

ČASOPIS ZA PSIHLOGIJU, PSIHIJATRIJU, ANTROPOLOGIJU, SEKSOLOGIJU I SRODNE DISCIPLINE

Psihologija danas

GODINA VIII · BROJ 27-28 · 2008 GODINA · CENA 170 DIN.

**DEPRESIJA U ŽENA
KROZ ŽIVOTNE CIKLUSE**

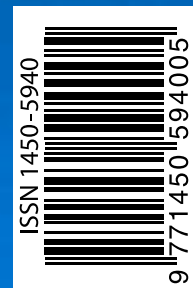
**DEPRESIJA KOD ADOLESCENATA
- VODIČ ZA RODITELJE**

RAZUMEVANJE POLOVA

TEMA BROJA:




DEPRESIJA

CENA ZA INOSTRANSTVO: CRNA GORA 2,7€, REPUBLIKA SRPSKA 6KM, MAKEDONIJA 170 DEN, HRVATSKA 24 KUNE, SLOVENIJA 600 TOLARA



V E N L A F A K S I N H C I
EFECTIN[®] ER kapsule sa
 postepenim
 oslobadjanjem
 28 x 75 mg
 28 x 150 mg
Lek izbora za remisiju

Indikovano u terapiji:

-  depresije i anksiozno-depresivnog poremećaja
-  generalizovanog anksioznog poremećaja
-  socijalne fobije

Wyeth[®]

 **PharmaSwiss**
 Choose More Life

ISSN - 1450 - 5940

SADRŽAJ



Dizajn naslovne strane:
 Oliver Jezdić i Ana Milenković

Impresum
 Psihologija danas
 Časopis za psihologiju, psihijatriju,
 antropologiju, seksologiju i srodne discipline

Izdavač:
 Društvo bihevioralne teorije i prakse
 18000 Niš, Starca Vujadina 1
 Tel./fax: 018/520-405

Glavni i odgovorni urednik
 Prof. dr Srbobran Miljković

Direktor
 Prof. dr Srbobran Miljković ?????

Tehnički urednik
 Ana Milenković, Ivana Todorović ????

Saradnici
 Ana Milenković, ?????
 Milena Stamenković

Redakcijski odbor
 Zoran Radojević, Dragan Žunić, Vladimir Nešić,
 Grozdanko Grbeša, Nebojša Ranić,
 Božidar Marković, Joviša Obrenović,
 Aleksandar Milojević, Dragana Nikolić,
 Vojislav Dević

Redakcija
 Vladan Radivojević, Olivera Žikić, Ana Đorđević,
 Vladimir Đorđević, Žilijeta Krivokapić, Vojin Popović,
 Miroslav Krstić, Miodrag Stanković, Lidija Ristić, Petar Kostić,
 Slavko Milojković, Nevenka Igić, Marija Mitković
 i Snežana Anakiev

Saradnici redakcije
 Snežana Stojilković, Slađana Golubović,
 Miodrag Milenović, Fiorenzo Tassoti,
 Timošenko Milosavljević, Aleksandar Blatnik,
 Tatjana Stefanović – Stanojević, Radmila Đokić,
 Bojan Jovanović, Zorica Dašić

Sekretar redakcije
 Nina Mladenović

Tehnički saradnik
 Ratimir Božović

Kompjuterska priprema
 Studio Quattro - Niš

Oglašavanje i pretplata
 18000 Niš, Starca Vujadina 1
 Tel./fax 018/520-405 (10h - 13h)

Distribucija
 DATA press, Kondina 24, Beograd,
 Tel.: 011/334-04-40, 322-71-25
 Distributer za Vojvodinu:
 Jelena Đorđević, 064/220-38-40

Internet
 e-mail: btp@bankerinter.net
 www.srabct.org.yu, www.bankerinter.net/btp

Časopis izlazi tromesečno

Časopis „Psihologija danas“ se oslobađa
 poreza na promet kao publikacija od posebnog
 interesa za nauku po odluci Ministarstva
 za nauku i tehnologiju

Devizni žiro račun:
 UBB Beograd

Poslovna jedinica Niš
 5443-171-12376

Dinarski žiro račun:
 235-1454000-89
 Niška banka AD Niš

Reč urednika 5
**NOVOSTI • LJUDI • ISTRAŽIVANJA
 • RELACIJE**

Subjektivna evaluacija emocionalnog
 iskustva kod ispitanika ženskog i muškog
 pola 6

