concept of developmental crisis in the human life cycle, looking at development as a constant overcoming of developmental, regulatory crisis. In the life cycle of man, there are eight stages or phases, whereas each of them represents a potential developmental crisis, which can have two outcomes: adequate and inadequate. In order that the outcome becomes adequate, the tasks associated with this stage should be fulfilled before the current stage of development ends. The transition from one to another stage is followed by psychosocial crises. Each transition represents the potential crisis, a

period of increased vulnerability, but also a period of increased potentials, Erickson said.

The stages that correspond with adulthood in Erickson's *theory of stages* are *stages six and seven.*

*Stage six* or *stage of intimacy,* is the period of *young adulthood*. In this period of life people develop the ability to establish intimate relationships and intimacy, which is a psycho-social crisis. If its outcome is inadequate, people can feel isolated. Developmental tasks of this stage are building stable emotional relationships and expanding a family, as well as the choice of profession, starting and developing a career.

*Stage seven* or *stage of creation,* corresponds to middle adulthood. The crisis of this stage is the mid-life crisis. Generativity is desirable solution to this crisis, and stagnation is undesirable. At this stage of life a person leads his own family and household and raises children. Failure at this stage causes the feelings of loneliness and frustration. Parenting is the most common way of a successful resolution of the crisis at this stage, but people can be productive in other ways, such as being successful at work and dedicated to career. The greatest problem at this stage occurs in the form of a conflict between two types of generativity and balancing the two roles, such as parenting and work achievement. Every crisis brings with it a series of unpleasant emotions and emotional states. Quality of life and mental health could be disturbed by longer phases dominated by unpleasant emotions. Concerns, anticipation and rumination typical for anxiety, are one of those unpleasant emotional states.

Daniel Levinson (1978) in his theory, which was based on the results of his research, paid most attention to adulthood. According to Levinson individual life takes place through the alternation of stable and transient phases. In the stable phases structure of life is built, while in the transient phases the structure changes. Periods of transition last for about four to five years, and periods of stability around six to seven years. In adulthood, there are three large transient periods that represent the three major crises.

*The transient period of early adulthood* (period between seventeen and twenty-two). This period is marked by two processes: the process of separation or separation from the primary family and the process of testing one's own possibilities. The crisis of early adulthood represent choices that are necessary, such as the choice of a partner or profession, building a new relationship with the primary family.

*Transient adulthood* (period between forty and forty-five) is characterized by the process of individuation, which in this period becomes dominant. The main task of this phase is the reintegration and confrontation of opposites on which life was built (young/old, masculine/feminine, destruction/creation and becoming closer/distancing). People in this period review their goals, expectations and beliefs. This transient period is identified with "mid-life crisis".

*The transient period of late adulthood* (period between sixty and sixty-five). The main cause of the crisis in this period is retirement and lifestyle changes, decline in physical strength and the emergence of diseases. It is necessary that the person in this period adapts to a new way of life. The main task of this phase is to find the meaning of life.

In the adulthood, people face significant challenges whose nature can be both objective and subjective. The natural flow of alternation of peaceful and transitory periods in life can become more difficult due to some external factors: family, social and economic. Personal capacities, such as personality traits, coping strategies and previous experience represent significant factors of growing up in adulthood. According to Levinson (1978) transitory periods play an important role in the process of human individuation and development. In periods when previously built structures, modes of behavior and thinking are shaken, when attitudes are examined and changed, concern, worry and anxiety represent inevitable companions of growing up.

## Anxiety

Anxiety is defined as prominent feeling of fear, anxiety and worry, as well as emotional and physiological reaction of human organism to the threat and danger from the environment, whereas threat and danger are not concrete but expected. The threat can be related to physical existence, psychological existence or specific values of a person (Marić, 2006). Depending on the manifestation of anxiety and its intensity, person can express mild dysfunctional behavior, but his or her functioning may be completely disrupted.

When the source of the danger is real and threatening, fear has a function to prepare the body for fight or flight. When the danger is not real, but the fear is the result of distorted perception and erroneous reasoning, cognitive and physiological changes that are the result of fear lose their original function and become a source of discomfort and tension, which is called anxiety (Berger, Biro, & Hrnjica, 1990).

The intensity and duration of anxiety vary from person to person and depend on the situation. There are individual differences in the degree of aspects of anxiety. In some people the most striking changes can be observed in the physiological field with accompanying physical symptoms, in others it is a need to escape or avoid particular situation, while for some, it is dominated by cognitive processes such as concern and constant thinking about the danger.

Anxiety disorders have been understood as physiological changes in the body followed by subjective feeling, for a long period of time. The basic characteristic of these disorders was extreme physical reaction with the accompanying feeling of anxiety. Manifestations of anxiety in the form of cognition were in the background. Cognitive theories of anxiety started the research of the cognitive content specific to the state of anxiety, such as preoccupation with thoughts of danger. Verbalized thoughts and unspoken cognition, typical for people suffering from anxiety, have become subjects of research. The cognitive model of anxiety is based on the idea that anxiety is the result of risk assessment in the personal

domain, when harmless event is interpreted as dangerous due to incorrect information processing. (Berger et al., 1990).

People with anxiety disorders are prone to imagine the potential danger over and over again, constantly re-sending unpleasant thoughts to their consciousness. This unrealistic concern is accompanied by high levels of stress and it is very exhausting for a person. By understanding the concept of concern, the understanding of other emotional disorders, based on this feeling, has been facilitated. Wells (1997, according to Wells, 1999) provides a cognitive model of generalized anxiety disorder in which concern takes central place. The potential difference is made between concern and other types of thinking. Concern is a relatively normal process, though in this model concern is conceived as a strategy of overcoming, as well as the response to a specific threat, which represents the trigger. There are two types of concern, Type 1 and Type 2. Type 1 is related to concern about the external events and the internal non-cognitive symptoms, such as physical symptoms. This type of concern can increase anxiety and make connection between cognitive and somatic symptoms. Type 2, concern about the concern or meta-concern is negative belief that people develop about their own concern. It develops the conviction that such concern can cause a complete mental collapse.

Concern is a relatively normal process, but perceieved in this way, it represents a disturbing factor of mental health and complete well-being of man. The man, who faced many challenges and obstacles while he was growing up, is inevitably concerned. The question is whether in certain periods of life which are theoretically characterized as challenging, adult is more concerned? The aim of this study was to examine the level of anxiety and various forms of anxiety in adulthood and the existence of differences in the level of anxiety in relation to socio-demographic characteristics of examinees.

## Method

### The sample and the method

The research included 216 examinees, 113 (52.3%) female examinees and 103 (47.7%) male examinees aged 40 to 55 (AM=46.39, SD=4,463). The sample was divided into three groups according to age and division suggested by Levinson (1978): transient period of middle adulthood (40-44) N = 84 - 38.9%, entering middle age (45-49) N = 77 - 35.6% and transient period of the fifties (50-55) N = 55 - 25.5%). The sample was adequate. The survey was anonymous and voluntary. Examinees were informed about the purpose of data gathering.

## Instruments

**Anxious Thoughts Inventory** (**AnTI:** Wells, A., 1994) – The questionnaire assesses the content of anxious thoughts and the level of anxiety. It has 22 items and consists of three subscales. *Social Anxiety Scale* ("I'm worried about whether I would be able to satisfy the expectations of other people"); *Health anxiety scale* ("I'm worried about my physical health"), *Meta-anxiety scale* ("I find it difficult to get rid of some thoughts that constantly come to my mind"). The examinees expressed their agreement with the offered items on a four-point Likert scale. Scoring of the full scale and subscales is done by summing the scores of items. In this study, the reliability of the overall questionnaire, expressed by Cronbach alpha, was high at $\alpha = 0.93$ (Social anxiety subscale $\alpha = 0.84$, Health anxiety subscale $\alpha = 0.85$, Meta-anxiety subscale $\alpha = 0.84$).

**Socio-demographic questionnaire for -** the questionnaire to collect basic information on examinees that included questions related to gender, age, marital status and level of satisfaction with marriage, employment

status, health status and financial situation was designed for the purpose of the research.

## Data processing

The results are processed in the statistical package SPSS 21.0. We used a t-test and ANOVA in order to define the differences in the level of occurrence of anxiety in subsamples.

## Results

The main objective of this study was to examine the level of anxiety and certain forms of anxiety in the sample, which covered a period of particular adulthood age. Descriptive indicators for the questionnaire and its subscales are shown in Table.

**Table 1.** *Descriptive indicators of Anxious Thoughts Questionnaire and subscales*

| | N | N items | Empirical range | AM | SD |
|---|---|---|---|---|---|
| AnTI total score | 216 | 22 | 22-86 | 38.68 | 11.325 |
| Social anxiety | 216 | 9 | 9-35 | 15.94 | 4.886 |
| Health anxiety | 216 | 6 | 6-24 | 10.36 | 3.500 |
| Meta-anxiety | 216 | 7 | 6-28 | 12.38 | 4.173 |

It can be concluded that the level of anxiety assessed by Anxious Thoughts Questionnaire, seen in the overall score and the scores of individual subscales, is below the theoretical average score, which indicates a lower level of anxiety in this examinees included in the study.

The study included a sample of examinees who were divided into three age categories corresponding to division suggested by Levinson (1978): transient period of middle adulthood (40-44), entering middle age (45-49)

and transient period of the fifties (50-55). Analysis of variance showed statistically significant differences in the level of anxiety among the different groups of examinees. A statistically significant difference ($p < .05$) in the Social anxiety scale and the level of social anxiety was confirmed (Table 2).

**Table 2.** *Testing differences in the occurrence of anxiety in different periods of adulthood*

| | ∑ deviation square | df | AM² | F | p |
|---|---|---|---|---|---|
| AnTI total score among groups | 324.630 | 2 | 162.315 | 1.269 | .283 |
| within the group | 27254.328 | 213 | | | |
| **Total** | **27578** | **215** | **127.955** | | |
| Social among groups | 145.002 | 2 | 72.501 | 3.096 | .047 |
| anxiety within the group | 4988.331 | 213 | 23.419 | | |
| **Total** | **513.333** | **215** | | | |
| Health among groups | 26.637 | 2 | 5.984 | .341 | 339 |
| anxiety within the group | 2607.197 | 213 | 17.524 | | |
| **Total** | **2633.833** | **215** | | | |
| Meta - among groups | 11.968 | 2 | 5.984 | .341 | .711 |
| Anxiety within the group | 3732.657 | 213 | 17.524 | | |
| **Total** | **3744.625** | **215** | | | |

Post - hoc test, Scheffe, confirmed statistically significant differences in the level of social anxiety between the group of examinees in the transient period of middle adulthood and group of examinees in transient period of the fifties. The transient period of middle adulthood is characterized by higher levels of social anxiety.

T-test examined statistically significant differences in the level of anxiety in subsamples formed by gender. The results are presented in Table 3.

**Table 3.** *Testing differences in the occurrence of anxiety in relation to gender*

| | gender | N | AM | SD | t | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| AnTI total score | female | 113 | 40.27 | 12.341 | 2.185 | .030 |
| | male | 103 | 36.93 | 9.861 | | |
| Social anxiety | female | 113 | 16.57 | 5.320 | 1.972 | .049 |
| | male | 103 | 15.26 | 4.284 | | |
| Health anxiety | female | 113 | 10.84 | 3.902 | 2.127 | .035 |
| | male | 103 | 9.83 | 2.928 | | |
| Meta – anxiety | female | 113 | 12.87 | 4.405 | 1.826 | .069 |
| | male | 103 | 11.83 | 3.853 | | |

Statistically significant differences between sub-samples of female and male examinees have been confirmed for the total score on the scale, as well as the *Social anxiety scale* and the *Health anxiety scale*. All three results suggest that sub-sample of female examinees shows significantly higher levels of anxiety in relation to the sub-sample of male examinees.

The sample included people of different educational levels, with primary education (30.6%), with secondary education (32.4%) and higher/university education (37%). Analysis of variance investigated statistically significant differences in the level of anxiety among the different groups of examinees. A statistically significant difference ($p < .05$) was confirmed at *Meta-anxiety scale* (Table 4).

**Table 4.** *Testing differences in the occurrence of anxiety depending on the level of education of examinees*

| | ∑ deviation square | df | AM² | F | p |
|---|---|---|---|---|---|
| AnTI total score among groups | 686.644 | 2 | 343.322 | 2.719 | .068 |
| within the group | 23346.729 | 213 | 109.609 | | |
| Total | 27578.958 | 215 | | | |
| Social among groups | 4997.841 | 2 | 67.746 | 2.887 | .058 |
| anxiety within the group | 5133.333 | 213 | 23.464 | | |
| Total | 38.824 | 215 | | | |
| Health among groups | 2595.010 | 2 | 19.412 | 25.272 | .000 |
| anxiety within the group | 2633.833 | 213 | 12.183 | | |
| Total | 113.707 | 215 | | | |
| Meta - among groups | 113.707 | 2 | 56.853 | 3.335 | .037 |
| anxiety within the group | 3630.918 | 213 | 17.047 | | |
| Total | 3744.625 | 215 | | | |

A subsequent check by post - hoc test showed statistically significant differences in the level of meta-anxiety between the group of examinees with higher/high education and group of examinees with primary education. Examinees with higher level of education had a significantly higher level of meta-anxiety.

Examinees were asked to assess satisfaction with their own health status, which classified them into three categories: mostly satisfied and satisfied (64.4%), neither satisfied nor dissatisfied (19.9%) and mostly dissatisfied and dissatisfied (15.7%). The results of analyzes of variance are given in Table 5.

**Table 5.** *Testing differences in the occurrence of anxiety depending on the level of examinees' satisfaction with their health status*

| | ∑ deviation square | df | AM² | F | p |
|---|---|---|---|---|---|
| AnTI total score among groups | 4232.299 | 2 | 2116.115 | 19.306 | .000 |
| within the group | 23346.729 | 213 | | | |
| Total | 27578.958 | 215 | 109.609 | | |
| Social among groups | 457.323 | 2 | 228.662 | 10.416 | .000 |
| anxiety within the group | 4676.010 | 213 | 21.953 | | |
| Total | 5133.333 | 215 | | | |
| Health among groups | 505.124 | 2 | 252.562 | 25.272 | .000 |
| anxiety within the group | 2128.709 | 213 | 9.994 | | |
| Total | 468.080 | 215 | | | |
| Meta - among groups | 468.080 | 2 | 234.040 | 15.214 | .000 |
| anxiety within the group | 3276.545 | 213 | 15.383 | | |
| Total | 3744.625 | 215 | | | |

Based on the results obtained by subsequent testing of differences among groups, differences in the levels of all forms of anxiety were confirmed. Levels of various forms of anxiety were higher in the examinees with high levels of dissatisfaction with their own health status. Examinees who are least satisfied with their health have the most obvious anxiety, followed by examinees that are neither significantly satisfied nor dissatisfied with their health. Only in the case of comparison of examinees who are satisfied and those who are undecided on the issue of satisfaction with their health status on Social anxiety scale and Meta-anxiety scale, there were no differences in the level of anxiety.

Examinees assessed the socio-economic status of their families where they classified it as low, medium and high. Given the fact that only 4

examinees assessed their status as high, they were excluded from further analysis. The difference in the level of anxiety was investigated at the two groups and t-test was applied (Table 6).

**Table 6.** *Testing differences in the occurrence of anxiety in relation to the socio-economic status of the family*

| | status | N | AM | SD | t | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| AnTI total score | low | 69 | 43.35 | 11.872 | 4.112 | .000 |
| | medium | 143 | 36.71 | 10.506 | | |
| Social anxiety | low | 69 | 17.79 | 4.910 | 3.660 | .000 |
| | medium | 143 | 15.24 | 4.641 | | |
| Health anxiety | low | 69 | 11.54 | 4.134 | 3.476 | .001 |
| | medium | 143 | 9.78 | 3.056 | | |
| Meta – anxiety | low | 69 | 14.01 | 4.079 | 3.901 | .000 |
| | medium | 143 | 11.69 | 4.041 | | |

Statistically significant difference between the subsample of examinees of low socio-economic status and subsample of examinees of middle socio-economic status was confirmed for overall score on a scale and all subscales. Examinees, who assess family socio-economic status as lower, have significantly higher levels of all forms of anxiety compared to examinees who assess the status of their families as a medium.

## Discussion

Based on these results it can be concluded that the level of anxiety assessed by *Anxious thoughts questionnaire*, seen in the overall score and the scores of individual subscales, is below the theoretical average, which indicates a lower level of anxiety in the examinees included in this study. Given that the study involved non-clinical sample of examinees, the results are as expected. Certain level of anxiety in adults can be assumed since the concern and worry represent integral segments of everyday life of a modern man. Based on the categorization of anxiety (Старчевић, 2010), it is possible to differentiate between pathological and normal

anxiety. The normal state of anxiety, seen through the cognitive component, with thoughts occupied with concern, is characterized by less intensity and shorter duration, which are mainly conditioned and corresdo nfto current events in a person's life. Obsessive anxious thoughts and anxiety are rare or they rarely occur in normal anxiety. Obsessive anxious thoughts, present in anxiety disorders, greatly impair the quality of life. The aim of the research was to analyze the differences in the level of anxiety in people who theoretically belong to different periods of adulthood. It was presumed that the transitory periods in adult life are more challenging and demanding, and that they are characterized with higher intensity and obsession with concerns. The sample was divided into three age groups that correspond with three periods of adulthood suggested by Levinson (1978). Results indicate that there is no significant difference in the level of anxiety in relation to periods of life. However, there is the difference in the level of social anxiety among examinees classified in two transitory periods: transitory period of middle adulthood and transitory period of the fifties. Younger adults have an increased level of social anxiety. The transient period of middle adulthood is characterized by higher level of social anxiety. Social anxiety is perceived as a fear of situations in which the behavior and personality of the person are evaluated and fear is a result of expectations that the evaluation would be negative (Старчевић, 2010). Concern and fear may be connected to different social situations. The transient period of middle adulthood is cited as the most challenging transition period in adulthood. This could be the reason why fear and concern about the impression people make on others, are intensified in this period. Numerous studies (Caballo, Salazar, Irurtia, Arias, & Hofmann, 2014; Zimmerman, Morrison, & Heimberg, 2015) compared and analyzed the level of anxiety caused by the gender of examinees. There are differences in the level of anxiety in women and men, as well as the ways in which this anxiety is manifested. This research has undoubtedly confirmed a higher level of anxiety in women. Meta-anxiety which is defined as Type 2 of concern (Wells, 1997, according to Wells, 1999), concern about concern, which is based on negative beliefs about one’s own concern, is what differentiates examinees with the highest educational level compared to those with

lower level of education. Examinees who are more educated are more concerned about their functioning, which they assess as inadequate are afraid of the loss of control (Wells, 2005). Health anxiety is also something that characterizes this group of examinees. Unlike younger examinees (Барић, 2011) whose health anxiety declines with age, older examinees with higher level of education are more concerned about their health. The reason could be greater awareness of health issues, as well as the emergence of real health problems that are related to age. It was worse estimated personal health status of examinees that was brought in connection with the general intensification of anxiety.

Perception of the financial pressure represents a significant factor of subjective well-being (Creed & Bartrum, 2008). It is expected and confirmed by the results of this research that there is a connection between perception of financial stress and financial worries and increased level of anxiety.

## Conclusion

The most important outcome of this study could be seen in an attempt to pay more attention to the longest and most productive period in a person's life - adulthood. Anxiety and concern as integral processes of everyday life, can greatly damage the quality of life and well-being of people. In psychotherapy, it is important to be guided by the significance and connection between sociodemographic characteristics of people and appearance of concern. These results can represent the initial idea for future researches that will overcome the shortcomings of this research.

## References

1. Berger, J., Biro, M., & Hrnjica, S. (1990). *Klinička psihologija*. Beograd, Naučna knjiga.

2. Barić., H. (2011). Zabrinutost za vlastito zdravlje među studentima medicine: ovisnost o fazi studija. Zagreb, Filozofski fakultet.

3. Caballo, V., E., Salazar, I., C., Irurtia, M., J., Arias, B., & Hofmann, S., G. (2014) Differences in social anxiety between men and women across 18 countries. *Personality and Individual Differences*, 64, 35-40.

4. Creed, P. A., & Bartrum, D. A. (2008). Personal Control as a Mediator and Moderator Between Life Strains and Psychological Well-Being in the Unemployed. *Journal of Applied Social Psychology*, *38*(2), 460-481.

5. Erikson, E. (1976). *Omladina, kriza, identifikacija*. Beograd, NIP Pobeda.

6. Levinson, D. (1978). *The sasons of man's life*. New York, Alfred A. Knopf.

7. Marić, Z. (2006). *Priručnik za napredni kurs iz Racionalno – emotivne bihejvioralne terapije*. Beograd, REBT centar.

8. Starčević, V. (2010). *Anxiety Disorders in Adults A Clinical Guide.* Oxford : Oxford University Press.

9. Vlajković, J. (2001). *Teorija i praksa mentalne higijene (I)*. Beograd, Centar za primenjenu psihologiju.

10. Wells, A., & Morrison, P., A. (1994). Qualitative dimension of normal worry and normal obsession: a comparative study. *Behavior Research and Therapy*, *32*, No 8, 867-870.

11. Wells, A., & Carter, K.(1999). Preliminary tests of a cognitive model og generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, *37*, 585-594.

12. Wells, A. (2005). The Metacognitive Model of GAD: Assessment of Meta-Worry and Relationship With DSM-IV Generalized Anxiety Disorder. *Behavior Research and Therapy*, *29*, No 1, 107-121.

13. Zimmerman, J., Morrison, A., S., & Heimberg, R., G. (2015). Social anxiety, submissiveness, and shame in men and women: A moderated mediation analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 54, 1–15.

# ИЗРАЖЕНОСТ АНКСИОЗНОСТИ У СРЕДЊЕМ ОДРАСЛОМ ДОБУ

*Тања Панић[1]; Јелена Опсеница Костић[2]*

## Апстракт

*Најдужи период у животу човека је одрасло доба у се људи мењају и развијају, суочавају са ражличитим животним изазовима. Осећање анксиозности, која се може дефинисати као изражени осећај страха, напетости и бриге, као емоционална и физиолошка реакција људског организма на промене у окружењу. Циљ овог истраживања је да се сагледају разлике у степену изражености различитих облика анксиозности. У истраживању је коришћен Упитник анксиозних мисли. Узорак је чинило 216 испитаника (113 жена и 103 мушкарца) узраста од 40 до 55 година. Добијени резултати указују на то да је ниво анксиозности уједначен током овог периода одраслог доба. Социодемографске карактеристике испитаника се могу довести у везу са нивоом анксиозности: код жена је израженија анксиозност, са вишим образовним нивоом се повезује виши ниво мета-анксиозности. Разлика у нивоу анксиозности је потврђена код испитаника различитог социо-економског статуса и испитаника који изражавају различит степен задовољства сопственим здрављем. Значај добијених резултата се огледа у могућности унапређењу превентивног и психотерапијског рада са особама овог узраста.*

Кључне речи: *АнТИ, анксиозност, одрасло доба, првенција*

[1] Тања Панић, доктор психолошких наука, профессор струковних студија, Висока школа струковних студија за васпитаче и пословне информатичаре Сирмиум, Сремска Митровица

[2] Јелена Опсеница Костић, доктор психолошких наука, вандредни профессор, Филозофски факултет Ниш

UDC 616.895.8

# ИСПИТИВАЊЕ НЕУРОКОГНИТИВНОГ ПРОФИЛА ОСОБА СА ШИЗОФРЕНИЈОМ

*Марина Новаковић*[1]

## Апстракт

*Основни циљ истраживања односи се на испитивање могуће разлике између особа са схизофренијом различитог пола и степена образовања у односу на когнитивну ефикасност коју постижу, као и утврђивање које су специфичности профила когнитивног функционисања таквих особа. У истраживању је учествовало 30 испитаника, узраста од 24 до 51 годину, а сви испитаници су припадали групи особа са схизофренијом. За процену когнитивног функционисања узете су две неуропсихолошке батерије тестова - скраћена верзија батерије CANTAB и батерија BACS. Анализом разлика између група добијени резултати показују да жене имају мање изражен дефицит егзекутивних функција у односу на мушкарце. Код особа са схизофренијом са вишим степеном образовања овај дефицит је мањи у односу на оне са нижим. Са друге стране, ниже образовани показују боље постигнуће на задацима визуо-моторне брзине и координације. На обе батерије тестова дефицит егзекутивних функција издваја се као доминантан когнитивни дефицит у схизофренији. У раду су размотрене практичне и теоријске импликације оваквих резултата.*

Кључне речи: *шизофренија, неуропсихолошко тестирање, CANTAB, BACS.*

[1] Марина Новаковић, магистар психологије, специјалиста медицинске психологије, породични психотерапеут, Дом здравља Зворник, Република Српска, ул. Симе Перића бр 2, +381 64/9329835, novakovicmarina@gmail.com

## Увод

Оштећено когнитивно функционисање у оквиру схизофреније, раније сматрано секундарном карактеристиком, у последње три деценије истраживања, показало је да су когнитивни дефицити њен саставни део и да представљају централну особину. Ови дефицити су често наглашени и первазивни. Код више од 75% пацијената са дијагнозом схизофреније присутна су когнитивна оштећења (Talreja & Kataria, 2013), а мета-аналитичке студије показују да, у односу на контролну групу, ове особе показују значајно лошије резултате на скоро свим неуропсихолошким тестовима (Heinrichs and Zakzanis, 1998).

Проблеме у когнитивном функционисању код особа са схизофренијом, могуће је забележити доста рано у развоју, већ на узрасту од 6 година (Kremen et al., 1998; Bilder et al., 2006), а магнитуда ових оштећења остаје стабилна током времена, упркос флуктуацији других симптома (Rund, 1998), док се она значајно не мења ни под дејством антипсихотика.

Когнитивни дефицити ограничивају свакодневно функционисање и више доприносе хроничној немогућности и незапослености, него одређени позитивни или негативни симптоми. Green (1996) је у свом раду повезивао специфичне когнитивне дефиците са три домена функционисања - активности у заједници (нпр.запослење, одлазак у школу), решавање проблема социјалних ситуација и могућност усвајања и учења психосоцијалних вештина. Добијена је директна повезаност различитих когнитивних дефицита са резултатима на овим мерама, а касније су утврђени и поједини медијаторски фактори ове везе, као што су негативни симптоми, мета-когниција, мотивација, потенцијал за учење, социјална когниција. С обзиром на овако велику предиктивну моћ функционалног статуса код пацијента, интерес за изучавање когнитивних дефицита постаје један од приоритета и примарних ствари везаних за схизофренију. Важност разумевања и третирања когнитивних дисфункција и сродних фактора у оквиру шизофреније постаје значајније када се

зна да се побољшања у функционисању не јављају чак ни након успешног лечења позитивних и негативних симптома.

Један од главних циљева овог рада било је испитивање специфичности неурокогнитивног функционисања особа са шизофренијом, као и утврђивање утицаја два социодемографска фактора - пола и образовања - на когнитивно функционисање особа са схизофренијом.

## Неуропсихолошки профил особа са схизофренијом

Неуропсихолошка процена подразумева тестирање перформанси испитаника како би се приступило когнитивном функционисању, у глобалу и/или специфичним доменима као што су меморија, пажња, брзина обраде, резоновање, одлучивање, решавање проблема, спацијалне и језичке функције.

Иако су код схизофреније сви когнитивни домени погођени, постоји разлика у изражености оштећења између различитих домена. Показало се да су изражени дефицити у доменима егзекутивних функција, пажње, меморије, опште интелигенције и моторне контроле (Caspi et al., 2003). Пацијенти са схизофренијом имају, у просеку, нижи степен интелигенције у односу на општу популацију. Разлика је видљива и пре појаве прве психотичне епизоде (Reichenberg et al 2006), а забележено је да су ниски скорови на субтесту Шифра (WISC тест) код деце били добри предиктори за касније јављање схизофреније и схизоафективних поремећаја (Sorensen et al., 2006). Ипак, када се упореде са здравим контролним субјектима, особе са схизофренијом више показују дефиците у специфичним неуропсихолошким доменима који се не процењују стандардним ИQ батеријама (Wilk et al., 2005). Поремећаји у пажњи присутни су најчешће у виду немогућности њеног одржавања, а занимљиво је да се они јављају чак и кад је генерална интелигенција сачувана (Caspi et al., 2003). Радна меморија представља још један од примарних дефицита. Она подразумева задржавање и манипулисање

информацијама, а за разлику од једноставног трајања пажње, захтева веће когнитивно оптерећење. У схизофренији су посебно изражени дефицити у вербалној и спацијалној радној меморији (Mc Gurk et al., 2004). Потешкоће су присутне и са продуковањем говора на захтев. Тестови вербалне флуентности процењују способност продуковања речи из специфичне фонолошке или семантичке меморије, а резултати указују на проблеме у складиштењу вербалних информација, као и присећању речи из семантичких мрежа (Kerns et. al., 1999). Проблеми у говору додатно стварају проблеме у интерперсоналним односима. Слично, смањена је способност учења и присећања када је у питању дуготрајна меморија, док је процес кодирања информација очуван, што се може видети у неоштећеном процесу препознавања таргет стимулуса међу дистракторима (Bowie et. al., 2004).

Велики број истраживања у овој области усмерен је на испитивање егзекутивних функција у шизофренији. Један од разлога за то је што многе клиничке особине схизофреније јесу феноменолшки сличне онима који се јављају при лезијама фронталног режња, као што су смањена спонтаност, безвољност, ментална ригидност и мањак социјалног расуђивања. Други разлог је повезан са доминантном теоријом о етиологији шизофреније. „Неуроразвојна хипотеза“ претпоставља да се схизофренија развија веома рано, пренатално, због могућих генетичких или околинских абнормалности мозга фетуса, који остају углавном неиспољени док не дође до интеракције са нормалним процесима сазревања мозга, односно фронталног режња (Reichenberg, 2010). Егзекутивне функције укључују широк спектар когнитивних процеса који треба да резултују у сврсисходним, циљем-управљаним понашањима и ту сврставамо претрагу дуготрајне меморије, абстраховање и планирање, размишљање и решавање проблема, иницијативност, самосвест, менталну флексибилност, инхибицију тренутних импулса зарад дуготрајнијих циљева. Многи пацијенти имају потешкоћа да формирају концептуални оквир како би разумели двозначне и нејасне стимулусе. Отежано је и адаптирање променама које нужно подразумевају одабир различитих понашајних одговора, а присутна

је и велика ригидност у мишљењу (Pantelis et. al., 1999). Tyson и сарадници (2004), истраживали су покретљивост пажње и способност планирања као део егзекутивних функција код схизофрених пацијената. Добијено је да на оба субтеста CANTAB-а, пацијенти подбацују више у односу на контролну групу. Праћењем, после 9 месеци, добијени су исти резултати, а ефекат је био стабилан и независан од медикаментозне терапије и дужине болести. Једна десетогодишња лонгитудинална студија такође је указала на стабилност неуропсихолошких функција код схизофреније, поготово за егзекутивне функције (Heaton et. al., 2001). Егзекутивне функције повезане су са бригом о себи, социјалним, интерперсоналним и пословним способностима, а показано је да делом од њих зависи успех у лечењу и ангажованост у терапији (Evans et. al 2004).

## Утицај пола и образовања на когнитивно функционисање особа са схизофренијом

Полне разлике у схизофренији забележене су у више домена. Једна од највише реплицираних, потврђена још од стране Краепелина, јесте разлика у односу на године отпочињања схизофреног процеса - код мушкараца је то у просеку 4 године раније него код жена (Angermeyer & Kühnz, 1988). Такође, мушкарци са схизофренијом имају оскуднију преморбидну историју, лошији одговор на антипсихотике и више структурних и можданих абнормалности (Lewine & Seeman, 1995).

Када посматрамо когнитивно функционисање жена и мушкараца са схизофренијом морамо узети у обзир иначе присутне разлике у когнитивном функционисању здравих мушкараца и жена. Иако мушкарци и жене имају сличне перформансе, установљене су одређене разлике - на тестовима визуоспацијалних способности мушкарци постижу боље резултате, док су жене, генерално, боље у вербалним способностима (Burton, Henninger & Hafetz, 2005). Испоставило се да се сличне разлике одражавају и на когнитивне

функције код особа са схизофренијом. Мушкарци са схизофренијом више су оштећени у доменима говора, учења и вербалне меморије, вербалне абстракције и егзекутивних функција (Goldstein, 1998). У другом истраживању, жене са шизофренијом су се показале бољима у тестовима вербалне меморије и учења, а мушкарци у спацијалној организацији (Albus et. al., 1997).

Што се тиче образовања, показало се да број година школовања има заштитну улогу код особа са шизофренијом и утиче на бољу прогнозу и мању оштећеност. Године едукације повезане су са бољим резултатима на задацима пажње, егзекутивних функција и визуелне меморије (Srinivasan, Thara & Tirupati, 2005). Трајање формалног образовања рефлектује иначе добро преморбидно функционисање, интелектуални ниво и брже процесовање информација, с тога је само трајање школовања код особа са схизофренијом условљено наследним чиниоцима.

## Неуропсихолошки тестови CANTAB и BACS

CANTAB (The Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery)[2] је прва компјутеризована батерија неуропсихолошких тестова, којом се брзо и неинвазивно процењују различите когнитивне функције. Састоји се од 24 субтеста намењена испитивању различитих домена когнитивног функционисања, подељених у 7 група а то су: тестови увођења, радне меморије, егзекутивних функција, визуелног памћења, пажње, вербалног памћења, тестови одлучивања и контроле одговора. Тестови су сензитивни и на благе когнитивне дисфункције, а културолошки и језички су независни. Валидиран је и примењује се за различита неуролошка и психолошка обољења, као што су деменција, Паркинсонова болест, депресија,

[2] Овај тест настаје 1986. године од стране Barbare Sahakian, Trevora Robbinsa и сарадника

шизофренија, первазивни развојни поремећаји, процена ефекта ПАС на когнитивне функције.

Други тест, а коришћен у овом истраживању, јесте BACS (The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia), односно, тест кратке процене когниције код схизофреније. BACS (Keef et al, 2004) је неурокогнитивна батерија тестова, која процењује различите когнитивне домене за које је утврђено да су највише оштећени код особа са схизофренијом и повезане су са социјалном функционалношћу пацијената (вербална меморија, радна меморија, пажња, вербална флуентност, моторичке функције и егзекутивне функције). Специјално је дизајниран за потребе истраживања и клиничке праксе, као и за мерење ефеката лечења везаних за промене у когницији.

Примена теста траје 35 минута. BACS показује добру повезаност са мерама социјалне функционалности пацијената, као што је самосталан живот (домаћинство, комуникација, путовања, планирање и рекреативне активности).

Узевши у обзир претходне налазе у овом пољу, поставили смо хипотезе да:

1. Постоји значајна разлика у постигнућу између схизофрених мушкараца и жена на задацима који испитују егзекутивне функције на CANTAB тесту. Конкретније, претпоставља се да су жене успешније и да имају мање изражен дефицит егзекутивних функција у односу на мушкараце;
2. Постоји значајна разлика у постигнућу између више образованих и мање образованих схизофрених пацијената на задацима егзекутивних функција CANTAB и BACS теста. Конкретније, претпоставља се да више образовани пацијенти имају мање изражен дефицит егзекутивних функција од мање образованих пацијената;
3. На обе неурокогнитивне батерије постоји дефицит егзекутивних функција као доминантан когнитивни дефицит у схизофренији.

## Истраживање

Истраживање је спроведено у сарадњи са амбулантним пацијентима Центра за ментално здравље, Дома здравља Зворник. Подаци о дијагнози су узети из медицинске документације. Сви испитаници су припадали групи особа са схизофренијом, по важећим класификацијама болести МКБ-10 и ДСМ –ИВ.

У истраживању је учествовало 30 испитаника оба пола (14 мушкараца - 46,6% и 16 жена - 53,3%), старости од 24 до 51 годину, са минималним периодом школовања од 8 година и са максималних 16 година школовања. Приказ дескриптивне статистике дат је у Табели 1. и Табели 2.:

**Табела 1.** *Приказ структуре узорка према образовном нивоу*

| Образовни ниво | Н | Проценат (%) |
|---|---|---|
| Основна школа | 2 | 6,6 |
| Средња школа | 18 | 60 |
| Виша школа | 2 | 6,6 |
| Висока школа | 4 | 13,3 |
| Апсолвенти | 4 | 13,3 |
| Укупно | 30 | 100 |

Извор: *Аутор*

**Табела 2.** *Приказ структуре узорка према старосној доби*

| Узраст | Н | Проценат (%) |
|---|---|---|
| 20 - 39 | 24 | 80 |
| 40 - 49 | 4 | 13,3 |
| 50 - 59 | 2 | 6,6 |
| Укупно | 30 | 100 |

Извор: *Аутор*

Коришћени су следећи субтестови у оквиру CANTAB теста: МОТ – визуомоторна спретност и координација, РТИ – сложена пажња и визуо-моторна координација; РВП – визуелна пажња; БЛЦ – једноставна пажња и апстрактно мишљење; ИЕД - егзекутивне

функције (усвајање правила, решавање проблема и подељена пажња); СОЦ – визуопросторна организација, радна меморија и егзекутивна функција планирање; СРМ – визуо-спацијално памћење.

Уз помоћ BACS теста испитивано је когнитивно функционисање у следећим доменима: ВМ - вербална меморија, РМ - радна меморија, ВМБК - визуо-моторна брзина и координација, ВФ - вербална флуентност, ВМК - визуо-моторна брзина и пажња, ЕФ - егзекутивне функције - планирање и решавање проблема.

Дескриптивна статистика неурокогнитивних профила, на оба теста приказана је у Табели 3. и 4.

**Табела 3.** *Неурокогнитивни профил испитаника на тесту CANTAB*

| Субтест | Мин | Мах | АС | СД |
|---|---|---|---|---|
| СРМ | - 5,9 | 1,1 | - 2,1 | 1,7 |
| ИЕД | - 3,0 | 0.5 | - 1,5 | 1,6 |
| РВП | - 5,2 | 1,0 | - 1,2 | 1,7 |
| СОЦ | - 3,0 | 1,1 | - 1,1 | 1,2 |
| РТИ | - 3,9 | 2,1 | - 0,5 | 1,5 |
| БЛЦ | - 3,5 | 0,3 | - 0,1 | 0,9 |
| МОТ | - 1,3 | 1,1 | 0,5 | 0,7 |

Извор: *Аутор*

**Табела 4.** *Неурокогнитивни профил испитаника на тесту BACS*

| Субтест | Мин | Мах | АС | СД |
|---|---|---|---|---|
| ВМК и пажња | - 4,9 | - 0,6 | - 2,3 | 1,1 |
| ЕФ | - 5,4 | 0,5 | - 1,6 | 0,7 |
| ВМБК | - 4,4 | 0,8 | - 1,6 | 0,5 |
| ВМ | - 4,2 | 0,1 | - 1,4 | 1,2 |
| ВФ | - 4,1 | 1,2 | - 1,4 | 0,5 |
| РМ | - 2,2 | 1,2 | - 1,0 | 0,8 |

Извор: *Аутор*

## Резултати

На оба неуропсихолошка теста добијена је значајна дисфункција егзекутивних функција, како је и предвиђено (Табела 3. и 4.).

За утврђивање разлика у постигнућу на неуропсихолошким тестовима у односу на пол и образовање, коришћен је т-тест за независне узорке. Независне варијабле биле су пол и образовање, док су зависне варијабле биле углавном реакционо време и укупан број грешака, што је зависило од субтеста (за егзекутивне функције број комплетираних категорија).

Утврђена је разлика у постигнућу пацијената на CANTAB тесту, на субтесту ИЕД - егзекутивне функције, у односу на пол. Жене су успешније од мушкараца: т (58) = 13,27, п < 0,01 (мушкарци АС = -2,5; жене АС = -0,7).

Утврђена је разлика у постигнућу пацијената на CANTAB тесту, на субтесту ИЕД - егзекутивне функције, у односу на образовање. Виши ниво образовања утиче на очуваност егзекутивних функција: т (58) = 6,329, п < 0,01 (ниже образовани АС = -2,0; више образовани АС = -0,6).

Утврђена је разлика у постигнућу пацијената на BACS тесту, на субтесту визуо-моторне брзине и координације у односу на образовање. Ниже образовани су успешнији од више образованих: т (58) = 7,489, п < 0,01 (ниже образовани АС = -1,1; више образовани АС = -2,5).

## Дискусија

Претходне деценије истраживања истакле су значајност когнитивних дефицита за шизофренију, али и друге психотичне поремећаје. Фокус овог истраживања био је на испитивању фактора који утичу на когнитивне дефиците код особа са схизофренијом, као и поређење

њихових когнитивних профила на два компјутеризована, неуропсихолошка теста.

Показано је како постоје одређене полне разлике у когнитивним дефицитима особа са схизофренијом, посебно у домену егзекутивних функција (Goldstein, 1998). Резултати нашег истраживања у складу су са претходним у којима се потврђује да мушкарци имају израженије дефиците егзекутивних функција. Мушкарци показују више когнитивних дефицита него жене, а пар теорија дало је могућа објашњења о узроцима ових разлика. Једна од њих наводи биолошке факторе попут мушких и женских хормона, где се претпоставља да естроген има заштитну улогу за жене. Geschwind & Galaburda (1985) сугерисали су да пренатално излагање тестостерону интеферира са пролиферативним процесима укљученим у развој леве хемисфере код мушкараца. Техникама осликавања можданих структура показане су разлике на структуралном нивоу - смањен хипокампус и генерално неуропатологија леве хемисфере. Неки аутори разматрају и да је схизофренија код мушкараца, онако како ју је Kraepelin описао, квалитативно другачија од онога што називамо схизофренијом код жена, с обзиром на већу израженост афективних симптома, бољу прогнозу и историју афективних поремећаја код сродника. шизофренија код жена могла би имати етиологију повезану пре са афективним психозама (Castle & Murray, 1991). Потенцијални разлози за бољи исход схизофреније код жена могу лежати и у неким другим когнитивним факторима. Показано је да постоје полне разлике специфично у препознавању афеката - само су мушкарци имали оштећење у препознавању афективне и фацијалне прозодије (Scholten, 2005). Ово је веома занимљив налаз с обзиром на важност емотивног процесовања у различитим аспектима социјалног функционисања у схизофренији.

Добијен је и ефекат образовања на дисфункције егзекутивних функција (усвајање правила, решавање проблема и подељена пажња), што је такође у складу са претходним истраживањима (Srinivasan, Thara & Tirupati, 2005). Више образовани показали су боље резултате на субтесту егзекутивних функција CANTAB-а у

односу на резултате ниже образованих. Неки аутори показују да је висок ниво образовања у шизофренији заштитни фактор због конституисања когнитивне резерве услед претходног когнитивног тренинга (компензацијски механизам), који одлаже његово пропадање (Le Carret et. al., 2003). Образовање је рана когнитивна стимулација која даје позитивне ефекте на мождани развој и когнитивне процесе. С друге стране, споменули смо да је висок ниво образовања повезан са иначе добрим преморбидним функционисањем и интелектуалним нивоом, те може бити да неуспешност на тесту егзекутивних способности није директно условљена нижим образовањем, већ може упућивати на преморбидно недовољно развијене егзекутивне функције које су и биле разлог њиховој лошијој едукативној успешности.

На тесту BACS није добијен утицај образовања на егзекутивне функције, како је претпостављено. Уместо тога, резултат на овом тесту указује на разлике у постигнућу пацијената на субтесту визуо-моторне брзине и координације у односу на образовање. Ниже образовани су успешнији од више образованих. Ово је у складу са налазом у ком је показано да образовни ниво корелира највише са тестом вербалне флуентности (p=.39) - што је веће образовање то је већа вербална флуентност - а да је најмање повезан са визуо-моторном координацијом (Keef et. al., 2008). Можемо претпоставити да ниже образовани више упражњавају манипулативне активности у свакодневном животу, да имају бољу очувану координацију, да су бржи и увежбанији у извођењу једноставних бимануелних моторичких радњи од више образованих.