Povezanost vaspitnih stilova roditelja,
 ekstremitetizacije i introverzije i asertivnog
 ponašanja 8

Perfekcionizam muzički nadarenih
 osoba 10

Ličnost i profesija 12

TEMA BROJA: DEPRESIJA

Šta treba znati o depresiji 16

Depresija u žena kroz životne cikluse ... 22

Psihijatrijski poremećaji tokom trudnoće i
 nakon porođaja 28

Depresija kod adolescenata 34

Alkoholizam i/ili depresija 36

Droga - (pseudo) terapija depresije 38

Depresija i samoubistvo 42

Kognitivno bihevioralna terapija
 depresije 44

PSIHOTERAPIJA

Model bihevioralnokognitivnog
 tretmana sindroma hroničnog zamora 48

RAZMIŠLJANJA

Razumevanje polova 52

KOMUNIKACIJE

Hedhanters - način privlačenja kandidata
 od strane poslodavca 58

PSIHOBIOGRAFIJA
 Karl Gustav Jung 60

PRIKAZ KNJIGE
 „Alkoholizam
 – epidemija našeg doba“ 64
 „To može biti i vaše dete“ 66

Najava sledećeg broja 68

reč urednika



Zvanične cifre su zastrašujuće: 1990-te godine depresija je bila četvrta na listi najčešćih zdravstvenih poremećaja u svetu; 2001. godine od depresije je bolovao

121 milion ljudi, a procena je da će 2020. godine ova bolest biti na drugom mestu najčešćih bolesti na svetu (posle kardiovaskularnih bolesti)!

Sumorne činjenice prete da i lekare načine depresivnim pred ovom pošasti 21. veka: 6-10% odraslih svake godine oboli od depresije, a samo 22% njih dobije odgovarajući tretman. Najnovija istraživanja pokazuju da depresija povećava podložnost pacijenta drugim bolestima, pojačava osećaj bola i umanjuje sposobnost bolesnika da učestvuje u sopstvenom lečenju. Pored toga, depresija prolongira boravak u bolnici zbog drugih bolesti, a takođe i pogoršava njihovu prognozu.

Najtragičnija posledica nelečene ili loše lečene depresije je samoubistvo. Oko 90% samoubistava u svetu dogodilo se kao posledica depresije i drugih mentalnih bolesti.

U tekstovima koje ćete pročitati zapazite da je depresija ženski poremećaj. Na to upućuje činjenica da je ona dva puta češća kod žena nego kod muškaraca. Verovatno je da su hormonski faktori u osnovi ovakve

distribucije: menstrualni ciklus, trudnoća, porođaj, menopauza predstavljaju stresne faktore za pojedine žene i mogu doprineti pojavi depresije.

Upoznaćete se sa osnovnim uzrocima nastanka depresije. To će vam omogućiti da bolje shvatite prirodu ove bolesti i da joj se lakše suprotstavite. Naučićete da je tuga normalna emocija, koja čini ličnost jačom; izbegavaćete negativno mišljenje o sebi, jer ono upravo i vodi u depresiju. Gubici, kao što su razvod braka, gubitak posla, smrtni slučaj, mogu takođe prouzrokovati depresiju, ali joj ne dozvolite da vas pobedi; ne zatvarajte se u sebe, tražite pomoć od drugih, učestvujte u aktivnostima koje su vas nekada radovala i- potražite pomoć psihijatra! Oni će vam ponuditi antidepresivne lekove. Upamtite: svi antidepresivi su podjednako efikasni, ali će psihijatar odrediti koji lek odgovara vama. Nikada ne uzimajte antidepresive bez prethodnog konsultovanja lekara!

Ponudili smo vam još efikasniji vid lečenja-psihoteerpiju. Pročitajte tekstove i pišite nam. Mi smo spremni za saradnju; nije sve tako crno. Zato, promenite smer-podite ka ljudima!

žen, dužte



Dragana Kostić,
psiholog

dragana_psi@yahoo.com

Subjektivna evaluacija emocionalnog iskustva kod ispitanika ženskog i muškog pola

Mentor: Prof. dr Aleksandra Kostić

Teškoće koje ljudi imaju u svakodnevnoj komunikaciji često proizilaze iz njihovog različitog emocionalnog reagovanja na iste situacije i različitog procenivanja sopstvenog emocionalnog iskustva.

Rezultati proučavanja facijalnog izražavanja primarnih emocija potvrdili su univerzalnost emocionalnih ekspresija (Ekman, 1972, 1973; Ekman & Friesen, 1971; Ekman, Sorrenson & Friesen, 1969; Izard, 1971). Takođe je potvrđeno da su pripadnici različitih kultura na isti način interpretirali facijalne ekspresije šest primarnih emocija. Međutim, facijalno izražavanje emocija predstavlja samo jedan aspekt proučavanja emocija. Pošto nije bilo istraživanja koja su tretirala sličnosti i razlike u subjektivnoj evaluaciji pojedinih aspekata emocionalnog iskustva kod ispitanika različitih polova na ovim prostorima, bila sam motivisana da pokušam da ustanovim na koji način žene i muškarci subjektivno evaluiraju svoje emocionalno iskustvo. Pitanje razlika između polova u oblasti emocionalnog iskustva je oduvek bilo aktuelno, naročito zbog odsustva jedinstvenog stava istraživača. Uzimajući u obzir biološke, emocionalne i socijalne razlike između žena i muškaraca, bilo bi logično očekivati ispoljavanje nekih aspekata tih razlika i u oceni sopstvenih emocionalnih doživljaja.

Ovo istraživanje je prvenstveno bilo skoncentrisano na: evaluaciju situacija, odnosno događaja koji izazivaju određene emocije, procenu kontrole i regulacije emocija, ekologiju emocija i predstavu o nizu te-

lesnih, verbalnih i ekspresivnih reakcija na događaje koji su izazvali emocije. Razmatrani su aspekti subjektivne evaluacije kada su u pitanju tri emocije: radost, strah i tuga, jer neka istraživanja pokazuju (Kostić, 1999: neobjavljena doktorska disertacija) da je otvoreno ispoljava-

Od ekspresivnih reakcija, u slučaju straha, kod žena su se javljale reakcije plakanja i jecanja, dok se kod muškaraca javljalo smejanje i smešenje. Vidimo da muškarci i žene navode potpuno suprotnu reakciju za istu emociju (plakanje i smejanje), što potvrđuje činjenicu o većoj kontroli emocija kod muškaraca.

nje radosti u javnim situacijama kulturalno „dopušteno“ i jednom i drugom polu, dok je pokazivanje straha i tuge „dopušteno“ samo ženama.

Uzorak ispitanika čini 50 studentkinja i 50 studenata Filozofskog fakulteta u Nišu (studenti Studijske grupe za psihologiju i Studijske grupe za sociologiju) koji su ujednačeni po uzrastu i obrazovanju.

U istraživanju je bio upotrebljen instrument koji su sačinili Šerer, Valbot i Samerfeldova (Scherer, Wallbott & Summerfield, 1986), pokušavajući da ustanove razlike i sličnosti u subjektivnoj evaluaciji emocionalnog iskustva kod pripadnika različitih kultura. Ovde je upotrebljena skra-

ćena verzija, koja se tiče ispitivanja onih aspekata emocionalnog iskustva koji su predmet istraživanja.

Polazna pretpostavka u ovom istraživanju bila je da postoji značajna razlika u subjektivnoj evaluaciji određenih aspekata emocionalnog doživljaja radosti, straha i tuge.

Posebne hipoteze istraživanja su sledeće:

1. Ispitanici ženskog i muškog pola će se značajno razlikovati u navođenju situacija koje su prouzrokovale emocije (radost, strah i tuga).

2. Ispitanici ženskog i muškog pola će se značajno razlikovati u navođenju vrsta telesnih, ekspresivnih i verbalnih reakcija na situacije koje su kod njih prouzrokovale emociju radosti, straha i tuge.

3. Ispitanici ženskog i muškog pola će se značajno razlikovati u subjektivnoj oceni trajanja, intenziteta i vremena javljanja svake od tri istraživane emocije.

Ispitanici ženskog i muškog pola će se značajno razlikovati u svojim iskazima koji se tiču kontrole doživljenih emocija.