Добијени неурокогнитивни профили на оба теста указују на доминанто изражене дефиците у домену егзекутивних функција. Можемо рећи да ове функције имају посебно место у систему когнитних процеса. Егзекутивне функције префронталног кортекса неизбежно су укључене и у остале когнитивне системе и захтевају координацију широке мреже функција. На пример, пажња је присутна у перцептивним процесима, користи се у радној меморији за оптимизовање информација, као и за селекцију одговора. Слично,

радна меморија која манипулише тренутним репрезентацијама у току извођења радње, представља основ за више когнитивне операције као што су резоновање и разумевање језика. Новији налази из неуронаука указују на делове очуваних функција унутар ширих когнитивних дефицита. На пример, неки аспекти пажње, процедуралне меморије и емотивног процесовања показују се функционалним код особа са схизофренијом када се користи методологија из ових експеримента, те је нагласак на томе, да би требало испитати закључке из класичних неуропсихолошких истраживања који показују на глобални профил когнитивних функција (Gold et. al., 2009). Отежавајућу околност у одређивању генералног наспрам специфичног профила дисфункција представља и то што већина особа са схизофренијом показује бар неко когнитивно оштећење, али за разлику од других аспеката поремећаја, јачина ових оштећења варира од особе до особе. Оно сто је опште за већину јесте само стабилност током времена (Bowie, 2004).

## Закључак

Испитивањем когнитивних дефицита код особа са схизофренијом и у овом истраживању потврђени су многи ранији налази о њима као значајној карактеристици шизофреније. Показано је како су дисфункције највише присутне код егзекутивних функција, што потврђује централност њихове улоге. Код жена, оне остају очуваније и боље, него код мушкараца. Образовање особа са схизофренијом има заштитну улогу у очуваности когнитивних функција - више образовани постижу боље резултате.

Интерес за изучавање когнитивних дефицита јесте у томе што мере когнитивног функционисања показују своје корелате са исходима свакодневног функционисања, такође су циљ многих фармаколошких и психосоцијалних интервенција, а представљају и потенцијалне маркере генетичких утицаја присутних у породици

особа са шизофренијом. Ово истраживање истиче значајне функције и факторе у систему когнитивних процеса особа са шизофренијом.

## Литература


1. Albus, M., Hubmann, W., Mohr, F., Scherer, J., Sobizack, N., Franz, U., ... & Wahlheim, C. (1997). Are there gender differences in neuropsychological performance in patients with first-episode schizophrenia?. *Schizophrenia Research*, *28*(1), 39-50.
2. Angermeyer, M. C., & Kühnz, L. (1988). Gender differences in age at onset of schizophrenia. *European archives of psychiatry and neurological sciences*, *237*(6), 351-364.
3. Bilder, R. M., Reiter, G., Bates, J., Lencz, T., Szeszko, P., Goldman, R. S., ... & Kane, J. M. (2006). Cognitive development in schizophrenia: follow-back from the first episode. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *28*(2), 270-282.
4. Bowie, C. R., Reichenberg, A., Rieckmann, N., Parrella, M., White, L., & Harvey, P. D. (2004). Stability and functional correlates of memory-басед classification in older schizophrenia patients. *The American journal of geriatric psychiatry*, *12*(4), 376-386.
5. Burton, L. A., Henninger, D., & Hafetz, J. (2005). Gender differences in relations of mental rotation, verbal fluency, and SAT scores to finger length ratios as hormonal indexes. *Developmental Neuropsychology*, *28*(1), 493-505.
6. Caspi, A., Reichenberg, A., Weiser, M., Rabinowitz, J., Kaplan, Z. E., Knobler, H., ... & Davidson, M. (2003). Cognitive performance in schizophrenia patients assessed before and following the first psychotic episode. *Schizophrenia Research*, *65*(2), 87-94.

7. Castle, D. J., & Murray, R. M. (1991). The neurodevelopmental basis of sex differences in schizophrenia. *Psychological medicine*, *21*(3), 565-575.

8. Evans, J. D., Bond, G. R., Meyer, P. S., Kim, H. W., Lysaker, P. H., Gibson, P. J., & Tunis, S. (2004). Cognitive and clinical predictors of success in vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia research*, *70*(2), 331-342.

9. Geschwind, N., & Galaburda, A. M. (1985). Cerebral lateralization: Biological mechanisms, associations, and pathology: I. A hypothesis and a program for research. *Archives of neurology*, *42*(5), 428-459.

10. Goldstein, J. M., Seidman, L. J., Goodman, J. M., Koren, D., Lee, H., Weintraub, S., & Tsuang, M. T. (1998). Are there sex differences in neuropsychological functions among patients with schizophrenia?. *American Journal of Psychiatry*, *155*(10), 1358-1364.

11. Gold, J. M., Hahn, B., Strauss, G. P., & Waltz, J. A. (2009). Turning it upside down: areas of preserved cognitive function in schizophrenia. *Neuropsychology review*, *19*(3), 294.

12. Green, M. F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia?. *The American journal of psychiatry*, *153*(3), 321.

13. Heaton, R. K., Gladsjo, J. A., Palmer, B. W., Kuck, J., Marcotte, T. D., & Jeste, D. V. (2001). Stability and course of neuropsychological deficits in schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, *58*(1), 24-32.

14. Heinrichs, R. W., & Zakzanis, K. K. (1998). Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*, *12*(3), 426.

15. Keefe, R. S., Goldberg, T. E., Harvey, P. D., Gold, J. M., Poe, M. P., & Coughenour, L. (2004). The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia: reliability, sensitivity, and comparison with a

standard neurocognitive battery. *Schizophrenia research*, *68*(2), 283-297.

16. Keefe, R. S., Harvey, P. D., Goldberg, T. E., Gold, J. M., Walker, T. M., Kennel, C., & Hawkins, K. (2008). Norms and standardization of the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS). *Schizophrenia research*, *102*(1), 108-115.

17. Kerns, J. G., Berenbaum, H., Barch, D. M., Banich, M. T., & Stolar, N. (1999). Word production in schizophrenia and its relationship to positive symptoms. *Psychiatry Research*, *87*(1), 29-37.

18. Kremen, W. S., Buka, S. L., Seidman, L. J., Goldstein, J. M., Koren, D., & Tsuang, M. T. (1998). IQ decline during childhood and adult psychotic symptoms in a community sample: a 19-year longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*, *155*(5), 672-677.

19. Le Carret, N., Lafont, S., Letenneur, L., Dartigues, J. F., Mayo, W., & Fabrigoule, C. (2003). The effect of education on cognitive performances and its implication for the constitution of the cognitive reserve. *Developmental neuropsychology*, *23*(3), 317-337.

20. Lewine, R. R., & Seeman, M. V. (1995). Gender, brain, and schizophrenia. *Gender and Psychopathology. American Psychiatric Press, Washington, DC*, 131-158.

21. McGurk, S. R., Green, M. F., Wirshing, W. C., Wirshing, D. A., Marder, S. R., Mintz, J., & Kern, R. (2004). Antipsychotic and anticholinergic effects on two types of spatial memory in schizophrenia. *Schizophrenia research*, *68*(2), 225-233.

22. Pantelis, C., Barber, F. Z., Barnes, T. R., Nelson, H. E., Owen, A. M., & Robbins, T. W. (1999). Comparison of set-shifting ability in patients with chronic schizophrenia and frontal lobe damage. *Schizophrenia research*, *37*(3), 251-270.

23. Reichenberg, A., Weiser, M., Caspi, A., Knobler, H. Y., Lubin, G., Harvey, P. D., ... & Davidson, M. (2006). Premorbid intellectual functioning and risk of schizophrenia and spectrum disorders. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, *28*(2), 193-207.

24. Rund, B. R. (1998). A review of longitudinal studies of cognitive function in schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, *24*(3), 425.

25. Scholten, M. R., Aleman, A., Montagne, B., & Kahn, R. S. (2005). Schizophrenia and processing of facial emotions: sex matters. *Schizophrenia Research*, *78*(1), 61-67.

26. Sørensen, H. J., Mortensen, E. L., Parnas, J., & Mednick, S. A. (2006). Premorbid neurocognitive functioning in schizophrenia spectrum disorder. *Schizophrenia Bulletin*, *32*(3), 578-583.

27. Srinivasan, L., Thara, R., & Tirupati, S. N. (2005). Cognitive dysfunction and associated factors in patients with chronic schizophrenia. *Indian journal of psychiatry*, *47*(3), 139.

28. Talreja, B. T., Shah, S., & Kataria, L. (2013). Cognitive function in schizophrenia and its association with socio-demographics factors. *Industrial psychiatry journal*, *22*(1), 47.

29. Tyson, P. J., Laws, K. R., Roberts, K. H., & Mortimer, A. M. (2004). Stability of set-shifting and planning abilities in patients with schizophrenia. *Psychiatry research*, *129*(3), 229-239.

30. Wilk, C. M., Gold, J. M., McMahon, R. P., Humber, K., Iannone, V. N., & Buchanan, R. W. (2005). No, it is not possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal. *Neuropsychology*, *19*(6), 778.

# EXAMINATION OF NEUROCOGNITIVE PROFILES OF PEOPLE WITH SHIZOFRENIA

*Marina Novaković*[1]

## Abstract

*The main aim of the research is to examine the possible differences between people, of different sexes, with schizophrenia and education levels in relation to the cognitive efficiency they achieve, as well as determining the specificity of the cognitive profile of such people. The study involved 30 examinees, ages between 24 and 51, and all the examinees belonged to a group of people with schizophrenia. Two neuropsychological battery tests were performed to evaluate cognitive functioning - a short version of CANTAB battery and BACS battery. By analysing the differences between the groups, the results obtained show that women have a less pronounced deficit of executive functions than men. In people with schizophrenia with higher education, this deficit is lower than in those with lower level education. On the other hand, the lower educated show better achievement on the tasks of viso-motor speed and coordination. On both test batteries, the deficit of executive functions is distinguished as the dominant cognitive deficit in schizophrenia. The practical and theoretical implications of these results are discussed in this paper.*

Key words: *neurocognitive profile of people with schizophrenia, demographic variables and cognitive deficits of people with schizophrenia, neuropsychological examination, CANTAB, BACS.*

[1] Marina Novaković, Master of Psychology, Medical Psychology Specialist, Family Psychotherapist, Health Center Zvornik, Republika Srpska, ul. Sime Perica br. 2, +381 64/9329835, novakovicmarina@gmail.com

UDC 376:159.922.76

# ЦРТЕЖ КАО НАЧИН „РЕИНКАРНАЦИЈЕ“ КОД ОСОБА СА МЕНТАЛНИМ ПОРЕМЕЋАЈИМА

*Елма Хаџић[1]; Бехзад Хаџић[2]*

## Апстракт

*У раду се настоји нагласити значај потенцирања преосталих капацитета корисника услуга менталног здравља, за разлику од стереотипног приступа у тражењу потешкоћа и патологије на психофизичком плану. Путем студије случаја кориснице услуга Центра за ментално здравље Кључ се, кроз оригиналне цртеже кориснице и резултате вишегодишњих психолошких експлорација и психијатријских интервјуа, приказују фазе иницијалног развоја симптома, ремисије и рецидива. Оваква метода се донекле разликује од уврježњених, будући да нуди један нови поглед на етиологију, али и третман менталних поремећаја. Овим се уводе нови аспекти стварања и одржавања релација на интра- и интерпсихичком плану који прате научне стандарде поновљивости и мјерљивости. Корисници услуга менталног здравља носе терет самог менталног поремећаја, али и терет стигме и самостигматизације. Самоперцепција овиси о томе како нас други виде. Потенцирање преосталих капацитета ствара основу за однос наде, што представља кључни моменат у сваком терапијском процесу. Добивени резултати указују на то да потенцирање испољавања преосталих капацитета могу допринијети повећању осјећаја*

[1] Елма Хаџић, начелница Центра за ментално здравље Кључ, магистар психолошких наука, Центар за ментално здравље Кључ, Шехићка 1 79 280 Кључ, 037 663 263, hadzic_elma@yahoo.com

[2] Бехзад Хаџић, специјалиста неуропсихијатар – групни аналитичар, примаријус, Центар за ментално здравље Кључ, Шехићка 1 79 280 Кључ, 062 827 882, behzad_hadzic@yahoo.com

*благостања, редукцији симптома и стабилизацији менталног здравља.*

Кључне ријечи: *стигма, самостигма, реинкарнација, капацитет*

## Увод

Комуникација (лат. comminicare) се у области социјалних односа тумачи као процес преноса садржаја поруке у облику симбола између сва преносника, односно од једног до другог ентитета (Ilievski & Coneva, 2013; Bozinovska, 2004).

На основу темељних карактеристика, комуникација се објашњава као урођена карактеристика, универзалан феномен, континуирани и динамичан процес, културолошки феномен и као посебна категорија. Узимајући у обзир симболе, знакове и сигнале који се користе, можемо говорити о вербалној и невербалној, једносмјерној и узајамној, интра - и интерпсихичкој, директној и индиректној, масовној, успјешној и неуспјешној комуникацији (Ilievski & Coneva, 2013). Вербална комуникација подразумијева употребу ријечи и/или гласа, а невербална комуникација обухвата фацијалну експресију, визуални одговор, покрете тијела, интерперсоналну дистанцу, тон и темпо гласа. Обзиром да акт цртања јесте секвенционалан и дискурзиван, Kelly (1984) наводи да више служи у „замјену“ за вербално изражавање, за разлику од манифестације спацијалног процеса на који се највише реферира. Исти аутор наводи да невербална комуникација омогућава испољавање емоција и ставова, подржава вербалну комуникацију, а некада чак може послужити и као замјена за говор.

## Начини изражавања код особа са менталним поремећајима

Када говоримо о комуникацији са особама које имају искуство менталног поремећаја, квалитет исте често овиси о природи самог поремећаја. Код већина људи са искуством ове врсте се могу јавити осиромашеност вокабулара, сметње у процесуирању и интерпретацији ријечи које упућују саговорници, несклад између говора и става тијела и/или мимике лица (феномени паратимије и парамимије), поремећаји мишљења по форми и садржају (делузије и халуцинације). Успјешност комуникације са овом циљном скупином, у великој мјери, утјече и на сам процес дијагностике, процјене карактеристика клиничке слике, исхода третмана и рехабилитације (Ilievski & Coneva, 2013). Стигма (грч. stigmus – љага, окови) изворно представља негативан социјални став који је повезан са неким карактеристикама етикетиране особе, а најчешће представља додатни проблем особама са менталним поремећајима. Временом, етикетирана особа може интернализирати негативне ставове околине, када говоримо о развоју самостигматизације или селф – стигме (APA Dictionary of psychology, 2007). На основу прегледа литературе, уочава се тенденца да особе са менталним поремећајима често користе више од једног канала комуникације, како би што боље изразиле своје емоције и потешкоће са којима се свакодневно сусрећу.

Термин „умјетник – пађеник“ уводи Лорд Баурон према којем постоји јака веза између сметњи на психичком плану и изражене креативности. Управо се сматра да овај термин и одржава можда најдугорочнији стереотип који се веже за ову циљну групу, према којем веза између психичких сметњи и изразите креативне карактеристике уствари представља самоиспуњавајуће пророчанство. Ова повезаност се покушава објаснити хиљадама година уназад, а прве назнаке се сусрећу у радовима Платона који наводи да је „лудост“ заправо божији дар, односно канал путем којег људи примају различите врсте дарова са неба, а креативност свакако јесте једна од њих (Sussman, 2007). Касније је ова идеја заживјела и

покушала своје научне темеље добити путем контролираних лонгитудиналних и трансверзалних истраживања, као и мета – анализа, чији резултати указују на сљедеће:

- Код креативних људи се сусрећу ментални поремећаји, међу којима најчешће биполарни поремећај и схизоренија, уз позитиван хередитет (Sussman, 2007; Andreason, 1987).
- Међу еминентним личностима из хисторије људских достигнућа већа је преваленца менталних поремећаја, него у опћој популацији (Sussman, 2007; Lauronen, 2004).
- Веза између постојања психичких сметњи, с једне, и изражене креативности као карактеристике личности, с друге стране, можда постоји, али та веза нужно не мора бити каузалне природе, већ се можда ради о истим или сличним неуролошким механизмима који су у основи ова два процеса (Sussman, 2007; Nettle et. al., 2007).
- Неуобичајена активност у фронталном режњу, тачније хиперактивност може довести до стварања необичних веза између различитих садржаја, резултирајући у делузијама. Поремећаји у неуротрансмисији у овом дијелу мозга могу довести до појаве делузија, халуцинација, дезорганизираности мишљења (висока разина допамина у префронталном cortexu), депресивних симптома (висок ниво норепинефрина), јављања необичних и често бизарних идеја (низак ниво норепинефрина), јављања необичних повезаности информација похрањених у паријеталном и темпоралном режњу (Sussman, 2007).
- Нека стања која се јављају код особа са менталним поремећајима могу утјецати на креативност. Ако је особа која се лијечи због присуства симптома маничне депресије у маничној фази онда може осјећати да има довољно енергије да истражује, повезује бујице идеја, док јој депресивна фаза заправо може омогућити бољи увид у урађено (Sussman, 2007).

У хисторији развоја великих дјела сусрећу се људи који су имали лична искуства са психичким сметњама, као што су T.S. Eliot, Irving Berlin, Georgia O' Keefe, Virginia Woolf, Vincent van Gogh и многи други. С друге стране, путем Foundation House (фондација основана 1948. године у New Yorku) се настоје анимирати особе са менталним поремећајима да, путем цртежа, карикатура, стрипова покушају своја искуства приближити припадницима опће популације. Разне форме стрипова се, путем онлине методе, настоје приказати што је могуће већем броју људи. Особе са менталним поремећајима их често раде под псеудонимима попут стрипа „Nest“ од стране аутора Robert Hugsa (PX), стрип њемачке ауторице Sylvie Reuter, Ruby и др. Такође су забиљежени покушаји умјетника да, уз помоћ особа са личним искуствима менталних поремећаја, покушају „насликати“ главне симптоме и/или патње људи који пате од нпр. социјалне анксиозности, анорехие нервосе, схизофреније и других психотичних поремећаја попут Shown Gross-а у октобру 2016. године.

## Приказ студије случаја клијентице Н.Н.

Н.Н. је особа женског спола, има 18 година. Друго је дијете по реду рођења, од укупно троје дјеце. Трудноћа, пород и рани психомоторни развој протекли уредно. На вријеме кренула у школу. Завршила девет разреда основне школе. Била је солидна ученица. Тренутно живи са породицом у насељу у околини Кључа. Хередитет на менталне поремећаје позитиван.

Први пут се психологу у Центар за ментално здравље Кључ јавила прије нешто више од три године у пратњи мајке. Као главни проблем наводи да је била жртва вршњачког насиља, због чега је одлучила да не иде у средњу школу. Иницијални интервју је обављен у присуству мајке. До тада се није успоставио адекватан механизам подршке на релацији клијентица – вршњаци, као нити са доступним сервисима за помоћ. При првом сусрету, клијентица не показује интерес за

разговор и сарадњу, у контакту је повучена и на моменте сумњичава. Уочавају се знакови самостигматизације.

Хетероанамнестички од мајке се добију сљедећи подаци:

- Клијентица се никада није „уклапала у друштво“
- „Презире“ савремени начин одијевања дјевојака
- Имала је више вербалних сукоба са члановима породице
- Склона самоповређивању
- Изражена тенденца ка социјалној алијенацији
- „Тешког“ темперамента
- Има афинитет према цртању

Дијагностички поступак:

- Потписан писани пристанак о даљем третману
- Клијентица се укључује у процес координиране бриге
- Договорени термини најмање два пута мјесечно са координатором бриге
- Консултован надлежни ординаријус, који укључи фармакотерапију која се узима под надзором мајке
- Дана 27.04.2015. доведена у нашу службу због вербализације суицида; хоспитализирана
- По отпусту се јавља поновно у нашу службу (Дг. Акутни полиморфни психотични поремећај са симптоми SCH)
- Приступа се детаљној процјени преосталих капацитета, потреба, начина за остваривање постављених циљева, алокације доступних ресурса.

Обзиром да је клијентица била осиромашеног вокабулара, са израженим мисаоним баражама, уз евидентно присуство поремећаја мишљења по форми и садржају, договорено је да покуша своје мисли, емоције и потребе изразиту путем неког другог канала. Као

резултат, настао је сљедећи цртеж, који представља својеврстан психопортрет клијентице као „особе која пуно не говори“.

**Цртеж 1**. Властити психопортрет клијентице

Током дијагностичког поступка, добивају се додатне информације о :

- Склоности ка самоповређивању
- Нарушеном тјелесном селфу
- Просјечно развијеним интелектуалним способностима, са просјечно развијеним вербалним и невербалним способностима (налаз од 24.09.2014.)

**Цртеж 2.** Приказ нарушеног тјелесног селфа

Током 2015. године јављају се два рецидива, што је утјецало и на сам начин изражавања клијентице. У сљедећим цртежима се назиру измјене у перцепцији и когницији.

**Цртеж 3.** „Како се тренутно осјећам“

**Цртеж 5.** „Како себе видим“

Током процјене идентификовани су Ризик од самоповређивања (умјерен), Ризик од самозанемаривања / подложности (умјерен), Ризик од насиља (низак) и Ризик од поремећаја у исхрани (ТТ – 77 кг, ТВ – 167; БМИ – 27, на дан 21.07.2015.). Клијентица наводи да јој је мајка заправо једина особа са којом може разговарати, те да узимањем већих количина хране настоји попунити унутрашњу празнину.

**Цртеж 6.** „Утјеха“

Током 2016., 2017. и 2018. године, психичко стање клијентице је релативно стабилно, уз повремена јављања стручњацима из области менталног здравља. Као своје циљеве наводи жељу да се додатно

едуцира у ликовној области, да почне зарађивати помоћу свог талента, да постане позната по свом таленту, да заврши средњу умјетничку школу, да се осјећа добро и да стекне пријатеље. План за испуњење наведених циљева је обухватао сљедеће активности.

- Контактирање умјетничке школе која се налази у другом граду утјецало је на модификацију циља везаног за похађање средње умјетничке школе. Наиме, због немогућности родитеља да самостално финансирају интернат и школарину, као и због изразите несамосталности клијентице, контактирана је школа у граду у којем живи и клијентица је уписана ванредно у средњу школу за кројачицу. План јесте да исту заврши ванредно, што додатно оставља могућност за даље школовање.
- Клијентица је показала додатни интерес за манга технику цртања (популарна у Јапану), те јој је уз помоћ донатора омогућено креирање и дистрибуција бојанки за дјецу, антистигма стрипа, честитки и цовера за промотивне материјале. Антистигма стрип је настао уз подршку Пројекта менталног здравља у БиХ и проф. Normana Sartoriusa, захваљујући мрежи интерсекторске сарадње дистрибуиран је у многе образовне институције, невладине организације и министарства у земљи, али и шире.
- С циљем повећања популарности рада клијентице, успостављена је адекватна сарадња са локалним домаћим и страним медијима, који су у више наврата снимали и емитовали репортаже о истој, а које су емитиране током информативних емисија, спотова и ревијалног програма.
- С циљем јачања постојећих и усвајања нових социјалних вјештина, клијентица се укључује у групу самопомоћи, као и у креативне радионице у удружењу корисника услуга менталног здравља.

## Закључак

У комуникацији са особама које имају искуство менталног поремећаја потребно је водити рачуна о више димензија. Насупрот доминантном вербалном комуницирању у колоквијалном животу, комуникација са овом циљном групом овиси, између осталог, о природи менталног поремећаја, преосталим капацитетима, потребама, одбрамбеним механизмима, сензибилитету стручњака и доступним ресурсима. Такође, потребно је више пажње усмјерити на начина манифестације несвјесних садржаја, а што у основи представља симболички језик (језик подсвијести). Једна од потешкоћа у комуникацији са овим особама јесте неприхватање њиховог кориштења зрелих механизама одбране, попут сублимације, чак и од стручњака из области менталног здравља, а помоћу којих они на креативан и јединствен начин покушавају да изразе своје емоције, ставове, мисли и фантазије.

Врло често су управо стручњаци из области менталног здравља заробљеници крутих професионалних парадигми када искључиво путем вербалног канала настоје прикупити потребне анамнестичке и хетероанамнестичке податке који се углавном односе на ментални поремећај. Усредоточеност на креативност ових особа може бити од велике помоћи, јер давање шансе за представљање очуваног, зрелог дијела личности итекако може помоћи у процесу третмана и рехабилитације. Умјесто тражења патологије, пажњу је потребно усмјерити на начина помоћу којих се особа са менталним поремећајем може реинкарнирати.

## Литература

1. American psychological association (2007). *APA Dictionary of psychology*. Washington, DC.

2. Дамјановић, А. (2005). *Психо и патобиологија – конструкција, реконструкција или деконструкција личности,* Интерграф ремонт, Београд.

3. Ilievski, V. & Coneva, A. (2013). Communication of persons with mental disorders. *JAHR.* Vol 4, No 7, 377 – 383.

4. Kelly, G. (1984). *Children's Drawings as Means of Nonverbal Communication: An Introduction.* Occupational therapy. Cherryville Clinic. Belfast.

5. Morse, F., *Mental health week: How drawing on social media are changing the conversation,* https.//www.bbc.co.uk/, (9 May 2018).

6. Rustin, T. A., *Using artwork to understand the experience of mental illness: Mainstream artists and Outsider artists,* https://www.ncbi.nim.nih.gov/pmc/articles/PMC2736519/, (8 May 2018).

7. Sussman, A. (2007). Mental Illness and Creativity. *Standford Journal of Neuroscience.* Vol I, No 1, 21 – 24.

# DRAWING AS A "REINCARNATION" IN PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS

*Elma Hadžić[1]; Behzad Hadžić[2]*

## Abstract

*The paper seeks to emphasize the importance of emphasizing the remaining capacities of users of mental health services, as opposed to the stereotypical approach in finding difficulties and pathology on a psychophysical plan. Through the case study, beneficiaries of the Center for Mental Health Ključ, through the original user drawings and the results of many years of psychological explorations and psychiatric interviews, show the stages of initial development of symptoms, remission and recurrence. Such a method is somewhat different from the restrained, since it offers a new look at the etiology, but also the treatment of mental disorders. This introduces new aspects of the creation and maintenance of relations on an intra- and inter-psychic scale that follow scientific standards of repeatability and measurability. Mental health care providers carry the burden of the mental disorder itself, but also the burden of stigma and self-diagnosis. Self-perception depends on how others see us. Potential for remaining capacity creates the basis for a relationship of hope, which is a key moment in every therapeutic process. The obtained results indicate that the potential of remaining residual capacity can contribute to an increase in the sense of well-being, reduction of symptoms and mental health stabilization.*

Key words: *stigma, self-diagnosis, reincarnation, capacity*

[1] Elma Hadžić, Head of the Center for Mental Health Ključ, Master of Psychological Sciences, Center for Mental Health Ključ, Šehićka 1 79 280 Ključ, 037 663 263, hadzic_elma@yahoo.com

[2] Behzad Hadžić, specialist neuropsychiatrist - group analyst, primarius, Center for mental health Ključ, Šehićka 1 79 280 Ključ, 062 827 882, behzad_hadzic@yahoo.com

UDC 364.634-053.2 (497.11)

# ВИКАРИЈСКА ТРАУМА И СОЦИЈАЛНА ЗАШТИТА ДЕЦЕ И МЛАДИХ У СРБИЈИ

*Емина Борјанић Болић*[1]

## Апстракт

*За време обављања свог посла професионалци у социјалној заштити деце и младих изложени су трауматским догађајима од породичног насиља, па до злостављања и занемаривања деце. Сведочење овим догађајима посредним путем, кроз разговоре са децом и члановима њихове породице, преко читања документације и слично, чини ове професионалце вулнерабилним за настанак викаријске трауме. Истраживање је спроведено у Београду у Градском центру за социјални рад, Центру за заштиту одојчади, деце и омладине, Центру за породични смештај и усвојење и Прихватилиштима за децу. Циљ овог истраживања био је да утврдимо у којој установи се у највећем броју манифестује присуство показатеља викаријске трауме, које радне позиције су најугроженије и да ли постоји повезаност викаријске трауме и супервизије. Истраживање је спроведено електронски и учествовало је 150 испитаника. Добијени резултати показују највеће присуство чинилаца викаријске трауме код професионалаца у Градском центру за социјални рад. Насупрот очекивањима, супервизија није показала повезаност са викаријском траумом.*

Кључне речи: *викаријска трауматизација, социјална заштита деце и младих, супервизија, социјални рад*

[1] Емина Борјанић Болић, др политичких наука (социјални рад), е-маил: emina.borjanic@gmail.com

## Увод

Професионалци који раде у социјалној заштити деце и младих, сусрећу се са корисницима који су доживели различита трауматска искуства, од занемаривања, породичног насиља па до различитих облика злостављања. Када се говори о корисницима услуга социјалне заштите, углавном се не истиче се да је један број корисника трауматизован и да социјални радници и други професионалци из сродних помагачких професија треба да поседују знања о трауми, њеним облицима, манифестацијама, облицима третмана и слично. Препознавањем и истицањем да су корисници трауматизовани, акценат се не би стављао на проблеме и недаће са којима се они сусрећу, већ на трауматизацију и њене последице. Важно је да знамо да се трауматизована деца не могу опоравити од трауме ако им у том процесу помажу изнурени професионалци из трауматизованих организација (Bloom, 2005), већ да се у таквим условима дечји проблеми могу продубити и погоршати. У стручној литератури се помиње потреба да пракса у социјалној заштити у своје теоријске основе уврсти и знања о трауми, како би се уз прилагођавање конкретном контексту поставио оквир за планирање и пружање услуга. „Заштита заснована на знањима о трауми (ЗЗЗТ) представља приступ базиран на снагама унутар служби које пружају услуге, што је основно за разумевање и реакцију на утицај трауме, који истиче физичку, психолошку и емоционалну сигурност и за пружаоца и за корисника услуга, а то ствара могућност за корисника да поново изгради осећај контроле и моћи“ (Hopper et al, 2010:82; navedeno u Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2014: xix.). Овај приступ истиче и бригу о професионалцима и одговоран однос према њиховој добробити. Због тога се наглашава да професионалци треба да буду свесни ризика посла, да поседују знања о викаријској трауми, да су упознати са начинима за превенцију и превазилажење викаријске трауме, да имају доступну и обезбеђену супервизијску подршку, а да им буде омогућено и континуирано учење и усавршавање.

## Одређење појма викаријске трауме

Почетком деведесетих година XX века McCann и Pearlman су одредиле викаријску трауматизацију као „трансформацију унутрашњег искуства помагача, која је настала као резултат емпатијског ангажовања око клијентовог трауматског материјала“(Saakvitne & Pearlman, 1996:25), али и „осећања одговорности да се некоме помогне“, додала је Pearlman (2012). У почетку проблем викаријске трауматизације био је везан за психотерапеуте, али је искуство током година показало да су у ризику и социјални радници, полицајци, судије и други. Професионалци у социјалној заштити деце и младих могу бити директно изложени трауматским догађајима или посредно кроз своју улогу професионалног помагача. За концепт викаријске трауматизације значајна је потврда коју је изнела Janoff-Bulman (1989) да виктимизирајући животни догађаји доводе у сумњу базична уверења о себи, о другима и свету. Због утицаја викаријске трауматизације мењају се постојећа уверења професионалца, што га може довести у ситуацију да не препознаје себе или да се не понаша на себи својствен начин. Викаријска трауматизација дугорочно утиче на промене у: референтном оквиру, капацитетима, его ресурсима, психолошким потребама и когнитивним шемама, као и у памћењу и перцепцији професионалаца, а њене последице огледају се и на професионалном и на приватном животу (Saakvitne & Pearlman, 1996).

Настанак викаријске трауме и секундарног трауматског стреса повезани су са симптомима и ефектима узрокованим трауматским искуством, док је синдром изгарања највише повезан са радним окружењем. Фиглеу описује секундарни трауматски стрес као: “понашање и емоционално реаговање који су природна последица свести о трауматском догађају коме је изложен значајни други – стрес је резултат помагања или жеље да се помогне особи која пати” (Чабаркапа, 2012:14). Код секундарног трауматског стреса нагласак је на симптомима који су базирани на симптомима ПТСП, док

викаријска траума има своју основу у конструктивистичкој теорији о саморазвоју (CSDT, constructivist self-development theory). Секундарни трауматски стрес може настати након једног догађаја и није везан само за професионалне помагаче, већ и за чланове породице трауматизованих појединаца. Са друге стране викаријска траума настаје кумулацијом тј. изложеношћу трауматским материјалом кроз дужи временски период, развијају се когнитивне промене, може се превенирати, оставља трајне последице и повезује са са професионалном улогом помагача. Figley (2012) је истакао и да се за разлику од секундарног трауматског стреса, викаријска траума не може директно мерити.

Maslach је дефинисала синдром изгарања као „синдром емоционалне исцрпљености, деперсонализације и смањеног личног постигнућа до којег може доћи код појединаца који се баве неком врстом рада са људима“ (Maslach, 2015:2). За настанак синдрома изгарања у литератури се највише истичу услови везани за радно окружење и стрес везан за њега, а за настанак викаријске трауме потребни су емпатија и трауматизован корисник. Оба професионална ризика настају кроз дужи временски период, и имају сличне основне симптоме, али за викаријску трауматизацију је карактеристично да дугорочно долази до когнитивних промена професионалца. Као и код синдрома изгарања, када је реакција професионалних помагача на поновљену трауматизацију негативна, отвара се могућност разним уступцима у обављању посла, властитој ефикасности и квалитету пружених услуга, што може довести и до ниског задовољства корисника услугама које су му пружене (Middleton & Potter, 2015). Saakvitne & Pearlman (1996) и Bloom (2003) су сагласне да синдром изгарања може настати и као последица понављајуће или хроничне викаријске трауме која није била препозната и адекватно третирана. Разлика међу овим ризицима по ментално здравље професионалаца је можда најочигледнија у томе што професионалци који су доживели викаријску трауму и даље воле свој посао али немају снаге и капацитета да га обављају, док они са синдромом изгарања више нису заинтересовани за посао нити за сараднике и напуштају посао или мењају професију.

## Супервизија у социјалној заштити

Професионалци у социјалној заштити деце и младих и њихових породица у свом раду сусрећу се са корисницима који имају комплексне и/или хроничне проблеме. Пружање услуга корисницима, захтева континуирану супервизијску подршку како би се очувала психолошка стабилност професионалаца и како би се пружање услуга одвијало на жељеном нивоу, уз задовољство и пружаоца и корисника услуга. Жегарац (2015) одређује супервизију у социјалном раду "као процес који обезбеђује да се применом стандарда реализују стручни задаци и активности из делатности центара за социјални рад кроз професионалну подршку и учење, а да стручни радници на тај начин развију знање, компетенцију и могућност да преузму одговорност за сопствену праксу, односно да подигну ниво квалитета заштите корисника" (п.20). У систему социјалне заштите Србије, примењује се англосаксонски, Кадушинов или интегративни модел супервизије који у супервизији социјалног рада треба да обједињује три функције супервизије: административну, подржавајућу и едукативно-развојну (Бељански, 2016). Савремени модели супервизије сматрају да супервизија треба да буде подељена на супервизију унутрашњих процеса и супервизију рада, јер забринутост због радног процеса и квалитета услуга може довести до прикривања проблема у раду који могу да указују на викаријску трауматизацију (Bell et al., 2003). Како подржавајућа супервизија треба да омогући професионалцу да се осећа сигурним у исказивању страха, забринутости и неадекватности, а супервизија рада да обезбеди квалитетно пружање услуга, развијање стандарда, компетенција и ефективности професионалаца учењем кроз праксу, због тога смо мишљења да би подела ових функција допринела квалитету супервизије.

За превенцију викаријске трауме, као и осталих професионалних ризика интензивирање подржавајуће и едукативно-развојне функције од великог је значаја, обзиром да треба да буде амортизер за тежак садржај који износе корисници (Bell, et al., 2003). Супервизија

намењана превенцији викаријске траума представља први корак у борби против викаријске трауматизације и треба да:

- кроз едукативно-развојну функцију пружи основна знања о викаријској траума, научи професионалце како је препознати код себе и сарадника и који су могући нивои и облици превенције, и шта радити ако ти се деси викаријска трауматизација;
- кроз подржавајућу функцију омогући стабилност професионалних граница, препознају како посао утиче на њих, обезбеди "осећај растерећења, увид и разумевање властитог понашања, понашања корисника и сарадника, боља брига за властито ментално здравље" (Бранковић и сар., 2017:20)

## Циљеви истраживања

У овом истраживању желели смо да утврдимо да ли се код професионалаца у социјалној заштити деце и младих у Београду манифестује присуство викаријске трауме. Поред тога интересовало нас је које су то службе и која радна места где су манифестације најбројније и да ли су професионалци који имају обезбеђену супервизију мање вулнерабилни на ефекте викаријске трауме.

## Инструменти

За потребе истраживања конструисан је упитник за прикупљање основних демографских података о испитаницима везаним за: пол, узраст, службу у којој раде, радном месту, дужини радног стажа, супервизијску подршку и сл.

Други упитник који је коришћен јесте Trauma and attachment Belief Scale (у даљем тексту TABS), који је ревидирана верзија Traumatic

Stress Institute (TSI) Belief Scale, намењена за рад са појединцима који су имали трауматско искуство –лично или посредно. (Pearlman, 2003). ТАБС мери нарушеност слике о себи и другима, услед психолошке траума или секундарне изложености трауматском материјалу кроз професионалну улогу помагача. Упитник чине 84 ставке за самопроцењивање, на шестостепеној скали од "у потпуности се слажем" до "у потпуности се не слажем". За овај инструмент израчунат је Kronbach alfa коефицијент. Скала у целини има добру унутрашњу конзистентност 0.93 ("тотал 0.96"; Pearlman, 2003:4), док је конзистентност на подскалама варира од 0.57 ("0.67"; Pearlman, 2003:4) на подскали Лична интима до 0.72 ("0.87"; Pearlman, 2003:4) на скали Интима других.

## Узорак

У истраживању које је већим делом спроведено електронским путем, а мањим делом у оловка-папир облику, учествовало је 150 професионалаца. Од тога 135 испитаника је у потпуности попунило упитнике, што је био услов за обраду података. Испитаници у овом истраживању су били професионалци из 8 централно-градских одељења Градског центра за социјални рад 2 (ГЦСР), Центра за заштиту одојчади, деце и омладине (ЦЗОДО), Центра за породични смештај и усвојење (ЦПСУ) и Прихватилишта за децу. Наш узорак су 85.9% чиниле жене. Старост испитаника: до 35година (34.1%), 36-45 година (28.1%), 46-55 година (25.9%) и преко 55 година (11.9%). Према укупном професионалном искуству: до 5 година укупног радног стажа (25.9%), 6-15 година радног стажа (33.3%) и преко 15 година радног стажа (40.7%). Преко половине испитаника ради на садашњој позицији до 5 година (52.6%), 6-10 година (26.7%) и преко 10 година (20.7%). 70.4% испитаника изјаснило се да има хоби, а 61.5% се рекреативно бави спортом.

[2] Градски центар за социјални рад у Београду има 17 општинских одељења.

## Распрострањеност викаријске трауме

Задатак ТАБС упитника јесте да мери ниво нарушености уверења, који је карактеристична за особе са трауматским искуством, без обзира на који начин су трауматизоване. Анализом ТАБС упитника утврђено је да око 15% испитаника манифестује присуство чинилаца викаријске трауме. Највеће проблеме испитаници пријављују на подскалама: Поверење у себе (19.2%), Самопоштовање (17.8), Интима других (16.3), Контрола других (15.1%), Властита сигурност, Поверење у друге и Лична интима (14.8%).

Анализом ТАБС упитника највеће присуство чинилаца викаријске трауме је код професионалаца из: ГЦСР (око 20%), ЦЗОДО (око 15%), Прихватилиштима (10%) и ЦПСУ (мање од 10%).

**Табела 1.** Проценат испитаника са високим скором на подскалама ТАБС упитника према радном месту

| **Назив подскале** | **Радно место - група** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **I** психолог, педагод, логопед и социјални радник (16) | **II** руководилац службе и супервизор (16) | **III** реализатор едукативних програма за хранитељ е и саветник за храни-тељство (16) | **IV** васпитач и медицин-ска сестра (37) | **V** водитељ случаја (50) |
| Властита сигурност | 12.5 | 31.3 | 0.0 | 10.8 | 18.0 |
| Сигурност других | 18.8 | 15.5 | 0.0 | 18.9 | 10.0 |
| Поверење у себе | 12.5 | 31.3 | 25.0 | 21.6 | 14.0 |
| Поверење у друге | 6.3 | 12.5 | 12.5 | 10.8 | 22.0 |
| Самопоштовање | 6.3 | 25.0 | 25.0 | 16.2 | 18.0 |
| Поштовање других | 6.3 | 18.8 | 0.0 | 2.7 | 24.0 |
| Лична интима | 12.5 | 12.5 | 6.3 | 18.9 | 16.0 |
| Интима других | 18.8 | 37.3 | 6.3 | 5.5 | 20.0 |
| Самоконтрола | 12.5 | 31.3 | 0.0 | 8.1 | 18.0 |
| Контрола других | 6.3 | 18.8 | 12.5 | 16.2 | 18.0 |

Извор: *Истраживање аутора*

Анализа ТАБС упитника показује да око 30% супервизора и руководилаца сужбе и 15% водитеља случаја има екстремно висок или врло висок скор на овој скали, око 10% психолога, педагога, логопеда, социјалних радника, васпитача и медицинских сестара има врло висок скор, као и мање од 10% реализатора едукативних

програма за хранитеље и саветника за хранитељство има висок скор на овој скали. За потребе анализе, а због већег броја радних позиција које су неједнако заступљене у узорку, професионалце смо према степену сродности груписали у пет група Због постојања изражених разлика у величини група, није било оправдано испитивати их применом статистике закључивања, већ је коришћена дескриптивна статистика.

Табела 1 показује на којим подскалама ТАБС упитника су присутни високи скорови у вези са радним местом. Па тако у првој групи испитаника 18.8% има високе скорове на скалама "Сигурност других" и "Интима других". Испитаници друге групе, њих 30% пријављује високе скорове на четири подскале "Властита сигурност ", "Поверење у себе", "Интима других" и "Самоконтрола". Трећа група испитаника на четири подскале не показују никакве проблем, док 25% испитаника пријављује проблеме на подскалама "Поверење у себе" и "Самопоштовање". Око 20% испитаника четврте групе пријављује проблем на подскалама "Сигурност других", "Поверење у себе" и "Лична интима". Пета група испитаника, њих 18% пријављују подједнаке проблеме на подскалама "Сигурност у себе", "Самопоштовање", "Самоконтрола" и "Контрола других", док су нешто израженији проблеми на подскалама "Поверење у друге" код 22% и "Поштовање других" код 24% испитаника.