Što se tiče rezultata istraživanja, kada je u pitanju evaluacija situacija i događaja koji su izazvali emocije, potpuno su suprotni od onog što smo očekivali. Iako, ako govorimo o procentima postoje neke razlike, one nisu statistički značajne, pa možemo reći da se muškarci i žene ne razlikuju u navođenju situacija koje su izazvale određene emocije. Ovakvi rezultati se mogu potkrepiti činjenicom da postoje situacije koje su univerzalni izazivači određenih emocija u različitim kulturama. Prema iskazima ispitanika, emociju straha izazvale su opasne, rizične situacije; emociju tuge – smrt bliske osobe; emociju radosti – uspeh. Neuobičajeno je to što nijedna grupa ispitanika nije navela *rođenje člana porodice*, kao događaj koji izaziva radost, koji se inače smatra univerzalnim izazivačem radosti, što se objašnjava time da su uzorak činili mladi ljudi, koji su procenjivali svoje emocije u skladu sa svojim interesovanjima i naravno u skladu sa činjenicom da su oni studenti i da je kod njih, u sadašnjem trenutku, izraženija potreba za novim iskustvima, nego potreba za stvaranjem porodice.

Kada su u pitanju telesne i ekspresivne reakcije, postoje statistički značajne razlike između ispitanika različitog pola. Stomačni problemi, kao telesna reakcija na emociju straha, bila je izraženija kod žena. Kod njih je takođe, kao reakcija na emociju tuge, bio izražen osećaj hladnoće i brže lupanje srca, dok su muškarci navodili da osećaju opuštenost mišića u slučaju tuge. Od ekspresivnih reakcija, u slučaju straha, kod žena su se javljale reakcije plakanja i jecanja, dok se kod muškaraca javljalo smejanje i smešenje. Vidimo da muškarci i žene navode potpuno suprot-

nu reakciju za istu emociju (plakanje i smejanje), što potvrđuje činjenicu o većoj kontroli emocija kod muškaraca. Pošto je njima kulturalno „zabranjeno“ da plaču u javnosti i javno ispoljavaju strah, kod njih će se kao odbrana od ovakve reakcije, verovatno javiti njoj potpuno suprotna. Nađene su statistički značajne razlike i kada su u pitanju ekspresivne reakcije na emociju tuge, što ide u prilog tezi o većoj ekspresivnosti žena. Kada je u pitanju emocija radosti, nisu nađene razlike.

Od ekspresivnih reakcija, u slučaju straha, kod žena su se javljale reakcije plakanja i jecanja, dok se kod muškaraca javljalo smejanje i smešenje. Vidimo da muškarci i žene navode potpuno suprotnu reakciju za istu emociju (plakanje i smejanje), što potvrđuje činjenicu o većoj kontroli emocija kod muškaraca.

Kada je u pitanju subjektivna evaluacija verbalnih reakcija na određenu emociju, nema statistički značajnih razlika između ispitanika.

Ispitivanje ekologije emocionalnog iskustva pokazalo je statistički značajne razlike između polova samo kada je u pitanju procena trajanja emocije straha: 57.1 % muškaraca je procenilo da je ova emocija trajala nekoliko minuta, a 33.3% žena je navelo duži vremenski interval (dan ili više dana). Kao što se vidi iz priloženog, muškarci i u ovom slučaju negiraju postojanje određenih reakcija, kada je u pitanju ova emocija, umanjujući vreme njenog trajanja.

Iako nam subjektivna evaluacija telesnih i ekspresivnih reakcija do-



zvoljava da pretpostavimo da kod muškaraca zaista postoji namera da kontrolišu svoje emocije, rezultati se nisu poklopili sa očekivanjima. Ovi rezultati se kose sa rezultatima dosadašnjih istraživanja, što se može objasniti promenama u društvu, koje nužno menjaju i polne uloge. Danas je sve više žena koje obavljaju „muška“ zanimanja. Autoritet muškaraca je mnogo manje izražen, zato što su se žene izborile za svoj položaj u društvu. Naravno, ne treba zaboraviti da su ispitanici bili stu-

denti društvenih nauka, koji imaju veoma slična interesovanja i da se za ove studije češće opredeljuju devojke, tako da se njihov uticaj mogao odraziti i na pripadnike muškog pola u pogledu sličnosti u proceni emocionalnih doživljaja.