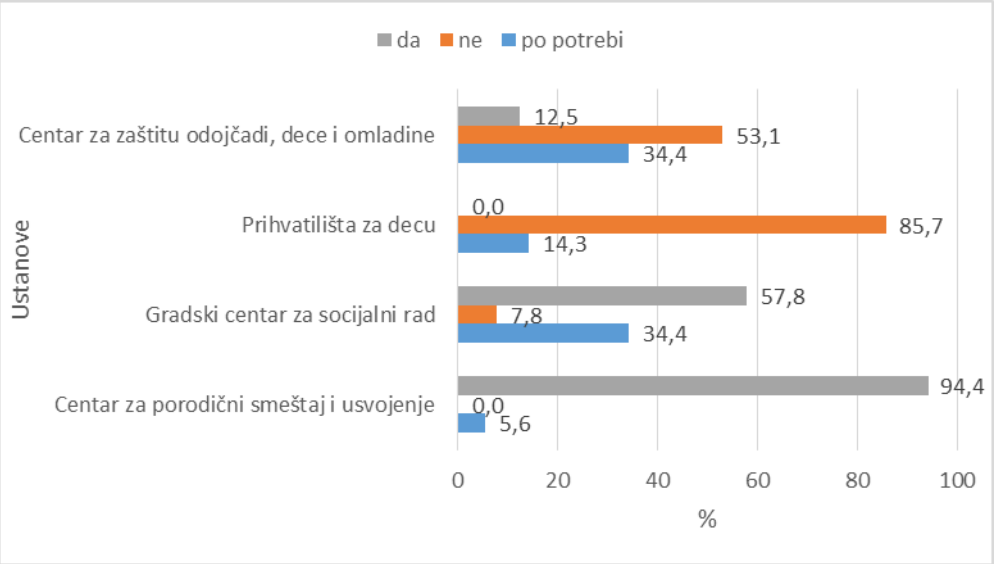
## Обезбеђеност супервизије у социјалној заштити

Резултати обезбеђеност индивидуалне супервизије на целокупном узорку показују да: 43% има супервизијску подршку, 29.6% нема супервизију, а 27.4% има супервизију по потреби. На Графикону 1. видимо како су се професионалци из сваке појединачне службе (установе) изјаснили да ли им је обезбеђена редовна супервизија, да ли је организована по потреби или супервизија уопште не постоји.

Из ГЦСР 57.8%, ЦПСУ 94.4%, ЦЗОДО 12.5% и Прихватилишта 0% професионалаца се изјаснило да имају обезбеђену супервизију. Са

друге стране из Прихватилишта 85.7% и ЦЗОДО 53.1% професионалаца се изјаснило да немају обезбеђену супервизију. Супервизија по потреба организује се за 34.4% професионалаца у ГЦСР и ЦЗОДО, 14.3% у Прихватилиштима и 5.6% у ЦПСУ.

Једнофакторском анализом варијансе испитали смо у којој мери обезбеђеност индивидуалне супервизије утиче на мање или већу присуство чинилаца викаријске трауматизације. За прву групу ниво присуства чинилаца викаријске трауматизације износи (АС=49,17, СД=10,17), за другу групу (АС=50,84, СД=10,21) и за трећу групу (АС=50,40, СД=9,67). Утврђено је да не постоји статистички значајна разлика на скали ТАБС између три групе: Ф(2,132)=0,368, п=0,693.




**Графикон 1:** Обезбеђеност индивидуалне супервизије по установама

## Дискусија

Резултати истраживања показују да су чиниоци викаријске трауматизације присутни су код 15% испитаника. Резултати које су у свом истраживању добиле Middleton и Potter (2015), 26-35% њихових испитаника[3] је пријавило да су до неке мере приметили код себе чиниоце викаријске трауме који су настали као резултат њиховог посла, укључујући и негативне утицаје на њихово интерперсонално функционисање, као и на њихову способност за емоционалним повезивањем. Професионалци у ГЦСР у највећем броју (око 20%) показују присуство чинилаца викаријске трауме, што чини око 30% супервизора и руководиоца служби и око 15% водитеља случаја који имају екстремно висок или врло висок скор на овој скали. Следе ЦЗОДО где око 15% испитаника и Прихватилишта где око 10% испитаника манифестује чиниоце викаријске трауме. Према радном месту манифестација викаријске трауме је уједначена код око 10% психолога, педагога, логопеда, социјалних радника, васпитача и медицинских сестара, који имају врло висок скор на скали. За разлику од предходних служби професионалци из ЦПСУ готово да не манифестују присуство чинилаца викаријске трауме, што показује резултат да мање од 10% реализатора едукативних програма за хранитеље и саветника за хранитељство има висок скор на овој скали.

Организацију рада у ГЦСР одликује: централизаованост службе, велики па и превелики број корисника, кратки временски рокови, пуно административног посла, одговорност без одговарајућег утицаја и моћи, сложени проблеми корисника, притисак јавности, надзор и контрола. Од водитеља случаја, преко супервизора па до руководиоца служби одговорност хијерархијски расте. Водитељ случаја фокусиран је на координацију процеса пружања услуга, процене и организовање приступа услугама, координације и надгледања услуга које треба да одговоре на клијентове потребе

[3] Child welfare agencies professionals

(Жегарац, 2015). Резултате истраживања које је добила Полић говоре да је у ГЦСР „54.4% супервизора радно ангажовано и на позицији водитеља случаја, што може представљати додатно оптерећење за супервизоре услед двоструке улоге“ (Полић, 2015:52). Таквим условима се повећава стрес, а подршка супервизорима изостаје.

Професионалци из ЦПСУ манифестују присуство чинилаца викаријске трауме у мање од 10%. Постоји сличност у организацији и систематизацији рада ЦПСУ и ГЦСР, док је број запослених у рангу мањег општинског одељења. У установама са мањим бројем запослених карактеристичан је краћи низ одговорности, лакше се уводе промене, лакше се доносе сврсисходније одлуке, па запослени у мањим организацијама могу бити под мањим стресом и задовољнији унутрашњом организацијом службе што може позитивно утицати на њихову отпорност на чиниоце викаријске трауме.

ЦЗОДО представља велику централизовану службу, подељену у неколико организационих јединица. За разлику од претходне две службе, посао у Прихватилиштима и ЦЗОДО представља директну подршку и рад са трауматизованом децом и младима, усмерен на стабилизацију деце и младих, без преобимног административног посла, без притисака у виду рокова и спољашње контроле. За посао васпитача и медицинских сестара карактеристично је да скоро целокупно радно време проводе у директном раду са децом и младима путем којег су изложени и одигравањима трауматских догађаја, самоповређивању корисника и осталим последицама трауматизације коју деца и млади манифестују за време свог боравка у овим резиденцијалним установама. Поред саветодавног рада, васпитачи и медицинске сестре баве се и низом послова које представљају стицање различитих животних вештина. Социјални радници, психолози, педагози и логопеди у установама за резиденцијални смештај не проводе већи део времена у директном раду са корисницима. Поред послова који су у опису њиховог радног места, процене, планирања третмана, других административних

послова ови професионалци учествују у саветодавном раду са децом и младима, али и на пословима планирања и развоја службе и услуга.

Само у ГЦСР[4] и ЦПСУ[5] правилницима о раду службе прописано је постојање радног места супервизора и супервизијске подршке запосленима. Резултати нашег истраживања не показују повезаност супервизијске подршке са присуством показатеља викаријске трауматизације. У литератури се нагласак ставља на супервизију која се односи на психолошко растерећење професионалаца као превентивну меру за настанак викаријске трауме или стратегију за превазилажење викаријске трауме, јер овај облик супервизије повећава самосвесност професионалаца, омогућавају дубље разумевање процеса и нова знања, а доприноси и порасту самоефикасности (Saakvitne & Pearlman, 1996; Hesse, 2002; Pelad-Avram, 2015; Berger & Quiros, 2014). Резултати из истраживања које су у ГЦСР у Београду спровеле Бранковић (2014) и Полић (2015), у овој установи нагласак супервизије је на мониторингу радног процеса. Сазнања из стручне литературе и резултати истраживања нас наводе на закључак да супервизија чији фоцус није на психолошком растерећењу и едукацији не показује повезаност са настанком викаријске траума и не утиче као превентивни фактор.

## Закључак

Ово је прво истраживање викаријске трауме као професионалног ризика на овој популацији. Резултати овог истраживања истичу присуство чинилаца викаријске трауматизације међу професионалцима у социјалној заштити деце и младих и указују да су супервизори и водитељи случаја из ГЦСР у највећем ризику од викаријске трауме. Поред корисника који су трауматизовани,

[4] Правилник о унутрашњој организацији и систематизацији послова и радних задатака у Градском центру з социјални рад у Београду, 2013

[5] Правилник о организацији и систематизацији послова Центра за породични смештај и усвојење Београд, 2014

разговора са њима, њиховог понашања и извештаја који говоре о њиховој трауматизацији, хроничан стрес и/или организационе околности могу учинити ове професионалце вулнерабилнијим на ВТ. Имплементацијом знања о трауми и викаријској трауми у образовање ових стручњака и прилагођавањем супервизије потребама сваке радне позиције, побољшавају се ефекти супервизије Овим истраживањем отворили врата за даље проучавање викаријске трауме у установама социјалне заштите, проучавању инструмената за мерење викаријске трауме и других чинилаца који утичу на настанак викаријске трауме а који овим истраживањем нису били обухваћени.

## Литература


1. Bell, H., Kulkarni, S., & Dalton, L. (2003). Organizational Prevention of Vicarious Trauma. Families in Society. *The Journal of Contemporary Human Services,* 84(4), 463-470.
2. Бељански, М. (2016). Супервизија или о личном и професионалном усавршавању одраслих. *Андрагошке студије*, број1, јун 2016, стр. 129-142.
3. Berger, R. & Quiros, L. (2014). Supervision for Trauma Informed Practice. *Traumatology*, Vol 20, No 4, pp 296 – 301.
4. Bloom, S. L. (2003). Caring for the Caregiver: Avoiding and Treating Vicarious Traumatization. http://www.sanctuaryweb.com/PDFs_new/Bloom%20Caring%20for%20Caregiver.pdf. (08 jun 2013).
5. Bloom, S. L. (2005). The Sanctuary Model of Organizational Change for Children s Residential Treatment. Therapeutic Community. *The International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations*, 26(1), 65-81.
6. Бранковић И. (2015). Карактеристике супервизије у Центру за социјални рад – улога супервизије у превенцији

професионалног изгарања водитеља случаја. *Социјална политика*, 1/2015, 45-67.

7. Бранковић, И., Шарац, Н., и Живанић, С. (2017). *Супервизија у центру за социјални рад – приручник за супервизоре*, Завод за социјалну и дјечју заштиту, Подгорица.
8. Чабаркапа, М. (2012). Стрес и траума на радном месту у светлу законске регулативе. www.usvmr.org.rs/radovi2012/14.ppt, (17. maj 2013).
9. Figley, C. R. (2012). Helping that Hurts: Child Welfare Secondary Traumatic Stress Reactions. *CW 360, Secondary Trauma and the Child Welfare Workforce*, Spring, pp 4.
10. Hesse, A. R. (2002). Secondary Trauma: How working with trauma survivors affects Therapists. *Clinical Social Work Journal*, Vol. 30, No. 3.
11. Janoff Bulman, R. (1989). Assumptive Worlds and the Stress of Traumatic Events: Applications of the Schema Construct. *Social Cognition*, 7 (2), pp 113-136.
12. Maslach, C. (2015) *Burnout: The cost of caring*. Malor Books, Los Altos, CA.
13. Middleton, J., S. & Potter, C., C. (2015). The Relationship between Vicarious Trauma and Turnover among Child Welfare Professionals. *Journal of Public Child Welfare*, 9:2, 195-216.
14. Pearlman, L., A. (2003). *Trauma and Attachment Belief Scale*. Western Psychological Services, Los Angeles.
15. Pearlman, L. A. (2012). What Can Child Welfare Workers Do about Vicarious Trauma? *CW 360, Secondary Trauma and the Child Welfare Workforce*, Spring, pp 20.
16. Peled-Avram, M. (2015). The Role of Relational-Oriented Supervision and Personal and Work-Related Factors in The Development of Vicarious Traumatization. *Clinical Social Work Journal*, Vol 43, No 4.

17. Полић, С. (2016). *Утицај супервизије на професионални развој водитеља случаја у Центру за социјални рад*. Необјављени Мастер рад. ФПН, Београд.

18. Saakvitne, K. W., Pearlman, L. A. (1996). *Transforming the pain: A Workbook on Vicarious Traumatization*. W.W. Norton & Company, Inc, New York.

19. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Trauma-Informed Care in Behavioral Health Сервицес. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. HHS Publication No. (SMA) 13-4801. Rockville, MD: SAMHSA, 2014. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207201, (25 januar 2016).

20. Жегарац, Н. (2015). *Од проблема до прилика у вођењу случаја. Приручник за практичаре*. ФПН и Центар за истраживања у социјалној политици и социјалном раду, Београд.

# VICARIOUS TRAUMA AND SOCIAL PROTECTION OF CHILDREN AND YOUTH IN SERBIA

*Emina Borjanić Bolić*[1]

## Abstract

*During the performance of their work, professionals in the social protection of children and young people are exposed to traumatic events from family violence to abuse and neglect of children. Testifying these events indirectly, through interviews with children and their family members, through reading documentation, makes these professionals vulnerable to the occurrence of a Vicarious trauma. The research was conducted in Belgrade at the City Center for Social Work, the Center for the Protection of Infants, Children and Youth, Center for the Family Accommodation and Adoption and the Children's Shelter. The aim of this research was to determine in which institution the presence of indicators of Vicarious trauma is manifested in the largest number of cases, which work positions are most vulnerable and whether there is a connection between vicarious trauma and supervision. The research was conducted electronically and it involved 150 examinees. The obtained results show the highest presence of Vicarious trauma factors among professionals in the City Center for Social Work. Contrary to expectations, the supervision did not show any association with the Vikarious trauma.*

Key words: *vicarious traumatisation, social protection of children and young people, supervision, social work*

[1] Emina Borjanić Bolić, PhD in Political Science (Social Work), e-mail: emina.borjanic@gmail.com

UDC 613.8-053.6

# ПРЕПОЗНАВАЊЕ СНАГА И ТЕШКОЋА У КОНТЕКСТУ ОЧУВАЊА МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА МЛАДИХ

*Нермин Мулаосмановић*[1]*; Недим Прелић*[2]

## Апстракт

*Проблеми менталног здравља погађају друштво у цјелини, те стога унапријеђење менталног здравља је велики изазов. Да би се указало на важности превентивних програма за ментално здравље младих, циљ рада је био утврдити ниво потешкоћа и снага код младих у односу на спол, разред, школски успјех, те потребу за дјеловањем у функцији очувања менталног здравља. Разлог проведбе истраживања је што тешкоће уочене правовремено могу увелико смањити број и интензитет психичких проблема касније. Узорак је чинило 823 испитаника, старости од 15-18 година.*

*Резултати су показали да постоје умјерени нивои тешкоћа (М=18.02, СД=7.30), односно умјерене потребе за интервенцијом. Утврђена је ниска, негативна али значајна веза између тешкоћа и школског успјеха (р=-.121, п<.01), нису пронађене значајне разлике с обзиром на спол (т (821) =1.838, п=.067),разред Ф(3, 819) =1.443, п>.05) у тешкоћама, уочена је значајна разлика у односу на школски успјех (Ф(4, 818) =3.696, п=.005).*

Кључне ријечи*: тешкоће, снаге, ментално здравље, млади*

[1] Нермин Мулаосмановић, доктор наука из области психологије, Тузла, 061/393-258, nerminmulaosmanovic81@gmail.com

[2] Недим Прелић, дипл. педагог-психолог, Тузла, 061/280 037, nedimprelic@yahoo.com

## Увод

Негативна расположења и тешкоће се најчешће појављују у адолесценцији јер она представља једно од бурнијих развојних раздобља. Управо због тога што је адолесценција важно раздобље у животу појединца, потребно је превентивне напоре усмјерити према младима и њиховом менталном здрављу. Важност школе за ментално здравље и могућности које пружа за интервенције су очите већ неко вријеме о чему свједоче многа истраживања. Осјећај немогућности да се прати настава, доживљај неуспјеха, пренатрпани садржаји наставних планова и програма, методи поучавања, лоши увјети, лоши односи с наставницима, насиље међу ученицима и низ других фактора у школи, повећавају незадовољство ученика школом које се очитује у појави тешкоћа које млади имају као и ризицима за њихово ментално здравље. Школе усмјерене на репродуктивно знање потичу код дјеце осјећај страха, некомпетентности и несигурности. Због свега наведеног инвестирање у ментално здравље и квалитету живота дјеце адолесцената, превазилажење тешкоћа, проналажење заштитних фактора, снага, спада у најважнија улагања које било која заједница може да уради.

## Снаге и тешкоће у контексту очувања менталног здравља младих

Млади који имају разне тешкоће, који испољавају неприхватљиве облике понашања, који су емоционално нестабилни, нетолерантни, који имају осјећање ниже вриједности, често имају проблеме у испуњавању радних задатака и у цјелокупном функционисању. Зато се с правом може рећи да многи фактори мање или више, директно или индирекно утичу на функционисање младих у друштвеној и школској средини. Посебан проблем младих представља када се увјере да им заједница којој припадају не даје довољно сигурности, заштите и подршке у тренутцима криза и губљења повјерења у себе.

У неким стратегијама наводи се да тешкоће у понашању поред ризичног понашања одређују неприхватљива понашања или поремећаје у понашању.

Основу социјалног и емоционалног развоја, тиме благостања, функционирања током цијелог живота представља ментално здравље. Дефинисање менталног здравља укључује биолошке, психолошке, социјалне, антрополошке и културне димензије човека и свјета у коме живи. Због тога је немогуће направити свеобухватну дефиницију. Стручњаци се генерално слажу да је ментално здравље нешто више од непостојања менталних поремећаја, тј. да одсуство познатог менталног поремећаја није увјек и показатељ менталног здравља. Концепт менталног здравља најчешће укључује субјективни осећај благостања самоефикасност, аутономију, компетенцију, способност успостављања хармоничних односа са другим људима, међугенерацијских односа и способност реализације сопствених интелектуалних и емоционалних потенцијала тј. могућност да се конструктивно мјења социјална и физичка средина. Такође се дефинише као могућност особе да препозна своје потенцијале, изрази своју индивидуалност, оствари циљеве које је сама одредила, адекватно се суочава са стресом, ради, ужива у плодовима свога рада и доприноси заједници (Коцијанчић, 2002; Влајковић,1990).

Сматра се да недостатак свјесности о проблемима менталног здравља младих резултира тиме да се ова категорија популације често игнорише и заборавља када се креира политика менталног здравља. Истиче се да дјеца и адолесценти имају ментални проблем уколико су емоционални проблеми и проблеми у понашању, које испољавају, изван опсега обично пријављених за децу и омладину за тај узраст (Achenbach,1991a). Сада већ традиционалну подјелу проблема менталног здравља дјеце и младих на интернализиране и екстернализиране први је увео Achenbach, те их и разрадио (Марковић, 2011). У интернализиране проблеме убрајају се анксиозност, забринутост, реакције панике, те реакције на стресне догађаје. Екстернализирани проблеми манифестирају се као

недовољно контролирана понашања ка ван, те укључују бјежање од куће, из школе, уништавање имовине, ризично здравствено понашање, деструктивно агресивно понашање, те антисоцијално понашање (Achenbach, 1966.; Achenbach и сар., 1989). Снаге у овом раду су изражене преко просоцијалног понашање (дјели, помаже, обзире се на туђа осјећања, љубазан и пажљив). Истицање и препознавање снага младих, њихових јачих страна може бити најбоља превенција и најбоља одбрана од настанка негативних психолошких стања. Позитивна психологија полази од претпоставке да у сваком појединцу има довољно снага у бар некој области живота и рада, гдје он може користити своје јаче стране и потенцијале као запреку настајању психолошких поремећаја. Фокусирање на оно што појединац може да добро уради и на снагу његовог карактера, може помоћи да се психолошке тешкоће савладају. Социјална подршка је важан протективни фактор. Одговарајућа подршка може умањити доживљај потенцијалне опасности и подстаћи конструктивно суочавање, пружити адекватно рјешење проблема или подстицати позитивне облике понашања. Фактори ризика се најчешће дефинишу као повећана вероватноћа да ће се одређене ситуације доживљавати као проблематичне и да код појединца изазивају забринутост (Fraser et al., 1999).

То су сви утицаји (биолошки, породични, срединski) који повећавају извјесност озбиљних потешкоћа у процесу социјализације и прилагођавања, увећавају могућност појаве емоционалних проблема и проблема у понашању деце и младих. Тешкоће у овом раду су испитиване преко емоционалних проблема (забринутост, потиштеност, ниско самопоштовање, анксиозност и психосоматски проблеми), проблема у понашању (супротсављање ауторитету, кршење правила и норми, крађе, лагање и варање, напади бјеса и агресија), хиперактивност (немир, претјерана активност, врпољење, губљење концентрације, и проблеми са вршњацима (има најмање једног пријатеља,одбацивање и задиркивање вршњака, није омиљен међу вршњацима, боље се слаже са одраслима, радо се игра сам). Пређашња истраживања су потврдила високу повезаност субскала емоционални проблеми са интернализованим облицима понашања и

субскале проблеми у понашању са екстернализованим облицима понашања (Goodman et al., 2000).

Кад се разматра значај школе и њен превенцијски потенцијал она има важну улогу за пружање услова за оптималан развој младих, превенцију различитих облика непожељних понашања како би се очувало и унаприједило ментално здравље младих. Школа може представљати и ризик али и заштиту за развој дјетета (Zubak, 2007). Стога је незаобилазан квалитет школског живота. "Општи позитивни и негативни осјећаји према школи односе се на општи доживљај квалитете школскога живота, док специфична подручја школскога живота укључују квалитету односа између ученика и наставника, односа ученика с вршњацима, перцепцију важности школовања за живот, осјећај успјешности у школи, осјећај самомотивације за учење" (Работег-Шарић и сар., 2009: 698).

Ментални поремећај и/или менталну болест карактерише присуство клинички значајног скупа симптома, емоционални или бихејвиорални проблеми повезани са личним дистресом и нарушеним функционисањем, значајнији према интензитету, трајању и фреквентности у односу на ментални проблем (Linda, 2005). Истиче се да психопатологија дјечијег и адолесцентног узраста је одређена равнотежом протективних и фактора ризика из околине.

Истиче се да је једна од запрека учењу, али и менталном здрављу дјетета, страх. Процјена непожељних осјећаја према школи показала се у досадашњим истраживањима значајним индикатором стреса, што га ученици доживљавају у школи. Школско окружење није само по себи непосредни фактор поремећаја и потешкоћа, али најчешће јест прво мјесто на којима се одређене потешкоће манифестирају у озбиљнијим размјерима (Bouillet & Uzelac, 2007).

Процјена менталног здравља обухвата систематизовано прикупљање података о карактеристикама, протективним и факторима ризика менталног здравља неког појединца или популације. Процјена менталних проблема обухвата прикупљање информација о типу, карактеристикама и степену емотивних и/или поремећаја понашања

и евентуално постављање дијагнозе менталног поремећаја према дијагностичком критеријуму (Achenbach, 1991a).

Стога адекватно идентифицирање ризичних фактора је врло важно у креирању превентивних активности. Ученици у адолесцентном период могу имати већи број емоционалних тешкоћа због изазова који су постављени пред њих или су их они сами поставили нерелано. Емоционалне тешкоће могу бити повезане са самоефикасности ученика, која означава процјену појединца да може успјешно ријешити задатке који се пред њега постављају (Козјак Микић, Јокић Бегић и Буњевац, 2012). Често те тешкоће нису примјећене од родитеља и наставника, те оне могу бити ризик за ментално здравље ученика. Сматра се да се израженост емоционалних тешкоћа може предвидјети кроз учениково кориштење неучинковитих стратегија приликом суочавања са школским проблемима. Могући начини на које млади доприносе већим емоционалним тешкоћама су: избјегавање суочавања с проблемима, негирање, бијег у машту, вентилирање емоција и ослобађање напетости кроз агресивно понашање, љутња и свађе и др. Наведени начини су незрелији облици суочавања, те се односе на негирање постојања проблема. Усмјерени су на тренутно емоционално умирење, а њихово је кориштење повезано с већом анксиозношћу адолесцената (Козјак Микић и Јокић Бегић, 2013).

Велики утицај на ментално здравље ученика представљају односи с осталим вршњацима у разреду. Bukowski и сарадници (2010) проматрали су како социјална повученост тј. изолација из групе повећава ризик за депресивно понашање. Показало се да усамљеност, туга и депресивно расположење нису само повезани, већ и представљају посљедицу изолације од вршњака. Наводи се да односи с другима представљају значајан заштитни фацтор од интернализираних проблема. Уз то, дјеца с адекватним социјалним вјештинама у мањем су ризику за развој интернализираних проблема (Маглица и Јерковић, 2014).

Поремећаји у понашању, АДХД или поремећаја опхођења повезани су уз развој различитих неприлагођених екстернализираних

симптома који укључују агресивно, пркосно, хиперактивно и импулзивно понашање. Према Langley и сар., (2010) ти поремећаји су касније повезани с каснијом делинквенцијом, конзумацијом дроге, проблемима у школи или у социјализацији.

Велики нагласак у школи се ставља на успјех ученика. Истраживања о ризичним факторима често наводе лош школски успјех. Показало се да школски стрес и неуспјех у школи могу потакнути осјећаје некомпетентности и беспомоћности, а тиме и неке облике аутодеструктивног понашања (Mikas, 2012). Према Граовац и Прица (2014) незадовољство резултатима може изазвати конфликте с родитељима, професорима и одгајатељима, што може довести до појаве интернализираних проблема. Наведено указује да негативна академска постигнућа изазивају повећање интернализираних симптома (Masten и сар., 2005). Из тог разлога, потребно је смањити фокус искључиво на академски успјех, те развијати нове политике и програме који истовремено побољшавају здравље ученика, социоемоционални статус и академске резултате. Осим тога, истраживачи морају прикупити податке о академском успјеху и другим индексима школског успјеха, а исто тако, постоји потреба за развојем лако разумљиве процјене социјалних и емоционалних компетенција ученика, као и климе у школи (Greenberg, 2004).

Често се спомињу разлике у настанку интернализираних проблема с обзиром на спол, па се женски спол наводи важан ризичан фактор за њихов развој (Macuka, 2008). Према Мишћевић (2007) дјевојчице су анксиозније од дјечака. Симптоми депресивности који значајно разликују дјевојчице од дјечака јесу осјећај туге, потреба за плакањем, односно интернализирани симптоми, док код дјечака налазимо симптоме који упућују на то да су у конфликту с околином. Надаље, постоје разлике и с обзиром на доб учника. У том се истом истраживању показало да се мијења интензитет анксиозности кроз добне категорије па тако старије дјевојчице извјештавају о већем интензитету страхова од млађих дјевојчица, док код дјечака нису пронађене разлике. Интернализирани проблеми имају тренд развијања у различите друге потешкоће, уколико се

адекватно не дјелује. У школском окружењу то се односи на проблеме с учењем, лоша академска постигнућа, проблеме у понашању и недовољно развијене социјалне вјештине, посебно вјештине рјешавања проблема (Rapport, Denny, Chung & Hustache, 2001). Генерално, сва се истраживања слажу да су интернализирани поремећаји посљедично везани уз лошије везе с другима, лош школски успјех и нижу разину опћег функционирања (Oland & Shaw, 2005).

У прилог томе говори и истраживање Кларин и Ђерђа (2014), према којем адолесцентице чешће исказују симптоме интернализираних проблема. Истраживање Kim, Pears и Levea (2005) потврђује да женски спол чешће исказује понашања попут срамежљивости, импулзивности и страхова. Поремећаји расположења код дјечака су укоријењени већ у дјетињству, док код дјевојчица изгледа настају касније и имају другачији развојни пут, више везан уз искуства ране адолесценције (Hofstra, Van der Ende & Verhulst, 2002). Bouillet и Uzelac (2007) описују да је плашљивост у првим годинама школовања једнако честа и у дјечака и у дјевојчица. Glavina и Keresteš (2007) описују да су до 13. године живота дјечаци депресивнији од дјевојчица, те да је код дјечака разина депресије приближно стабилна кроз развој док код дјевојчица симптоми депресије расту с повећањем доби.

## Методолошки дио рада

Проблем

Основни проблем рада је био испитати снаге и тешкоће код младих који похађају средњу школу.

Циљ, задаци и хипотезе

Циљ рада је био утврдити ниво потешкоћа и снага код младих у односу на спол, разред, школски успјех, те потребу за дјеловањем у функцији очувања менталног здравља.

Задаци

1. Утврдити степен потешкоћа и снага код младих;
2. Испитати разлике у снагама и потешкоћама с обзиром на спол и разред;
3. Истражити разлике у тешкоћама с обзиром на школски успјех, те везу имеђу снага и тешкоћа са школским успјехом.

Хипотезе

1. Очекује се да млади имају значај степен потешкоћа, што је могући ризик за њихово ментално здравље, али да имају знатан степен и снага.
2. Претпоставља се да постоји статистички значајна разлика у снагама и тешкоћама с обзиром на спол и разред.
3. Постоји разлика у тешкоћама младих с обзиром на школски успјех, те значајна повезаност школског успјеха са снагама и тешкоћама.

Узорак и популација

Истраживање је урађено на пригодном узорку, гдје су популацију истраживања чинили млади који похађају средњу школу на подручју Тузланског кантона. Истраживањем је обухваћено Н=823 испитаника (403 мушких и 420 женских, што у процентима представља однос 48,96 %: 51,04%.). Старосна доб ученика се кретала од 15 до 18 година.

Уовомистраживању сукориштенесљедеће упитници:

1. Упитник о социодемографским подацима испитаника;
2. СДQ (упитник снага и тешкоћа);

Поузданост скале у овом истраживању износи (α =0,851). Као мјера школског постигнућа био је кориштен општи успјех ученика (просјечна оцјена) на крају године.

## Резултати

Први задатак у истраживању се односио на испитивање нивоа тешкоћа и снага код младих. Кориштен је један од најкоришћенијих скрининг упитника за откривање менталних проблема СДQ (Goodman, 1997, Goodman et al., 1998).

Према Minnis, Devine (2001) скорови на упитнику СДQ разврставају се у три категорије: нормални, гранични и абнормални скор, гранични скор на некој скали указује да испитаник вјероватно има одређених потешкоћа у том домену, док абнормални скор указује да испитаник сигурно има те потешкоће; односи се и на укупни скор потешкоћа. Гранични и абнормални скорови на скали просоцијално понашање указују да испитаник има недовољно или нема адекватних снага у савладавању потешкоћа, односно просоцијалног понашања.

Самопроцјењивањем на скали је добијена аритметичка средина резултата која износи М=18.02 (СД=7.30), што гледано по просјеку указује да адолесценти постижу ниже резултате, резултати на упитнику се могу кретати од 0 дио 40. С обзиром да подаци о асиметричности (Ск=0,689) указују на позитивну асиметрију, још један показатељ, дакле, говори у прилог томе да се већина резултата налази у зони нижих скорова.

С друге стране узимајући у обзир ојентационе норме упитника које се за укупан резулта за тешкоће крећу од 0 до 15 – (нема ризика) нормално, 16- 19 (средњи ризик) гранично и 20 до 40 (висок ризик) изражене тешкоће, може се рећи да се испитаници у овом истраживању налазе у зони присутних тешкоћа, средњег ризика или умјерених потреба за интервенцијом, што се може видјети у наредној табели.

**Табела 1.** Дескриптивни параметри тешкоћа младих

| | мин. | макс | М | Ст.греш. аритм.сред | СД | Ск | Ку |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Укупне тескоце** | 0 | 40 | 18.0256 | 0.25467 | 7.30143 | 0.689 | 0.675 |
| **Емоционални проблем** | 0 | 10 | 4.5143 | 0.08394 | 2.40811 | 0.271 | -0.506 |
| **Проблеми са врсњацима** | 0 | 10 | 3.6733 | 0.06397 | 1.83395 | 0.085 | -0.513 |
| **Проблеми у понасању** | 0 | 10 | 3.7664 | 0.07034 | 2.01675 | 0.487 | -0.444 |
| **Хиперактивност** | 0 | 10 | 3.853 | 0.06451 | 1.85068 | -0.179 | -0.528 |

Извор: *Аутори*

Када су у питању снаге младих онда се у сљедечој табели може видјети да аритметичка средина износи М=6.79 (СД=2.27), што гледано по просјеку указује да адолесценти постижу веће резултате и да имају изражене снаге или просоцијално понашање.

**Табела 2.** Дескриптивни параметри снага младих

| | Н | Минимум | Максимум | М | СД |
|---|---|---|---|---|---|
| Просоцијално понашање (снаге) | 823 | 0. | 10. | 6.7976 | 2.27455 |

Извор: *Аутори*

## Сполне разлике у тешкоћама и снагама младих

Резултати у другом задатку овог истраживања говоре да су код дјевојака мање изражене тешкоће у односу на младиће ($М_ж$=17,56, $М_м$=18,50). Тестирањем значајности наведених разлика уочено је да разлике нису статиостички значајне о чему говори т-тест, који на добијеним подацима износи т=1.838 (п=0.067), што је приказано у табели.

**Табела 3.** Показатељи сполних разлика у тешкоћама младих и тестирање значајности разлика

| Тешкоће | Спол | Н | М | СД | т | *п* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Мушки | 403 | 18,505 | 7,9175 | | |
| | Женски | 420 | 17,566 | 6,6357 | 1.838 | 0.067 |

Извор: *Аутори*

Када су у питању снаге младих, оне су у корист дјевојака ($М_ж$=7,15, $М_м$=6.49; т=-3.984, п=.000), с тим што пронађене разлике су статистички значајне.

**Табела 4.** Тестирање значајности сполних разлика у снагама младих

| | спол | Н | Mean | Std. Deviation | т | п |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Снаге | Мушки | 403 | 6.4938 | 2.40063 | -3.984 | .000 |
| | Женски | 420 | 7.1595 | 2.39247 | | |

Извор: *Аутори*

Када су у питању разлике с обзиром на разред резултати су видљиви у таблели 5.

**Табела 5.** Дескриптивни параметри и тестирање значајности резултата

| Назив скале | Разред | Н | М | СД | Std. Error | Ф | п |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Тешкоће** | Први | 207 | 18.1268 | 6.92989 | 0.48166 | 1.443 | 0.229 |
| | други | 214 | 17.533 | 7.07966 | 0.48396 | | |
| | Треци | 206 | 17.6245 | 7.00211 | 0.48786 | | |
| | четврти | 196 | 18.8825 | 8.16014 | 0.58436 | | |
| | Укупно | 823 | 18.0256 | 7.30143 | 0.25467 | | |

Извор: *Аутори*

Анализирајући резултате у тешкоћама с обзиром на разред може се уочити да млади процјењују да највише потешкоћа показује први разеди (М=18,12) и четврти разреди (М=18.88) али да ипак разлика између разреда није статистички значајна (т=1.838; п=0.229).

Наведни резултати везани за други задатак, дијелом потврђују претпоставку о постојању разлика у снагама и тешкоћама с обзиром на спол и разред.

**Разлике у снагама / тешкоћама с обзиром на школски успјех и повезаност школског успјеха и снага/тешкоћа код младих**.

У трећем задатку су уочене значајне разлике у школском успјеху с обзиром на тешкоће, гдје мање тешкоћа имају ученици са бољим успјехом.

**Табела 6.** Дескриптивни параметри на скали тешкоћа и тестирање значајности резултата с обзиром на школских успјех

| | **Успјех** | **Н** | **М** | **СД** | **Стд. греш** | **Ф** | **п** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Тескоће | недовољан | 81 | 18.8101 | 8.51707 | 0.94634 | 3.696 | 0.005 |
| | довољан | 27 | 21.0897 | 6.97593 | 1.36809 | | |
| | добар | 218 | 18.9565 | 7.61008 | 0.51542 | | |
| | врлодобар | 342 | 17.551 | 6.9838 | 0.37764 | | |
| | одличан | 155 | 16.8396 | 6.63106 | 0.53262 | | |
| | Тотал | 823 | 18.0256 | 7.30143 | 0.25467 | | |

Извор: *Аутори*

Тестирањем значајности резултата потврђене су разлике између разреда (Ф(4, 818) =3.696, п=.005). Такођер разлика је статистички значајна, када се недовољни и довољни ученици групишу у једну каатегорију (Ф(3, 819) =4.275, п=.005). Утврђена је значајна веза успјеха и тешкоћа/снага код младих.

**Табела 7**. *Повезаност школског успјеха са тешкоћама и снагама младих*

| | | Успјех у школи | Тешкоће | Снаге |
|---|---|---|---|---|
| Успјех у школи | Пеарсон Цоррелатион | 1 | -.121** | .104** |
| | Сиг. (2-таилед) | | .000 | .003 |
| | Н | 823 | 822 | 823 |

Извор: *Аутори*

Резултати у табели 7 показују да је пронађена значајна негативна веза успјеха у школи и тешкоћа које имају млади *(p=-.121, n<.01),* те да постоји значајна позитивна веза са снагама младих *(p=.003, n<.05)*.

## Закључак

Резултати су показали да млади се налазе у пољу средњег ризика, односно имају умјерену потребу за интервенцијом, наведено указује на дјеловање и примјену превентивних и интервентних програма. У поређењу са другим резултатима према Harden и сар. (2004) око 25% дјеце и младих у развијеном свијету има проблеме с менталним здрављем. Постоји пораст наведених проблема у Енглеској, Новом Зеланду (Fleming и сар., 2014). Као оправдања у добијеним резултатима се наводе у: нетражењу помоћи на вријем, неефикасним превентивним програмима, недостаттку ране интервенције, великом броју ризичних фактора у школи, друштву итд. Дјевојке су приликом самопроцјене показале да имају мање тешкоћа, међутим разлике нису статистички значајне, што није у складу са дијелом ранијих истраживања. Резултати других истраживања показују да је преваленција интернализираних симптома код дјевојака већа и износи 10,2%, док код младића износи 2,6% (Дебоговић, 2015). У прилог томе говори и истраживање Klarin и Đerća (2014) као истраживање Ким, Пеарс и Левеа (2005). Истраживања (Козјак

Микић и Јокић-Бегић, 2013) показују да двоструко више дјевојака него младића има сметње расположења и због њих се обраћа стручњацима за ментално здравље. Неки аутори (Mazuka, 2016) су добили разлику у екстернализираним потешкоћама обзиром на спол која је статистички значајна. Када је у питању разлика обзиром на разред она није пронађена, иако нижи и виши разреди имају веће тешкоће. Нека истраживања (Glavina и Keresteš, 2007, Nolen-Hoeksema, 2000) указују да неки психолошке тешкоће (туга, депресија, интернализирани симптоми) се више појављују код дјевојака са адолесцентном доби. Могући разлози за непостајање разлика су: у мањој подршци од других, неквалитетним вршњачким односима који су примјетни у свим разредима. Постоји значајна разлика с обзиром на школски успјех као и ниска значајна повезаност школског успјеха са тешкоћама и снагама. Негативна веза школског успјеха са тешкоћама је у складу са ранијим истраживањима (Oland и Shaw, 2005, Masten и сар., 2005). Могући разлог оваквих резултата је што школе како је наведено стављају посебан нагласак на успјех ученика, те школски неуспјех који изазива школски стрес може потакнути осјећаје некомпетентности и многе друге тешкоће. Дакле потребни су нови програми који истовремено побољшавају здравље ученика, социо-емоционални статус и академске резултате а школа је јединствени ресурс да се то постигне.

## Литература


1. Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Child Behaviour Checklist/*4–18 and 1991 Profile. Burlington VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
2. Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington VT: University of Vermont Department of Psychiatry.

3. Bouillet, D., Uzelac, S. (2007). *Osnove socijalne pedagogije.* Zagreb: Školska knjiga.

4. Debogović, A. (2015). *Komorbidni poremećaji kao prediktori suicidalnosti u oboljelih od depresivnog poremećaja*. Diplomski rad. Zagreb: Medicinski fakultet.

5. Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in acommunity sample. *British Journal of Psychiatry*, 177, 534-539.

6. Glavina, E., Keresteš, G. (2007). Anksioznost i depresivnost kao korelati sociometrijskog statusa u grupi vršnjaka.*Suvremena psihologija*, 10 (1), 7-21.

7. Graovac, M., Prica, V. (2014).Rizični čimbenici kod samoubojstva adolescenata. *Medicina fluminensis*, 50 (1), 74-79.

8. Greenberg, M. T. (2004). Current and future challenges in school-based prevention: The researcher perspective. *Prevention Science, 5*, 5–13.

9. Hofstra, M., Van der Ende, J., Verhulst, F. (2002). Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: A 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (2), 182-189.

10. Kim, H. K., Pears, K. C., Leve, L. D. (2005). Childhood temperament and family environment as predictors of internalizing and externalizing trajectories from age 5 to 17. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33 (5), 505-520.

11. Kocijančić R. I. (2002). *Mentalna higijena*. U: Kocijančić R. *Higijena. 1*. izd. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; str.464-77.

12. Kozjak Mikić, Z., Jokić Begić, N., Bunjevac, T. (2012). Zdravstvene teškoće i izvori zabrinutosti adolescenata tijekom prilagodbe na srednju školu. *Psihologijske teme*, 21 (2), 317-336.

13. Kozjak Mikić, Z., Jokić-Begić, N. (2013). Emocionalne teškoće adolescentica nakon tranzicije u srednju školu.*Socijalna psihijatrija*, 41 (4), 226-234.

14. Klarin, M., Đerća, V. (2014). Roditeljsko ponašanje i problemi u ponašanju kod adolescenata. *Ljetopis socijalnog rada*, 21 (2), 243-262.

15. Krantelić Tavra, V. (2002). Rizični i zaštitni čimbenici u školskom okruženju kao temelji uspješnije prevencije poremećaja u ponašanju djece i mladih. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 38 (1), 1-12.

16. Krantelić Tavra, V. (2003). *Programi prevencije poremećaja u ponašanju i ranih intervencija u školskom okruženju*. (u) Bašić, J., Janković, J. (ur) 104 – 115

17. Maglica, T., Jerković, D. (2014).Procjena riziĉnih i zaštitnih čimbenika za internalizirane probleme u školskom okruženju. *Školski vjesnik*, 63 (3), 413-431.

18. Macuka, I. (2008). Uloga dječije percepcije roditeljskog ponašanja u objašnjenju internaliziranih i eksternaliziranih problema. *Društvena istraživanja*, 17 (6), 1179-1202.

*19.* Марковић Ј. (2011). *Повезаност социодемографских фактора и степена породичне функционалности са емоционалним проблемима и проблемима понашања деце узраста 4 до 11 година*. Нови Сад*:* Докторска дисертација.

*20.* Masten, A. S., Roisman, G. I., Long, J. D., Burt, K. B., Obradovic, J., Riley, J. R., et al. (2005). Developmental cascades: Linking academic achievement and externalizing and internalizing symptoms over 20 years. Developmental Psychology, 41, 733–746.

21. Minnis H, Devine C (2001). The effect of foster carer training on the emotional and behavioural functioning of the looked after children. *Adoption and Fostering* 25:44-54.

22. Mikas, D. (2012). Utjecaj emocionalnih i ponašajnih problema na školski uspjeh učenika. *Pedagogijska istraživanja*, 9 (1-2), 83-101.

23. Oland A., Shaw D. (2005). Pure versus cooccuurring Externalizing and internalizing symptoms in children: Potential role of socio-developmental milestones. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8 (4), 247-270.

24. Raboteg-Šarić, Z., Šakić, M., Brajša-Ţganec, A. (2009). Kvaliteta života u osnovnoj školi; povezanost sa školskim uspjehom, motivacijom i ponašanjem učenika. *Društvena istraživanja*, 18 (4-5), 697-715.

25. Rapport, D. M., Denney B. C., Chung, K., Hustace, K. (2001). Behavior Problems and Scholastic Achievement in Children: Cognitive and Behavioral Pathways as Mediators of Outcome. *Internalizing Journal of Clinical Child Psychology*, 30 (4), 536 – 551.

26. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5th Edition, Edited by M. Rutter, D. V. M. Bishop D. S. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor and A. Thapar. 2008 Blackwell Publishing Limited.