Želela bih da naglasim da je predmet ovog istraživanja bila *subjektivna evaluacija* određenih aspekata emocionalnog doživljaja muškaraca i žena. To ne znači da su rezultati nedvosmisleno ukazali na stvarnu sliku emocionalnog sveta muškaraca i žena. Možda muškarci zaista više i češće kontrolišu svoje emocije nego što to žele da priznaju, možda njihove emocije traju duže ili kraće nego što to navode, možda su njihova osećanja jača ili slabija nego što su nam saopštili – rezultati ovog istraživanja govore samo o onome što su nam naši ispitanici rekli. Naravno, sličnosti i razlike u emocionalnom iskustvu žena i muškaraca, a ne njihove interpretacije elemenata ovog iskustva, mogu biti inspirativan predmet budućih istraživanja.



Ana Milenković,
psiholog

ana.milenkovic.psy@gmail.com

Povezanost vaspitnih stilova roditelja, ekstraverzije i introverzije i asertivnog ponašanja

Mentor: Prof. dr Marina Haždi-Pešić

Vaspitni stil roditelja podrazumeva procenu roditelja kojim vaspitnim postupcima će na najbolji način ostvariti svoje vaspitne ciljeve, a da ne naruše, pre svega, emocionalni odnos prema detetu. Postupak vaspitnog stila proističe iz bazičnog osećanja prihvatanja i ljubavi, ili odbacivanja i uslovne ljubavi. Emocionalni činilac (ljubav, mržnja, nežnost, hladnoća) smatra se najvažnijom komponentom vaspitnog stila roditelja.

nim uključivanjem u detetove aktivnosti, prepoznajući njegove potrebe i zahteve i adekvatno odgovarajući na njih.

Čvrsta kontrola (u literaturi se može naći i kao kontrola ponašanja) odnosi se na zadatke koje roditelji

Psihoticizam je u pozitivnoj korelaciji sa obacujućim i nedoslednim vaspitnim stilom, dok vaspitni stil u kome preovladava toplina negativno korelira sa psihoticizmom. Favorizacija deteta u odnosu na drugu decu u porodici takođe igra značajnu ulogu u ispoljavanju psihotičnih crta ličnosti.

postavljaju deci, kako bi ih integrisali u porodicu i društvo svojim zahtevima, nadgledanjem, disciplinom i suprotstavljanjem dečijoj neposlušnosti i kontrolom detinjih impulsa.

Na osnovu ovih kriterijuma, definisana su četiri vaspitna stila:

Permisivni roditelji (nedirektivni, popustljivi), koje odlikuje viso-

ka toplina i niska kontrola. Permisivni roditelji se dalje mogu podeliti u dve grupe: *demokratski roditelji*, koji su blagi, savesni i posvećeni detetu, uključeni delimično u detetove aktivnosti i *nedirektivni roditelji*, koji funkcionišu po principu „laissez

fair“ (detetu je sve dozvoljeno, nema ograničenja, zabrana i pravila).

Autoritarni roditelji su visoko zahtevni i imaju visoku kontrolu nad decom i nisku toplinu.

Autoritativne roditelje odlikuju visoka kontrola nad ponašanjem deteta i toplina u pokazivanju emocija.

Neuključeni (nezainteresovani) roditelji imaju nisku toplinu i nisku kontrolu.

Ajzenkov upitnik diferencira 3 dimenzije ličnosti:

- ekstraverziju-introverziju
- neuroticizam-stabilnost
- psihoticizam.

Pored ovih, postoji i kontrolna, laj-skala, koja kontroliše iskrenost ispitanika i tendenciju ka antisocijalnim, odnosno, socijalno poželjnim odgovorima. Ekstraverzija podrazumeva društvenost, živahnost, okrenutost prema okolini. Neuroticizam je tendencija ka impulsivnom regovanju, anksioznost, napetost, nesigurnost. Psihoticizam karakteriše emocionalna hladnoća, egocentriizam, antisocijalno ponašanje i nesposobnost empatije, kao i manipulacija drugim ljudima i bizarnost u mišljenju i delanju.

Hipoteze istraživanja odnosile su se na utvrđivanje povezanosti svakog od vaspitnih stilova roditelja i asertivnog ponašanja ispitanika, povezanost ekstraverzije i introverzije sa asertivnošću. Takođe nas je zanimalo da li postoji značajna povezanost kontrolnih varijabli, odnosno pola, potpunosti porodice, mesta stanovanja i asertivnog ponašanja ispitanika.