27. Vlajković J (1990). *Teorija i praksa mentalne higijene* (I). 2. izd. Beograd: Savez društava psihologa Srbije.

28. Wilmshurst, Linda (2005). *Essentials of child psychopathology*. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.

29. Zubak, M. (2007).Učenička procjena kvalitete škole kao pokazatelj rizičnih i zaštitnih faktora u školskom okruženju – razlike po dobi. *Kriminologija i socijalna integracija*, 15 (1), 41 – 54.

# IDENTIFYING STRENGTHS AND DIFFICULTIES IN THE CONTEXT OF CONSERVATION OF MENTAL HEALTH OF YOUNG PEOPLE

*Nermin Mulaosmanović*[1]*; Nedim Prelić*[2]

## Abstract

*Mental health problems affect society as a whole, and therefore improving mental health is a great challenge. In order to point out to the importance of preventive programs for mental health of young people, the aim of the paper was to determine the level of difficulties and strengths of young people in relation to sex, class, school success, and the need to act in the function of preserving mental health. The reason for carrying out the research was that difficulties detected on time can reduce the number and intensity of psychological problems later. The sample consisted of 823 examinees, aged between 15 and 18.*

*The results showed that there are some moderate levels of difficulties (M = 18.02, SD = 7.30), in other words moderate needs for intervention. The low, negative, but significant relation between difficulties and school success was established (r = - 121, p <.01) no significant gender differences were found (t (821) = 1.838, p = .067), class F (3, 819) = 1.443, p> .05) in difficulties while a significant difference in relation to school success was noticed (F (4, 818) = 3.696, p = .005).*

Key words: *difficulties, strengths, mental health, young people*

[1] Nermin Mulaosmanović, doctor of science in the field of psychology, Tuzla, 061 / 393-258, nerminmulaosmanovic81@gmail.com

[2] Nedim Prelić, B.Sc. pedagogue psychologist, Tuzla, 061/280 037, nedimprelic@yahoo.com

UDC 316.728:616.8

# ИЗОСТАНАК СОЦИЈАЛНЕ ПОДРШКЕ КАО ФАКТОР РАЗВОЈА ДЕПРЕСИВНОСТИ КОД АДОЛЕСЦЕНАТА

*Нера Кравић Прелић[1]; Недим Прелић[2]; Нермин Мулаосмановић[3]*

## Апстракт

*Као развојни период, у коме се млади сусрећу са бројним промјенама, како на тјелесном, тако и на психичком и социјалном плану, адолесценција је период у коме је за младе од изузетне важности социјална подршка. Бројна истраживања су показала да социјална подршка игра битну улогу у прилагодби младих и у очувању менталног здравља адолесцената. Ово истраживање је усмјерено на испитивање повезаности између социјалне подршке и депресивности. Узорак истраживања су чинили адолесценти (Н=392, од чега 49.5% женских), доби од 15 до 19 година (М=17.21, СД=1.21). За процјену социјалне подршке кориштена је прилагођена Скала перципиране социјалне подршке, док је за утврђивање степена депресивности кориштена Зунгова Скала самопроцјене депресије. Анализом резултата се дошло до податка да је социјална подршка у значајној мјери повезана са депресијом код адолесцената (р=-.52, п<.001). Резултати истраживања указују да изостајање социјалне подршке прати појава депресивности код адолесцената, док пружена социјална подршка представља сигуран ослонац у развоју личности и очувању менталног здравља адолесцената.*

[1] Нера Кравић Прелић, магистар психолошких наука, Универзитетски клинички центар Тузла, +38761273081, gtrisa@yahoo.com

[2] Недим Прелић, дипломирани педагог-психолог, Тузла, nedimprelic@yahoo.com, +38761280037

[3] Нермин Мулаосмановић, доктор наука из области психологије, доцент, Тузла, nerminmulaosmanovic81@gmail.com, +38761393258

Кључне ријечи: *депресивност, адолесценти, социјална подршка, самопоштовање*

## Увод

Депресивна расположења представљају данас један од најучесталијих облика измијењеног душевног стања и понашања којима појединац реагује, а којим не одолијевају ни млади. Стање депресивности, током којег су карактеристичне промјене расположења, утученост, помањкање радости, чувствена празнина, безвољност, губитак интереса (Hautzinger, 2002), и у коме превладавају туга, безвољност, обесхрабреност, отежано и успорено мишљење, те смањена психофизиолошка активност (Petz, 1992), постало је свакодневница савременог човјека у свим животним раздобљима, а фактори који депресивна стања активирају, покрећу и одржавају све су бројнији и интензивнији. Савремени начин живљена, праћен брзим технолошким и научним напретком, значајно утиче и ремети динамику савременог живота, усљед чега се пред појединца постављају све већи захтјеви којима је он све мање способан да се одупре и прилагоди, те се све више отуђује. Ови захтјеви, који су за њега тешко или никако оствариви, узрокују различите психосиндроме, прије свега афективне природе.

Депресивни начин реаговања на стресогене ситуације постала је дио живота с којим се алијенирани човјек мора борити како би обезбједио опстанак у друштву којем припада. Према подацима Свјетске здравствене организације из 2015. године, број особа у свијету који живи са депресијом процјењује се на 322 милиона, од чега је 12,5 милиона адолесцената. Број особа у Босни и Херцеговини који се суочава са проблемом депресије се процјењује на 185.557 (WXO, 2017). Ниједна особа није посебно заштићена од симптома депресивности, без обзира на узраст и без обзира на интелигенцију и успјешност саме особе. Кроз хисторију се небројено пута показало да су креативне и славне личности патиле од

различитих психичких проблема, између осталог и од депресије. Депресивни симптоми се могу јавити у било којој животној доби, али њен рани настанак, нарочито у доби предшколског узраста и ране адолесценције врло често значи и њено поновно јављање, дуже лијечење, те већи ризик од суицида. Развојни период адолесценције са собом носи промјене расположења, периоде плачљивости, разочараности и повлачења. Иако су ове специфичности саставни дио процеса одрастања и личног осамостаљивања, веома је чест случај да симптоми депресивности остану маскирани карактеристикама адолесцентног развојног периода, те се не препознају као депресивни симптоми (Вулић-Прторић, 2004).

Адолесценцију, као развојни период, карактерише постојање криза, колебања, лутања и превирања, периода напетости, усамљивања, туговања, релативних и пролазних дезорганизација, смјењивања прогресивних и регресивних тенденција. (Ковачевић, 2004). Због својих специфичности, период адолесценције би се могао означити као вријеме другог рађања и као један често драматичан, али уједно и један од најзначајнијих периода у формирању човјека као биопсихосоцијалног бића. Адолесценција представља период између дјетињства и одраслог доба који носи карактеристике, како периода који му претходи, тако и периода који га насљеђује. Стога појединац у периоду адолесценције пролази цијели низ преображаја – у адолесценцији се мијења тијело, социјални статус, понашање, однос према себи у цјелини, као и однос према дијеловима себе, однос према другима, систем вриједности, психичка структура. Овај период може дјеловати дезорганизујуће, хаотично и мучно, па неки адолесценти прибјегавају обрамбеним механизмима имагинације и изолације, како би бар на тренутак побјегли од притисака и пулзија вањског и унутрашњег реалитета који се не могу разријешити уз помоћ постојећег психичког апарата. Наведени, али и други механизми одбране, донекле одржавају функционалност адолесцента дајући времена преображајима, који се морају елаборирати и интегрирати како би се наставио континуитет развоја (Ћурчић, Брадић, 1997; Ковачевић, 2004).

Са једне стране, адолесцент је интелектуално и физички ојачао, има одређено животно искуство на које је поносан, борбен је, али и бунтован, тешко му је прићи, а још теже помоћи, склон је цинизму, не признаје ауторитет. С друге стране, адолесцент је уплашен, збуњен, несигуран, беспомоћан, као да не зна шта се од њега тражи, реагује импулсивно, агресивно улази у сукобе, придаје огроман значај прихватању од стране вршњака, и у том унутрашњем хаосу врло често запада у стање које зовемо депресија (Ћирић, 1991).

Адолесценција је посебно осјетљив период развоја, те се стога пред адолесцентима јавља веома важна потреба - потреба за потврђивањем, прихватањем и постајањем чланом групе (Hwang, Nielsen, 2000). Интеракција унутар породице од кључне је важности за адолесценте и она представља основ за здраву прилагодбу у адолесцентном добу (Lopez, 1996).

Поред породице, група вршњака представља најважнији агенс социјализације. Оно што се ускраћује у породици и школи, адолесцент ће тражити међу својим вршњацима. Он ће своје вршњаке перципирати као једине који га разумију и који га схватају озбиљно. Свом својом снагом, адолесцент ће настојати постати члан своје групе, усвајајући норме и вриједности које она прописује. У интеракцији са вршњацима се добијају бројне информације о сопственој вриједности, о томе како други виде адолесцента, добијајући тако значајне доприносе за развој слике о себи (Дуњић, Вулевић, 1997). Млади су изузетно вулнерабилни и осјетљиви на слику о себи и бурно реагују на оно што сами мисле о себи, али и на оно што други мисле о њима самима. Зато је од велике важности одобравање адолесцената од стране других људи. (Hwang & Nillsen, 2000).

Sidney Cobb (1976, према Havelka, 1997) сматра да путем социјалне подршке појединац стиче увјерења да је вољен, да је заштићен и да други брину о њему, да је цијењен и да је члан специфичне мреже комуникација. Сходно томе, функционална вриједност социјалне подршке је та што појединац преко ње добија потврду да је прихваћено његово социјално ја, као и његова јединственост, што

представља подршку самопоштовању. Самопоштовање је повећано путем упућивања особе да је признат на основу властите вриједности и искустава, те да је прихваћен упркос могућности постојања личних погрешки. Осим тога, социјална подршка остварује своју функцију путем савјетовања и когнитивног вођства, подстиче социјално дружење, чиме се испуњава потреба за напретком и контактом са другима, пружа помоћ у дистракцији особе од бриге о проблемима, те омогућава позитивна афективна расположења, чиме се редукује стрес и бројне друге психолошке потешкоће. Према Сарасон, Sarason & Pierce (1990), социјална подршка представља јако добар предиктор бољег здравља, дужег живота, те позитивно утиче на добробит појединца који прима социјалну подршку, помажући му у што продуктивнијем и ефикаснијем суочавању са тешко савладивим, стресним ситуацијама. Појединац који посједује високо (само)поштовање, имат ће и више шансе да оствари добре односе с вршњацима. Исто тако, неко са добро развијеним интерперсоналним вјештинама, ко је у стању да добро процјењује социјалним ризиком и понавља одговоре који су позитивно прихваћени, још више учвршћује своје самопоштовање (Дуњић и Вулевић, 1997). Уколико је адолесцент прихваћен од стране вршњака и наставника, те уколико постиже релативно задовољавајући успјех у савладавању школских активности односно наставних садржаја, код њега се стабилизује осјећај сигурности и самопоуздања. Ако пак прихватање изостане, вјероватне су појаве емоционалних сметњи попут равнодушности, туге, депресије, немира, бриге, анксиозности, промјене понашања у циљу одбране од напетости и тензије, страха и депресије, па и неуротични одговори и друга стања (анксиозно-фобична, депресивна и хистеричко-конверзивна) (Ковачевић, 1997).

## Повезаност перципиране социјалне подршке са депресивношћу код адолесцената

### Методолошки оквир истраживања

Основни *проблем истраживања* се односи на испитивање повезаности између перципиране социјалне подршке и депресивности код адолесцената. Перципирана социјална подршка се односи на увјерења појединца о томе да је прихваћен од стране родитеља, пријатеља и професора, да брину за њега, гаје позитивне емоције према њему и желе му помоћи. У том контексту, *циљ истраживања* је утврдити да ли је и у којој мјери перципирана социјална подршка од стране родитеља, пријатеља и професора повезана са депресивношћу код адолесцената, те колики је допринос самопоштовања вези између социјалне подршке и депресивности код адолесцената. Из оваквог циља, произилазе *специфични циљеви истраживања*:

- Испитати степен депресивности код адолесцената
- Испитати перцепцију социјалне подршке од стране родитеља, пријатеља и професора код адолесцената
- Утврдити повезаност перципиране социјалне подршке од стране родитеља, пријатеља и професора са депресивношћу код адолесцената
- Испитати повезаност самопоштовања са социјалном подршком и са депресивношћу код адолесцената
- Утврдити улогу самопоштовања у корелацији између социјалне подршке и депресивности код адолесцената.

*Узорак* истраживања је чинило Н=392 адолесцента/ученика, узраста од првог до четвртог разреда средње школе (доби од 15 до 19 година, М=17.21, СД=1.21) са подручја Тузланског кантона, од чега су 194

дјевојке (49.5%) и 198 младића (50.5%). Судионици истраживања потичу из различитих средина (градских, приградских и сеоских).

За потребе овог истраживања кориштена је скала перципиране социјалне подршке (СОЦ-П) коју су конструисали Дубоw и Уллман (1989), а за наше говорно подручје превела и прилагодила С. Пупачић (1992). Скала се састоји од 15 честица, односно садржи три субскале намијењене мјерењу перципиране социјалне подршке од стране родитеља, пријатеља и професора. За сваки од већ споменута три извора подршке у употреби је било по пет честица за које су у обзир узети они фактори који их најбоље представљају (према Пупачић, 1992). Процјењивање честица вршено је на скали од 1 (никад) до 4 (увијек), гдје је укупни резултат изражен као сума процјена на свим честицама и субскалама. Виши резултат представља већи степен перципиране социјалне подршке. Алфа коефицијент поузданости за подскалу пријатељи износи α = .75; наставници α = .72, док за подскалу родитељи износи α =.73.

За утврђивање нивоа депресивности код адолесцената, кориштена је Zungova (1991) Скала самопроцјене депресивности (ЗССД). Скала, самопроцјеном, мјери израженост депресивних карактеристика код испитаника. Састоји се од 20 тврдњи, а степен слагања са појединoм тврдњом се врши преко скале од 1 до 4. Коефицијент поузданости на нашем узорку износио је α = .81.

Скала самопоштовања, коју је развио Росенберг (Rosenberg Self – Esteem Scale, 1965, према Безиновић, 1990), мјери глобалну вриједносну оријентацију према себи. Ова скала (РСС) се састоји од 10 тврдњи, пет у позитивном и пет у негативним смјеру. Примјењује се као линеарна комбинација, при чему се укупни резултат одређује сумирањем процјена на скали Ликертовог типа од 5 ступњева (од 0 до 4). Виши резултат одражава већи степен самопоштовања. Алфа коефицијент поузданости износио је α = .83.

## Резултати

Испитујући степен депресивности код адолесцената, утврђено је да се резултати испитаних адолесцената налазе између вриједности 26 и 80, те да се средина података налази на вриједности М = 47.82 (СД = 10.27, В = 21.48%). Медијана резултата (Мдн= 46.25) има вриједност мању од аритметичке средине, те сходно томе већина резултата испитаника лежи у зони нижих скорова. Овај податак потврђује и позитивна вриједност коефицијента асиметрије (Ск=0.772), што указује на позитивну асиметрију дистрибуције резултата на скали депресивности. У табели 1 су приказани резултати учесталости појаве депресивности по нивоима (еквивалентно глобалној клиничкој слици).

**Табела 1.** Учесталост појаве депресивности код адолесцената

| **Еквивалент глобалне клиничке слике** | **Фреквенција** | **Проценат** |
|---|---|---|
| Нормалан резултат | 238 | 60.7% |
| Минимална до умјерена депресија | 96 | 24.5% |
| Умјерена до потпуна депресија | 44 | 11.2% |
| Тешка до екстремна депресија | 14 | 3.6% |
| **Укупно** | **392** | **100%** |

Извор: *Аутор*

Подаци приказани у табели указују да већина резултата, које су адолесценти постигли на скали депресивности, спадају у категорију нормалних резултата (60.7%), али и да 39.3% адолесцената по нивоу депресивности припадај једној од дијагностичких категорија (минималне, умјерене или тешке/екстремне депресије).

Даљим истраживањем се настојала испитати перцепција социјалне подршке од стране родитеља, пријатеља и професора. Добијени су подаци приказани у табели 2.

**Табела 2.** Дескриптивни статистички параметри на субскалама социјалне подршке

| **Статистички параметри** | **Перципирана социјална подршка** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **родитељи** | **пријатељи** | **професори** | **укупно** |
| Аритметичка средина (М) | 16.19 | 15.76 | 14.21 | 46.01 |
| Стандардна девијација (СД) | 3.30 | 2.59 | 2.79 | 6.64 |
| Медијана (Мдн) | 17.00 | 16.00 | 15.00 | 47.00 |
| Коефицијент варијабилности (В) | 20.38 % | 16.43 % | 19.63 % | 14.43 % |
| Коефицијент асиметрије (Ск) | - 1.03 | - .49 | - .37 | - .624 |
| Стандардизирани коеф.асиметрије (Стд.Ск) | - 8.37 | - 4.01 | - 3.04 | - 5.07 |

Извор: *Аутори*

Из приказане табеле 2 се уочава да адолесценти перципирају да им је највише подршке пружено од стране родитеља; нешто мање подршке перципирају да им је пружено од стране пријатеља, док перципирана социјална подршка од стране професора најнижа. Утврђено је да су наведене разлике статистички значајне: Ф(2, 1173) = 50.13, п < .001, а разлика између наведених категорија према Коеновом критеријуму (Cohen, 1988) средњег је утицаја ($\eta^2$ = 0.08). Накнадним вишеструким поређењима помоћу Тукеуевог ХСД теста, утврђено је да разлика између перципиране подршке од стране родитеља и пријатеља није статистички значајна (п = .101), док је утврђено да статистички значајна разлика постоји између перципиране социјалне подршке од стране професора у односу на подршку од стране пријатеља (п<.001) и подршку од стране родитеља (п < .001).

Како би утврдити повезаност перципиране социјалне подршке од стране родитеља, пријатеља и професора (мјереном скалом СОЦ-П) са депресивношћу код адолесцената (мјереном скалом ЗССД),

приступило се корелацијском рачуну. Добијени коефицијенти корелације су приказани у табели 3.

**Табела 3.** Коефицијенти Пирсонове корелације између перципиране социјалне подршке од стране родитеља, пријатеља и професора и депресивности код адолесцената

| **Повезаност депресивности са димензијама социјалне подршке** | **Перципирана социјална подршка** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **родитељи** | **пријатељи** | **професори** | **укупно*** |
| Пирсонова корелација (р) | - .386 | - .466 | - .390 | - .559 |
| Коефицијент детерминације ($р^2$) | .149 | .217 | .152 | .313 |
| Значајност (п) | < .001 | < .001 | < .001 | < .001 |

Извор: *Аутори*

* - приказани податак представља коефицијент мултипле корелације између димензија перципиране социјалне подршке и депресивности

Приказани подаци указују да је повезаност свих димензија перципиране социјалне подршке са депресивношћу негативна, статистички значана и средњег је интензитета (рс > .30), док је укупна повезаност депресивности са димензијама социјалне подршке велика (према Коеновом критеријуму (Cohen, 1988); р > .50). Наведени подаци указују да су симптоми депресивности израженији код оних адолесцената код којих је ступањ изостајања социјалне подршке већи. Такође, подаци указују и на то да перципирана социјална подршка укупно објашњава 31.3% варијансе депресивности, од чега је перципирана социјална подршка од стране пријатеља, као засебна димензија социјалне подршке у односу на остале димензије, у најјачој корелацији са депресивношћу, те стога објашњава највећи дио варијансе депресивности (21.7%).

Да би се испитала повезаност самопоштовања (мјереног РСС скалом) са социјалном подршком (СОЦ-П) и са депресивношћу (ЗССД) код адолесцената, те да би се утврдио допринос социјалне подршке корелацији између самопоштовања и депресивности код адолесцената приступило се рачунању корелације између наведених варијабли. Добијени резултати су приказани у табели 4.

Из приказане табеле се може уочити да је корелација између самопоштовања и депресивности негативна, висока и статистички значајна (р = - .649, п < .001), те да се самопоштовањем може објаснити 42.1% варијасе депресивности. Такође, из табеле уочавамо да је повезаност перципиране социјалне подршке са самопоштовањем позитивна, средњег интензитета и статистички је значајна (Р = .501, п < .001), те да са самопоштовањем у највећем степену корелира перципирана социјална подршка од стране пријатеља, а затим од стране родитеља и професора.

**Табела 4.** Повезаност између самопоштовања (РСС), депресивности (ДЕП) и социјалне подршке од стране родитеља (Рд), пријатеља (Пр) и професора (Пф) код адолесцената изражена Пирсоновим коефицијентом корелације

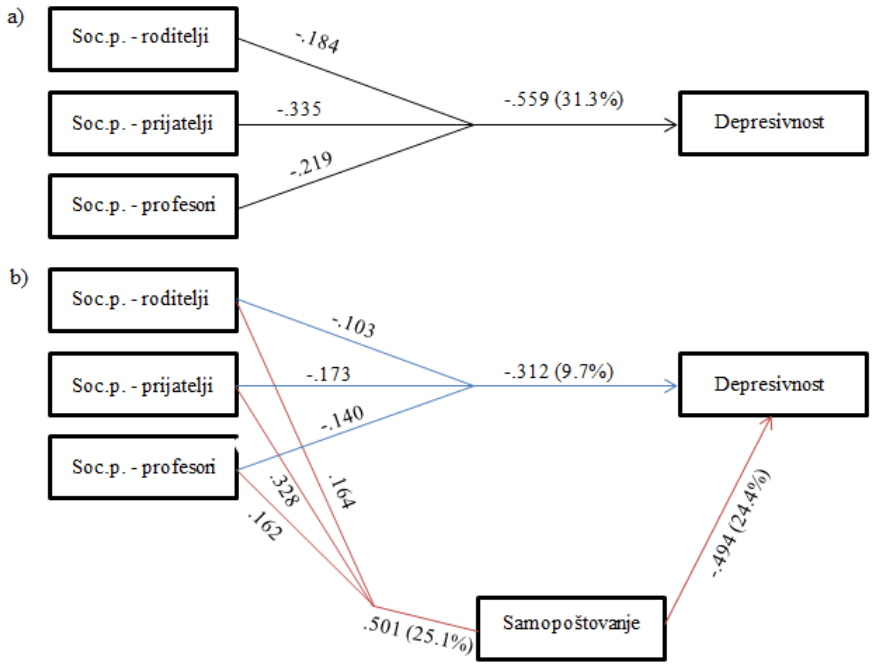
| **Повезаност самопоштовања (РСС) са депресивношћу и димензијама социјалне подршке** | **ДЕП (ЗССД)** | **Перципирана социјална подршка** | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **Рд** | **Пр** | **Пф** | **укупно*** |
| Пирсонова корелација (р) | -.649 | .342 | .435 | .323 | .501 |
| Коефицијент детерминације ($р^2$) | .421 | .117 | .189 | .104 | .251 |
| Значајност (п) | < .001 | < .001 | < .001 | < .001 | < .001 |

Извор: *Аутори*

* - приказани податак представља коефицијент мултипле корелације између самопоштовања и димензија перципиране социјалне подршке

Са циљем утврђивања улоге самопоштовања у корелацији између социјалне подршке и депресивности код адолесцената, кориштена је вишеструка регресијска анализа. Резултати, добијени кориштењем вишеструке регресионе анализе, приказани су на слици 1. У првом дијелу, испитана је укупна повезаност димензија социјалне подршке са депресивношћу, те појединачни допринос димензија социјалне подршке у објашњењу укупне варијансе депресивности (слика 1.а), а што је раније приказано у Табели 3. У другом дијелу (слика 1.б), првим кораком је испитана директна повезаност димензија социјалне подршке са депресивношћу (Р = -.312, п < .001), док је другим кораком испитана индиректна повезаност наведених варијабли преко самопоштовања, као медијаторске варијабле. Димензије социјалне подршке укупно са самопоштовањем корелирају Р = .501 (п < .001), док је повезаност самопоштовања са депресивношћу у вишеструком регресијском Р = -.494 (п < .001). На основу приказаних података, утврђено је да индиректна веза димензија перципиране социјалне подршке са депресивношћу код адолесцената преко самопоштовања (медијатор) износи Р = - .247. Вишеструки регресиони модел је статистички значајан (Ф (4, 391) = 94.91, п<.001), као и модел интеракције (п < .001).

**Слика 1:** Графички приказ повезаности димензија перципиране социјалне подршке са депресивношћу код адолесцената: а) без медијатора, б) са медијатором (самопоштовање)




## Дискусија и закључна разматрања

Депресивна осјећања су веома непријатна и интензивна за сваку индивидуу, без обзира на доб у којој се јавља. Депресивно стање је праћено осјећајем крајње безвриједности, бескорисности, неспособности и инфериорности. Појединац, који пати од депресије, у потпуности је заокупљен собом и негативним представама о самом себи. Миливојевић (2008) сматра да депресија настаје усљед увида субјекта у трајну немогућност адаптације између њега и свијета. Најчешће, субјект је депресиван зато што је увјерен да је неадаптација његова грешка, да је он као биће неадекватан и безвриједан, мада он може постати депресиван и када дефинитивно схвати да је овај свет једно бесмислено и покварено мјесто. С

обзиром да адолесценција представља развојни период пријелаза од дјетињства до релативне зрелости у коме се изграђује одређени, особени поглед на свијет и остварује сполна, интелектуална, емотивна и морална и социјална зрелост (Ковачевић, 1997) и период у животу који премошћује више личних карактеристика и промјена типичних за дјечји узраст, ка вриједностима карактеристичним за одрасле (Ћурчић и Брадић, 1997), немогућност адаптације на захтјеве који су постављени испред адолесцента неријетко резултирају појавом депресивних расположења. Из тог разлога, овај рад је усмјерен на испитивање појаве депресивности код адолесцената, те улогу изостајања социјалне подршке у процесу адаптације адолесцената.

С тим у вези, на испитаном узорку адолесцената (Н=392), утврђено је да већина младих (60.7%) остварује нормалне резултате на Зунговој самооцјенској скали депресије. Но, без обзира на наведено, податак да 39.3% адолесцената по нивоу депресивности припада једној од дијагностичких категорија није уопште занемарив.

Како су ранија истраживања показала да је предиктивна улога социјалне подршке у објашњењу депресије код адолесцената значајна (Helsen, Vollebergh & Meus, 2000; Jacobson, 1991), с тим у вези је овим истраживањем испитивана перципирана социјална подршка и њена повезаност са депресивношћу. Утврђено је да адолесценти перципирају да им је подршка у највећој мјери пружена од стране родитеља, а затим од пријатеља, док је подршка од стране професора у мањој мјери пружена. Корелационим рачуном је утврђено да димензије перципиране социјалне подршке, статистички значајно корелирају са депресивношћу везом средњег интензитета, док је повезаност депресивности са димензијама социјалне подршке велика. У односу на остале димензије социјалне подршке, перципирана подршка од стране пријатеља је у најјачој вези са депресивношћу. Генерално гледано, ови налази указују да са већом социјалном подршком је повезан нижи степен депресивности. Подаци су у складу са Цаплановим наводима (према Havelka, 1997) према коме социјална подршка подразумијева емоционалну потпору

пружањем материјалне и физичке помоћи, те когнитивним упућивањем. Добијени подаци су у складу и са ранијим истраживањима (Lowenthal & Haven, 1968, House, 1981, Turner, 1981, Thois, 1985, Ensel & Lin, 1991, према Pugliesi & Shook, 1998), који истичу да социјална подршка појачава различите аспекте појединчеве добробити, смањује нивое депресије и психолошке исцрпљености.

У претходним истраживањима, међу највише истраживаним когнитивним симптомима депресије, налазе се самопоштовање, безнађе, беспомоћност и депресивни атрибуцијски стил. Weiss и сар. (1998) открили су да је ниско самопоштовање заједничка одлика свих облика развојне психопатологије. Лонгитудинална истраживања су показала да и након опоравка или ремисије, депресивна дјеца показују ниже самопоштовање, што је и услов односно ризик за будуће депресивне епизоде Lewinsohn и сар. (1993). Са друге стране, утврђено је да је психолошки утицај социјалне подршке значајан у повећању мотивације, осјећаја добробити и самопоштовања. С тим у вези, испитиван је однос самопоштовања са социјалном подршком и са депресивношћу. Утврђено је да самопоштовање високо и статистички значајно корелира и са депресивношћу, и са социјалном подршком. Смјер повезаности указује да је већи степен самопоштовања везан са већим степеном социјалне подршке, са једне стране, и са нижим степеном депресивности, са друге стране. Такође, утврђено је да самопоштовање има улогу парцијалног медијатора у вези између социјалне подршке и депресивности.

## Литература


1. Bezinović, P. (1990). Rosenbergova skala samopoštovanj*a*. U Dodatku Anić, N: *Praktikum iz kognitivno bihevioralne terapije III*, DPH, Zagreb

2. Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd edn). Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associates

3. Ćirić, S. (1991). *Prevencija bolesti zavisnosti @* http://www.pozarevac.co.yu/ wogradu/pozarevac/organizacije/JAZAS/bolesti/narkomanija.html

4. Ćurčić, V. i Bradić, Z. (1997). Preobražaji adolescencije, U: *Adolescencija, evolucija i revolucija u razvoju*, ur.Ćurčić, V., KBC Dragiša Mišović, Beograd

5. Dunjić, I., Vulević, G., (1997). Grupa vršnjaka – raskrsnica na putu razvoja, U: *Adolescencija, evolucija i revolucija u razvoju*, ur. Ćurčić, V., KBC Dragiša Mišović, Beograd

6. Hautzinger, M. (2002). Depresija, Naklada Slap, Jastrebarsko

7. Havelka, M. (1997). *Zdravstvena psihologija.* Jastrebarsko: Naknada Slap.

8. Helsen, M., Vollebergh, W. & Meeus, W. (2000). Social support from parents and friends and emotional problems in adolescence, *Journal of Youth and Adolescence, 29*, 319-335.

9. Jacobson, J.M. (1991). The Relationship Between Social Support and Depression in Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 4(1),* 20-4. Doi: 10.1111/j.1744-6171.1991.tb00481.x

10. Hwang, P., Nillsen, B. (2000). *Razvojna psihologija*, Filozofski fakultet, Sarajevo

11. Kovačević, D. (1997). Specifičnosti socijalnog funkcionisanja adolescenata. U: *Adolescencija, evolucija i revolucija u razvoju*, ur. Ćurčić, V.. KBC Dragiša Mišović. Beograd

12. Kovačević, D. (2004). Adolescent – šok za porodicu i kako ga prevazići, U: *Traganje za smislom, izazovi i rizici adolescencije*, ur. Ćurčić, V. Žarko Albulj. Beograd

13. Lewinsohn, P.M., Hops, H., Roberts, R.E., Sceley, J.R., Andrews, J.A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and

Incidence of Depression and Other DSM-III-R Disorders in High School Students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144

14. Milivojević, Z.(2008). *Emocije*. Psihopolis. Novi Sad
15. Pets, B. (1992). *Psihologijski rječnik*. Zagreb: Prosvjeta.
16. Pugliesi, K., & Shook, S. L. (1998). Gender, ethnicity, and network characteristics: Variation in social support resources. *Sex Roles, 38*(3-4), 215-238. Doi: 10.1023/A:1018733116398
17. Pupačić, S. (1992). *Konstruktna valjanost i pouzdanost skala socijalne podrške*. Diplomski rad. Filozofski fakultet. Zagreb
18. Vulić-Prtorić, A.(2004). *Depresivnost u djece i adolescenata.* Naklada Slap. Jastrebarsko
19. Weiss B., Susser K., Catron T. (1998). Common and specific features of childhood psychopathology, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 107, No.1, 118-127
20. WHO – World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders* @ http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610
21. Zung, W. (1991). *Skala za samoocjenu depresije.* Psihijatrijska klinika. Ljubljana

# ABSENCE OF SOCIAL SUPPORT AS A DEVELOPMENTAL FACTOR OF DEPRESSION AMONG ADOLESCENTS

*Nera Kravić Prelić*[1]*; Nedim Prelić*[2]*; Nermin Mulaosmanović*[3]

## Abstract

*As a developmental period in which young people encounter many changes, both in physical, psychological and social terms, adolescence is a period in which social support is of a great importance for young people. Numerous research have shown that social support plays an important role in adapting young people and preserving the mental health of adolescents. This research is focused on examining the correlation between social support and depression. The sample was composed of adolescents (N = 392, of which 49.5% were females), aged between 15 and 19 (M = 17.21, SD = 1.21).*

*For the assessment of social support, an adjusted scale of perceived social support was used, while Zynga scale of self-assessment was used to determine the degree of depression. The analysis of the results showed that social support is significantly associated with depression among adolescents (r = -. 52, p <.001). The results of the study indicate that the absence of social support monitors the occurence of depression among adolescents, while the provided social support represents a reliable support for the development of personality and the preservation of mental health of adolescents.*

Key words: *depression, adolescents, social support, self-esteem*

[1] Nera Kravić Prelić, Master of Psychological Sciences, University Clinical Center Tuzla, +38761273081, gtrisa@yahoo.com

[2] Nedim Prelić, graduated pedagogue psychologist, Tuzla, nedimprelic@yahoo.com, +38761280037

[3] Nermin Mulaosmanović, Ph.D. in Psychology, Assistant Professor, Tuzla, nerminmulaosmanovic81@gmail.com, +38761393258

UDC 796.13.015:614

# ПРИМЕНА СПОРТСКОГ ПЛЕСА У ПСИХОТЕРАПИЈСКЕ СВРХЕ: ПРВА КЛИНИЧКА ИСКУСТВА У ЈАВНОМ ЗДРАВСТВУ

*Весна Дуканац[1]; Тамара Џамоња Игњатовић[2]; Сања Ђурђевић[3]*

## Апстракт

*Плес, као средство изражавања и комуникације, познат је хиљадама година уназад. Вековима је коришћен у ритуално исцелитељске сврхе код древних народа. Тек педесетих година прошлог века употреба плеса и покрета у терапеутске сврхе почиње да се препознаје као нова професија. Плес/покрет терапија (dance and movement therapy –DMT) основана је 1950. године у САД и већ тада коришћена је у Елизабет психијатријској болници у Вашингтону. Њено прво психотерапеутско категорисање почиње 20 година касније. ДМТ је експресивна психотерапијска вештина која полази од начела да су "тело и ум нераздвојни", а емоције и покрети директно повезани. У Београду се ових година ипрофилисао нови вид терапије плесом: Терапија спортским - ТСП (sport dance therapy -SDT), који као средство изражавања и психотерапијског рада користи покрете дефинисаних 10 спортских плесова. Од почетка априла ове године започело се са клиничком применом СДТ-а у дневно хоспиталним условима јавног здравља Институтa за*

[1] Весна Дуканац, доцент, др сци, научни сарадник, Институт за ментално здравље, Београд, Србија, Висока школа социјалног рада Београд, Србија, 064/1288-705, vesna.dukanac@gmail.com

[2] Тамара Џамоња Игњатовић, редовни професор, др сци, Факултет политичких наука и Филозофски факултет Универзитет у Београду, Београд, Србија, 063/8675733, tamdzam@eunet.rs

[3] Сања Ђурђевић, доцент, др сци. Факултет за психологију, Универзитет „Бјељина", Бјељина, Република Српска БиХ, Висока школа социјалног рада Београд, Србија, 064/8912929, djurdjevic.sanja26@gmail.com

*ментално здравље у Београду. У раду презентујемо прва клиничка искуства.*

Кључне речи: *психотерапија спортским плесом, клиничка искуства*

## Увод

Плес, као средство изражавања и комуникације, познат је хиљадама година уназад. Вековима је коришћен у ритуално исцелитељске сврхе код древних народа. Ипак, тек шездесет година уназад, употреба плеса и покрета у терапеутске сврхе почиње да се препознаје као нова професија (Дуканац. и сар., 2014)

Терапија плесом представља коришћење покрета са свим пратећим емотивним, когнитивним, физичким и социјалним капацитетима пацијента. Плес доприноси побољшању осећаај физичке и психичке опуштености и оптимизма, побољшава вребалну и невербалну комуникацију олакшава превазилажење отпора и инхибиције у свакодневној комуникацији, редукује социјално повлачење, ослобађа емоционалну и телесну експресију и ствара основ за успешност у другим спортским гранама због изразите разноврсности покрета (Јоцић, 1999).

Физички - постиже се бољи тонус мишића, држање тела, равнотежа и координација покрета, побољшава се циркулација и поспешује рад кардиоваскуларног система.

Психолошки – подстиче се способност спонтаности и игре. Способност “игре” буди заборављену креативност, отварајући простор за нове садржаје и промене. Осим тога, спонтаност, игра и креативност, кроз плес, обогаћују живот уносећи у свакодневницу осећај радости.

Спорадична истраживања показују да се употребом плеса, осим побољшања физичког аспекта здравља, побољшава концентрација, памћење и целокупно когнитивно функционисање.

Терапијска својства плеса, можемо посматрати као један од четири вида експресивне арт-терапије, уз драмску, ликовну и музичку експресију. Заједнички циљ ова четири вида експресивне арт терапије је психолошка помоћ у разним непсихотичним психолошким поремећајима (Видојковић, 2001).

## Историјат коришћења плеса у терапеутске сврхе

Плес/покрет терапија (dance and movement therapy –DMT) основана је 1950. године у САД од стране Маријан Чаче, бивше пласачице кореографа и извођача. Већ тада коришћена је у Елизабет психијатријкој болници у Вашигтону и имала високо позитиван утицај на тамошње пацијенте. Други талас развоја ДМТ-а уследио је између седамдесетих и осамдесетих година прошлог века, када долази до слободнијег експериментисања психотерапијске примене плеса и покрета. Њено право психотераписјко категорисање настаје тек тада (Магазиновић, 1951.)

ДМТ је експресивна психотерапијска вештина која полази од начела да су "тело и ум нераздвојни", а емоције и покрети директно повезани. Промене у кретању утичу на целокупно функционисање, покрети одражавају личност, покрети имају симболичну функцију и невербалним посредовањем откривају несвесне процесе. На тај начин омогућена је психотерапијска употреба плеса и покрета у решавању емоционалних, когнитивних и социјалних проблема, као и разних проблема понашања. Осим тога ДМТ побољшава социјалне вештине, као и релациону динамуку међу клијентима. ДМТ процес има четири фазе, које се могу сагледати током сеансе. Четири фазе су: припрема, инкубација, осветљавање ( у смислу увида) и евалуација. Примењива је код многих психолошких и психијатријских проблема.

## Терапија спортским плесом ТСП (sport dance therapy -SDT)

ТСП је модификација ДМТ у смислу одређенијег (и ограничавајућег) коришћења покрета. Уместо слободе покрете користе се покрети одрђених спортских плесова са снажном емотивном подлогом, која стоје у позадини одабраних плесова. ТСП се заснива на три принципа: ***интеракционизма*** ( покрети одражавају личност, имају симболичну функцију и невербално изражавају емоционална стања и несвесне процесе; промене у кретању утичу на целокупно функционисање); ***коресподенције*** (одређена врста плеса, покрета и музике, специфично је повезана са одређеном врстом емоционалног стања и доживљавања) и ***интеграција других психотерапијских праваца*** (психодрама, КБТ и Его психологија) (Ерић, 2001.)

СДТ је осмишљена на бази коришћења десет спортских плесова и њихове емотивне подлоге:

**Табела 1.** Приказ свих спортских плесова који се користе у СДТ са њиховим емотивним подлогама

| Редни број | Назив плеса | Осећања везана за плес |
|---|---|---|
| 1 | Пасо добле | Понос, самоувереност |
| 2 | Танго | Тајанственост, драматичност |
| 3 | Енглески валцер | Еленганција, хармонија, туга |
| 4 | Слоуфокс | Отменост, суздржаност |
| 5 | Бечки валцер | Занос, полет |
| 6 | Ча Ча | Радозналост, полет |
| 7 | Салса | Радост, веселост |
| 8 | Џаив | Срећа , безбрижност |
| 9 | Румба | Љубав, страст<br>( али и самоконтрола и суздржаност) |
| 10 | Квик степ | Ведрина,виртуозност |

Извор: *Аутори*

Почетни ниво СДТ-а подразумева, ипак, коришћење само пет плесова.

**Табела 2.** Приказ спортских плесова који се користе у почетном ниовоу СДТ са њиховим емотивним подлогама

| Редни број | Назив плеса | Осећања везана за плес |
|---|---|---|
| 1 | Енглески валцер | Еленганција, хармонија, туга |
| 2 | Бечки валцер | Занос, полет |
| 3 | Ча ча | Радозналост, полет |
| 4 | Саласа | Радост, веселост |
| 5 | Румба | Љубав, страст ( али и самоконтрола и суздржаност) |

Извор: *Аутори*

## Циљеви

Основни циљ рада је дескриптивни приказ карактеристика и фаза нове психотерапијске процедуре и дефинисање психолошких тешкоћа са којима се пацијенти суочавају у процесу њеног спровођења.

## Технике рада ТСП

ТСП спроводе сертификовани психотерапеут, познавалац плеса заједно са професионалним плесним тренером, ТСП терапеутом у едукацији. ТСП практикује рад радионичарског типа у трајању од 60 минута: првих 15 минута вербалне припреме; других 30 минута

невербалне комуникације, тј. плесног рада и последњих 15 минута вербалног резимеа. Радионице се одржавају два пута недељно. Дефинисано је два нивоа радионица: Почетни и Виши ниво рада. Почетни ниво рада састоји се од од пет фазе:

- ***Прва или Уводна фаза:*** упознавање и обучавање плесне технике (основних корака).
- ***Друга или Почетна фаза:*** започињање невербалне комуникације кроз савладане прве елементе плесне технике, уз наставак савладавања додатних техника рада.
- ***Трећа или Фаза понављања:*** понављање стечених и усвојених плесних техника са циљем долажења у контакт са конфликтним емоцијама.
- ***Четврта или Фаза осветљавања:*** осветљавање, вербализација и вербална разрада конфликтних емотивних садржаја уз почетак примене сазнања о проблематичним емотивним садржајима кроз покрете спортског плеса.
- ***Пета или завршна фаза:*** корективно искуство.

Свакој фази посвећено је по две радионице. На тај начин почетна ниво СДТ траје два и по месеца ( или десет недеља).

Након треће фазе, Фазе понављања, започиње записивање евентелног првог долажања у контакт са проблематичним емоцијама. Ово записивање је важно како би се проблематичне емоције дефинисале и започела њихова разрада у току ове и наредне фазе.

Током четврте фазе, Фазе осветљавања, већина учесника дошло је у контакт са неким од својих емотивних проблема. Примењујући, од раније познате, принципе да се терапија уметношћу комбинује са техником аналитичко супортативне и супортативно интерпретативне психотерапије ( Видојковић, 2001), добијени садржаји о емотивним проблемима разрађују се у условима групне терапије.

Последња фаза, Завршна фаза, резервисана је за резимирање стечених увида и покушај корективног рада.

Виши нио терапије спортским плесом састоји се од три фазе:

- ***Прва или Фаза понављања***
- ***Друга или Фаза осветљавања***
- ***Трећа или завршна фаза***

Свакој фази посвећено је три радионице. На тај начин виши ниво терапије спортским плесом траје нешто мало више од два месеца (прецизније речено: девет недеља).

## Метода примене ТСП

**Процедура** спровођења нове психотерапијске процедуре: од средине априла у Институту за ментално здравље (ИМЗ) Београд у оквиру једног дела Дневне болнице за одраселе (ДБО) примењује се ТСП два пута недељно. Дневна болница за одрасле ИМЗ-а састоји се од три секције. У рад су укључени пацијенти Дневне болнице за афективне поремећаје (ДБО "Д" секција) и пацијенти Дневне болнице за неуротичне поремећаје и поремећаје личности ( ДБО "Б" секција).