Potvrđene su hipoteze o povezanosti ekstraverzije i introverzije i asertivnog ponašanja ispitanika. Takođe, utvrđena je negativna korelacija asertivnosti i neuroticizma i asertivnosti i laj-skale. Izražena impulsivnost, koja karakteriše neuroticizam, verovatno će se odraziti na interpersonalne odnose i adaptaciju na novinu i stres, što mladoj osobi može stvoriti mnogo problema u socijalnim relacijama. Jasno je da je takvoj konstelaciji ličnosti jako teško da bude asertivna, što potvrđuje negativna korelacija sa asertivnošću.

Visok skor na L skali govori o osobama koje su naivne, odbrambene i

visoko se kontrolišu. Naivna osoba nije svesna svojih asertivnih prava i lako ju je ubediti da prihvati tuđe mišljenje kao svoje. Shodno tome, osoba nije sposobna da diferencira svoje mišljenje i želje od tuđih, sugestibilna je i teško može biti asertivna, što potvrđuje negativna korelacija sa asertivnošću.

U ovom istraživanju pokazala se značajna povezanost nekih crta ličnosti i određenih vaspitnih stilova. Tako, psihoticizam je u pozitivnoj korelaciji sa obacujućim i nedoslednim vaspitnim stilom, dok vaspitni stil u kome preovladava toplina negativno korelira sa psihoticizmom. Favorizacija deteta u odnosu na drugu



decu u porodici takođe igra značajnu ulogu u ispoljavanju psihotičnih crta ličnosti.

Na sličan način neuroticizam korelira sa vaspitnim stilovima. Naime, on je u pozitivnoj korelaciji sa obacujućim vaspitnim stilom, prezaštićavanjem deteta od strane roditelja.

Iako nije potvrđena hipoteza da pol značajno korelira sa asertivnim ponašanjem, dobijena je značajna povezanost pola i dimenzija lično-

sti. Naime, vrednost na skali psihoticizma veća je kod mladića, a neuroticizam je izraženiji kod devojaka, što se uklapa u opštu postavku da je psihoticizam zastupljeniji kod muškaraca, a neuroticizam kod osoba ženskog pola.

Česte svađe i trzavice u porodici u pozitivnoj su korelaciji sa odbacujućim, prezaštićujućim i nedoslednim vaspitnim stilom. Studenti koji procenjuju slaganje svojih roditelja kao dobro doživljavaju svoje roditelje kao emocionalno tople osobe. Loše slaganje roditelja korelira sa odbacujućim vaspitnim stilom. Međusobne česte nesuglasice roditelja koreliraju sa psihoticizmom i ne-

uroticizmom kod dece. Loši odnosi supružnika negativno koreliraju sa asertivnim ponašanjem dece. Međutim, ta korelacija nije statistički značajna.

Dakle, dobijeni rezultati ukazuju da vaspitni stilovi roditelja nemaju velikog uticaja na naučeno ponašanje, ali da su u korelaciji sa razvojem karakteristika ličnosti koje su nasleđene.



Jelena Šundrić,
psiholog
jsundric@yahoo.com

Perfekcionizam muzički nadarenih osoba

Mentor: Prof. dr Snežana Stojilković

Perfekcionizam označava težnju ka visokom postignuću u nekoj oblasti i sklonost osobe da od sebe traži savršenstvo i maksimalno moguć učinak. Istovremeno je prisutno i očekivanje da se bude najbolji u onome što se radi, što je praćeno izraženom samokritičnošću. Ovakva forma perfekcionizma često se sreće kod nadarenih osoba i smatra se zdravom težnjom ka visokom postignuću.

D - Sumnja u vezi akcije
O - Organizovanost

Krenuvši od ovakvog određenja perfekcionizma, planirano je istraživanje na studentskoj populaciji, obzirom da mnogi mladi ljudi sebi postavljaju visoke ciljeve opredelivši se za nastavak školovanja. Posebno nas je zanimalo u kojoj meri je perfekcionizam izražen kod muzički nadarenih studenata, jer je poznato da je potrebno uložiti veliki trud, uz mnogo ponavljanja i vežbanja, da bi se muzičko delo izvelo na odgovarajući način. Shodno tome, moglo se očekivati da su studenti muzike u većoj meri perfekcionista nego studenti nekih drugih usmerenja.