**Узорак** је састављен од групе 20 одабраних пацијента са симптомима из дијапазона дијагнозе анксиозно депресивног поремећаја. Након првог почетног и другог вишег нива, предвиђена је квалитативна и квантитавна анализа рада. Истраживање је одобрено од стране стручног Колегијума ИМЗ-а и Етичког комитета ИМЗ-а.

Услови укључења у третман били су:

- Непостојање кардиолошких и осталих интернистичких проблема (претходно урађене лаб. анализе, ЕЕГ и интернистички преглед)
- Почетни дани хоспитализације и услов целокупног учествовања у почетном нивоу СДТ-а.

**Квалитативна анлиза**: спроводена је кроз индивидалну анализу учесника у оквиру групне терапије. Појединични записи пацијената, који говоре о долажању у контакт са проблематичним емоцијама, коришћени су као основ даље разраде ипредстављају материјал за квалитативну појединичну анализу.

## Резултати квалитативне анализе

Прелиминарном анализом записа пацијената за квалитативну анализу дефинисани су следећи проблеми:

- Проблеми конторле и немогућност опуштања
- Проблеми „менталног простора“ и спољашњих граница
- Проблем поверења
- Ограничено постојања /непостајање вештина невербалне комуникације
- Проблем родне припадности и прихватања садржаја родне улоге
- Проблематични садржаји еротизације односа

Проблем контроле и немогућност опуштања, проблем „менталног простора“ и спољашњих граница, као и проблем поверења, сврстали смо у категорију пацијената са проблемима базичног поверења и проблемима неадекватне афективне везаности. Афективна везаност односи се на специфичан однос који се у најранијем детињству формира између мајке и детета и траје кроз живот (Bolby, 1973). С обзиром да је његова примарна биолошка функција заштитног каратера, увек се изнова реактивирају неадекватни обрасци понашања у ситуацијама „индивидуалног осећаја угрожености“. У условима примене плесаних садржаја у терапијске сврхе, „индивидуални осећај угрожености“ огледа се упрво кроз проблем „менталног простора“ и потребе контроле. Овај проблем био је најзаступљенији и највише анализиран у вербалном делу СДТ-а

након плесног (невербалног) дела. Самим тим плесни (невербални) део СДТ -а добио је квалитет психотерапијског „одигравања“, сличног у другим, више познатим психотерапијским правцима, попут психодраме (Вељковић, 2014). Вербализација овако стеченог увида покренула је и поспешила читав низ психотерапијских анализа, који су до тада биле у свом застоју. Прикривене интројктне способности појединих пацијената дошле су до изражаја, а процес интројекције се интезивирао.

Ограничено постојање или непостојање вештина невербалне комуникације произилази из претходно описаних проблема, а сврстали смо их у проблеме комуникације кореткитибилне техникама СДТ проистеклих из психотерапијских техника, како горе описане психодраме, тако и КБТ-а. Техника КБТ-а описује разлике вербалног и невербалног дела комуникације и инсистира на усклађености ова два дела комуникационог процеса, како би процес комуникације био усклађен (Здравковић, 2000). Након анализираног проблема поверења, смањене потребе за контролом, повећане способности опуштене „комуникације“ и разумевања појма „менталног простроа“ дисоцијација вербалног и невербалног дела комуникације, сама по себи се смањила, а усклађеност ова два дела комуникације се повећала. То је довело до опуштенијег комуникцирања између чланова групе, а групна кохезивност се повећала.

Проблеми родне припадности појављивали су се стидљиво и спорадично, независно од биолошког пола и припадали су посебној категорији анализе. *Пацијенткиња Ема, стара 46 година, живи* 4 *годину уназад у ванбрачној заједници са партнером и сином од 17 година, рођеним упретходној партнерској вези. Претходна веза никада није резултирала заједничким животом. Син никада није био признат од стране билошког оца, нити је Ема имала идеју да то иакад тражи. Са садашњим партнером, који је заљубљен у Ему, бескрајно стрпљив и увек уз њу када је то потребно, имала је више другарско-цимерски, него партнерски однос...Након практиковања СДТ-а, групне аналитичке и индивидуалне психоаналитичке*

*терапије, Ема је дошла у контакт са својим женским делом личности, дуго успавним и потиснутим због неосвешћеног осећања кривице...Једног дана је, на индивидуалној сеанси, рекла: „...ја сам се заљубила у свог партнера (коначно!), почела сам да певушим и плешем румбу ( „женски плас завијењa“) и кући...“ ...Након дужег времена, пробуђени женски део личности, охрабрио је и заштичкно мајчински део... Након тога отпочела је процес борбе признања детета од стране билошког оца...* Описана вињета дата је у изузетно скраћеној варијенти ( због техничких захтева писања рада), као инстат пример делотворности и СДТ и удруженог дејства психотерапијског процеса различитих (али компактибилних) терапијских праваца.

На проблематичне садржаје еротизације односа, обрађана је посебна пажња од самог почетка, с обзиром на неизбежан физички контакт у самим садржајима технике плеса. Еротизација трансферног односа у психоаналитичкој психотерапији, донекле, честа је и уобичајена појава. Али кад та уобичајене еротизација досегне ниво „страсвеног трансфера“ у тој мери да се испољава неанализабилна жудња за гратификацијом коју аналзант очекује од аналитачара, продуктивни психоаналитички рад престаје. Тако испољен еротски трансфер сматра се отпотром у психотерапијском раду (Etchegoyen,2005). Могуће је слично дешавање и СДТ-у, само интезивније и брже, уколико се на време не преозна. Разумевањ је идентично као и психоаналитичкој психотерапији: отпор који води прекоду рада. Из психоаналитичке психотерапије, разним модификацијама, проистекла трансакциона анализа, много пластичније објашњава ову појаву. Еротско трансферна дешавања објашњава играњем Игара „Фемкање“, која у друштвеном контексту функционише на три нивоа. Први ниво осби даје осећај задовољства од процеса удварања, други ниво особи даје осећај задовољства од процеса одбијања тог удварања, а трећи ниво је најмрачнији део Игре „Фемкање“ са могућношћу испољавања интезивних ауто и хетеро садржаја агресивности који могу имати летални исход (Berne, 1964). Како се не би дозволила појава деструктивне „acting-out“ реакције, прецизно су анализирани и разјашњени сваки и најмањи знаци еротизације

односа. А пацијенти, код којих су постојали ови проблеми схваћени су као пацијенти са осетљивим (потенцијално опасним!) видом незрелости и са тендецијом исопљавања агресивних тендеција прекида односа сличне еротизованом трансферу у психоаналитичко психотерапији (Sandler, 1998) и Игри „Фемкања“ у трансакционој анализи (Berne, 1964).

## Уместо Закључка

Терапија спортским плесом ТСП (Sport dance therapy -SDT) је нови вид супортативне Арт терапије, експресивног крактера, проистекле модификацијом Плес/ покрет терапије (Dance and movement therapy - DMT). По први пут се примењује у клиничким условима дневног хоспиталног третмана у институцији јавне здравствене заштите. Целокупни пилот програм праћен је евалуацијом ефекта примењено ТСП, која је укључивала тестовну батерију. Резултати евалуације биће анализирани кроз и по завршетку целокупног програма ТСП. Дакле, квантитативна анализа корисности и употребљивости овог вида терапије тек предстоји, након завршеног првог уводног и вишег нивоа свих дефинисаних фаза терапијске технике. Први прелиминарни резултати из домена квалитативене анлизе су охрабрујући, а заинтересованост пацијент за овај вид терапије већа је од очекивања.

Рад завршавом цитатом једног од ДМТ терапеута: “…не постоје узрасне категорије које се не могу бавити плесом, то могу сви без обзира на узраст, физичка ограничења или спретности, менталне и емотивне блокаде које сами себи намећемо…Све оно што нас највише ограничава да се опустимо и препустимо плесу управо смо ми сами, наше мисли и предубеђења…” (Јосиповић, 2014).

## Литература


1. Bowlby, J. (1973), *Attachment and Loss (vol. 2) Separation, Anxiety and Anger*, Hogarth Press, London.
2. Berne, E. (1964), *Games People Play*, Grove Press, New York.
3. Видојковић, С. (2001), *Супортативна психотерапија,* У Ерић, Љ. Психотерапија, Медицинска факултет у Београду, Београд, стр. 169-186.
4. Вељковић, J. (2014), *Психодрама и промена,* Задужбина Андрејевић, Београд
5. Дуканац, В., Мандић, Н., Вељковић, J., Бокаловић, Г., Џамоња Игњатовић, Т. (2014). Примена елемента ДМТ (dance and movement therapy) у решавању проблематичне партнерске динамике. *62. научно-стручни скуп психолога Србије „Професионални развој психолога“.* Златибор, 65-66.
6. Ерић, Љ. (2001), *Психотерапија,* Медицински факултет у Београду, Београд.
7. Etchegoyen, R.H. (2005), *The fundamentals of psychoanalytic technique*, Routledge, London.
8. Здравковић, J. (2000), *Тумачење неуроза, лечење и самопомоћ,* Просвета, Ниш.
9. Јоцић, Д. (1999), *Плесови*, Финеграф, Београд.
10. Josipović, A. (2011), *LET'S DANCE – Nove metode u plesnoj pedagogiji,* Delfi, Beograd.
11. Lovibond, S.H.& Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. (2nd . Ed),* Psychology Foundation. Sydney.
12. Магазиновић, М. (1951), *Историја игрestorijae*, Просвета издавачко предузеће Србије, Београд.

13. Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., Evans, S. (1999). Application of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Internal Journal of Social Psychiatry*, Vol.45, 7-12.

14. *Ples terapija,* http//en.vikipedis.org/w/indwx.php/, (19.Mart 2014).

15. Сандлер, Ц., Дар, К., Холдерг, А. (1989), *Пацијент и аналитичар,* Паидеа, Београд.

16. *Teorije razvoja,* https//www.researchgate.net/ (20. Maj 2018).

# THE APPLICATION OF DANCESPORT IN PSYCHOTHERAPEUTIC PURPOSES: THE FIRST CLINICAL EXPERIENCES IN PUBLIC HEALTH

*Vesna Dukanac[1]; Tamara Džamonja Ignjatović[2]; Sanja Đurđević[3]*

## Abstract

*Dance, as a mean of expression and communication, has been known for thousands of years. For centuries, it has been used for ritual healing purposes by ancient population. Only fifty years ago the use of dance and movement for therapeutic purposes began to be recognized as a new profession. Dance and movement therapy (DMT) was established in 1950 in the United States and was already used at the Elizabeth Psychiatric Hospital in Washington DC. Its first psychotherapeutic categorisation began 20 years later. DMT is an expressive psychotherapeutic skill that starts from the principle that "body and mind are inseparable," that emotions and movements are directly linked. Nowadays, in Belgrade, a new form of dancing therapy was improved: Sports therapy (TSP) (sport dance therapy -SDT), which uses movements of 10 defined sports dances as a mean of expression and psychotherapy. Since the beginning of April this year, the clinical application of SDT in a daily hospital setting of public health started. We present the first clinical experiences in this paper.*

Key words: *dancesport in psychotherapy, clinical experience*

---

[1] Vesna Dukanac, Assistant Professor, PhD, Research Associate, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia, High School of Social Work Belgrade, Serbia, 064 / 1288-705, vesna.dukanac@gmail.com

[2] Tamara Džamonja Ignjatović, full professor, PhD, Faculty of Political Science and Faculty of Philosophy University of Belgrade, Belgrade, Serbia, 063/8675733, tamdzam@eunet.rs

[3] Sanja Đurđević, docent, Ph.D. Faculty of Psychology, University "Bjeljina", Bjeljina, Republic of Srpska BiH, High School of Social Work Belgrade, Serbia, 064/8912929, djurdjevic.sanja26@gmail.com

UDC 615.214.2 (497.11) (497.6 RS) (437.6)

# UTILIZATION AND AVAILABILITY OF ANTIDEPRESSANTS IN SERBIA, REPUBLIC OF SRPSKA AND SLOVAKIA

*Aleksandra Krsmanović[1]; Zdenko Tomić[2]; Milica Paut Kusturica[3]; Ana Tomas[4]; Ljiljana Tomić[5]; Olga Horvat[6]; Ana Sabo[7]*

## Abstract

*The aim was to evaluate the overall utilization and availability of antidepressants (N06A) to patients in 2015 in Serbia, Rebublic of Srpska and Slovakia. Data on drug utilization were obtained from annual reports of the Medicines and Medical Devices Agency of the Republic of Serbia, Health Insurance of Republic of Srpska and MCR in Slovak Republic. Prices and reimbursement data were obtained from Serbian National Health Insurance Fund, Health Insurance Fund of Republic of Srpska and Ministry of Health, Slovakia. All drugs were classified according to Anatomical-Therapeutic-Chemical classification system. The results were*

[1] Aleksandra Krsmanović, MSc, Faculty of Pharmacy, University „Bijeljina“, Pavlovica put bb, 76300 Bijeljina, Bosnia and Herzegovina, Phone: +381 65 176 988

[2] Zdenko Tomić, PhD, Department of Pharmacology, Toxicology and Clinical Pharmacology, Faculty of Medicine, University of Novi Sad, Hajduk Veljkova 3, 21000 Novi Sad, Serbia.

[3] Milica Paut Kusturica, Department of Pharmacology and Toxicology, Faculty of Medicine Novi Sad, University of Novi Sad, Hajduk Veljkova 3, 21000 Novi Sad, Serbia, Phone: +381 21 522 172, Fax:+381 21 6615 771, e-mail: milicakusturica@uns.ac.rs

[4] Ana Tomas, assistant Dr.med, Department of Pharmacology and Toxicology, Faculty of Medicine Novi Sad, University of Novi Sad, Hajduk Veljkova 3, 21000 Novi Sad, Serbia

[5] Ljiljana Tomić, PhD, Faculty of Pharmacy, University”Bijeljna”, Pavlovica put bb, 76300 Bijeljina, Bosnia and Herzegovina, Phone: +381 65 512481

[6] Olga Horvat, PhD, Department of Pharmacology and Toxicology, Faculty of Medicine Novi Sad, University of Novi Sad, Hajduk Veljkova 3, 21000 Novi Sad, Serbia

[7] Ana Sabo, PhD, Department of Pharmacology, Toxicology and Clinical Pharmacology, Faculty of Medicine, University of Novi Sad, Hajduk Veljkova 3, 21000 Novi Sad, Serbia.

*expressed in defined daily doses (DDD) per 1000 inhabitants per day (DID). The overall utilization of antidepressants was the lowest in Republic of Srpska (10.0DDD) and the highest in Slovak Republic (38.06DDD). The availability of antidepressants on the positive list was at the lowest level in Republic of Srpska, as no drug belonging to SSRI group was present on the positive list. The overall utilization of antidepressant drugs in all three countries is relatively low, impling possible underdiagnosing of affective disorders in general practice. Additioanl issue is presence of limited number of antidepressants on positive list of Health Insurance Fund in Republic of Srpska.*

Key words: *antidepressants, utilization, availability, Serbia, Slovakia, Republic of Srpska*

## Introduction

Depression is an important public health challenge worldwide due to significant disability that it causes, reduction of quality of life, loss of work days, and even suicide (1). Depressive disorders are the fourth most important cause of disability worldwide and are expected to become the second most important cause by the year 2020 (2). The most common psychiatric disorder linked to suicide is untreated major depression. Appropriate use of antidepressants as part of routine care for people diagnosed with depression can greatly reduce this risk and recent study demonstrated that despite previous conflicting results, suicide rates have tended to decrease more in European countries where there has been a greater increase in the use of antidepressants. Although depressive disorders are common, the evaluation of their prevalence is difficult to estimate due to differences in diagnostic procedures and criteria as well as the methodological approaches (3). To determine what constitutes an adequate antidepressant therapy is a complex task since it requires the consideration of pharmacological, clinical, social, and economic aspects. This complexity, together with differences in culture and tradition, probably contributes to remarkable variations in the volume and type of

drugs prescribed in different countries (3). In addition, previous studies have suggested that patients with low income and chronic disease are particularly susceptible to the unfavorable copayments and that older patients reduce their use of medications in the presence of copayments (4). Dissimilarities in antidepressant utilization among different countries might also be explained by differences in health care systems and reimbursement policies.

Earlier study conducted in Serbia by Divac et al. has shown the low consumption of antidepressant drugs, which implied possible underdiagnosing of depressive disorders in general practice (5, 6). Actually, it is well known that stigmatizing attitudes toward depression and toward help-seeking are important barriers for people with mental health problems to obtain adequate diagnosis and professional help (7).

The aim of our survey was to evaluate the overall utilization and availability of antidepressants (N06A) to patients over a one year period (2015) in Serbia, Rebublic of Srpska and Slovakia. The second aim was to get insight into possible underdiagnosing of affective disorders in general practice.

## Methods

For a comparison, we selected 3 countries-Serbia, Republic of Srpska and Slovak Republic. Serbia and Republic of Srpska are countries still in a process of joining EU. Out of EU countries, Slovak Republic was chosen due to similar historical background and similar healthcare system with compulsory public health insurance. The utilization of antidepressant drugs (ATC group N06) during 2015 year was observed. Data on drug utilization were obtained from annual reports of the Medicines and Medical Devices Agency of the Republic of Serbia (ALIMS), Health Insurance of Republic of Srpska and MCR in Slovak Republic. Prices and reimbursement data were obtained from Serbian National Health Insurance Fund, Health Insurance Fund of Republic of Srpska and Ministry of Health, Slovakia.

All drugs were classified according to Anatomical-Therapeutic-Chemical (ATC) classification system, as recommended by the World Health Organization (WHO). The results were expressed in defined daily doses (DDD) per 1000 inhabitants per day (DID).

## Results

Table 1 represents the utilization of drugs belonging to the N06 group in the selected countries. The overall utilization of antidepressants (N06A) was the lowest in Republic of Srpska (10.0DDD) and the highest in Slovak Republic (38.06DDD). The pattern of utilization of the different types of antidepressants was also different among these countries, although the most common antidepressants used in all three countries belonged to the group of selective serotonin reuptake inhibitors (Table 2). The availability on the positive lists and price/DDD of drugs from subgroup N06A (antidepressants) is shown in Table 3. The availability of antidepressants was at the lowest level in Republic of Srpska, as no drug belonging to SSRI group was present on the primary list.

## Discussion

The current survey provides an insight in the consumption of antidepressants, as well as the availability of these drugs to the patients in three selected countries. To the best of our knowledge, this is the first study of this type comparing the availability of antidepressants in three countries chosen due to similar historical background and similar health care system with mandatory public health insurance, with the main difference of Slovakia being the EU member.

Overall, the results of this study demonstrated that the utilization of antidepressants in all three countries was relatively low. This is particularly evident when these results are compared to antidepressants utilization in other European countries, such as Portugal, Sweden, United

Kingdom and Denmark (8). According to our results we can assume that depression is often either underdiagnosed or untreated by physicians in primary care settings. This problem is predominantly recognized in Serbia and Republic of Srpska, as the utilization of antidepressants in these countries is even several times lower in comparison to Slovak Republic. Similarity between pattern of use between Serbia and Republic of Srpska, neighbouring countries which were up to 20 years ago part of former Yugoslavia, suggests that factors other than evidence based medicine, probably cultural and economic aspects influence antidepressant utilization. Recent study has showed that social attitudes toward depressive disorders play a significant role, as is the case for help-seeking for mental health problems. Actually, personal stigma toward depression was linked to less openness to, as well as to lower perceived value of professional treatment (7). The results of previous research also revealed that a personal desire for social distance toward people with depression or attitude that depression is a personal weakness is associated with a decreased willingness to seek professional help and a preference to dealing with this problem alone (9). Although we did not explore the reasons for antidepressant underutilization, we strongly believe that social attitude toward depressive disorders is an important problem in all surveyed countries, particularly in Serbia and Republic of Srpska. In addition to personal stigma toward depression disorders, possible explanation for this discrepancy may be the fact that in Serbia benzodiazepines are used even four times more in comparison to Slovakia (10, 11, 12). Actually, it is well known that depression can be manifested as insomnia, fatigue and irritability, and therefore sometimes depression can easily be misdiagnosed as anxiety and treated with the benzodiazepines (5). However, the underutilization of antidepressants in Serbia is at alarming level, and untreated depression bears risk of numerous complications, including suicide and 75% of global suicide occurs in low- and middle-income countries (13, 14).

In the last decade, many countries around the world have struggled to scale back public expenditures on pharmaceuticals by introducing copayment policies (15-18). A copayment is a fix fee for prescription and may be disadvantageous if they cause a decrease in use of medications

that are beneficial to health (19). This situation is present in Republic of Srpska where underutilization of antidepressants can be associated with its low availability on the positive list. Actually, the presence of drug on the positive list is also essential for depressive disorders treatment, considering that patients often do not have financial assets, and therefore if drug is not fully reimbursed by the funds, patients cannot be optimally treated. Vulnerable populations typically include older people and those with low incomes (20). The complete absence of SSRIs and other antidepressants with a favorable adverse effect profile on the positive list, the adverse effects of available antidepressants and consequently probably low persistence lead to the low utilization of available antidepressants. Copayments in Republic of Srpska for fluoxetine, paroxetine and sertraline from SSSR group is even 50%, despite the fact that sertraline represents almost 50% of overall utilization of antidepressants (21). Namely, 76% of total HIFRS assets for group N06A is spent exactly on these three drugs. On the contrary, the availability of antidepressants in Serbia is decent, since the positive list includes representatives of all subgroups of antidepressants, thus patients with proper diagnosis of depression can be treated with the most suitable therapy. Similar situation is present in Slovakia, as all drugs that have the highest consumption are on the positive list of the Health Insurance Fund and all groups of antidepressants are present on the positive list, meaning that availability is optimal, and that financial aspect is not the cause of low consumption (22).

## Conclusions

This results of this study illustrate that the overall utilization of antidepressant drugs in all three countries is relatively low, impling possible underdiagnosing of affective disorders in general practice. However, we assume that obstacles for proper diagnosys and optimal treatment are probably cultural and social beliefs toward depression disorders. Countering this beliefs through public health campaigns may help to ameliorate antidepressants utilization. Additioanl issue is presence

of limited number of antidepressants on positive list of Health Insurance Fund in Republic of Srpska, which partially contributes to low utilization of antidepressants in Republic of Srpska. Health Insurance Funds protect their financial interests, however pharmacoeconomic analyzes should be done in order to consider the allocation of decompensated patients with depression in terms of sick leave, care of the family and hospitalization. These analyses would certainly prove profitability of these drugs being on positive lists.

## References


1. Barry M, Usher C, Tilson L. Public drug expenditure in the Republic of Ireland. Expert Rev Pharm Out Res 2010; 10: 239–245.
2. Cassano P, Fava M. Depression and public health: an overview. J Psychosom Res 2002; 53(4):849-57.
3. Cepoiu M, McCusker J, Cole MG et al. Recognition of depression by non-psychiatric physicians—a systematic literature review and meta-analysis. J Gen Intern Med 2008; 23: 25–36.
4. Coppens E, Van Audenhovea C, Scheerder G, Arensman E, Coffey C, Costac s, et al. Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. J Affect Disord 2013;150 (2):320–329.
5. De Las Cuevas C, Sanz EJ, De La Fuente JA. Variations in antidepressant prescribing practice: clinical need or market influences? Pharmacoepidemiol Drug Saf 2002; 11:515–522.
6. Divac N, Tosevski DL, Babic D, Djuric D, Prostran M, Samardzic R. Trends in consumption of psychiatric drugs in Serbia and Montenegro 2000-2004. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2006; 15(11):835-8.

7. Farley JF. Medicaid prescription cost containment and schizophrenia: a retrospective examination. Med Care 2010; 48: 440–447.

8. Flaskerud JH, Winslow BJ. Conceptualizing vulnerable populations health-related research. Nursing Res 1998; 47:69-78.

9. Griffiths KM, Crisp DA, Jorm AF, Christensen H.Does stigma predict a belief dealing wiyh depression alone? J Afect Disord 2011; 132:413-417.

10. Health Insurance Fund of Republic of Srpska. https://www.zdravstvo-srpske.org/home.html Hynd A, Roughead EE, Preen DB, Glover J, Bulsara M, et al. Increased patient co-payments and changes in PBS-subsidised prescription medicines dispensed in Western Australia. Aust N Z J Public Health 2009; 33: 246–252.

12. Lee IH, Bloor K, Hewitt C, Maynard A. The effects of new pricing and copayment schemes for pharmaceuticals in South Korea. Health Policy 2012; 104: 40–49.

13. Lexchin J, Grootendorst P. Effects of prescription drug user fees on drug and health services use and on health status in vulnerable populations: A systematic review of the evidence. Int J Health Ser 2004; 34: 101–122.

14. Ministerstvo zdravotnĺctva slovenskej republiky, 2015. Zoznam kategorizovaných liekov 2015 [online]. 1.7.2015 – 31.7.2015. Dostupno na <www.health.gov.sk/?kategorizacia-a-ceny>.OECD. http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2015-en/10/04/g10-11.html?itemId=/content/chapter/health_glance-2015-68-en&mimeType=text/html&_csp_=891a44b11231f3e4bae1d7d99214b2d0

16. Radonjic V. Trade and consumption of the medicinal products – annual report 2015 Belgrade: Medicines and Medical Devices Agency of Serbia; 2016. (Serbian)

17. Republic Fund for Health Insurance Serbia. List A - List of prescription drugs Issued at the expense of compulsory health insurance. 2015. Available from: http://www.rfzo.rs/download/04022013_Lista%20A.pdf 19.

18. Republic Fund for Health Insurance Serbia. List A1 - List of prescription drugs with therapeutic parallel in List A. 2015. Available from: http://www.rzzo.rs/download/lista_A1.pdf

19. Sinnot SJ, Buckley C, ORiordan D, Bradey C, Whelton H. The effect of co-payments for prescriptions on adherence to prescription medicines in publicly insured populations; a systematic review and meta-analyses. PlosOne 2013; 8 (5):e64914.

20. World Health Organization 2012, Depression Fact sheet N°369. Available at: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/ (Accessed 15 September 2016)

21. World Health Organization. Mental health. A Call for Action by World Health Ministers. http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/Call_for_Action_MoH_Intro.pdf

22. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. [Internet] Luxemburg: World Health Organization, 2014Availableat:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1 (Accessed 15 December 2014)

# УПОТРЕБА И ДОСТУПНОСТ АНТИДЕПРЕСИВА У СРБИЈИ, РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ И СЛОВАЧКОЈ

*Александра Крсмановић[1]; Зденко Томић[2]; Милица Паут Кустурица[3]; Ана Томас[4]; Љиљана Томић[5]; Олга Хорват[6]; Ана Сабо[7]*

## Апстракт

*Циљ рада био је процијенити цјелокупну употребу и доступност антидепресива (H06A) код пацијената у 2015. години у Србији, Републици Српској и Словачкој. Подаци о употреби лијекова су обједињени из годишњих извјештаја Агенције за лијекове и медицинска средства у Републици Србији, Здравственог осигурања Републике Српске и МЦР-а у Републици Словачкој. Подаци о цијенама и накнади су обједињени из Фонда здравственог осигурања Србије, Фонда здравственог осигурања Републике Српске и*

[1] Александра Крсмановић, Магистар, Фармацеутски факултет, Универзитет „Бијељина“, Павловића пут бб, 76300 Бијељина, Босна и Хецеговина, Телефон: +381 65 176 988

[2] Зденко Томић, PhD, Одсјек за фармакологију, токсикологију и клиничку фармацију, Медицински факултет, Универзитет у Новом Саду, Хајдук Вељкова 3, 21000 Нови Сад, Србија.

[3] Милица Паут Кустурица, Одсјек за фармакологију, токсикологију и клиничку фармацију, Медицински факултет, Универзитет у Новом Саду, Хајдук Вељкова 3, 21000 Нови Сад, Србија. Телефон: +381 21 522 172, Фах:+381 21 6615 771, e-mail: milicakusturica@uns.ac.rs

[4] Ана Томаш, PhD, Одсјек за фармакологију, токсикологију и клиничку фармацију, Медицински факултет, Универзитет у Новом Саду, Хајдук Вељкова 3, 21000 Нови Сад, Србија

[5] Љиљана Томић, PhD, Фармацеутски факултет, Универзитет „Бијељина“, Павловића пут бб, 76300 Бијељина, Босна и Хецеговина, Телефон: +381 65 512481

[6] Олга Хорват, PhD, Одсјек за фармакологију, токсикологију и клиничку фармацију, Медицински факултет, Универзитет у Новом Саду, Хајдук Вељкова 3, 21000 Нови Сад, Србија

[7] Ана Сабо, PhD, Одсјек за фармакологију, токсикологију и клиничку фармацију, Медицински факултет, Универзитет у Новом Саду, Хајдук Вељкова 3, 21000 Нови Сад, Србија

*Министарства здравља Словачке. Сви лијекови су класификовани према Анатомско-Терапеутско-Хемијском систему класификације (АТЦ систем). Резултати су изражени у дефинисаним дневним дозама (ДДД) по 1000 становника дневно (ДИД). Цјелокупна употреба антидепресива је била најнижа у Републици Српској (10.0ДДД), а највиша у Републици Словачкој (38.06ДДД).*

*Доступност антидепресива који су на позитивној листи је била најнижа у Републици Српској, не рачунајући да лијекови из групе ССРИ припадају позитивиној листи. Цјелокупна употреба лијекова из групе антидепресива и sve tri zemlje je relativno niska, što implicira mogućnost da postoje pogrešne dijagnoze afektivnih poremećaja u opštoj praksi. Dodatni izazov представља присуство ограниченог броја антидепресива на позитивној листи Фонда здравственог осигурања Републике Српске.*

Кључне ријечи: *антидепресиви, употреба, доступност, Србија, Словачка, Република Српска*

UDC 616.89:159.964.2

# ИСПИТИВАЊЕ ЛИЧНОСТИ ПРИМЈЕНОМ ММПИ 202 ПИТАЊЕ ЗА БУДУЋА РАЗМИШЉАЊА ПСИХОДИЈАГНОСТИЧАРА

*Хелена Росандић[1]; Јасна Вељковић [2]; Милена Николић[3]*

## Апстракт

*Психодијагностика је примјењена научна дисциплина чији је предмет разумјевање психичке болести, процјена и мјерење различитих димензија личности користећи се хетерогеном скупине дијагностичких инструмената.*

*Полазећи од актуелних трендова друштва, у коме личне потребе и њихово задовољење све више интернализују мотивацију јединке, гдје промјене нису саме по себи позитивне или негативне, већ су спонтана последица промјене у еволуацији знања и капацитета људи, поставили смо задатак да кроз анализу профила на ММПИ 202 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) тесту личности, провјеримо тренд на који се савремени токови друштва одсликавају на структурално функционалне карактеристике личности.*

*Истраживањем је обухваћено 193 испитаника,од чега је 66 испитаника дијагностификованих као схизофрени поремећај, 67 испитаника као гранични поремећај личности а 60 испитаника је из*

[1] Хелена Росандић, Клинички психолог,МА психологије, Општа болница Никшич, одељење за психијатрију; Асс.на психологији, Филозофски факултет у Никшићу, Универзтитет Црне Горе. Данила Бојовича бб. Никшић. roshelena@t-com.me

[2] Јасна Вељковић, Ванредни професор , Факултет политичких наука, Универзитет у Београду, департман за Социјални рад и социјалну политику. Јове Илића 165. Београд. jasna.veljkovic@fpn.bg.ac.rs.

[3] Милена Николић, Дипл.психолог. Филозофски факултет у Никшићу, Универзтитет Црне Горе. Данила Бојовича бб. Никшић.

*„нормалне“ популације према Међународној класификацији менталних поремећаја и поремећаја понашања, ИЦД 10.*

*Анализа разлика између групе спроводи се употребом т-теста. Детектовани су појединачни индикатори, Психотични индекс, разлика (Sc-Hy), однос домена психотицизма и неуротицизма, који на нивоу значајности (n<.05) дискриминишу групе. Дискутује се приближавање профила посматрајући варијабле: импулсивност и „ацтинг оут“, стил превладавања-механизми одбране, просјек на клиничким скалама и скалама типичних профила, што подстиче даља размишљања о данашњем значењу клиничких дијагноза и преиспитивање основног појма, као што је „нормалност“.*

Кључне ријечи: *гранични поремећај личности, схизофренија, „нормална“ популација, ММПИ-202, диференцијална дијагноза*

## Увод

Личност је комплексан систем динамичког међудејства психолошких елемената који постоје у реципрочној интеракцији. Један од задатак психологије усмјерен је ка трагању за факторима који доприносе психолошком функционисању и психосоцијалном прилагођавању индувидуе, бавећи се проучавањем различитости на понашајном, емотивном и когнитивном нивоу. Човјек није пасиван примаоц, већ посједује капацитет да бира, тумачи и активно учествује у односу на стимулусе са којима се сусреће (Kaprara и Cervone, 2003). Наслеђене карактеристике, лични предиспонирајући квалитети, у динамичкој интеракцији са социо-културалним окружењем, доприносе потенцијалу за лични раст и развој. „Свако страдање и болест уносе у духовни мир човјека такве промјене, истичући једне са своје стране, замрачујући друге, тако да личност мијења хармонију као и карактер односа према себи, према свему што га окружује, дотле да може да се дође до закључка да то није више онај човјек већ неки сасвим други са посебним психолошким варијететом“ (Вељковић и сар. 2000:19-29).

Основне функције личности састављене су од темперамента и карактера. Карактер и темперамент посједују јединствено утемељење, док настају различитим механизмима учења: темперамент асоцијативним условљавањем, карактер концептуалним учењем. Већина аутора потакнута Олпортом (Аллпорт) опсивала је темперамент као „емоционални домен“, док су карактер посматрали кроз призму „адаптивног домена“. Развојно посматрано карактер се развија касније оптимизирајући адаптацију темперамента на околину (Шврaкић & Шврaкић, 2008). Дакле, развој личности одражава сложени, нелинеарни, само-организујући, адаптивни процес са тежњом оптималне усклађености унутрашње потребе и спољашњих захтјева околине (Cloninger et all., 1997).

Праћење развојног поријекла психопатологије је једна од сложених, али уједно елементарних компоненти у проучавању психологије као научне дисциплине. Основни циљ патогенезе је да утврди релативну важност издвојених патолошких детерминанти и начина њиховог међудејства који доприноси манифестној клиничкој слици. Поремећаји личности одражавају исти само-организујући процес као и „нормална“ личност, са разликом да он као крајњи производ има маладаптивно испољавање. Оваква маладаптивна адаптација може бити условљена екстремним нефлексибилним диспозицијама понашања или патогеним елементима околине, или и једним и другим. На једној страни, снажне генетске диспозиције утичу на човјекову перцепцију околине и избор веза и активности, док на другој страни патогени фактори околине иницирају маладаптивна понашања и когнитивни стил, који постају стабилни кроз епигенетске механизме (Champagne & Curley, 2008)

Психодијагностика се у најтрадиционалнијем смислу ријечи бави процјном личношти и способности, посебно процјеном функционисања динамике личности. Психолошка процјена личности одвија се преко батерија стандардизованих мјерних инструмената, док је у оквиру тога нагласак посебно на процјени емоционалног функционисању личности, процјени психодинамике личности као и процјени нивоа, односно степена интеграције одређене личности.

Поремећаји у сфери емоционалног функцинисања путоказ су нам ка врстама и облицима психопатологије личности. Веома широк је дијапазон последица поремећеног емоционалног функционисања личности како по њу саму тако не ријетко и по околину са којим та личност комуницира. Последњих година, у неформалној професионалној комуникацији са колегама психодијагностичарима, често су размјењивана искуства у вези промјена врста патологије личности данас у односу на период од прије три деценије. На примјер, ово се односи на битно ријеђу учесталост дијагностиковања категорије неуротичног поремећаја и преваленцију дијагностичке категорије поремећаја личности, на све већи број психотичних реакција, посебно код младих људи.

Битно се промјенио и контекст живљења те је борба за опстанак у дарвиновском смислу ријечи постала другачија, односно људи су почели да мјењају своје моделе адаптације на реалност. Широка расправа се води о замјени материјалних вриједности, постматеријалистичким вриједностима „раста“, истицањем циљева који наглашавају слободу, демократичност, хумано живљење, развој личности, самоактуализацију (Inglehart, 1990; Павловић, 2009).

Питамо се да ли се то нешто значајно догодило са људским емоцијама, не само у локалном већ и глобалном окружењу. Суд реалности у одговору на ово питање је методологија наше науке која је богата својим посједовањем инструмената за процјену личности.

Развој карактера подразумјева усклађивање дискрепанце између унутрашњих емоционалних потреба личности и спољашњих нормативних притисака, чиме личност налази своје мјесто у друштву а да при томе тежи да у што мањој мјери жртвује своје потребе.

## Циљ

Полазећи од наведеног, циљ овог рада усмјеравамо проучавању личности са којима се сусрећемо, размишљајући о њиховим

компонентама испољавања кроз призму утицаја друштвених вриједности. Психодијагностичким сазнањима можемо планирати врсте психотерапијских интервенција.

## Методологија

Узорак испитаника су чиниле особе хоспитализоване или амбулантно лијечене на Одељењу за психијатрију, у ЈЗУ Општој болници у Никшићу, у периоду од 2013. године до септембра 2016. Узорак испитаника "са дијагнозом" су чиниле двије скупине, прву су чинили испитаници који су у току лијечења претходно дијагностификовани дијагнозом граничног поремећаја личности Ф60.3., док су другу чинили они којима је дијагностификован неки од поремећаја из схизофреног спектра, Ф20-Ф29, према ИЦД-10 класификационом систему, при чему је вођено рачуна да наведени испитаници испуњавају и дијагностичке критеријуме у складу са ДСМ-В класификацијом. Трећу групу су чинили испитаници „без дијагнозе" регрутовани из „нормалне" популације, који су тестирану у склопу редовне праксе и израде нормалне студије случаја у оквиру предмета Клиничка процјена, на Студијама психологије, Филозофског факултета у Никшићу.

Узорак је чинило 193 испитаника, 66 испитаника са дијагнозом из схизофреног спектра, 67 испитаника дијагностификована дијагнозом граничног поремећаја личности и 60 испитаника из „нормалне" популације. Старост испитаника кретала се од 18 до 61 година, док је просјечна старост испитаног узорка износила 34.06 година. У групи СЦХ, просјечна мјера узраста у вријеме тестирања износи 37,66 година (*СД=10.6, распон 19-59*), групи ГПЛ, просјек година износи 40,61 (*СД=13.6, распон 18-61*), док у групи "нормалних" испитаника , контролној групи КГ, просјек година износи 23,39 (СД=16.12, *распон* 19-41). По полу узорак је био готово изједначен у групама " са дијагнозом", док је у контролној групи предњачио женски пол,

бројећи 43 испитанице, што је чинило (71.7%) испитане групе, док је број мушких испитаника био 17, што је чинило (28.3%) групе.

**Инструмент и процедура**.

Испитаницима је задат ММПИ 202 тест личности (Biro, 2008). Будући да је овај тест атеоретичан, један је од најчешће употребљаваних клиничких инструмената у пракси. Тест обезбјеђује профил који омогућава подобну анализу структуре и динамике личности. Првобитна намена скала теста је била усмерена разликовању нормалног и абнормалног понашања, док се данас сматра да су оне индикатори кластера варијабли личности (Groth-Marnat, 2003). Истраживања су потврдила конкордансу између одређеног поремећаја менталног здравља и манифестног профила, те се за анализу добијеног профила користи атлас типичних профила (Groth-Marnat, 2006). ММПИ тест се осим у сврху процјене психопатологије користи и као објективна мијера личности (Butcher, Derksen, Sloore, & Sirigati, 2002).

За сваког испитаника унесени скорови су коректовани према К вриједности. Потом су сирови скорови претворени у стандардне Т скорове, према нормама за мушку и женску популацију (Biro,2008), након чега су израчунате просјечне вриједности на скалама. Тиме је добијен просјечан ММПИ протокол за три испитиване групе.

Након сређивања података, приступило се обради, користећи тестирање значајности разлика између просјечних скорова за три групе. Коришћен је Т тест за велике независне групе.

Статистичка обрада и анализа урађена је у компјутерском програму СПСС вер. 20 (Statistical Package for the Social Sciences), а графичко и табеларно приказивање у програмском пакету Microsoft Office (Exel i Word).

## Резултати

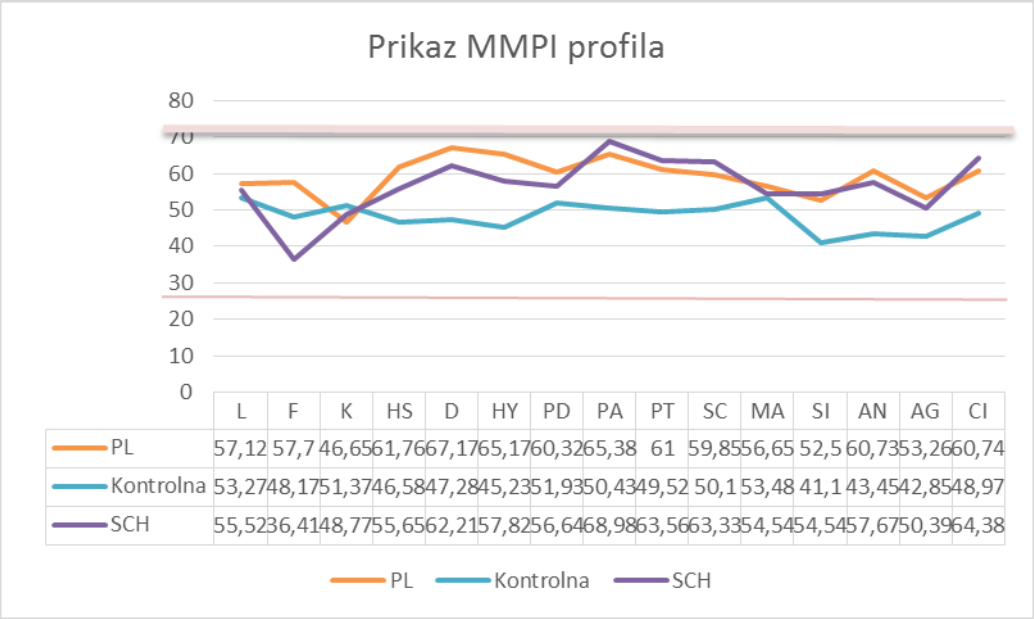
**Табела 1.** Приказ вриједности Т-теста на варијаблама

| ММПИ | ПОРЕЂЕЊЕ | Т | ДФ | П |
|---|---|---|---|---|
| **Л** | ПЛ Контролна | 2.08 | 124 | .040 |
| | СЦХ Контролна | -1.3 | 124 | **.195** |
| | СЦХ ПЛ | .92 | 130 | .335 |
| **Ф** | ПЛ Контролна | 4.4 | 116.16 | .000 |
| | СЦХ Контролна | 3.22 | 124 | .002 |
| | СЦХ ПЛ | 5.55 | 96.42 | **.000** |
| **К** | ПЛ Контролна | -3.3 | 124 | .001 |
| | СЦХ Контролна | 1.79 | 124 | **.076** |
| | СЦХ ПЛ | -1.55 | 130 | .122 |
| **ХС** | ПЛ Контролна | 5.80 | 107.72 | .000 |
| | СЦХ Контролна | -3.71 | 113.42 | .000 |
| | СЦХ ПЛ | 2.04 | 130 | **.043** |
| **Д** | ПЛ Контролна | 6.68 | 111.90 | .000 |
| | СЦХ Контролна | -5.28 | 116.17 | .000 |
| | СЦХ ПЛ | 1.47 | 130 | .143 |
| **ХУ** | ПЛ Контролна | 7.21 | 115.87 | .000 |
| | СЦХ Контролна | -4.75 | 119.11 | .000 |
| | СЦХ ПЛ | 2.39 | 130 | **.018** |
| **ПД** | ПЛ Контролна | 3.41 | 119.05 | .001 |
| | СЦХ Контролна | -2.34 | 124 | .021 |
| | СЦХ ПЛ | 1.56 | 115.27 | .121 |
| **ПА** | ПЛ Контролна | 4.83 | 118.53 | .000 |
| | СЦХ Контролна | -6.21 | 124 | .000 |
| | СЦХ ПЛ | -1.07 | 130 | .284 |
| **ПТ** | ПЛ Контролна | 4.71 | 118.94 | .000 |
| | СЦХ Контролна | -5.82 | 119.77 | .000 |
| | СЦХ ПЛ | -.94 | 130 | .346 |
| **СЦ** | ПЛ Контролна | 4.26 | 120.46 | .000 |
| | СЦХ Контролна | -5.73 | 119.94 | .000 |
| | СЦХ ПЛ | -1.36 | 130 | .173 |
| **МА** | ПЛ Контролна | 1.28 | 124 | **.202** |
| | СЦХ Контролна | -.40 | 124 | **.688** |
| | СЦХ ПЛ | .86 | 130 | .387 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **СИ** | ПЛ Контролна | 4.92 | 124 | .000 |
| | СЦХ Контролна | -6.05 | 124 | .000 |
| | СЦХ ПЛ | -.86 | 130 | .388 |
| **АН** | ПЛ Контролна | 6.19 | 124 | .000 |
| | СЦХ Контролна | -4.97 | 124 | .000 |
| | СЦХ ПЛ | 1.08 | 130 | .280 |
| **АГ** | ПЛ Контролна | 4.66 | 120.56 | .000 |
| | СЦХ Контролна | -3.27 | 124 | .001 |
| | СЦХ ПЛ | 1.14 | 130 | .254 |
| **ЦИ** | ПЛ Контролна | 4.24 | 116.75 | .000 |
| | СЦХ Контролна | -5.31 | 113.23 | .000 |
| | СЦХ ПЛ | -1.11 | 130 | .268 |

ДГ-дијагноза, Дф-број степени слободе, Т-Т тест, п- вјероватноћа

**График 1.** Приказ добијених профила према дијагностичким категоријама




Извор: *Аутори*

Т-тестом за велике независне узорке (Табела 1.) установљено је да између испитаника који пате од схизофреније и контролне групе постоји статистички значајна разлика (п<0.05) на Л скали. Л скала је

нижа у контролној групи него у СЦХ групи (Мкг=53.27, Мсцх=55.52). Сличан однос смо добили и на скали Ма, гдје је Т тестом утврђена статистички значајна разлика (п<0.01). Ма скала је нижа у контролној групи испитаника, у односу на схизофрену групу (Мкг=53.48, Мсцх=54.54). На нивоу значајности (п<0.01) добили смо статистички значајну разлику између наведене двије групе на К скали. К скала је нижа у схизофреној групи испитаника него у контролној (Мкг=51.37, Мсцх=48.77).

Статистички значајне разлике посматрајући Т-тест (п<0.05) између групе са граничним поремећајем личности и схизофрене групе уочавамо на скалама Ф, Хс и Ху. На три димензије добијени скор је виши у групи испитаника са граничним поремећајем личности.

Статистички значајна разлика Т теста (п<0.05) добијена је између контролне и групе испитаника са граничним поремећајем личности на Ма скали. Ма скала је нижа у контролној групи испитаника него у групи особа са граничним поремећајем личности (Мпл=56.65, Мкг=53.48).

Додатне тестовне манифестације које је могуће очитати на ММПИ 202 тесту личности приказане су у (Табелама 2; 3; 4.)

**Табела 2**. Табеларни приказ Т-теста и нивоа значајности разлике између ГПЛ и КГ

| ВАРИЈАБЛЕ | **ДГ** | **Т** | **ДФ** | **П** |
|---|---|---|---|---|
| **СЦ-XY** | ПЛ | -4.47 | 124 | .000 |
| | Контролни | | | |
| **СЦ-ПТ** | ПЛ | -1 | 117.95 | .316 |
| | Контролни | | | |
| **ПСИХОТИЦНИ ИНДЕКС** | ПЛ | -.71 | 124 | .479 |
| | Контролни | | | |
| **ПСИХОТИЦИЗАМ** | ПЛ | 4.55 | 121.70 | .000 |
| | Контролни | | | |
| **НЕУРОТИЦИЗАМ** | ПЛ | 7.29 | 108 | .000 |
| | Контролни | | | |
| **Д+ПТ+СИ** | ПЛ | 6.73 | 112.86 | .000 |
| | Контролни | | | |
| **ПД+ПА+МА** | ПЛ | 4.34 | 123.12 | .000 |
| | Контролни | | | |
| **КЛИНИЦКИ ПРОСЈЕК** | ПЛ | 6.69 | 114.15 | .000 |
| | Контролни | | | |
| **Д+ПА+СЦ ПРОСЈЕК** | ПЛ | 6.13 | 115.41 | .000 |
| | Контролни | | | |
| **Д+ПД+СЦ ПРОСЈЕК** | ПЛ | 5.85 | 114.25 | .000 |
| | Контролни | | | |

ДГ-дијагноза, Т-Т тест, ДФ- број степени слободе, п-вјероватноћа

**Табела 3**. Табеларни приказ Т-теста и нивоа значајности разлике између ГПЛ и СЦХ групе

| ВАРИЈАБЛЕ | **ДГ** | **Т** | **ДФ** | **П** |
|---|---|---|---|---|
| **СЦ-XY** | ПЛ<br>СЦХ | -4.31 | 123.46 | .000 |
| **СЦ-ПТ** | ПЛ<br>СЦХ | -.48 | 130 | .631 |
| **ПСИХОТИЦНИ ИНДЕКС** | ПЛ<br>СЦХ | -2.42 | 130 | .017 |
| **ПСИХОТИЦИЗАМ** | ПЛ<br>СЦХ | -.74 | 130 | .457 |
| **НЕУРОТИЦИЗАМ** | ПЛ<br>СЦХ | 2.14 | 130 | .034 |
| **Д+ПТ+СИ** | ПЛ<br>СЦХ | .04 | 130 | .963 |
| **ПД+ПА+МА** | ПЛ<br>СЦХ | .35 | 130 | .723 |
| **КЛИНИЦКИ ПРОСЈЕК** | ПЛ<br>СЦХ | .86 | 130 | .388 |
| **Д+ПА+СЦ ПРОСЈЕК** | ПЛ<br>СЦХ | -.26 | 130 | .794 |
| **Д+ПД+СЦ+ПРОСЈЕК** | ПЛ<br>СЦХ | .75 | 130 | .455 |

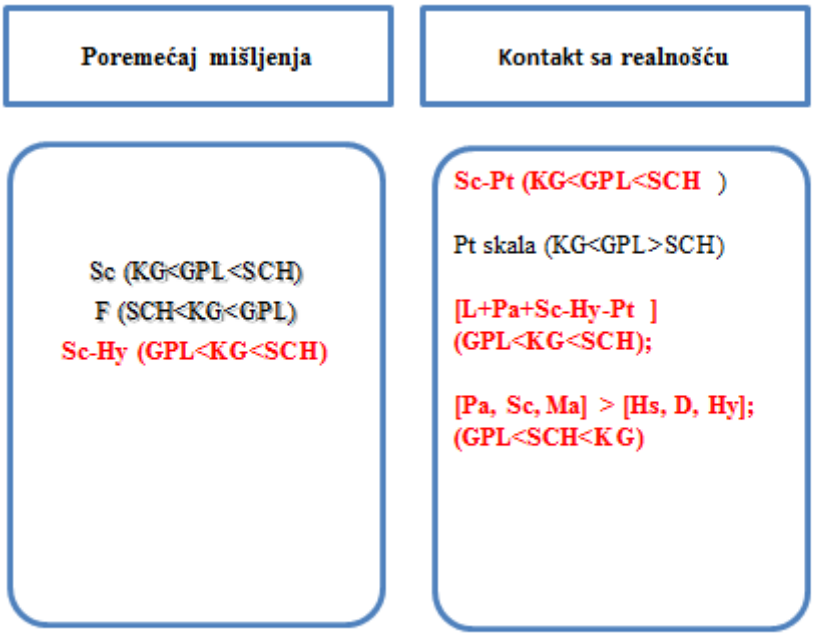
ДГ-дијагноза, Т-Т тест, ДФ- број степени слободе, п-вјероватноћа

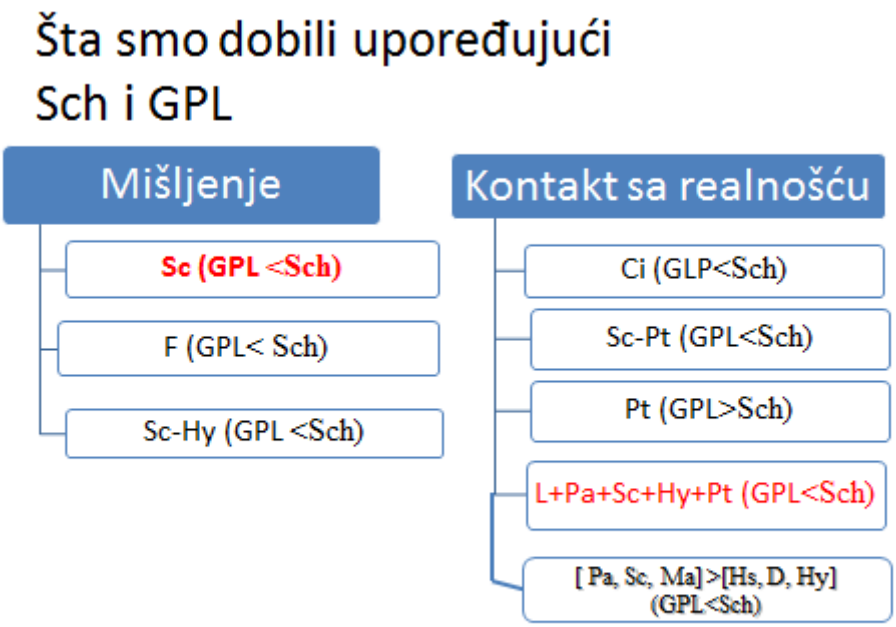
**Табела 4**. Табеларни приказ Т-теста и нивоа значајности разлике између СЦХ и контролне групе

| ВАРИЈАБЛЕ | ДГ | Т | ДФ | П |
|---|---|---|---|---|
| **СЦ-ХУ** | Контролни<br>СЦХ | -.24 | 124 | .804 |
| **СЦ-ПТ** | Контролни<br>СЦХ | .47 | 119.23 | .633 |
| **ПСИХОТИЦНИ ИНДЕКС** | Контролни<br>СЦХ | -1.89 | 124 | .060 |
| **ПСИХОТИЦИЗАМ** | Контролни<br>СЦХ | -5.34 | 121.5 | .000 |
| **НЕУРОТИЦИЗАМ** | Контролни<br>СЦХ | -5.22 | 114.05 | .000 |
| **Д+ПТ+СИ** | Контролни<br>СЦХ | -6.68 | 112.93 | .000 |
| **ПД+ПА+МА** | Контролни<br>СЦХ | -4.24 | 124 | .000 |
| **КЛИНИЦКИ ПРОСЈЕК** | Контролни<br>СЦХ | -6.21 | 120.07 | .000 |
| **Д+ПА+СЦ+ПРОСЈЕК** | Контролни<br>СЦХ | -6.64 | 117.99 | .000 |
| **Д+ПД+СЦ+ПРОСЈЕК** | Контролни<br>СЦХ | -5.67 | 124 | .000 |

ДГ-дијагноза, Т-Т тест, ДФ- број степени слободе, п-вјероватноћа

**Слика 1**. *Значајне тестовне импликације*



Како смо значајност међугрупних разлика по појединачним скалама раматрали у претходном дијелу текста надаље ћемо се бавити тестовним манифестацијама које не чине појединачне скале (Слика 1.). Анализа добијених података Т-теста показује да се СЦХ група значајно разликује од друге двије групе према просјечно постигнутој разлици на Сц и Ху скали (Сц-Ху), док статистички значајна разлика није пронађена између група ГПЛ и КГ.

Сходно томе, значајност добијеног скора просјечних вриједности разлике скорова (Сц-Ху) између група ГПЛ и СЦХ је на нивоу п<.01, а између група КГ и СЦХ п<.05. На овој варијабли региструјемо тренд супротног квалитета разлике у групи контролних испитаника.

Када смо упросјечили разлику скорова између Сц и Пт скала, пронашли смо да између контролне и друге двије групе постоји статистички значајна ралика (п<.05). На циљној варијабли Индекс психотичности уочавамо статистички значајну разлику (п<.05) између група. Анализа добијених података Т-теста показује да се три анализиране групе значајно разликује према постигнутом скору на поменутој варијабли. Тест хомогености варијансе на овој зависној варијабли указује на различиту варијабилност унутар три групе.

Посматрајући даље добијене тестовне импликације уочавамо статистички значајну разлику на домену неуротског испољавања између ГПЛ и СЦХ. Значајност добијеног скора разлике износи (п<.05). На овој варијабли региструјемо негативни тренд разлике у групи испитаника са граничним поремећајем личности.

Посматрајући даље варијабле на испитаном узорку: импулсивност и „acting out“, стил превлдавања/механизме одбране, просјек на клиничким скалама, просјек на скалама типичних профила уочавамо да на тим комбинацијама скала није уочен статистички значајан дискриминативни потенцијал међу испитаним групама (Табела 4.). Просјек на клиничким скалама и комбинацији скала које чине типични профил највишљи је у групи особа са граничним поремећајем личности.

## Дискусија

Непосредно након одвајања ГПЛ као дискретног ентитета, многа истраживања су била упућена испитивању валидности овог конструкта. Тестовни индикатори и процес клиничке процјене су такође били предмет испитивања. Преглед литературе (Gartner, Hurt и Gartner, 1989) на тему валидности и диференцијалне дијагнозе ГПЛ, сагласно указује на висок ниво психопатологије и богату симптоматологију код особа са граничним поремећајем личности. На тестовима клиничке процјене (Rorschach, MMPI, WAIS, VITI), показатељи ГПЛ се очитавају као поремећај мисаоног тока, импулсивност, бијес и сумњичавост, депресија, анксиозност и поремећај у објектним релацијама (Gibbons, 1984; Spear, 1981, Rosandic, 2010). Иако ММПИ представља један од најчешће употребљаваних клиничких тестова, мало је података доступно о конзистентности профила ГПЛ на ММПИ тесту а многа истражвања показују високу варијабилност скорова у популацији ГПЛ (Еванс и сар, 1986).

СЦХ група такође показује неконзистентне, односно варијабилне резултате на ММПИ профилу, што отежава корисност овог теста. Истраживања показују да је конкорданса између типичног профила схизофреније и ДСМ-ИИИ критеријума за дијагнозу овог поремећаја врло ниска и износи 37% (Walters, 1983). Док, испитивања предиктивне моћи ММПИ теста показују да се 75% пацијената успјешно класификује као ГПЛ (Gartner и сар., 1989).

У овом нашем скромном испитивању налази говоре у прилог „приближавања“ профила личности контролне групе „нормалних“ испитаника и двије експерименталне групе ГПЛ и СЦХ испитаника. Такође нас подстиче значајно висока вриједност Пд скале у контролној групи испитаника у односу на ниже вриједности на примјер неуротских скала код ових испитаника. Значајне разлике између ових група постоје у одређеним варијаблама, али су сви профили неочекивано снижених вриједности у односу на очекиване; заправо ни једна од испитиваних група нема вриједности појединих

за ту групу очекивних повишених Т скорова, као на пример скала неуротског тријаса (Хс, Д, Ху) или психотичног тријаса (Па, Пт,Сц) изнад вриједности Т скора 70. Вриједности К скале која нам индиректно указује на квалитет механизама одбране, различите су код наведених категорија, али не у очекиваној мјери. Све ово нас подстиче на даља размишљања о данашњем значењу клиничких дијагноза и можда промјени значења истих. Свакако се сви ови резултати морају разматрати са резервом узимајући у обзир у дискусији поменутих ограничења ММПИ мјерног инструмента.

## Закључак

Живот у 21.веку поставља нове захтјеве у процесима адаптације на реалност, јер реалност овог вијека и овог миленијума је прилично другачија од реалности претходног стољећа. У складу са тиме можемо размишљати о механизмима одбарне човјека двадесет и првог вијека, јер ови механизми обезбеђују специфичну организацију и функционисање личности као и одбрану од надолазеће анксиозности, интензивних афеката, јаких спољашњих дражи. Подјела механизама одбраме Ане Фројд на: зреле, неуротске, незреле (присутне код карактер неуроза односно ПЛ) и нарцистичке (психозе) можда захтјева извјесну ревизију, јер нове врсте реалности савременог доба провоцирају сасвим специфичне врсте анксиозности, те се појам адаптације на реалност такође мијења. Односно, поставља се питање шта је здрава и зрела адаптација на реалност и које механизме одбране она ангажује?

Текући 21. вијек требао би бити вијек менталног здравља, што доноси са собом преиспитивање основног појма као што је: нормалност.

## Литература


1. Biro, M., (2008), Dijagnostička procena ličnosti, MMPI-202, Centar za primenjenu psihologiju, Beograd, 159.923.072.42.
2. Butcher, J., Derksen, J., Sloore, H., & Sirigati, S. (2002). Objective personality assessment of people in diverse cultures: European adaptations of the MMPI- 2. Behaviour Research and Therapy, 41.
3. Cloninger, CR, Svrakic, N. M., Svrakic, D. (1997): Role of personality in the development of mental order and disorder, Development and Psychopathology,: (9): 881-906.
4. Champagne, F.A., Curley, J.P., (2008). Epigenetic mechanisms mediating the long-term effects of maternal care on development, Neurosci Biobe-hav Rev 2008. Jan 18 (Epub ahead of print).
5. Evans, R., Ruff, R.M., Braff, D.L. i Cox, D.R., (1986), On the consistency of the MMPI in the borderline personality disorder, Perceptual and Motor Skills, 1986, 62, 579-585.
6. Gartner, J., Hurt, S.W. i Gartner, A., (1989), Psychological Test Signs of Borderline Personality Disorder: Review of the Empirical Literature, Journal of Personality Assessment, 53 (3), pp.423-441.
7. Gibbons, J., (1984), The prediction of object representation from projective data: borderline personality disorder, Unpublished doctoral dissertation, Fordham University, Bronx, NY.
8. Groth-Marnat, G., (2006), The handbook of Psychological Assessment, 4th Edition, J*ohn Wiley and Sons,* ISBN.0-471-41979-6.
9. Inglehart, R. (1990). Culture Shift in Advanced industrial society. New Jersey.Princeton univ. Press.
10. Kaprara, Đ, V.i Ćervone, D. (2003). Ličnost, determinante, dinamika, potencijali. Beograd. Dereta.

11. Pavlović, Z. (1990). Vrednosti samoizražavanja u Srbiji. Beograd. Institut društvenih nauka.

12. Rosandić, H. (2010). Upotrebljivost Vekslerovog (Wechslerov) Induvidualnog Testa Inteligencije u diferencijalno-dijagnostičke svrhe. Master rad. Beograd: Filozofski fakultet.

13. Spear, W.E. i Lapidus, L.B, (1981), Qualitative differences in manifest of object representations: Implications for a multidimensional model of psychological functioning, *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 157-167.

14. Švrakič, D. i Švrakić, N. (2009). Savremeni koncept I dijagnostika poremećaja ličnosti. Engrami, vol 31., jul-decembar, br.34.

15. Veljkovic J., Marković P., Kolarević A. (2000). Funkcionalna organizacija ličnosti. Acta Medica Semendrica.Vol. 8: 16/17: pp.19-29.

16. Walters, G.D. (1983), The MMPI and Schizophrenia: A review, *Schizophrenia Bulletin, Vol.9, No.2,* pp.226-246.

# TESTING PERSONALITY BY MMPI 202 A QUESTION FOR FUTURE CONSIDERATION OF PSYCHODIAGNOSTICS

*Helena Rosandić[1]; Jasna Veljković[2]; Milena Nikolić[3]*

## Abstract

*Psychodiagnostics is an applied scientific discipline, whose subject is the understanding of mental illness, assessment and measurement of different dimensions of personality using a heterogeneous group of diagnostic instruments.*

*Starting from the current trends in the society, in which personal needs and their satisfaction increasingly internalise the motivation of the individual, where the changes are not just positive or negative, but a spontaneous consequence of the change in the evolution of knowledge and capacity of people, we have set the task, through the analysis of the profile on MMPI 202 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) in a personality test, to examine the trend where contemporary society's trends reflect on the structurally functional characteristics of a personality.*

*The study covered 193 examinees, 66 of them were diagnosed as schizophrenic disorders, 67 examinees as a borderline personality disorder, and 60 examinees as the "normal" population according to the International Classification of Mental Disorders and Behavioral Disorders, ICD 10.*

[1] Helena Rosandić, Clinical Psychologist, MA Psychology, General Hospital Nikšič, Department of Psychiatry; Ass. Psychology, Faculty of Philosophy in Niksic, University of Montenegro. Danila Bojovic bb. Niksic. roshelena@t-com.me

[2] Jasna Veljković, Associate Professor, Faculty of Political Science, University of Belgrade, Department of Social Work and Social Policy. Jove Ilića 165. Belgrade. jasna.veljkovic@fpn.bg.ac.rs.

[3] Milena Nikolić, Ph.D. Faculty of Philosophy in Niksic, University of Montenegro. Danila Bojovic bb. Niksic.

*Analysis of the differences between the group is carried out using the t-test. Individual indicators were detected, Psychotic index, difference (Sc-Hy), relation between the domains of psychoticism and neuroticism, which at the level of significance (p <.05) discriminate groups. The approach of the profile is discussed by observing the variables: impulsivity and "acting out", the prevailing style of defense mechanisms, the average on clinical scales and the scale of typical profiles, which encourages further thoughts about today's significance of clinical diagnosis and the examination of the basic idea, such as "normality".*

Key words: *borderline personality disorder, schizophrenia, "normal" population, differential diagnosis*

UDC 159.9+159.964

# НОВИНА И РАЗНОВРСНОСТ ДРАЖИ КАО СУШТИНА УЖИВАЊА И ЛЕПОТЕ

*Мирослав Комленић[1]; Младен Цимеша[2]; Станислава Саватић[3]; Слађана Текић[4];*

## Апстракт

*Новина дражи као фактор задовољства у психологији налази се у појму реактивне инхибиције: непријатно стање слично умору које настаје самим извршењем реакције и разрешава се извршењем друге (нове) реакције, што изазива пријатно стање.*

*У овом истраживању, у принципу репликативном (слично извршено пре 8 година, али на другој популацији и пре велике експанзије смартфона – а уживање у којим се такође објашњава обиљем разноврсности и новина које нуде), проверавана је повезаност између чувености или познатости исказа (афоризма или максиме) и процене допадања истог.*

*Узорак: 100 субјеката и 300 стимулуса. Предикторска варијабла је дихотомија (чуо исказ и није чуо). Процена допадања има пет нивоа.*

[1] Мирослав Комленић, Универзитет у Нишу, Филозофски факултет, Ћирила и Методија 2, +381 18 514 312 (178) miroslav.komlenic@filfak.ni.ac.rs

[2] Младен Цимеша, Универзитет "Бијељина" Бјељина, Факултет за психологију, Павловића пут бб Дворови, тел/фах 055/350-150, 351-101. www.ubn.rs.ba. mladen_cimesa@hotmail.com

[3] Станислава Саватић, Универзитет "Бијељина" Бјељина, Факултет за психологију, Павловића пут бб Дворови, тел/фах 055/350-150, 351-101, www.ubn.rs.ba. eva.savatic@gmail.com

[4] Слађана Текић, Универзитет "Бијељина" Бјељина, Факултет за психологију, Павловића пут бб Дворови, тел/фах 055/350-150, 351-101, www.ubn.rs.ba. sladjana.tekic@gmail.com

*Поступак: излагање субјектима листе реченица, при чему се за сваку захтева исказ о њеној познатости и оцена допадања. Пример: Машта није ма шта: 1. Чуо (да–не), 2. Оцена (1-5).*

*Очекује се већа оцена уз категорију не, јер непознатост исказа значи новину, при чему се и у самом тесту неке реченице понављају, те и манипулише њиховом новином.*

*Добијена је средња повезаност, статистички високо значајна (p = 0,42; n < 0, 01), чиме је хипотеза подржана.*

Кључне речи: *допадање, уживање, лепота, афоризми, максиме.*

## Увод

Овај рад покушава да одговори на питање шта је поткрепљење (тј. награда, уживање, задовољство), а шта непоткрепљење (казна, незадовољство).

Око објашњења поткрепљења – награде, уживања, осећања лепог, задовољства уопште – увек је било присутно **понављање** радње или активности (Premack,1959; Радоњић,1992; Hilgard and Bower,1975).

У области психологије учења, прилично сигурно је ушло и у дефиницију (емпиријску) поткрепљења и закона ефекта: ***Поткрепљење је појава која следи неку реакцију и доводи до њеног јачања, понављања***. Дефиниција скоро у виду аподиктичког суда описује здраворазумску истину: Ако је притискање полуге у кавезу праћено храном, животиња ће понављати реакцију притискања; ако човек ужива у фудбалу, често ће ићи на утакмице (понављаће одлазак на утакмице), итд. Поткрепљењу се приписује својство да може да утиче на реакције које му претходе тако што их јача (изазива њихово извршење, понављање), што у ствари представља утицај на учење и понашање уопште (Bozarth, 1987; Mowrer, 1960).

Досадашња схватања о поткрепљењу и сличним појмовима или појавама углавном изгледају овако: Поткрепљивач је онај догађај,

исход или драж, који кад се понавља са оперантним понашањем доводи до повећања вероватноће јављања тог понашања (Fajgelj, 2014, стр.223; Olds and Milner, 1954; Osgud, 1963; Радоњић, 1992) . Казна је онај догађај, исход или драж, који кад се понавља са оперантним понашањем доводи до смањивања вероватноће јављања тог понашања и његовог укидања (Fajgelj, 2014, стр.223).

Поткрепљивач или казна могу бити позитивни или негативни. Позитивни су када су присутни, тј. када бивају уведени или дати. Негативни су када су одсутни, тј. када бивају отклоњени (Fajgelj, 2014; Skinner, 1938), тако да:

Позитивно поткрепљење је повезивање неке радње са пријатним стимулусом, чиме се вероватноћа и учесталост реакције повећава. Негативно поткрепљење је процес у којем једна радња отклања казну и зато бива учесталија. Позитивно кажњавање је примена казне после неке радње, због чега се та радња гаси, при чему је казна нека аверзивна, непријатна драж. Негативно кажњавање је уклањање пријатне дражи након неке радње, чиме се радња гаси (Fajgelj, 2014, стр.224).

Дакле, негативни поткрепљивач није казна, нити је позитивна казна поткрепљивач. Негативан поткрепљивач је елиминисање казне, због чега се осећамо пријатно. Поткрепљење повећава вероватноћу реакције у будућности, тако што се: за реакцију уводи награда или за реакцију уклања казна. Кажњавање смањује вероватноћу, тако што се: за реакцију уводи казна или за реакцију уклања награда.

Сложеност појмова поткрепљења и кажњавања допуњава и чињеница да депривација поткрепљивача такође може да делује као поткрепљење, тј. повећава вероватноћу операнта, Исто тако, засићење поткрепљивачем (нпр. ситост) делује као казна, смањује вероватноћу операнта (Fajgelj, 2014; Wise & Bozarth,1987).

Премак је уочио (Premack, 1959) да омогућавање организму да обавља одређену активност може служити као поткрепљивач. Када се дозволи могућност избора, високо фреквентне реакције

(омиљеније) могу поткрепљивати ниско фреквентне (мање омиљене).

Поред тога, постоје непосредни и одложени поткрепљивачи: поткрепљивачи који следе одмах после одређеног понашања ефектнији су од оних који уследе са закашњењем (Rhatus, 2001; Youtz, 1938). Због тога су непосредне последице понашања бољи подстицаји од дугорочних последица. Због тога је тешко одрећи се пушења, јер је поткрепљење никотином непосредно, док су здравствене опасности удаљеније.

Коначно, постоји и подела на примарне и секундарне поткрепљиваче, при чему су примарни биолошки важни и углавном урођени (храна, вода, топлота, изостанак бола), док секундарни стичу своју вредност повезивањем са примарним (новац, оцене, похвале, признања).

У овом раду се покушава макар мало изаћи из дубиозе наведених појмова и дефиниција, јасније, разговетније и елегантније објаснити појаву поткрепљења и уопште задовољства, као и њихову деобу и класификацију.

*Поткрепљење* је бихејвиористички појам за *уживање, задовољство*. Трудећи се да се држе строго операционалног нивоа, а сматрајући појмове *уживања* или *задовољства* сувише субјективистичким или чак *менталистичким,* не само што су *уживање* заменили *поткрепљењем*, већ су и за ово у дефиницији оставили празан простор у виду израза *нека појава* (изворно: *оно што*...(*оно што* следи неку реакцију...).

Тај *простор*, чврсто омеђен са стране, ипак је отворен за истраживања без обзира што је *мрачан*, односно још увек представља *црну кутију* за науку јер не знамо шта је *унутра*.

Дакле, у самој дефиницији поткрепљења признаје се да се не зна шта је поткрепљење, јер се за исто каже *оно што, нека појава*", итд.

Ако резимирамо резултате **досадашњих емпиријских истраживања** о поткрепљењу, можемо рећи: Оно што **претходи**

поткрепљењу је познато, то је **понављање реакције**. Оно што **чини (садржи**) поткрепљење је **непознато**. Оно што следи **после** поткрепљења, такође се не помиње у дефиницији, мада засигурно заслужује пажњу.

Наиме, ради се о засићењу: после поткрепљења следи *засићење* и **престанак понављања** раније поменутих реакција. То је битан моменат у одређењу поткрепљења и не можемо рећи да уопште није помињан, али није објашњен: зашто настаје и зашто се код различитих врста поткрепљења појављује након различитог временског периода, односно након **различитог броја понављања** једне реакције? На пример, зашто засићење водом настаје након десетак, а засићење храном након неколико десетина, па и стотина гутљаја? Зашто ја могу да одиграм само неколико партија шаха до засићења, док мој пријатељ може тридесетак? Постоје објашњења, али су углавном циркуларна и ад хок (*зато што он више воли шах; зато што је стекао навику да игра шах*... – Нисмо задовољни овим објашњењима, јер се не одговара зашто особа више воли шах од мене, односно зашто више воли шах од неке друге активности). У овом раду покушавамо да дамо прецизније објашњење и појаве **засићења**.

У покушају да резимирамо основне теоријске концепте о поткрепљењу, уочавамо два основна става (хипотезе, теорије) о суштини поткрепљења:

1) Поткрепљење је редукција нагона
2) Поткрепљење је индукција нагона

Редукција нагона значи *задовољење потребе* (циркуларно одређење), или прецизније (мање циркуларно): окончање, прекид, смањење (тј. редукција) непријатног стања (тј. нагона) и, понајпрецизније: прекид сваке активности (редукција) након тачке засићења (нагон: тежња да се оконча активност која је достигла засићење).

Према овој хипотези поткрепљење се састоји у р*едукцији нагона* и подразумева **прекид (непонављање)** неке поновљене **активности (реакције)**.

Индукција нагона подразумева повећање или наставак активности (без *редукције нагона*?). Наиме, поткрепљење се може састојати и у *понављању активности* и стимулације (конзумација нехранљивог сахарина – без редукције глади; манипулација предметима; радозналост, итд.)

Према овој хипотези поткрепљење се састоји у инд*укцији нагона* и подразумева **настављање (понављање)** неке **активности (реакције).**

Приметимо да су налази и објашњења у овој области изразито контрадикторни: поткрепљење је редукција нагона – поткрепљење је индукција нагона; поткрепљење је понављање (индукција) реакције – поткрепљење је непонављање (редукција) реакције.

Хипотеза овог рада улази у бар један молекуларнији – редуктивнији – ниво објашњења појаве поткрепљења и задовољства и покушава да разјасни ову контрадикцију.

## Метод, хипотеза

Основни услов (*узрок*) доживљаја награде (задовољства, уживања, поткрепљења) је **непонављање реакције;** основни услов (*узрок*) казне (незадовољства, непријатности, непоткрепљења) је **понављање реакције.** Реакција која се понавља може да изазива поткрепљење само ако у себи садржи разноврсне реакције (реакције које се не понављају-смењују се), тј. ако садржи разноврсну стимулацију *у себи*.

Објашњење резултата досадашњих истраживања поткрепљења

Кренућемо од Торндајкових операционалних дефиниција *задовољења и неугодности* (Thorndike, at. al.,1932) и погледати које бољитке ова хипотеза нуди у овом делу.

Торндајкове формулације гласе:

1) *Задовољавајуће стање ствари је оно у односу на које животиња не чини ништа да избегне, а често дела тако да га постигне или одржи.*

2) *Незадовољавајуће стање ствари је оно које животиња обично избегава и напушта.*

Као прво, могло би се у наставку (2) додати: *...и не чини ништа да га постигне*. (Ово није најбитније за суштину наше расправе и хипотезе, већ је у оваквом облику дефиниција (2) просто паралелнија – аналогна, симетрична – дефиницији (1)).

Недостаци ових дефиниција су:

а) Дефиниције су и даље циркуларне (Шешић,1980; Петровић, 1965) и нема независног (молекуларнијег) одређења *стања*. Наиме, *аналитички превод* дефиниција гласи:

1. Задовољавајуће стање ствари је оно што прати неку реакцију коју животиња врши и тежи да понавља (репетирајућу реакцију дакле: *често дела* и *не чини ништа да је промени – избегне*).

Нема независног одређења тог последичног *стања*. Опет је избегнута суштина, дефиниција *гађа* око поткрепљења, а не у само поткрепљење.

2. Незадовољавајуће стање ствари је оно што прати реакцију која се не понавља (не-репетирајућу, једнократну).

Критика је адекватна оној под (1). Дефиниендум се одређује дефиниенсом и дефиниенс дефиниендумом (Koen, M. i Nejgel, E.,1965).

б) Дефиниције представљају статична, *стимулусна* одређења поткрепљења. Поткрепљење и казна су стања – ситуације,

стимулуси – што је апсурдно у објашњењу функционисања живог организма (Allport,1955; Boring, 1942), јер нема ефекта било каквог стимулуса (С) без реаговања (Р) организма на тај стимулус (без *интеракције* субјекта и објекта, без реаговања рецептора на стимулус).

Дакле, поткрепљење и непоткрепљење морају бити *доживљени*, морају представљати неке *реакције*. Надасве, познато је да неадекватне дражи за одређени организам или врсту и нису дражи (за тај организам или врсту), јер не изазивају промену (Р) у организму, без обзира што то јесу дражи на објективном (спољашњем) нивоу, односно представљају промену у спољашњој средини (за човека рецимо магнетске силе, звуци са фреквенцијом преко 20 000 Хз, итд.).

Према томе, поткрепљење и непоткрепљење морају бити реаговања (Р).

ц) Дефиниције су непотпуне, некомплетне. Наравно, у тој непотпуности упадају и у неистинитост:

*1. Задовољавајуће стање ствари је оно према којем се не чини ништа да се избегне и често се дела тако да се одржи.*

Али, то *исто* задовољавајуће стање ствари се често и напушта и тежи да се избегне (после засићења). Тај део који представља чињеницу понашања (засићење) није обухваћен дефиницијом.

2. Аналогно важи за незадовољавајуће стање ствари: *стање* које животиња *обично* избегава и напушта, у одређеном тренутку може представљати *стање* којем се тежи (релативност поткрепљења). То је случај када су друге доступне реакције (*стања*) у том тренутку мање поткрепљујуће (односно аверзивније) од ове. (Алтернативна реакција која се избегава (непоткрепљујућа) у одређеном тренутку може бити и она *обично поткрепљујућа* (стање према којем се често дела да се постигне или одржи) ако је наступио тренутак *засићења* њоме. То смо рекли под (ц-1). Овде кажемо:

Алтернативна реакција којој се тежи (поткрепљујућа) може бити и она обично непоткрепљујућа, ако је *конкурентска* реакција аверзивнија (више непоткрепљујућа) од ове.)

Према томе, поткрепљење и непоткрепљење морају се посматрати динамички и имати релативно одређење, а не апсолутно. Један исти стимулус може изазивати поткрепљујуће или непоткреплујуће реакције, зависно од **претходно извршених** реакција.

## Кратка експликација хипотезе

Основна јединица поткрепљења (награде) је след две различите реакције, док је основна јединица непоткрепљења (казне) след две исте реакције.

Дакле награда и казна су *сложена* реаговања и морају бити **моларне реакције** сачињене од бар две *једноставне – молекуларне*.

Основне законитости (или теореме) које се изводе из хипотезе и које ће се разматрати у раду су:

I Одређено реаговање – P – представља поткрепљење (награду) уколико садржи непонављање реакција – p (след различитих p – разноврсну стимулацију).

Одређено реаговање – P – представља непоткрепљење (казну) уколико садржи понављање реакција – p (след истих p – једноличну, монотону стимулацију).

II Поткрепљење је то јаче,што садржи већи број различитих p (већи број непонављања p).

Непоткрепљење је то јаче, што садржи већи број истих p (већи број понављања p).

III Код сложених реаговања – моларних реакција (аката) – која садрже и понављања и непонављања p, поткрепљење је утолико јаче уколико је јача **доминација** непонављања над

понављањем (разноликости над монотонијом). И обрнуто: казна је утолико јача уколико је јача **доминација** понављања над непонављањем (монотонија наспрам разноврсности).

Са овом експланаторном опремом формира се систем новог објашњења, али у складној повезаности са старим:

А) Моларна Р која садржи непонављања (П) тежиће да се понавља

Б) Моларна Р која садржи понављања (неП) тежиће да се не понови и избегне

Из ових ставова произилазе две врсте поткрепљења:

Понављање непонављања (Р се понавља јер садржи различите р)

А) Непонављање понављања (Р се не понавља јер садржи исте р)

(У оба случаја доминантно је **непонављање**).

За непонављање уопште ћемо користити термин **редукција** (јер је прекид, смањење), а за понављање **индукција** (настављање, продужење).

Тако, две врсте поткрепљења–изражене новим и економичнијим појмовима–би биле:

**А) Индукција редукције**

**Б) Редукција индукције**

**Индукција редукције** обухвата свако вршење – понављање - *разноврсне* радње (Р састављене од различитих р) до засићења: конзумација хране (различити хранљиви састојци и намирнице), физичка активност (разноврсни покрети), читање, сексуални покрети, итд. Када дође до засићења (изједначења броја разноврсности и броја понављања), радња се смењује другом – **редукција индукције** (секс – несексом – читањем, обедовање – шетњом, обедовање – читањем, итд.), што такође представља задовољство (награду). Када пак ова друга накупи индукцију, прва опет може доћи на ред, те ова два типа поткрепљења,

антагонистички се смењујући, остварују неку врсту равнотеже у активности организма, јер омогућују стално смењивање различитих реакција (хомеостаза).

## Емпиријски део

Обављено је емпиријско експланаторно истраживање са 100 субјеката и 300 стимулуса чије је пилотирање спроведено децембра 2010. године на студентима психологије Универзитета у Нишу (са 60 студената и 374 стимулуса).

Требало је осмислити нацрт који садржи јасне категорије независне варијабле: категорију понављања реакције (1) и непонављања реакције (2) и ситуацију избора између ова два којој би се субјект – испитаник – изложио. Другим речима, треба направити тест са задацима који захтевају избор једне алтернативе и омогућавају недвосмислено сврставање одговора у категорије понављање - непонављање.

То се показује као тежак задатак, јер чини се да сваки покушај креирања таквог теста мора резултирати манама какве су: 1) *бизарност* и *проваљивост* питања (нпр: *Да ли више волите разноврсну храну или једноличну?* или: *Да ли бисте овог лета ишли у исто место на одмор као прошле године или би променили место?* итд.); 2) нејасан критеријум класификације одговора у одређену категорију, тј. у категорије понављање реакције-непонављање реакције, јер, на пример, одговор *Летовао бих у истом месту* морали бисмо сврстати у *понављање реакције*, али остаје могућност конфундације таквог резултата услед могућности избора истог места (понављање) управо због тога што то место садржи разноврсности (*непонављања*), нпр. разноврсне могућности за вечерњи провод, разнолике туристе, итд.

Произилази да хипотеза није лако проверљива у јаком смислу (практично проверљива), али јесте у принципу (конфирмабилна), јер

нису све реакције лако приступачне посматрању, односно опсервацији често измичу молекуларна непонављања-понављања реакције.

Стога смо се одлучили за вербалне стимулусе у облику реченица - сентенци, максима – као стимулус-објекте истраживања. Пилот-истраживање изгледало је овако:

**Узорак :**

- Субјекти: 60 студената
- Стимулуси: 374 исказа (из свих области живота: максиме, пословице, духовитости, бизарности, уобичајене фразе, поетски искази, итд.)

**Варијабле:**

- НВ (категоричка-дихотомна): поновљеност (познатост, чувеност)

реченице, са категоријама:

$a_1$ – поновљена (чувена)

$a_2$ – непоновљена (нечувена)

- ЗВ ( нумеричка 1 – 5 ): допадање (занимљивост, лепота) реченице.

**Индикатори варијабли:**

- За НВ: *Да ли сте раније чули наведену реченицу?* (да – не)
- За ЗВ: *Оцените на скали од 1 до 5 реченицу према томе колико Вам се допада, односно колико је интересантна, лепа, информативна, духовита, пријатна, мудра...* (1 = уопште није; 5 = максимално јесте)

Коришћен је корелациони нацрт биваријантне регресије. (Варијансни (факторијални) је отпао јер су обе варијабле регистроване). НВ (категоричка) трансформисана је у нумеричку, са вредностима 1 и 2. ЗВ је петостепена скала са вредностима од 1 до 5.

Субјектима је изложена листа од 374 реченице, при чему се за сваку захтева исказ о НВ (чувена-нечувена) и ЗВ (оцена допадања). (Пример: *Победа је велики преварант*: 1. Чуо (да – не); 2. Оцена (1, 2, 3, 4, 5 )

По хипотези овог рада очекује се **негативна корелација** између варијабле поновљености (чувености) и оцене допадања (поткрепљујућег својства), односно већа оцена уз категорију *не* (јер хипотеза тврди да је непонављање реакције бит поткрепљења).

У пилот-истраживању добијена је корелација –0,32, која је значајна на нивоу 0,01.

(Није сувишно нагласити да стварна величина узорка у овом истраживању не износи 60, нити 374, већ 60 x 374 (22 440 података за обраду!)

Корелација јесте значајна, али ипак ниска, те смо у овом истраживању, спроведеном 2017. и 2018. године, повећали узорак субјеката на 100 и смањили узорак стимулуса на 300 (са 374, колико је било у пилот-истраживању), обзиром да се оволики узорак показао преобимним и прилично напорним за субјекте - испитанике. Осим тога, неке ставке претходног упитника промењене су или замењене новим (углавном оне које нису показале задовољавајућу дискриминативност у претходном истраживању).

Поступак је исти као у претходном истраживању: излагање субјектима листе реченица, при чему се за сваку захтева исказ о њеној познатости и оцена допадања. Пример: *Машта није ма шта*: 1. Чуо (да–не), 2. Оцена (1-5). Или: *Не жури, боље је изгубити један тренутак живота, него живот у једном тренутку*: 1. Чуо (да–не), 2. Оцена (1-5).

Очекује се већа оцена уз категорију *не*, јер непознатост исказа значи новину, при чему се и у самом тесту неке реченице понављају, те и манипулише њиховом новином.