UZORAK ISPITANIKA

Uzorak se sastoji od:
• 60 studenata **Fakulteta umetnosti** u Nišu, Odsek za **muzičku umetnost** i to: 30 ispitanika sa teo-

retskog smera i 30 ispitanika sa smerom muzičari instrumentalisti;

- 60 studenata **Filozofskog fakulteta** u Nišu, **SG Pedagogija** (60 ispitanika)
- N=120 ispitanika, oba pola, uzrasta 18-25 godina

REZULTATI

Shodno predmetu i ciljevima istraživanja, utvrđena izraženost pojedinih aspekata perfekcionizma kao i totalni perfekcionizam kod studenata muzičke umetnosti i studenata Filozofskog fakulteta, kod kojih takva specifična vrsta talenta nije otkrivena. Osnovni nalazi predstavljeni su u tabeli 1.

U datoj tabeli može se videti odnos dobijenih skorova za svaki aspekt perfekcionizma i maksimuma koji je bilo moguće postići na svakoj od subskala. U celini gledano, za obe grupe ispitanika, te vrednosti su niže na sledećim aspektima perfekcioniz-

Aspekti perfekcionizma	Teorijski raspon skorova		Fakultet umetnosti		Filozofski fakultet	
	MIN	MAX	M	SD	M	SD
CM	9	45	17.58	5.77		4.40
PS	7	35	25.63	4.58		4.91
PE	5	25	10.78	4.90	9.48	3.81
PC	4	20	5.98	2.84	6.08	2.85
D	4	20	8.96	3.36	8.56	3.55
O	6	30	26.31	3.97		4.41
Total perfekc.	29	145	68.93	-		-
N			60		60	

Tabela 1: Prosečna izraženost perfekcionizma kod studenata različitih fakulteta

ma: Zabrinutost zbog grešaka, Roditeljska očekivanja, Roditeljska kritika i Sumnja u vezi akcije. Za ostala dva aspekta – Personalni standardi i Organizovanost, pokazale su se relativno visoke vrednosti kod studenata oba fakulteta. Samim tim, kumulativne vrednosti ovih dveju subskala daju i relativno visoke mere na totalnom perfekcionizmu.

Globalno uzev, rezultati sprovedenog istraživanja pokazuju da muzički nadareni studenti, suprotno našim očekivanjima, nisu u većoj meri perfekcionista nego studenti Filozofskog fakulteta. Iako studenti muzičke umetnosti imaju značajno više Lične standarde (PS), na celom uzorku ispitanika nađene su najviše vrednosti na ovom i na aspektu Organizovanosti i potrebe za redom (O). Samim tim, jasno je da su dobra organizovanost i visoko postavljani lični ciljevi „noseći“ aspekti u strukturi perfekcionizma ispitanih studenata.

Aspekti perfekcionizma	NO - Neuroticizam
	Koeficijent korelacije
CM	.398**
PE	-.271**
PC	.302**
D	.531**
N	120

Tabela 2: Povezanost Neuroticizma i pojedinih aspekata perfekcionizma

U želji da što bolje razumemo i objasnimo samu prirodu perfekcionizma, ispitana je i povezanost pojedinih aspekata perfekcionizma sa pojedinih bazičnih dimenzijama ličnosti. Bazične dimenzije ličnosti su operacionalno definisane preko skorova na inventaru ličnosti NEO PI-R.

Najznačajnije veze dobijene su između dimenzije ličnosti neuroticizam i aspekata perfekcionizma Zabrinutost zbog grešaka i Sumnja u vezi akcije (Tabela 2).

Po intenzitetu povezanosti takođe se ističe korelacija bazične dimenzije ličnosti **Savesnost** sa aspektima perfekcionizma Personalni standardi i Organizovanost (Tabela 3).

Pored toga, dva aspekta perfekcionizma, za koja se može reći da su podstaknuta od strane roditelja ispitanika (Roditeljska očekivanja i Roditeljska kritika), koreliraju pozitivno sa

Aspekti perfekcionizma	CO - Savesnost
	Koeficijent korelacije
PS	.385**
PE	-.269**
PC	-.293**
O	.660**
N	120

Tabela 3: Povezanost Savesnosti i pojedinih aspekata perfekcionizma

domenom ličnosti Neuroticizam, a negativno sa domenom Savesnost.

Moguće je da osobe sklone neurotičnim reakcijama, tj. impulsivnosti, hostilnosti i depresiji imaju spoljašnji lokus kontrole, te stoga previsoka roditeljska očekivanja i njihova sklonost da kritikuju neuspehe deteta, mogu dodatno takvu osobu da učine nesigurnom. Otuda je sasvim

jasno da osobe sklone neurotičnim reakcijama ne postavljaju visoke personalne standarde, niti su istrajne u svom radu.