Добијена је средња повезаност, статистички високо значајна (р = 0,42; п < 0, 01), чиме је хипотеза подржана и то у јачем смислу него у

претходном истраживању, јер је корелација већа (у претходном истраживању била 0,32).

## Дискусија и закључак

Истраживање се може побољшати, а што ће се и покушати у следећим истраживањима ове врсте, трансформацијом независне варијабле у нумеричку, највероватније паралелно са зависном, у пет нивоа (степен познатости наведене реченице процењивао би се, као и код процене свиђања, на скали од 1 до 5, а не само чуо – није чуо). У оваквој ситуацији, са једне стране, и сам Пирсонов линеарни коефицијент је инхерентнија и природнија мера, а са друге, немамо разлога лишавати се богатије информације о независној варијабли, када се она већ нуди (на пример, многим субјектима се реченица чини познатом, али нису баш сигурни, односно не знају да ли су је видели баш у таквом облику – или неком сличном – у оваквим ситуацијама субјект може заокружити цифру 2, 3 или 4, тј, не мора екстреме 1 или 5, што је био случај са дихотомијом чуо – није чуо).

Затим, код разраде ове хипотезе о награди и задовољству, као и код емпиријских истраживања у вези ње, неодвојиво се мора посматрати и незадовољство, казна, бол и слично.

Наиме, аналогно награди, разликују се и две врсте казне (непоткрепљења):

Индукција индукције (понављање понављања)

Редукција редукције (непонављање непонављања)

Индукција индукције је наставак Р након тачке засићења, тј. превладавање индукције над редукцијом, или пак вршење аверзивне (монотоне) Р.

Ту препознајемо једење *на силу* – после засићења (или пак једење *неукусне* хране – вршење аверзивне Р), затим наставак активности и после насталог умора, итд.

Редукција редукције је прекид Р пре засићења (*усред* понављања поткрепљујуће (разноврсне) реакције).

Ту спадају примери неП када нас прекину (пре засићења) у јелу, игри (кад је *најслађе*!), читању, итд. (редукција редукције = индукција, тј. непонављање непонављања = понављање).

(Теорија поседује и појмовни склад: имамо све 4 комбинације појмова и склоп појмова је у сагласности са тезом о поткрепљењу: *непонављање појмова* означава поткрепљење, а *понављање појмова* – непоткрепљење!)

Са овим или оваквим гледиштем требало би тек кренути и у физиолошка истраживања задовољства и уживања, односно незадовољства и казне.

## Литература


1. Allport, F. H. (1955): *Theories of perception and the concept of structure*, N.Y., Wiley.
2. Boring, E. G. (1942): *Sensation and perception in the history of experimental psychology,* N. Y., Appleton - Century - Crofts.
3. Bozarth, M. A. (1994): Pleasure systems in the brain. In D. M. Warburton (ed.), *Pleasure: The politics and the reality,* New York, John Wiley & Sons.
4. Bozarth, M. A. (1987): *Brain reward systems and abuse,* New York, Raven Press.
5. Fajgelj, S. (2014): *Uvod u psihologiju*, Beograd, Centar za primenjenu psihologiju.
6. Fibiger, H. C. & Phillips, A. G. (1979): *The neurobiology of dopamine,* New York, Academic Press.
7. Glanzer, M. (1953): *Stimulus satiation of spontaneous alternation and related phenomena,* Psychol. Review, 6o, 257-268

8. Hilgard, E. R. and Bower, G. H. (1975): *Theories of learning,* New Jersey, Prentice - Hall.

9. Hollingvsworth, H. L.(1928): *Psychology, its facts and principles,* N.Y., Appleton.

10. Hull, C. (1952): *A behavior system,* New Haven, Yale University Press.

11. Koen, M.- Nejgel, E. (1965): *Uvod u logiku i naučni metod,* Beograd, Zavod za udžbenike.

12. Kvaščev, R. (1978): *Primena teorija učenja na oblast nastave i vaspitanja,* Beograd, Privredno - finansijski vodič.

13. Marfi, G. (1963): *Istorijski uvod u savremenu psihologiju,* Beograd, Savremena škola.

14. Milner, P. M. (1970***):*** *Physiological psychology***,** Holt, Rinehart and Winston.

15. Mowrer, O. H. (1950): *Learning theory and personality dynamics,* N.Y., The Ronald Press.

16. Mowrer.O. H.(1960): *Learning theory and behavior,* N.Y.Wiley.

17. Olds, J. and Milner, P. (1954): *Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain,* J. Comp. and Physiol. Psych., 47, 419-427.

18. Osgud, Č. (1963): *Metod i teorija u eksperimentalnoj psihologiji,* Beograd, Savremena škola.

19. Pavlov, I. P. (1927): *Conditioned reflexes,* London, Oxford Univ.Press.

20. Petrović G. (1965): *Logika*, Zagreb, Školska knjiga.

21. Premack, D. (1959): *Toward empirical behavior laws: I Positive reinforcement,* Psychol. Review, 66, 219-233.

22. Premack, D. (1962): *Reversibility of reinforcement relation,* Science, 136, 255-257.

23. Radonjić, S. (1985): *Psihologija učenja - knjiga prva*, Beograd, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.

24. Radonjić, S. (1992): *Opšta psihologija II*, Beograd, Savez društava psihologa Srbije.

25. Rhatus, S. (2001). Temelji psihologije. Zagreb: Naklada Slap:

26. Seligman, M. E. P. (1970): *On the generality of the laws of learning*, Psychol. Review, 77, 406-418.

27. Sheffield, F. G. (1954): *A drive – induction theory of reinforcement*, *Mimeographed manuscript*, New Haven, Yale University.

28. Skinner, B. F. (1938): *Behavior of organisms*, N.Y., Appleton - Century - Crofts.

29. Stephens, J. M. (1941): *The influence of symbolic punishment and reward upon strong and upon weak association*, J.Gen.Psychol.., 25, 177-85.

30. Šešić, B. (1980): *Opšta metodologija,* Beograd, Naučna knjiga.

31. Thorndike, E. L. at. al. (1932): *The fundamentals of learning*, N.Y. Teachers College, Columbia University.

32. Tolman, E. C. (1932): *Purposive behavior of animals and men*, N. Y., Appleton-Century-Crofts.

33. Wise, R. A. & Bozarth, M. A. (1987): A psychomotor stimulant theory of addiction, *Psychological Rewiew* 94: 469-492.

34. Young, P. T. (1947): *Studies of food preference, appetite and dietary habit: VII Palatibility in relation to learning and performance*, J. Comp. and Physiolog. Psychol., 40, 37-72.

35. Young, P. T. (1959): *The role of affective processes in learning and motivation*, Psychol. Review, 66, 104-125.

36. Youtz, R. R. P. (1938): *Reinforcement, extinction and spontaneous recovery in a non - Pavlovian reaction*, J.exp.Psychol., 22, 305 - 18.

# INNOVATION AND DIVERSITY OF LURE AS THE ESSENCE OF ENJOYMENT AND BEAUTY

*Miroslav Komlenić[1]; Mladen Cimeša[2]; Stanislava Savatić[3]; Slađana Tekić[4]*

## Abstract

*The innovation of lure as a factor of satisfaction in psychology lies in the concept of reactive inhibition: an unpleasant situation similar to a tiredness that is created by the reaction itself, and is resolved by the execution of a second (new) reaction, which creates a pleasant state.*

*In this research, in replicative principle (similarly was done 8 years ago, but on another population and before the big expansion of the smartphones - the enjoyment which is explained by the abundance of diversity and the innovations that they offer), the relation, between renown or familiarity with the testimony (aphorism or maxime) and estimation of the affection, was checked.*

*Sample: 100 subjects and 300 stimulus. The predicate variable is a dichotomy (he heard the test and did not hear it). The estimate of affection has five levels.*

*Procedure: Exposing subjects to the list of sentences, each requiring a statement of its familiarity and a rating of affection. Example: Imagination is not imagination: 1. Heard (yes-no), 2. Score (1-5).*

[1] Miroslav Komlenić, University of Niš, Faculty of Philosophy, Cyril and Methodius 2, +381 18 514 312 (178) miroslav.komlenic@filfak.ni.ac.rs

[2] Mladen Cimaša, University "Bijeljina" Bjeljina, Faculty of Psychology, Pavlovica put bb Dvorovi, tel / fax 055 / 350-150, 351-101. www.ubn.rs.ba. mladen_cimesa@hotmail.com

[3] Stanislava Savatić, University "Bijeljina" Bjeljina, Faculty of Psychology, Pavlovica put bb Dvorovi, tel / fax 055 / 350-150, 351-101, www.ubn.rs.ba. eva.savatic@gmail.com

[4] Slađana Tekić, University "Bijeljina" Bjeljina, Faculty of Psychology, Pavlovica put bb Dvorovi, tel / fax 055 / 350-150, 351-101, www.ubn.rs.ba. sladjana.tekic@gmail.com

*A higher rating with the category no is anticipated because not knowing the utterance means an innovation, and even in the test itself, some sentences are repeated and manipulated.*

*Secondary correlation was obtained, statistically significant (r = 0.42; p <0, 01), thus supporting the hypothesis.*

Key words: *affection, enjoyment, beauty, aphorisms, maxime*

UDC 613.8:791.228-053.3/.6

# УТИЦАЈ ЦРТАНИХ ФИЛМОВА НА МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ ДЈЕЦЕ

*Свјетлана Гавриловић*[1]*; Николина Савић*[2]

## Апстракт

*Цртани филм је вид филмске умјетности у коме су ликови и позадина нацртани или у новије вријеме рачунарски анимирани. Данас представљају најлакши начин забаве за дјецу, али и начина учења и одгоја, али су постали „плодно тло“ за брзу зараду новца и мјесто оглашавања. Појављују се цртани филмови који нису прилагођени дјечијем узрасту. На „мале екране“ долазе без контроле и једино су родитељи ти који могу да одлуче који дјечији програми су добри за њихову дјецу. Многобројна истраживања су показала да у дјечијим цртаним филмовима постоји много агресивности и да су емисије намијењене дјеци до седам година садржале далеко већу количину насиља од оних намијењеној старијој публици. Цртани филмови постали су и форма за приказивање огласа, те је у њима често прикривено оглашавање којег ни родитељи нису свјесни. Ако се у обзир узме квалитетан дјечији програм цртани филмови су и поред свих опасности један од начина забаве, развоја дјечије маште и начина за превазилажење препрека и проблема.*

Кључне ријечи: *цртани филм, агресивност, оглашавање, добре стране цртаних фимова*

[1] Свјетлана Гавриловић, дипл. аудио – визуелни умјетник, смјер глума; студент психологије; Универзитет Бијељина; Павловића пут бб; 066 164 686; ceca_gavrilovic@hotmail.com

[2] Николина Савић, студент психологије; Универзитет Бијељина; Павловића пут бб; 065 309 719; nina.savic437@gmail.com

## Увод

Први цртани филмови су се појавили у другој половини 19. вијека и били су дјело француског умјетника Емила Рејноа. Приказивани су прије цјеловечерњег филма у биоскопима и трајали су отприлике пет минута. Револуцију у развоју цртаног филма доноси студио Волта Дизнија, који 1928. године, када су приказали цртани филм "Луди авион" у коме се први пут појављује најпознатији миш свих времена – Мики Маус. Од тог момента пубилка свих годишта је хрлила да види догодовштине Мики Мауса, али и његових другара Шиље, Паје Патка, Плутона… Волт Дизни се није ту зауставио, тежио је нечему већем у развоју цртаног филма и прави први дугометражни цртани филм "Снежана и седам патуљака" 1937. године. Иако су критичари били скептични према цртаном филму који толико траје, он је постигао изванредан успијех.

Како је анимација једног цртаног филма један тежак и напоран посао, јер за једну секунду цртаног филма треба нацртати 24 цртежа, данас уз напредак рачунарске технологије, напредује и настанак цртаних филмова у који се уводи рачунарска анимација. И данас је студио Волта Дизнија неприкосновен у овој врсти умјетности, па је тако из њихове куће изашао и први цртани филм који је у потпуности настао помоћу рачунарске анимације "Прича о играчкама".

Данас су посебно популарни Јапански цртани филмови – "Anime", који су једни од представника највећег буџета и најбољег визуелног квалитета.

Родитељима данас је један од најлаксих начина да смире дјецу и да обезбиједе себи мало одмора да смјесте дјецу испред телевизора и да им пусте цртане филмове.

"Дијете рођењем улази у кућу гдје је телевизор укључен просечно више од седам сати дневно. Причу о људима, животу и вредностима деци не преносе родитељи или школа него група удаљених

корпорација (медији) који имају нешто да продају" (Кораћ, 2002, п.16).

"Ситуација савременог дјетета је таква да је оно одвојено од својих вршњака, да се умјесто са њима игра са својим родитељима, а да су ти родитељи у великој мјери одсутни. Зато је уласком телевизије у наше домове она постала модерна бебиситерка, а данас је то читав низ дигиталних екрана којима су дјеца окружена – од специјалних плејера, таблета до "паметних" телефона – каже психотерапеут др Зоран Миливојевић. – Гледањем свјета око себе дјеца изграђују основне представе о томе какав је свет, шта се у њему дешава и какви су људи. Један од првих начина да се то постигне су бајке, које су данас замијенили цртани филмови. Понуда "дјечјих филмова" је велика. Ако упоредимо оне цртане филмове типа Том и Џери са савременим цртаним филовима, можемо примијетити да су савремени цртани филмови изгубили дубину приче коју причају, да су постали површни и глупи. Ови филмови уче дјецу да је онај спољашњи свијет изван родитељског дома или вртића опасан и насилан. Дакле, дјеца изграђују слику о опасном свету, а нека на то реагују страхом и повлачењем, а друга агресивношћу." (Вечерње Новости, 2016)

Симонида Вукобрат, наставник психологије у 15. београдској Гимназији, сматра да је проблем што често гледање цртаних филмова са насиљем доводи до огуглавања на насиље и да такво понашање у реалном животу дјеци није изненађење, већ нормална појава.

"Ако је агресивно, насилничко понашање цртаног лика награђено, ако јунак који чинио зло побиједи, такво се понашање лакше прима код дјеце, али таквих случајева је на срећу мало. Већи и чешћи проблем је што то доводи до веће толеранција дјеце на насиље. Цртани са популарним луткама гдје се одрасле дјевојке, намјерно представљене са дјечјим цртама лица, понашају као дјеца, размажено, тражећи оно што желе сада и одмах, гдје им је све дозвољено, такође има погрешан утицај на малишане. Осим самог садржаја великог броја цртаних филмова, проблем је и њихова

непрестана доступност, што могу да се гледају сатима, без престанка, па и у поноћ. Тиме се шаље лоша порука дјеци. Рађена су многа истраживања која показују да се мозак дјеце која предуго сједе испред рачунара другачије развија. Ако се дјеца не играју напољу, мање се лучи сератонина, хормона среће, а то узрокује мање мелатонина ноћу и лош сан.” (Вечерње Новости, 2016)

Утицај цртаних филмова је постало све чешћа тема истраживања.

Стручњаци са Америчке Академије за Педијатрију (ААР) процјењују да већина дјеце почиње да гледа цртане филмове узраста од 6 мјесеци и да већ са 3 године постају ентузијастични гледаоци, односно они којима је најлакше манипулисати. Утврдили су да дјеца која проводе више од 4 сата гледајући телевизију имају веће шансе да постану гојазна, уколико је садржај који гледају насилан и агресиван таква дјеца губе додир са стварношћу и стварним последицама насилног понашања, не испољавају саосјећање за туђи бол, навикнута су на насиље и имају веће шансе за испољавање агресивног понашања.

“Људи су под јаким утиском онога што виде на телевизији. Ако не виде себе на телевизији, они желе да буду неко други”(Кораћ, 2002, п.16)

Колико на дјецу утиче оно што виде и колико се поистовјећују са ликовима из цртаних филмова најбоље показује примјер у Подгорици. Наиме, деветогодишња дјевојчица се после гледања цртаног филма са вилама које лете бацила са шестог спрата јер је жељела да и она лети. О овом догађају писале су Вечерње Новости чији текст преносимо у цјелости.

“Хтјела да лети као да је вила”

С. Ђ, 28.08.2009 18:13:05

ПОДГОРИЦА - Здравствено стање деветогодишње девојчице М. П. која је у четвртак преживјела пад са терасе стана на шестом спрату солитера у Блоку шест је стабилно, саопштено је из Клиничког центра Црне Горе. Ради се о повредама кичме, плућа, лијеве

поткољенице - рекао је доктор Владимир Добричанин и додао да је она под сталним надзором.

Тим љекара ће накнадно одлучити да ли ће лијечење дјевојчице бити настављено у Клиничком центру или ће бити превезена у Београд. Како је умало дошло до велике трагедије, истрага тек треба да утврди. Према ономе што се могло чути на месту гдје се све одиграло, дјевојчица је била у стану са својом четворогодишњом сестром Ј. П. Обије су гледале цртани филм са вилама које лете. У једном тренутку деветогодишња дјевојчица је, гледајући цртани, повикала: „'Ајмо да летимо“, позивајући сестру да јој се придружи. Ставила је столицу на балкон, попела се, а затим и скочила. Срећом, друга дјевојчица није прихватила сестрин позив, иначе не вјерујемо да се све ово не би завршило великом трагедијом, прича наш саговорник из полиције. Није било крви на мјесту где смо дјевојчицу пронашли. Срећом, балкон са којег је пала, има поглед иза зграде, гдје има доста отпадака, вероватно је то дјевојчици ублажило пад. Када смо јој пришли, она је само понављала: „Умријећу, умријећу“. Била је свјесна и испричала је како је дошло до несреће - додао је наш саговорник из полиције.”

Такође оно што прати дјецу током гледања цртаних филмова је и велики број реклама које су сакривене унутар цртаних филмова. Примају се несвјесно. Од дјеце праве чланове потрошачког друштва, а да ни дјеца ни њихови родитељи тога нису свјесни. Маркетиншки стручњаци вјерују да се преференције према бренду стварају прије него што се створе потрошачке навике. Први захтјеви за одређеним производом у правилу се догађају када су дјеца узраста од двије године, а у 75 % случајева управо у тренутку док се налазе с родитељима у трговини. Када се узме у обзир податак да дјеца данас на глобалном тржишту троше око 1,33 трилиона долара годишње увиђамо да је прикривено оглашавање у садржајима за дјецу и младе добра инвестиција за бројне пословне огранизације.

У овом раду ћемо посебно обратити пажњу на агресивност и оглашавање у цртаним филмовима, али и њихове добре стране који утичу на равој дјетета.

## Разрада

### Агресивност у цртаним филмовима

Социјални психолози агресивно понашање дефинишу као намјерно понашање коме је циљ наношење физичког и психичког бола.

Већина научника се слаже да је агресивно понашање научено и то баш посматрањем агресивног понашања које се као такво усваја.

По Алберту Бандури учење опсервационим условљавањем представља најважнији облик учења. За потврду овога у једном истраживању, објављеном 1967. године формирано је неколико група дјеце. Сва она посматрају филм у коме главни јунак филма манифестује низ агресивних акција, физичких и вербалних. Тај филм се разликовао по последицама које агресивно понашање доноси главном лику. Једна група је посматрала филм у коме је главни јунак кажњен за такво понашање, друга група филм у коме је главни јунак награђен за такво понашање, а трећа група филм у коме нема никаквих последица за агресивно понашање главног јунака. Све три групе су запазиле и запамтиле обике агресивног понашања који су им приказани, без обзира на пол и узраст, али је констатовано да различите групе подражавају овакво понашање у различитом степену. Далеко више агресивног понашања је било код дјеце која су гледала филм у коме је овакво понашање награђено или је прошло без последица.

1972. Роберт Лиеберт и Роберт Барон изложили су групу дјеце веома насилној епизоди ТВ – драме. У контролној групи дјеца су била изложена узбудљивом, ненасилном спортском догађају. Сваком дјетету је потом дозвољено играње у другој просторији са дјецом. Они који су гледали насилну полицијску драму исказали су знатно више агресије према својим саиграчима од оних који су гледали спорски догађај.

Шта се дешава када су дјеца изложена свакодневном гледању оваквог понашања?

Истраживање научника државног универзита у Ајови показала су да су емисије намијењене дјеци до седам година садржале далеко већу количину насиља од оних намијењеној старијој публици. У њима је у сат приказивања избројено 26 чинова агресије, док је у емисијама намијењенима општој популацији било тек пет, а девет у емисијама намијењеној дјеци до 14. године.

Биљана Кушљевић је у свом раду посматрала једну епизоду цртаног филма "Покемони" у трајању од 20 минута. Пажњу је обратила на то колико се често на екрану може видети, приказан визуелно или аудио, неки од облика насиља, било да су то само претње и омаловажавање или ударци (тешки - лаки) и дошла је до следећег закључка: проценат насиља током једне еписоде је заиста велики (85. 42%), у проценат су урачунати сви облици представљања насиља (визуелно, аудио, насилни говор) а касније подељени на тучу (57.44%) и планирање напада (28.10%). Најзаступљеније је физичко насиље (70%), док је психичко 20%.

Уколико на овај начин погледамо и остале цртане филмове схватићемо да се "Том и Џери" константно туку, лове и постављају замке један другом. Да се у цртаном филму "Нинџа корњаче" корњаче током читавог серијала обучавају и спремају за велику борбу против зла, да би у епизоди када долази до обрачуна корњача Леонардо бесомучно удара и уништава злог Кранга. Исто или у још већој мјери се дешава у данашњим модерним цртаним филмовима као што су "Гормити", "Бен 10", "Спајдермен", "Супермен"… Ударци, борбе, омаловажавање, ружне ријечи, физичко и психичко насиље утичу на развој толеранције према насиљу које се стално приказују и виде, али развија и склоност ка насиљу. Таква дјеца постају неосетљива на туђи бол или тугу, не осећају нелагодност на било који елемент насиља који се дешава око њих у стварном животу, склона су агресивним реакцијама и насилном понашању.

Социјални психолог Леонард Ерон је, свједочећи пред одбором Сената САД, кратко и упечатљиво образложио овај проблем: "до тренутка када просјечно америчко дијете заврши основну школу,

видјело је 8000 убистава и више од 100000 других насилних поступака” (De Angelis, 1993)

## Оглашавање у цртаним филмовима

Оглашавање у току неког програма које се не одвија за вријеме економско пропагандног програма него се убацује у садржај неког емитованог програма се назива још и прикривено оглашавање. Прикривено оглашавање подразумијева више различитих категорија појављивања оглашивача у медију. Може се радити о кратком појављивању огласа у појединачној сцени или пак о континуираној заступљености производа у радњи емисије, најчешће филма, праћеној заједничком промоцијом бренда и филма. У 2006. години, телевизијско прикривено оглашавање било је први избор маркетиншких стручњака јер се чак 71,6 % оглашавања односило управо на тај вид оглашавања (Schiller, 2007, према Williams и др., 2011). Таквим начином оглашавања производи и услуге смјештају се унутар радње образовног, информативног или забавног садржаја те се тако суптилно намећу гледатељу који огласе на тај начин перципира подсвјесно (Muškinja и First Komen, 2013).

Оглашивачи се користе усмјереношћу дјеце на цртани филм како би огласом допрли у њихове домове, а прикривеним оглашавањем скрили намјеру огласа. За вријеме гледања цртаних филмова дјеца се често поистовјећују с ликовима, а омиљени цртани одгледају више пута. Стога, прикривени огласи имају пуно више изгледа да ће изазвати емпатију, саосјећање и поистовјећивање код дјеце. Доказано је да је ефект већи јер дијете несвјесно прима податак и то јаче утиче на њега.

“Несвјесни садржаји остају безвремени и непромијењени – тек у њиховом освјешћивању лежи заметак у правцу промјене.” (Miler, 2001, п. 115)

1957. оодине истраживач маркетиншке науке и психолог Џејмс Викари за вријеме приказивања филма „Пикник“ у једном од кина у Њу Џерсију провео је један од најпознатијих експеримената ове врсте. Сваких 5 секунди на платну су се појављивале ријечи: “Гладан? Једи кокице” и „Пиј Coca-Colu”. Поруке су биле вјешто скривене унутар пројекције филма, а трајале су само 0.003 секунди. Продаја кокица у тој кино дворани повећала се за 57.8 %, а Coca-Cole за 18.1 %. Експеримент је назван „Invisible comercial“ (Невидљива реклама)**.**

Један од првих познатих примјера прикривеног оглашавања забиљежен је управо у цртаном филму. Ради се о цртаном филму Морнар Попај чијем је протагонисту шпинат био извор посебне снаге и моћи. Након прве године приказивања продаја шпината у САД-у порасла је за 30 %.

Пихар студио за производњу цртаних филмова изабрао је управо овај начин рекламирања својих нових цртаних филмова. Ликови нових цртаних филмова се провлаче кроз постојеће остављајући на тај начин утисак на дјецу као да им је тај нови лик већ познат, што доводи до тога да се дјеца лакше поистовјећују са њима и да више желе да гледају премијере нових цртања.

Навешћемо још неке примјере реклама познатих брендова у цртаним филмовима: Малци (Minnons) једу у McDonaldsu, у цртаном филму "Штрумфови 2“ се оглашава таблет Sony Experia З, уз који Гаргамел припрема свој чаробни напитак, а осим тога сва техника коју користе и остали ликови је марке Sony. Серија Симпсонови је једна од оних које садрже велики број различитих реклама као што су рекламе за Ikeu, Facebook, Starbucks, Iphone, Butterfingers чоколадице и многе друге. А један од најчешћих оглашивача овог типа је Coca Cola.

Све ово од дјеце која су изложена овом типу рекламирања прави потрошачко друштво, које и прије одласка у куповину знају који бренд ће да траже, управо због поистовјећивања са ликовима и несвјесним усађивањем у меморију имена појединих производа.

Facebook

STARBUCKS

**Позитивне стране цртаних филмова**

Цртани филмови имају и обиље позитивних страна. Помажу дјеци да развијају машту, да науче праве људске вриједности и односе према породици и пријатељима. Велики број цртаних филмова има едукативни карактер, помажу дјеци да науче бројеве, слова, боје, али и стране језике и велики број пјесмица прилагодјених дјеци (Мики Маусов клуб). Цртани филм “Чаробни школски аутобус” на

занимљив начин открива дјеци науке попут биологије, географије и хемије, а гледајући “Штрумфове” могу да науче доста о пријетељским односима и начинима превазилежења проблема у друштву.

Према истраживањима научника Универзитета у Сијени цртани филмови на дјецу дјелују умирујуће и опуштајуће, па чак смањују и физичку бол код дјеце. Истраживања су показала и да дјеца која су гледала, у предшколском узрасту, образовне емисије често имају боље оцјене, показују боље резултате у читању и математичким тестовима, више цијене образовање и мање су агресивна.

## Закључак

Према анализи телевизијских програма за дјецу, коју су 2014. године провели УНИЦЕФ и Удружење новинара Србије законом одређен број сати током којих се емитује дјечији програм телевизије испуњавају углавном цртаним филмовима и то у пракси да се они пуштају у јутарњим часовима у блоковима од по неколико сати. Тај програм се у већини случајева испуњава цртаним филмовима стране производње који се не ријетко репризирају те да је већина програма прилагођена узрасту од 7 – 10 година.

Дошли су до закључка да се као најзаступљеније теме у дјечијим програмима налазе: магија, трансформација, чудовишта, затим насиље и борба против зла, а уочено је да најмање има дечијег програма који се бави хигијеном, здрављем, исхраном.

Током анализе рађено је и истраживање које потврђује да родитељи не прате довољно шта им дјеца гледају на телевизији, нити с њима договарају и планирају шта ће гледати: скоро 80% дјеце изјавило је да само бира шта ће гледати на телевизији, а око 70% родитеља навело је да не бира дјетету шта ће гледати, али да прати шта дијете гледа, а трећина навело је да не зна које емисије његово/њено дијете прати на телевизији.

Двије професорке умјетности из Новог Сада, Сибила Петењи Арбутина и Јелена Ковачевић Вотгучин, три године фотографишу дјечија лица док гледају цртане филмове на телевизији. “Циљ је да упозоримо родитеље да је веома важно да контролишу које програмске садржаје њихова дјеца гледају на телевизији, али и оне које конзумирају док се налазе испред рачунара” објашњавају професорке.
Сибила и Јелена кажу да су дјеца толико била обузета гледањем цртаних филмова да се једноставно нису ни обазирала на фотографисање. “Током гледања цртаних фимова сва дјеца су била у неком стању омамљености. Њима су се лица толико измјенила да их родитељи понекад нису препознавали на фотографијама” објашњавају професорке из Новог Сада.

Према истраживању „IP Netvorka“, телевизију највише гледају Румуни, који уз мале екране дневно проводе у просеку по 340 минута. На мјесту вицешампиона ове листе нашла се Србија, у којој њени становници телевизију у просјеку дневно гледају 306 минута. Португалци су трећи с дневним просеком од 298, док становници у САД ТВ гледају 293 минута на дан. У Њемачкој се телевизија дневно гледа 221, што је неколико минута испод европског просека.

Да би се избјегао штетан утицај цртаних филмова препоручљиво је да се родитељи покажу више интересовања о томе шта њихова дјеца гледају, какав је тај програм и колико штетан, а колико квалитетан за њих. Потребно је дјеци ограничити вријеме гледања телевизора. Избјегавати награђивање или кажњавање дјеце гледањем или забраном гледања ТВ-а, држање упаљеног телевизора чак и онда када се не гледа. Разговор након емисија или цртаних филмова подстиче размишљање код дјеце, помаже разумијевању одгледаног програма, али и онога што он поручује, тјера их да са пажњом прате програм, помаже развој њиховог критичког посматрања и мишљења и прави од њих гледаоце који ће после моћи сами да изаберу квалитетан програм који ће да гледају.

## Литература


1. Aronson E.,Wilson T. D., Akert R. M. (2005). *Socijalna psihologija*, Mate, Zagreb.
2. Aynur A. *Hidden effectsof cartoons on little spectators*, https://www.azernews.az/analysis/58562.html, (28. April 2018).
3. *Anime*, https://sr.wikipedia.org/sr/Anime, (27. April 2018).
4. Cesarec I. *Gledanje televizije ima dobre strane za djecu jer uči i odgaja*, https://www.24sata.hr/lifestyle/gledanje-televizije-ima-dobre-strane-za-djecu-jer-uci-i-odgaja-212242, (21. April 2018).
5. *Crtani film*, https://sr.wikipedia.org/sr/Crtani_film, (20. April 2018).
6. *Crtaći zaglupljuju decu*, http://www.mojpedijatar.co.rs/crtaci-zaglupljuju-decu, (20. April 2018).
7. Đorđević G. *Ovako crtaći deluju na našu decu*, https://www.detinjarije.com/ovako-crtaci-deluju-na-nasu-decu/, (28. April 2018).
8. Đ. S. *Htela je da leti kao vila*, http://www.novosti.rs/vesti/planeta.300.html:249523-Htela-da-leti-kao-da-je-vila, (28. April 2018).
9. Feljan M. *Skrivene poruke u crtanim filmovima, https://www.radio-banovina.hr/skrivene-poruke-crtanim-filmovima/,*
10. Hasanić T. *Agresivnost u crtanim filmovima*, http://www.cuvarkuca.hr/preporuka/agresivnost-u-crtanim-filmovima/, (20. April 2018).
11. Korać N., Vranješević J. (2002). *Nevidljivo dete*, Jugoslovenski centar za prava deteta, Beograd.

12. Krivokapić B. *Prikriveno oglašavanje* https://prezi.com/u4memsugdad0/prikriveno-oglasavanje/, (28. April 2018).

13. Kušljević B. *Nasilje u crtanom filmu "Pokemoni"*, http://5sazvezdicom.medijskestudije.org/index.php?option=com_content&view=article&id=187:nasilje-u-crtanom-filmu-qpokemoniq&catid=43:nauni-rad&Itemid=61, (27. April 2018).

14. Miler A. (2001). *Drama darovitog deteta*, Izdavačka knjižarnica Zorana Stojanovića Sremski Karlovci, Novi Sad.

15. *Negativan uticaj crtanih filmova*, https://novakdjokovicfoundation.org/sr/negativan-uticaj-crtanih-filmova/, (27. April 2018).

16. Oroz Štanci I. (2014). *Prikriveno oglašavanje u crtanim filmovima*, Medijske studije 5, 9, 76 - 91

17. Rot N. (2002). *Osnovi socijalne psihologije*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva Beograd, Beograd.

18. Udruženje novinara Srbije, UNICEF (2014). *Analiza televizijskih programa za decu u Srbiji*, Beograd.

19. Zaharan P. *Utjecaj crtanih filmova na djecu*, http://www.roditelji.hr/jaslice/odgoj/2210-utjecaj-crtanih-filmova-na-djecu/, (20. April 2018).

20. Жиропађа Љ., Миочиновић Љ. (2012). *Развојна психологија*, Чигоја, Београд.

# THE IMPACT OF CARTOONS ON MENTAL HEALTH OF CHILDREN

Svjetlana Gavrilović[1]; Nikolina Savić[2]

## Abstract

*Cartoon is a kind of film art in which the characters and background are drawn or, in recent times, computer animated. Today they represent the easiest way of entertainment for children, but also the way of learning and upbringing as well as the way of becoming a "fertile ground" for quick money and advertising. There are also cartoons that are not adapted to the child's age. They appear on the screens without control and only parents are the ones who can decide which children's programmes are good for their children. Numerous studies have shown that children's cartoons which are aggressive and made only for children up to age of seven, contain more violence than those intended for older audience. Cartoons have also become a form of advertising, often with hidden content that parents are not aware of. If you take into consideration a quality children's programme, cartoons are, in spite of all the dangers, one way of entertainment, the development of children's imagination and a way to overcome obstacles and problems.*

Key words: *cartoon, aggression, advertising, advantages of cartoons*

[1] Svjetlana Gavrilović, B.Sc. audio - visual artist, direction of acting; student of psychology; University of Bijeljina; Pavlovica put bb; 066 164 686; ceca_gavrilovic@hotmail.com

[2] Nikolina Savić, student of psychology; University of Bijeljina; Pavlovica put bb; 065 309 719; nina.savic437@gmail.com

UDC 616.8:613.8

# НЕУРОПСИХОЛОШКА РЕХАБИЛИТАЦИЈА

*Ивана Лепосавић*[1]

## Апстракт

*Неуропсихолошка рехабилитација је област неуропсихологије која доживљава процват последњих деценија. Та област обухвата процедуре које помажу људима са когнитивним дефицитима да достигну максималне потенцијале у психолошком, социјалном и професионалном домену.*

*Неуропсихолошка рехабилитација се бави отклањањем или ублажавањем когнитивних, социјалних и емоционалних последица можданих оштећења. Као и други видови рехабилитација, основна улога неуропсихолошке рехабилитације је да обезбеди људима са когнитивним дисфункцијама да достигну своје најбоље могуће стање, да им олакша решавање проблема са којима се сусрећу у свакодневном животу и да им помогну да се врате у ужу и ширу друштвену средину чији су део.*

*Због комплексности проблема са којима се сусрећу људи са можданим повредама, неуропсихолошка рехабилитација се ослања на различите теоријске приступе.*

*Психолог може значајно да допринесе дизајнирању индивидуализованог програма рехабилитације проценом когнитвног статуса пацијента. На овај начин се утврђују јаке и слабе стране когнитвног функционисања конкретне особе, те се креирају одговарајуће рутине вежбања ослањањем на очуване функције.*

[1] Ивана Лепосавић, доктор психологије, доцент, Факултет за медије и комуникације, Универзитет Сингидунум, Београд, Карађорђева 65, Клиника за психијатрију КЦС, Београд, Пастерова 2, тел. 0642664293, E-mail: ivana.leposavic@fmk.edu.rs

Кључне речи: *неуропсихолошка рехабилитација, пажња, памћење, егзекутивне функције*

## Увод

Неуропсихолошка рехабилитација обухвата процедуре и технике које помажу болеснику да редукује утицај когнитивних тешкоћа у свакодневном животу, да се оспособи у постизању оптимално могућег нивоа функционисања и да се ослања на преостале способности (Wilson, 2013; Павловић, 2011)

Данас већина експерта из области неуропсихологије ради у контексту рехабилитације.

## Узроци оштећења мозга

- Повреда мозга – саобраћајне несреће, спортске повреде, падови итд.;
- Мождани удар;
- Хипоксија – гушење, срчани удар;
- Инфекције – менингитис, енцефалитис;
- Други неуролошки поремећаји – тумори мозга, епилепсија, Паркинсонова болест итд.

Једна од кључних питања је како се изгубљена функција поново успоставља с обзиром да се ткиво не обнавља? Барем су четри могућа објашњења (Chantsoulis et al., 2015):

- могуће је да се функција поново успоставља на истој локацији – уколико ткиво није иреверзибилно уништено.
- функцију преузима други део кортекса (неурална релокација)

- адаптација на дефицит – могуће је научити да се изводи изгубљена вештина, тако што ће се ангажовати другачији базични процеси који избегавају дисфункцију система.
- оригинално ткиво поново преузима контролу над функцијом која је претходно била преузета од стране других локација током акутне фазе болести.

## Рехабилоитациони приступи

С обзиром да не постоји опште прихваћени модел рехабилитације, тешко је планирати рационални програм који ће бити и ефикасан и ефективан. Ипак у пракси постоје два приступа (Wilson, 2005):

1. поновно учење способности кроз тренинг
2. адаптација на дефицит кроз учење алтернативних метода или стратегија како би се овладало жељеном функцијом.

Методе рехабилитације се могу поделити и на следећи начин:

- функционална адаптација и компензаторне технике
- генерална когнитивна стимулација
- тренинг специфичних когнитивних процеса
- бихејвиорално условљавање

Може се направити разлика и између академских и клиничких неуропсихолога укључених у когнитивну рехабилитацију. Док су академски неуропсихолози више ангажовани око рехабилитације оштећене функције, за клиничаре није толико кључно рехабилитовати функцију која је идентификована кроз теоријски модел, већ помоћи у свакодневним животним тешкоћама идентификованим од стране пацијента и породице.

Процес опоравка може трајати веома дуго (забележно је до шест година у студијама), а највећи је у првих годину дана (шест месеци).

Доминантна стратегија је тренинг, некада у контексту веровања да вежбање може да подстакне директно физиолошко обнављање функције («браин фунцтион тхерапу»), а чешће у контексту прагматичног приступа (функција се може научити).

Коначно, још од касних седамдесетих компијутери почињу да се користе у неуропсихолошкој рехабилитацији. Компјутерска рехабилитација је све доступнија и нуди бројне предности:

- структурисаност програма
- стандардизација (и могућност реплицирања)
- тренутни фидбек
- аудиовизуелна атрактивност.

Кључна питања која би могла да ограничавају примену компјутерске рехабилитације су:

- да ли је пацијенту технологија блиска?
- да ли су универзални програми адекватни за све пацијенте (чија оштећења варирају)?
- да ли се напредак генерализује и на свакодневне ситуације?

## Рехабилитација специфичних функција

### Пажња

Функционисање система пажње од пресудног значаја за свакодневну адаптацију. Пажња се може поделити у различите компоненте које могу бити релативно независно погођене оштећењем мозга (нпр. фокусирана, одржавана, селективна, подељења пажња, померање фокуса). Иако је пажња веома вулнерабилана на мождана оштећења, изгледа да је подложна третману. Истраживања показују да

различити приступи могу бити ефикасни, а коначна мера успеха је свакодневно функционисање.

Рехабилитација пажње је повезана са спорим опоравком и лошом прогнозом. Поред тога што представља директну препреку свакодневним активностима, компромитује експресију и опоравак других функција.

Према Поснеру и Петерсену, мозак има системе/мреже, специјализоване за пажњу, различите од перцептивних и моторних. Клинички то значи да је могућ дефицит који је доминантно или искључиво везан за пажњу (Posner & Petersen, 1990).

Истраживачи издвајају различите типове пажње те претпостављају да се ова функционална различитост огледа и у структуралним (можданим) разликама. Клинички, то значи да су могући, зависно од локације повреде, различити профили поремећаја пажње.

Тешкоће пажње и концентрације су једне од најчешћих последица трауматских оштећења мозга. Рехабилитација пажње је изузетно значајна, како због пажње по себи, тако и због њене улоге (као медијатора) у опорављању наизглед веома различитих система.

Термин рехабилитација треба користити опрезно када говоримо о пажњи – пре свега зато што постоји веома мало студија које доказују позитивне ефекте рехабилитације у свакодневном животу (у комплексним, еколошки валидним ситуацијама). Докази се пре свега односе на ситуације и компоненте пажње које воде порекло из експерименталне традиције (што доприноси концептуалној јасноћи, али умањује еколошку валидност). Поред тога, пажња се не може директно посматрати, већ само посредно, преко задатака који укључују и многе друге способности.

Унилатерално спацијално занемаривање је вероватно најдраматичнија манифестација поремећаја пажње. Односи се на тешкоћу у детектовању, реаговању, или чак замишљању информација из једне стране простора, која не може у пуној мери бити приписана перцептивним проблемима. Унилатерално

спацијално занемаривање је хетерогено стање или синдром (неуспех на једном тесту, не значи неуспех на другом и обрнуто).

Најчешћи узрок једностраног просторног занемаривања је цереброваскуларни поремећај. Занимљиво је да иако се већина болесника спонтано опорави (у смислу повлачења овог синдрома), без обзира на локацију можданог удара, они који се не опораве по правилу су доживели мождани удар у десној хемисфери и занемарују леву страну простора).

Истраживања показују да уколико тренирамо капацитет пажње на врло специфичан начин, тј. на онај начин на који ћемо и мерити капацитет, доћи ће и до резултата. У складу са тим, рехабилитација је често ефективнија уколико се фокусирамо на функционалне циљеве, а не на специфична оштећења. Нпр. тренинг одржавања пажње на писаном материјалу може да се спроводи кроз бихејвиоралну модификацију, (најпре се пажња одржава у интервалу који пацијент може да толерише, а потом се постепено повећава за по десет посто).

Други приступ би био специфичан тренинг. У начелу је емпиријски потврђено да специфичан тренинг, у смислу специфичних компоненти пажње, доводи до специфичног побољшања. Постоје јасне индиције, али не и довољно доказа да се напредак генерализује и на свакодневне ситуације.

Коначно, наместо настојања да се промени индивидуа, можемо се ослонити и на приступ промени средине (промена услова у складу са болесниковим ограничењима) која обухвата и помоћ од стране особа из његовог окружења. Ове стратегије могу бити ефикасне, али је важно имати на уму да недостатак увида и флексибилности код болесника са можданим повредама може да компромитује његову способност спонтане примене ових једноставних стратегија (Wilson, 2004).

## Памћење

Памћење је способност задржавања информација. Поремећаји меморије су једна од најчешћих последица оштећења мозга. Чињеница да постоји много различитих образаца поремећаја памћења потврђује да памћење није јединствени концепт ни на психолошком, ни на анатомском нивоу (Gounden et al., 2017).

Једна од кључних концептуалних подела памћења је на дугорочно и краткорочно. Краткорочна (радна) меморија се састоји из три компоненте (Baddley, 1987):

- фонолошка петља (за привремено задржавање вербалних информација);
- визуоспацијална контура (за привремено складштење визуоспацијалних информација);
- централни извршилац (контролор пажње који модулира функционисање два подређена система).

Дугорочна меморија се може поделити по типу стимулусног материјала, доступности свесном присећању и типу информација.

Према стимулусном материјалу, разликује се:

- вербално
- невербално памћење.

Према доступности свесном присећању, разликује се:

- имплицитно, процедурално или недекларативно памћење које укључује процедурално учење (моторне вештине или навике), приминг и класично условљавање. Не ослања се на епизодичку меморију.
- декларативно или експлицитно памћење које укључује информације којих се свесно присећамо (чињенице и догађаје).

Према типу информација памћење се дели на:

- семантичко (чињенице, независне од контекста, које се усвајају кроз мултиплу изложеност или преслишавање)
- епизодичко (информације зависне од контекста, догађаји).

Некада се сматрало да амнезија оштећује пре свега епизодичку меморију – ипак тај закључак није валидан (епизодичка се проверавала новим учењем, а семантичка преморбидно усвојеним знањима). Новије студије указују да је и семантичко памћење оштећено када је оштећено епизодичко, те да је епизодичка меморија, по свему судећи, неопходна да би се креирала семантичка (Greenberg & Verfaellie, 2010).

Иако је погодно мислити о семантичкој и епизодичкој меморији као о одвојеним системима, реалност је да обе форме памћења проистичу из интегрисаног функционисања више субсистема. Посебно важан аспект памћења је проспективна меморија - запамтити да нешто треба урадити у будућности, која захтева координацију планирања, пажње и меморије.

Битна дистинкција у контексту повреда мозга је разликовање ретроградне и антероградне меморије. Ретроградна се односи на раније стечена знања (чињенице и епизоде), а антероградна на усвајање нових.

Класичан поремећај памћења је амнестички синдром:

1. Интактна радна меморија;
2. Интактна интелигенција и семантичка меморија;
3. Антероградна амнезија;
4. Варијабилан степен ретроградне амнезије;
5. Интактна имплицитна меморија.

Ретроградна амнезија, без антероградне је обично психогеног карактера. Селективни поремећаји краткорочног памћења су врло ретки. Селективни дефицити семантичке меморије су такође ретки.

Током првих недеља, месеци, а некада и година после мождане озледе, обично долази до извесног спонтаног опоравка памћења. Уобичајени приступ је да се у склопу рехабилитације памћења, редукује утиај поремећаја на свакодневно функционисање, смањивањем захтева за памћењем у односу на болесника. Пуно се ради и у области поновног тренинга функције, али и даље не постоји довољно доказа о позитивним ефектима овог приступа. Поред реститутивних постоји и пуно компензаторних метода.

Могу се идентификовати четри различита приступа (Kelly & O'Sullivan, 2015):

1. Ојачавање учења (ефективнија употреба резидуалних меморијских вештина);
2. Мнемоничке стратегије (вештина памћења, тј. вештина да се могућност памћења потпомогне извесним помоћним средствима);
3. Екстерна средства (нпр. зидни календари, дневници, бележнице);
4. Модификација окружења - идеја је смањити захтеве за памћењем.

## Егзекутивне функције

Егзекутивне функције се односе на оне способности које омогућују појединцу да постави циљеве, формулише нове и корисне начине да до циљева дође, и потом прати и адаптира одабране путеве акције у односу на захтеве промењивог окружења, често током дужих временских интервала.

Кључна регија мозга која посредује у овим функцијама су фронтални региони. Оштећеност ових функција у највећој мери одређује немогућност реинтеграције у социјалну средину.

Међу многим моделима егзекутивних функција издвајамо клинички концепт Катарине Матер (Sohlberg & Mateer, 2001). Матерова концептуализује шест клинички релевантних домена егзекутивних функција:

1. Иницијација и покретање посредована медијалним аспектима фронталног режања.
2. Инхибиција одговора – критична за флексибилно циљем усмерено понашање (способност да реагујемо независно од унутрашњих порива и екстерних стимулуса).
3. Перзистентност (одржавање понашања) – способност одржавања пажње и активности док се задатак не изврши. Ослања се на очувану радну меморију.
4. Организација (мисли и акција) – сврха је да се избегне одговарање на стимулусе који нису суштински значајни, тако што ће се они уклонити из радне меморије. Идентификација циљева, планирање и осећај за време су функционално повезани са организацијом.
5. Генеративно мишљење (креативност, флуентност, когнитивна флексибилност) – кључно за решавање проблема.
6. Свесност (праћење и модификовање сопственог понашања) – од суштинског значаја за успешно функционисање.

Дефицит егзекутивних способности битно утиче на рехабилитацију свих других функција и због тога су оне приоритет неуропсихолошке рехабилитације. Постоји мноштво различитих приступа рехабилитацији дисегзекутивног синдрома, што је и разумљиво с обзиром да је овај синдром мултидимензионалан. Издвајамо следеће (Sohlberg & Mateer, 2001):

## Холистичка - миље терапија

С обзиром да већина пацијената са дисегзекутивним сметњама испољава и когнитивне и бихевиоралне проблеме примењује се холистички приступ - когнитивни тренинг и психотерапија.

Ограничења: потребно је пуно времена (до две године), није примењив за многе пацијенте (услов је очувана способност концентрације у интервалу од најмање 20 минута, очуван увид у природу проблема као и мотивација, да су без значајних бихејвиоралних тешкоћа, очувано апстрактно мишљење, без значајних поремећаја памћења, без значајних визуоперцептуалних дефицита или већих језичких поремећаја).

## Модификација окружења

Избегавање потребе за ангажовањем оштећеног егзекутивног система, или кроз промену окружења или кроз обезбеђивање екстерних помагала. Посебно користан приступ за особе са веома израженим дисегзекутивним синдромом, који су изгубили способност иницирања рутина. Нпр., користе се визуелне ознаке, аудио поруке, табла са подсетиницима шта треба урадити; или подсетник на вратима шта све треба понети када се иде из куће; налепнице са именима или екстерни тренирани фацилитатори (обучено особље које на себе преузима улогу «субституитивног егзекутивног система»). Идеја је да окружење преузме функцију фронталних региона. Кључна је едукација неговатеља.

## Бихејвиорални ретренинг специфичне акционе секвенце

Најбоље га је применити кроз приступ бихејвиоралне модификације. Обично захтева модификовање самих задатака тј

поједностављивање. Прво се анализира задатак (нпр. лична хигијена); потом се спроводи подела понашања на кораке; и на крају увежбавање док понашање не постане пренаучено. Циљ је да је особи довољно да је неко подесети да се окупа и обуче да би се започела рутина. Овај приступ се користи код болесника са озбиљним оштећењима.

### Употреба екстерних помагала у циљу иницирања акционе секвенце

Овај приступ је погодан за људе код којих су базичне јединице понашања – схеме очуване, али се понашање не мења у складу са околностима, или је лоше секвенционисано, или је изазвано у неодговарајућим околностима. Тада је користан екстерни систем трагова. Напредак се постиже кроз употребу иницијационих чеклиста. Додатни напредак се постиже када фацилитатор даје редовни фидбек.

### Промена акција у складу са променама у окружењу – «метакогнитивне стратегије»

Упркос ефикасности употребе спољних помагала (изузев других људи као фацилитатора), постоји ризик од превиђања промена у окружењу. У оваквим околностима класична дезекутивна карактеристика – немогуност модификовања акције која је у току може доћи до изражаја. Један од начина превазилажења ове тешкоће може бити употреба тзв. «метакогнитивних» стратегија. Ова техника се базира на методама које се рутински користе у когнитивној терапији. Клијенти се уче да регулишу сопствено понашање кроз говор. У основи овог приступа је теза Виготског и Луније да је вољно понашање посредовано унутрашњим говором.

## Унапређивање вештина селф-мониторинга

Једна од манифестација проблема са пажњом је дефицит вештина селф-мониторинга тј. свесности ефеката сопствених акција на окружење, и праћење сигнала из окружења како би се модулирало сопствено понашање. Промене у процесима пажње који омогућавају промену фокуса, или дељење пажње између више извора, могу произвести проблем у селф-мониторингу.

Алдерман и сарадници су описали програм селф-мониторинг тренинга који има два специфична циља: први, побољшање способности праћења мултиплих догађаја и други, пошто је први циљ остварен, редуковање непожељног понашања оперантним стратегијама (Alderman et al., 1995). Они сматрају да је други циљ остварив тек када је способност праћења мултиплих догађаја постигнута а посебно сопственог понашања и његовог кориговања у складу са променама окружења. Награда редукције нежељеног понашања може имати ефекта тек када је остварена функција праћења сопственог понашања. Прво се увежбава праћење свог понашања, па се награђује регистровање, даје се фидбек, па се осамостаљује у регистровању нежељеног понашања.

## Тренинг егзекутивних стратегија у циљу генерализације других когнитивних вештина

Коначно, да би се поспешила генерализација рехабилитације других когнитивних вештина, потребно је укључити и тренинг егзекутивних стратегија.

## Методе рехабилитације појединачних симптома

Ово су методе које за циљ имају рехабилитацију појединачних дисегзекутивних симптома, а не класе. Нпр. употреба дневника у циљу третмана конфабулације.

## Закључак

Истраживања показују да неуропсихолошка рехабилитација дефинитивно може произвести позитивне резултате. Посебно место у оквиру рехабилитације заузима и компјутерска рехабилитација због својих бројних предности: Психолог може допринети у дизајну тренинг програма – кроз когнитивну анализу функције и конструисање одговарајућих рутина вежбања. Неуропсихолошка процена је кључна управо због когнитивне анализе функција. Кључно је препознати компоненте дисфункционалне вештине.

У неуропсихолошкој рехабилитацији је посебно ефикасан принцип учења без грешке. Основна идеја овог приступа је да људи чине што мање грешака током учења. Из грешака могу профитирати само уколико могу да их запамте, уколико пате од амнезије не могу памтити грешке. Овај приступ је продукт бихејвиористичке традиције, где се људски ум посматра као недискриминативан сет понашања, те грешке у великој мери ометају прогрес. Поента је поставити циљ који је у тој мери близак ономе што човек већ чини да је готово немогуће погрешити. У сваком случају потребно је врло пажљиво мотрити прогрес пацијента и пружити му моменталан, директан и јасан фидбек.

## Литература


1. Alderman, N., Fry, R. K., Youngson, H. A. (1995). Improvement of self-monitoring skills, reduction of behaviour disturbance and the dysexecutive syndrome: Comparison of response cost and a new programme of self-monitoring training. *Neuropsychological Rehabilitation: AnInternational Journal*, Vol. 5, No. 3, 193-221.
2. Baddley, A. D. (1987). *Working memory*. London; Oxford University Press.
3. Chantsoulis, M., Mirski, A., Rasmus, A., Kropotov, J. Pachalska, M. (2015). Neuropsychological rehabilitation for traumatic brain injury patients. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, Vol. 22, No. 2, 368–379.
4. Gounden, Y., Hainselin, M., Cerrotti, F., Quaglino. V. (2017). Dynamic and Functional Approach to Human Memory in the Brain: A Clinical Neuropsychological Perspective. *Frontiers in Psychology*, Vol. 8, Article 688.
5. Greenberg, D. I.,Verfaellie, M. (2010). Interdependence of episodic and semantic memory: Evidence from neuropsychology. *Journal of the International Neuropsychological Society*, Vol. 16 , No. 5, 748–753.
6. Michelle, E., O'Sullivan, K. M. (2015). Strategies and techniques for cognitive rehabilitation, Manual for healthcare professionals working with individuals with cognitive impairment. *Trinity College Dublin, The Alzheimer society of Ireland.*
7. Павловић, Д. (2011). *Неуропсихологија са основама бихевиоралне неурологије.* Калиграф доо. Београд.
8. Posner, M., Petersen, S.E. (1990). The Attention System of the Human Brain. *Annual Review of Neuroscience*, Vol. 13, No.1, 25-42.

9. Sohlberg., M. M., Mateer, C. A. (2001). *Cognitive Rehabilitation – An Integrative Neuropsychological Approach.* The Guilford Press, New York.

10. Wilson, B. (2013). Neuropsychological rehabilitation: State of the science. *South African Journal of Psychology*, Vol. 43, No. 3, 267–277.

11. Wilson, B. (2005). *Neuropsychological rehabilitation: theory and practice*. Taylor & Francis, 2005.

12. Wilson, B. (2004). Theoretical Approaches to Cognitive Rehabilitation, in *Clinical neuropsychology: a practical guide to assessment and management for clinicians*. Goldstein, L.H. & McNeil, J. E., Wiley.

# NEUROSHIOLOGICAL REHABILITATION

*Ivana Leposavić*[1]

## Abstract

*Neuropsychological rehabilitation is a field of neuropsychology that is experiencing the boom in the last decades. This area includes procedures that help people with cognitive deficits to achieve maximum potentials in the psychological, social and professional domain.*

*Neuropsychological rehabilitation deals with the elimination or alleviation of cognitive, social and emotional consequences of brain damage. Similar to other forms of rehabilitation, the primary role of neuropsychological rehabilitation is to provide people with cognitive dysfunction to achieve their best possible condition, to facilitate the resolution of the problems they encounter in their everyday lives and to help them return to a narrower and wider social environment where they belong.*

*Due to the complexity of the problems people with brain injuries are facing, neuropsychological rehabilitation rely on different theoretical approaches.*

*A psychologist can significantly contribute to the design of an individualized rehabilitation program by assessing the cognitive status of the patient. This is the way to determine the strengths and weaknesses of the cognitive functioning of a particular person, and create the appropriate routines of exercise by relying on the preserved functions.*

Key words: *neuropsychological rehabilitation, attention, memory, executive functions*

---

[1] Ivana Leposavić, Doctor of Psychology, Assistant Professor, Faculty of Media and Communication, University Singidunum, Belgrade, Karađorđeva 65, Clinic for psychiatry KCS, Belgrade, Pasterova 2, tel. 0642664293, E-mail: ivana.leposavic@fmk.edu.rs

UDC 615.851-053.6

# ПРИМЕНА ПСИХОДРАМЕ У РАДУ СА КРИЗНИМ СТАЊИМА У АДОЛЕСЦЕНЦИЈИ

*Јасна Вељковић*[1]*; Маја Стојимировић*[2]

## Апстракт

*Адолесцентни период је најтурбулентнини период развоја личности који карактерише значајан дисконтинуитет у развоју са сталним сменама прогресије и регресије ега, што личност чини пријемчивом за психопатолошке утицаје од „споља и изнутра“. Адолесценти су недовољно свесни „понора“ до којих могу стићи. Са једне стране имају снажан импулс да задовоље своје нарцистичке потребе а са друге да постигну углед и добију социјалну гратификацију,првненствено по вредносним критеријумима својих вршњака.У нашем друштву које је у вишедеценијском процесу транзиције, основна функција породице као подршке и заштите на жалост битно слаби а проблеми у емоционалној сфери комуникације адолесцената постају све драстичнији. Чињеница је да психозе из схизофрениформног круга имају свој почетак баш у адолесценцији. Са друге стране почетак ових поремећаја често може бити непрепознат на време и третиран као компликација адолесцентне кризе. Психодрама као акциона форма групне психотерапије индикована је у третману кризних стања у адолесценцији. Овај метод нуди могућност истраживања унутрашњег света*

[1] Јасна Вељковић, доктор психотерапије, ванредни професор , Факултет политичких наука, Универзитета у Београду. Департман за социјални рад и социјалну политику. Јове Илића 165, Београд. тел. 064 119 8454, електронска (email) адреса jasna.veljkovic@fpn.bg.ac.rs

[2] Маја Стојимировић, Дипломирани социолог,Филозофски факултет у Београду, одељење за социологију, МА социјалног рада. Републички завод за социјалну заштиту.Тел: 00 381 65 2411046, електронска (e-mail) адреса: maja.stojimirovic@gmail.com

*адолесцента кроз интеракцијски приступ, који сагледава човека холистички у односу са његовом микро и макро социјалном средином. Као акциона метода групног рада, психодрама даје адолесцентима прилику да препознају делове свог селфа и интегришу их у функциционалну целину. Циљ нам је да у овом раду прикажемо предности примене психодрамске методе у раду са адолесцентима у кризи. У првом делу рада даћемо окоснице које се тичу стања менталног здравља малдих у Србији да би потом презентовали предности примене психодрамске методе у раду са адолесцентима као и индикације за примену психодраме у адолесцентој кризи. У другом делу рада говорићемо о значају примене психодраме у реституцији селфа код адолесцената, што ће бити илустровано психодрамском вињетом. .*

Кључне речи: *психодрама, адолесценти, група, групни процес, криза*

## Увод

Ментално здравље је важан индивидуални и друштвени ресурс. Оно доприноси како добробити самог појединца, тако и друштва у целини. Нема здравог друштва без физички и ментално здравих чланова који су способни да својим радом али и комуникацијом доприносе функционисању целокупне друштвене заједнице. Бројна су и веома различита одређења појмова менталног здравља и менталног поремећаја. Постоје уже и шире дефиниције, које се опет разликују од почетних полазишта наука које их дефинишу.

“У терминолошком смислу нормалнсот се често употребљава као синоним за ментално здрављњ а абнормалност као синоним за ментални поремећај. По дефиницији нормалност је „стање у коме нема одступања од норми или просека (Ајзенкова психолошка енциклопедија), (Хрњица, 2008: 83). “Прецизније дефиниције менталног здравља проистекле су из аналите свеукупног психолошког развоја јединке,људских потреба у једном друштву и могућноси за њихово задовољење. У овом раду користећемо термине

ментално здравље и ментални поремећај са изузетком дефиниција аутора који радије употзребљавају изразе нормално насупрот абнормалном, говорећи заправо о истом феномену“ (Стојимировић, 2014:4).

Постоје и оне дефиниције које су законом утврђене те се самом тим сматрају општеважећим, односно званично утврђеним. Законом о јавном здрављу републике Србије, из 2009. године,здравље је дефинисано као „Стање потпуног физичког,менталног и социјалног благостања, а не само одсуство болести или неспособности“, а ментално здравље као „интегрални део индивидуалног здравља и добробити, као и здравља и добробити заједнице,њеног развоја и обнове“.[3] Светска здравтсвена организација описала је ментално здравље као “Стање благостања у којем свака особа остварује своје потенцијале, способна је да изађе на крај са стресом свакодневног живота, у могућности је продуктивно да ради и доприноси својој друштвеној заједници”.[4] Обе дефиниције указују како на индивидуални значај, тако и на функционални и опште друштвени значај менталног здравља. Више је чинилаца који утичу на ментално здравље а три основна, међусобно повезана и условљена су: биолошки, психолошки и социјално-социолошки чиниоци. Тек ако се узме у обзир присуство сва три споменута чиниоца може се говорити о менталном поремећају као феномену у свом тоталитету. Младима који у својој адолесценцији испоље патологију менталног функционисања прилази се првенствено са медицинско-психолошког аспекта.“Адолесцентима који испоље социјално-патолошка понашања приступа се првенствено са правног и социјалног аспекта, али се често занемарују остали чиниоци. У приступу младима једино холстички приступ је оправдан и неопходан“ (Стојимировић, 2014:5).

[3] Закон о јавном здрављу, Сл. Гласник РС“, бр. 22/2009.
[4] Уводне одредбе Статута Светске здравствене организације- СЗО

## Стање менталног здравља младих у Србији

Сагледавајући на жалост малобројне статистичке податке који су нам били на располагању, дошли смо до поражавајућих резултата. Према подацима Републичког завода за статистику Србије, подаци нам указују на следеће. Стопа самоубиства међу младима узраста од 15. до 29. година, на 100.000. становника у 2007. години износила је 9,0.[5] У главном граду Србије, Београду је забележена највећа специфична стопа самоубиства (14,8%) међу младима У старасној групи од 25-29 година, та стопа је износила 11,7% (Здравље младих у Републици Србији,2009:36). "Око 1/3 популације средњошколаца и студената манифестује знаке психолошког трпљења и менталне проблеме (различите тешкоће адолесцетног процеса сконцентрисане око формирања стабилног и дефинитивног идентитета,депресивна стања и поремећаје понашања) и исказују потребу за организовањем психолошко-психијатријске подршке. Угроженије су девојке и адолесценти у урбаним срединама" (Стратегија развоја задравља младих у Републици Србији, 2006:5). У тачки 4.9 ове Стратегије набрајају се следећи фактори из окружења који имају негативан утиацај на здравље младих: поремећај или пад система вредности који отежава структурисање идентитета а што ствара простор за уметање различитих негативних садржаја; проблеми у школству који додатно отежавају формирање идентитета младих;недовољна упућеност родитеља у стварне проблеме њихове деце; отуђивање чланова породице, недостатак комуниакације, распад породице. У групи приоритетних проблема издвајају се следећи: „ непрепознавање здравог стила живота као друштвено прихватљивог понашања, распрострањеност штетних облика понашања по здравље младих и недовољно развијене животне вештине у свим фазама одрастања, непостојање здравственог васпитања (здравствног образовања) у званичним курикулумима основних и средњих школа, неразвијеност тимског рада, интерсекторске сарадње и стварне пратиципције младих у области очувања и унапређења здравља, као

[5] http://www.batut.org.rs/download/publikacije/zdravlje_mladih.pdf).

и недостатак континуираног, јединственог и свеобухватног праћења здравственог стања и понашања младих” (Стратегија развоја здравља младих у Републици Србији, 2006:14).

## Предности психодрамске методе

Виникот је рекао да “Као што је бисер болест школке, тако је адолесцентна криза болест адолесценције“ (Vinikot, 1965:150). Сходно томе задатак терапеута или водитеља групног рада са адолесцентима био би да се тај „бисер“ препозна, уочи и освести. Вероватно не постоји узраст када неко више може користити моћ групе него што је то у адолесценцији. Марио Коза (Cossa, 2005), у свом психодрамском раду са адолесцентима истиче управо то да је психодрмаска група врста арене у којој је њеним члановима оногућено да испитују међусобне односе, односе са собом и важним „другима.“ Као акциона метода групног рада она „не држи адолесценте у месту“, већ им кроз покрет, гест и реч а уз помоћ одигравања омогућава да на начин примерен њиховом узрасту у „ као да“ ситуацији да шансу да истражују границу сопствених могућности у сигурном окружењу групе. Ова акциона метода има посебну улогу у развоју селфа. Постоје многи терапијски аспекти са којих можемо разматрати терапијски рад са адолесцентима у кризи као на пример:аспекти контроле и моћи,конфузије идентитета, симбиозе и сепарације“ (Вељковић, 2015:326). Психодрамска метода је дизајнирана тако да култувише и покреће креативност код својих учесника. Јединствена је међу психотерапијским модалитетима по томе што се у истој сеанси протагониста „шета“ кроз време те пролази кроз све три временске димензије: прошлост, садашњост и будућност. У психодрами се прате истовремено вербални и невербални канали комуникације, посматра се да ли реч прати покрет, мимику и гестикулацију. Основа психодрамског рада је конкретан људски однос, те увек преко интерперсоналног долазимо до интрапсихичког. Психодрама је метода екстернализације нашег унутарњег светза, јер наши унутрашњи објекти, парцијални или

целовити, вођени и омражени „излазе“ на сцену. Кроз процесан и постепен терапијски рад, протагонисти психодраме се сами суочавају са неефикасношћу постојећих механизмима одбране, постепено развијају капацитет за сублиамцију, развијају се нови механизми одбране који ће младом човеку омогућити квалитетнији и комфорнији доживљај себе у сопственом телу, у свом унутрашњем и спољашњем свету. Психодрамска група је у почетку за адолесценте нешто „ново“, искуство које до тада нису имали и прилика да не само кажу него и покажу како мисле, осећају и виде себе у односу са људима око себе. Психодрамска терапијска група постаје за њих нови објекат спољње реалности а временом се она интројектује као значајан објект у унутрашњи свет протагонисте и привремно постаје веома значајан ослонац личности. Саливан (1974:28) сматра да група вршњака у којој владају складни односи подстиче осећање личне вредности и алтруизма.У групи адолесценти заједно доживљавају психолошку иницијацију која је подстакнута играњем улога у психодрами. Играњем улога значајних других,чланови групе шире репертоар својих улога. Суштински циљ управо јесте адекватнија адаптација на реалност а самим тим боље прихватање себе и других.Поновно успостављање нарушених веза са унутрашњим објектима чини нарцистичку равнотежу мање фрагилном и умањује претњу од слома саопштовања код адолесцената. Самим тим криза се повлачи.

Мелани Клајн (Klein,1975) у својој теорији објектних односа говори о томе да пут сазревања води од сплитинга до интеграције у односу на објекте који се из мноштва працијалних објекта трансфромишу у целовите објекте у унутрашњем свету. Централни вртолог у адолесценцији се креће око конфузије идентитета а повезан је са поновним јављањем механизма расцепа који је карактеристичан за врло ране узрасте. Тај расцеп у адолесценцији је неопходан и неминован и има заштитну функцију како би омогућио адолесценту да изађе на крај са плимом гениталних тежњи са свим полиморфно перверзним инфантилним примесама које су модификоване од стране одрастајућег селфа. Услед споменутог расцепа, доживљај сопственог ја у адолесценцији стално флуктуира,што за последицу

има тако честу емоционалну нестабилност. Адолесцент се стално пролазно идентификује час са добрим час са лошим деловима селфа, уз тешкоће да толерише поједине делове своје личности а самим тим у тешким тренуцима и себе. Психодрамска група као „добар“ објекат у којој адолесцент уз помоћ примене психодрамских техника уживо „гледа“ шта заправо ради себи и другима има важну улогу у превазилаћењу ових сплтинга. Завршетак групног рада често не резултира завршетком односа између чланова терапијске групе.

## Индикације за примену психодраме у адолесцентној кризи

„Адолесцент неминовно пролази кроз многе кризе током свог адолесцентног периода: криза идентитета, криза смисла живљења, кроза зависности и одвајања,криза интимности и блискости, криза рада, криза стваралаштва и избора занимања,криза одлучивања, криза односа у породици“ (Вељковић, 2018:201).

О адолесценцији се често говори као о „граничном стању“, јер су адолесценти нагнути над понорима сопствених супротних тенденција у жељи да задовоље сопствене нарцистичке потребе (Holmes,1984). Криза идентитета се обично јавља у финализацији адолесценције. Не тако ретко кризе у адолесценцији резултују озбиљним компликацијама а исходи могу бити животно угрожавајући. Не треба занемарити чињеницу да је не ретко дијагноза адолесцентне кризе привремена а иза ње се може „сакривати“ нешто много озбиљније, као на пример компликован поремећај личности или почетна психоза. “Где је граница између здравог и болесног у адолесценцији и како психодрама као акциона метода групне психотерапије може помоћи адолесцентима у разрешавању њихових проблема и побољшању квалитета живљења“? (Вељковић, 2014:69). Примена психодраме индикована је у раду са адолесцентима у свим нивоима превенције:примарној, секундарној и терцијарној а посебно је значајна њена примена у стањима различитих адолесцентних криза. Психодрама покрива

широко индикационо поље примене у раду са адолесцентима, од пролазних криза и поремећаја понашања, афективних поремећаја, до граничних стања и психотичних поремећаја.

## Које психодрамске технике помажу у ојачавању селфа код адолесцената ?

Морено (Moreno,1952) је креирао огроман репертоар психодрамских техника али посебно говори пре свега о три базичне технике: замене улога,дубла, огледања.

**Замена улога** је круцијална психодрамска техника, без које психодрамска акција не би постојала. Протагониста на сцени излази из своје улоге и улази у улогу друге особе са којом је у неком односу. То му омогућава да сагледа себе из другог угла али да сагледа и другог у односу са собом. У узрасту када су деца у стању да доживљавају себе као засебну особу, у стању су да се уживе у другу особу и почињу да имитирају друге особе. Зато адолесценти у кризи имају великих тешкоћа са заменом улога јер им недостаје доживљај одвојености себе од друге особе. Што је нижи ниво развоја ега,слабији је степен диференцијације себе од других, те адолесцент има више тешкоћа да улази у друге улоге било као протагониста, било као помоћни его(играње улоге друге особе). Да би започели дијалог са неким у свом унутрашњем свету ми морамо бити одвојени од те особе и разликовати је од себе. Способност за замену улога је значајан дијагностички знак капацитета да се буде засебан од других. Примарни задатак рада са адолесцентима који имају нестабилне и замагљене его границе је да задрже и развију у себи неки доживљај смисла самог себе. Јер у супротном измењен је и доживњај реалности. „Најопаснија“ замена улога је са онима са којима је адолесцент веома повезан, сувише „близу“, тако да почиње да се „збуњује“ и тешко препознаје шта припада њему а шта тој особи. Када замена улога није могућа, онда прибегавамо примени технике огледања, која је прва фаза у селф-диференцијацији.

**Техника огледања:**

**„**Процес огледња је заправо средишњи и инхерентни део „постојања на свету“, будући да нам то помаже да кроз живот синхронизујемо реципорчну интеракцију између спољашњег света и нас самих“ ( Вељковић: 2015:321). У примени ове технике протагониста искорачује са сцене и са сигурне дистанце посматра сцену из сопственог живота у коме игра главну улогу, док је друга особа у његовој улози. Огледање се односи на развојни узраст када дете почиње да препознаје себе одвојено од других бића око себе(пре свега мајке). Процес огледања је заправо суштински део прихватања постојања себе на свету, будући да нам то помаже да кроз живот синхронизујемо реципрочну интеркаицју између спољашњег света и нас самих. Тако особа постаје посматрач самог себе али истовремено и учесник у ономе што ради. Адолесценти су обично фасцинирани гледајући на сцени одигравање на сцени сопственог живота када у психодрами њихову улогу игра нека друга особа (члан групе).Посматрајући себе на сцени, адолесцент почиње да уочава неусаглашености и контрасте у својој „ја презентацији“ и тиме започиње процес промене.

**Техника дубла** се примењује тако што члан групе који има емпатију у односу на осећања протагонисте који ради своју драму на сцени, приближи протагонисти, заузме исти телесни став, мимику и гестикулацију као протагониста и изговори оно што „осећа“ да протагониста мисли али није у стању да изговори у том тренутку. Протагониста може прихватити и одбити дубл. Дубл стимулише портретисање психолошког доживљаја протагонисте до његовог најпунијег обима, даје подршку и охрабрује протагонисту помажући му да преузме више ризика и потпуније улази у интеракцију. Дубл се често назива и „алтер-его“ јер помаже протагонисти да разјасни и изрази дубљи ниво емоција као и подсвесне идеације. Ова техника је оригинално Моренова али је преузета у многе друге врсте индивидуалне и групне психотерапије.

**Казуистички приказ:**

*Акционо загревање у групи адолесцената је увек различито али има за циљ да покрене спонтаност код чланова групе. Захтев директора психодраме је да сваки члан групе покаже како ходају: стара професорка у пензији, познати глумац, беба, мотоциклиста...а потом су они предлагали следеће...Тако смо имали приказе ходања познатих политичара, власника највеће домаће ТВ куће,естрадне звезде, успешног бизнисмена...Ови избори говоре и о тренутним преокупацијама адолесцената (моћ, новац, углед и све оно што се сматра значајним у данашњем материјалистички оријентисаном свету). Али већина адолесцената је уживала у овом загревању и постигла значајан ниво спонтаности. Две девојке су се искрено трудиле али им није ишло, док је један члан групе упорно одбијао да учествује у задатку и на сваки задати лик је ходао увек истоветно-са рукама прекрштеним на грудима. Након овог загревања док су још били у стојећем ставу у кругу, директор психодраме их је упитала- У којој улози од изведених су се осећали набоље, најиспуњеније и најзадовољније. Већина адолесцената се определила за улогу познатог глумца, док су се најснажније и најмоћније осетили у улози значајног домаћег политичара а најлепше им је било док су опонашали прве кораке бебе...*

*Потом су им подељени листови хартије и замољени су да свако нацрта своју слику сопствене будућности, онако како је сада виде а да на полеђини папира напишу назив свог ументничког дела.Пошто су сви завршили цртеже, покупила сам их, помешала и поређала по столу у другачијем распореду него што су их предавали. Поред сваког цртежа била је празна хартија на којој су учесници радионице давали назив сваком цртежу и уписивали га. Након тога сам замолила да свако узме свој цртеж и прочита наслове које су му дали други као и свој наслов а да потом опише цртеж. Наслови које су колеге давале, били су пројекција њихових унутрашњих доживљаја. Било је и неколико агресивних и непријатних наслова. Након тога упитани су-ко би желео да на сцени истражи ту слику своје будућности. Наступила је тишина. Разговарали смо о тој*

*тишини и испоставило се да их је мало страх(али не од групе него од њих самих) шта све могу да открију, за шта можда тренутно нису спремни. На крају се ипак јавила једна девојка која је имала најбизарнији цртеж своје будућности. Било је мало текста у левом доњем углу где је писало да дела која направимо за време живота јесте оно што је вредно и да живот чине та наша дела која постају вредна тек након наше смрти. На десној половини цртежа је био насликан гроб са надгробним спомеником на коме није писало име. На гробу је било пуно траве и црвених ружа. Она је овај цртеж објаснила тиме да жели у свом животу да направи нешто по ћему ће је памтити и онда када је више не буде било. То је њена највећа жеља везана за будућност. Да направи нешто значајно у животу.*

*Почетак рада: предложила сам јој да кренемо од ситуације „овде и сада"...студенткиње треће године факултета... али да нам свој пут ка будућности обележи као тачке на једној линији која се протеже од почетка до краја зида... Свака тачка ће бити представљена једном столицом. Прва столица је означила „овде и сада" а када је села у ту столицу представила је себе коа вредну студенткињу која се интересује за многе ствари и жели да успе.. Тада се појављује следећа тачка на континуму а то су препреке на том путу.Та тачка није у равни са оном претходном већ је мало истурена унапред. Постављам јој питања о тим препрекама(од када постоје, од којег су материјала сачињене и сл.). Те препреке су саздане од: незнања, недостатка самопоуздања и осећаја да то што је до сада урадила у животу не вреди и да и није захтевало неки посебан напор. Изразито умањује своје успехе, поништава себе на неки начин. То истиче као највећу препреку. Потом на континуму имамо једну тачки коју она зове - Клик, која представља тај моменат када долази до њене експресије и стваралачке продукције из које у наредном кораку видимо дело. Како се створио – Клик и шта му је погонска снага? На то питање она нема одговор. Међутим следећа тачка на континуму је гроб. Последња тачка иза гроба односи се на сагледвање одстране других њених успеха те остварења жеље- бити признат од стране околине, након смрти.*

*Улази у улогу дела, да би установили шта је потребно да би се десио тај- Клик и одмах наилазимо на препреке. Из улоге дела добијамо податак да је то што је створила јако обимно дело и да је изнето уз велике напоре. То дело ће помоћи многима да схвате суштину живота и друштва у коме живе. Након тога ипак улази у улогу препрека, од којих су неке мање а неке више тешке. Са неким од тих препрека се сусретала до сада у животу а са некима до сада не али их очекује. Која је најгора препрека? Па она која све што она добро чини у животу обезвређује и проглашава то глупостима које ништа не вреде. За улогу те препреке бира особу која је највећи опозициниoнар на групи у том смислу да највише крши правила сеттинга групе. Бира особе и за улоге других препрека које је навела. Избори тих улога су мање драстични. Потом је питам о подршци коју има или нема у животу. Као актуелно најбитинију особу у животу представља свог момка који је бодри сваки пут када нешто жели да оствари, свим снагама. Друга важна фигура подршке је бака која јој погледом даје снагу, веру у себе и самопоуздање. Не улазимо у причу о родитељима(којих примећујемо нема на сцени) и држимо је дуго у улогама особа које су јој подршка. Из тих улога она црпи снагу. Потом је враћамо у њену сопствену улогу. Предлажемо јој да покуша да се суочи и бори са препрекама. Она креће у физичку акцију и изговара текст стојећи високо изнад препрека. За то време препреке изговарају кључне речи које их карактеришу (Глупост, не вреди, без везе...). и стоје испрепрелетаних руку те јој не дозвољавају да настави даље. Момак и бака су ту. Они јој дају вербалну али прискачу и у физичку подршку. Бака јој нежним додиром по руци даје потребну енергију и снагу.Она покушава неколико пута искључиво физички да пробије препреку, умара се, али не успева. Тада јој водитељ психодраме предлаже да покуша да се препрекама вербално обрати. Прве три препреке успева са неколико „правих“ реченица да ослаби док се последња препрека никако не може склонити или ослабити. Њене кључне речи у обарањању препрекама су биле: „Ја вредим, мој рад вреди, ја ћу успети јер волим оно што радим, јер желим да напредујем, хоћу да уживам у животу и свему што ме окружује. Ти*

*си глупост, неоправдана несигурност која се просто сама „створила“...На крају је склонила и последњу препреку и сва зајапурена и насмејана стигла је до момка кога је чврсто загрлила. Тада је рекла да се јако уморила и да јој је било тешко али да се сада осећа срећном, задовољном и са вером у себе. Након тога, група је села у круг и пдоелила осећања, Сви чланови групе су говорили „ из себе“ , својих страхова и несигурности и та врста подршке јој је много значила.*

## Закључак:

Психодрама се налази негде „на средини“ између нашег унутрашњег света фантазије и акције у реалном животу и јединствена је по томе што се на сцени истовремено ради са светом унутрашњих објеката протагонисте који су екстернализовани и конкретизовани на психодрамској сцени и који су у комуникацији са члановима групе на један аутентичан и оргигиналан начин. „Она је више него било који други групни приступ - транспарентан облик рада и за чланове групе и за водитеље групе. На психодрамској сцени „све се види“ и та транспарентност ма колико год у почетку некима делује застрашујуће, даје јасноћу која охрабрује, омогућавајући истовремено испољавање и добрих и лоших аспеката наших личности, као и бољу интеграцију делова у више функционалну и складнију целину“ (Вељковић, Савић: 2014:60).

Протагонисти је омогућено да се релативно лако помера између екстрема „сувише близу“ и сувише „далеко“, те он у својој драми прави оптималну дистанцу која му у том тренутку провоцира најмање анксиозности. Динамика односа у психодрамским групама адолесцената у кризи омогућава члановима групе да уче о себи и другима у директној међусобној комуникацији, слободи и спонтнаности комуникације, сублимацијама преко којих успостављају контроле над сопственим инстиктивним изворима. Групна ситуација у психодрами увек је слична ситуацијама у

спољашљој средини. На психодрами протагонисти управо такве ситуације које их у релности узнемиравају доносе на групу. Психодрама прати развојни пут адолесцента од онога тренутка када је застао у свом психолошком развоју и омогућава му да кроз процесни рад на групи превазиђе застоје, оснажи и развоје свој его а у складу са постојећим захтевима реалности. "Вршњачке групе су један од стабилизационих механизама који имају значајну улогу у интеграцији селфа код адолесцената" (Вељковић, 2018:207). У закључку се поново обраћамо Мореновој психологији људског сусрета кроз акцију и постављамо себи и другима питање: није ли вредно суочавати се са проблемима у сигурном контексту психодрамске групе? Сходно томе психодрама јесте у исто време и дијагностика и терапија и филозофија и пракса и превеција и рехабилитација.

## Литература


1. Cosa, M. (2005). *Rebels with a Cause – Working with Adolescents Using Action Techiques.*London:Jessica Kongsley Publisher.
2. Ђурић,З., Вељковић .J., Томић, М. (2003) *Психодрама*. Београд. Центар за примењену психологију.
3. Holmes, P. (1984). *Boundaries and Chaos: An Outpatient Psychodrama Group for Adolesecents*. Jour. of Adolescence 1984, 7: 387-400.
4. Holmes, P. (1992). *The inner world outside.Object Relations Theory and Psychodrama.* London and New York: Routledge.
5. Хрњица, С. (2008). *Зрелост личности.*Београд:Завод за уџбенике и наставна средства.
6. Klein,M. (1975). Notes on some shizoid mechanisms-2 nd ed. In: Envy and Gratitude. London: Hogarth Press. p. 236-248.

7. Moreno, J. L, Moreno, Z. T. (1969). *Psychodrama Vol. III: Action therapy and principles of practice.* Beacon, NY: Beacon House. Chapter II. Psychodrama of children and Adolescence, pp. 33- 60.

8. Sullivan H.S. (1974). Schizophrenia as a Human Process. New York: N.N. Norton.

9. Стојимировић, М. (2014). *Истраживање социо-економских аспеката неуротичног поремећаја у младих у Београду*. Филозофски факултет Универзитета у Београду.Одељење за социологију. Одбрањен дипломски рад.

10. Вељковић,J,Савић, С. (2012). Ефекти примене психодраме на адолесценте у Србији. *Социјална мисао*. XIX/1:141-162.

11. Вељковић, J. (2014). *Психодрама и промена*. Београд: Задужбина Андрејевић.

12. Вељковић, J. (2018). *Кроз лавиринт психодрме-прикази из праксе*. Београд, Центар за примењену психологију.

13. Вељковић,J. (2015).Примена психодраме у интеграцији селфа код адолесцената. *Социологија* No.2/ 2015, Вол. LVII, Но. pp: 314-330 ISSN 0038-0318

14. Winnicott, D. W. (1965). "Ego Distortion in Terms of True and False Self," in The Maturational Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development. New York: International UP Inc., pp. 140-152.

# APPLICATION OF PSYCHODRAMA WHEN DEALING WITH CRISIS STATES IN ADOLESCENCE

*Jasna Veljković*[1], *Maja Stojimirović*[2]

## Abstract

*The adolescent period is the most turbulent period of personality development characterised by significant discontinuity in development with constant changes in progression and regression of the ego, making the person susceptible to psychopathological influences "from inside and from the inside". Adolescents are not sufficiently aware of the "abyss" that they can reach. On one hand, they have a strong impulse to satisfy their narcissus needs and, on the other hand, to achieve reputation and gain social gratification, first of all according to the values of their peers. In our society, which is for decades in the process of transition, the basic function of the family as support and protection is, unfortunately, weak and problems in the emotional sphere of communication between adolescents become more drastic. The fact is that psychosis from the schizophrenic circle has its beginning in adolescence. On the other hand, the onset of these disorders can often be unrecognized in time and treated as a complication of the adolescent crisis. Psychodrama as an action form of group psychotherapy is indicated in the treatment of crisis states in adolescence. This method offers the possibility of exploring the inner world of the adolescent through an interaction approach, which man perceives holistically in relation to his micro and macro social environment. As an action method of group work, psychodrama gives*

[1] Jasna Veljković, Doctor of Psychotherapy, Associate Professor, Faculty of Political Science, University of Belgrade. Department of Social Work and Social Policy. Jove Ilića 165, Belgrade. Phone. 064 119 8454, electronic (email) address jasna.veljkovic@fpn.bg.ac.rs

[2] Maja Stojimirovic, Bachelor of Sociology, Faculty of Philosophy in Belgrade, Department of Sociology, MA Social Work. Republic Institute for Social Protection Tel: 00 381 65 2411046, electronic (e-mail) address: maja.stojimirovic@gmail.com

*adolescents the opportunity to recognize parts of their self and integrate them into a functional whole. In this paper, the aim is to show the advantages of using a psychodrama method in working with adolescents in a crisis. In the first part of the paper, we will give backbones regarding the state of mental health of the young people in Serbia in order to present the benefits of applying the psychodrama method in working with adolescents, as well as indications for the use of psychodrama in the adolescent crisis. In the second part of the paper, we will talk about the importance of applying psychodramas in the restoration of self in adolescents, which will be illustrated by a psychodrama vignette.*

Key words: *psychodrama, adolescents, group, group process, crisis*

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна и универзитетска библиотека
Републике Српске, Бања Лука

613.8:159.91(082)

НАУЧНИ скуп са међународним учешћем Ментално здравље: психијатријски, психотерапеутски и психолошки аспекти (2018 ; Бијељина)
Ментално здравље : психијатријски, психотерапеутски и психолошки аспекти : зборник радова / Научни скуп са међународним учешћем Ментално здравље, Бијељина, 2018. ; [уредници Мирослав Комленић, Роса Шапић]. - Бијељина : Универзитет Бијељина, 2019 (Бања Лука : ДНН). - 292 стр. : илустр. ; 24 cm

Радови на срп. и енгл. језику. - Подаци о уредницима преузети из колофона. - Тираж 300. - Напомене и библиографске референце уз текст. - Библиографија уз све радове. - Abstract.

ISBN 978-99976-751-1-8

COBISS.RS-ID 8208664