Rezultati ovog istraživanja su pokazali da je bazična dimenzija ličnosti Savesnost najznačajnija za razumevanje perfekcionizma. Ovo i jeste logičan podatak, jer je upravo ova dimenzija ličnosti povezana sa akademskim i profesionalnim uspehom, a ispoljava se u procesima planiranja, organizacije i izvršenja obaveza i dužnosti.

ZAKLJUČAK:

„Noseći“ aspekti perfekcionizma kod studentske populacije (koja je bila obuhvaćena ovim istraživanjem) jesu **visoki lični standardi** i sklonost ka **dobroj organizovanosti i redu**. Takođe, nađene su i značajne veze svih crta iz domena **Savesnost** sa pomenutim aspektima perfekcionizma. Na osnovu toga možemo zaključiti da je reč o osobama koje su:

Sigurne u sebe i svesne sopstvene efikasnosti

Imaju i u velikoj meri razvijen motiv za postignućem i visoko postavljene aspiracije (što pokazuje i njihov relativno visok uspeh na studijama)

Dobro su organizovane i spremne da do kraja istraju u procesu njihovih doseganja

Njihov doživljaj vlastite vrednosti i samopoštovanja ne zavisi (jedino) od ishoda preduzetih aktivnosti, niti od očekivanja drugih ljudi, pre svega od zahteva roditelja

Postizanje važnih ciljeva praćeno je osećanjem zadovoljstva, a neuspeh uslovljava samo trenutno razočaranje i pokreće na dalje napore

Upravo to ih čini **ZDRAVIM PERFEKIONISTIMA!**

Mentor: prof. dr Snežana Stojilković



Aleksandar Novaković,
psiholog, aleksandar@list.ru

LIČNOST I PROFESIJA

Mentor: Prof. dr Joviša Obrenović

Platon je govorio da bi u uređenoj državi različiti pojedinci trebalo da imaju različite funkcije. Ne treba posebno isticati da je time naglašavao postojanje velikih individualnih razlika. Upravo tu leži smisao proučavanja kojima se, između ostalog, bavi psihologija rada. Šarolikost i bogatstvo ljudskih osobina i sposobnosti paralelan je brojnosti aktivnosti koje čovek obavlja.

Različiti pojedinci se međusobno jako razlikuju po svojim obeležjima, a isto tako i radne aktivnosti po svojim karakteristikama. To nameće potrebu ulaganja napora u pravcu optimalnog usklađivanja ova dva faktora.

U toku januara 2006. godine sprovedeno je istraživanje za potrebe diplomskog rada pod nazivom „Osobine ličnosti i profesionalna interesovanja“. Uzorak su činjavali maturanti tri niške gimnazije („Stevan Sremac“, „Bora Stanković“ i „9. maj“) zbog svoje profesionalne neopredeljenosti i pokrivenosti najvećeg broja potencijalnih zanimanja. Ukupno ih je bilo 390, ujednačeni po polu i po smerovima. Za merenje osobina ličnosti korišćen je Ajzenkov EPQ (dakle, nezavisne varijable su bile: ekstraverzija, neuroticizam i psihoticizam), a za interesovanja Test profesionalnih interesovanja – TPI (sa deset oblasti interesovanja/zavisnih varijabli: administracija, bezbednost, tehničko-zanatski rad, kultura, nauka, poljoprivreda, prehrana, trgovina, estetsko oblikovanje i humanitarno-zdravstveni rad).

Dakle, predmet istraživanje bio je ispitati povezanost navedenih osobina ličnosti i profesionalnih interesovanja.

Rezultati

Dobijena je značajna korelacija između profesionalne oblasti *admi-*

nistracija i ekstraverzije. Na prvi pogled čini se da je ovaj rezultat neočekivan. Administrativni poslovi se vezuju za rad sa papirima, bez mnogo socijalnih kontakata. Međutim, neke od stavki na TPI testu koje pokrivaju administraciju se odnose i na, recimo, rad sa strankama na šalteru u banci ili pošti, a neke na odgovorne poslove („Izračunavati plate zaposlenima u firmi“, ili „Voditi zapisnik tokom suđenja“). Ekstraverzija, kao emocionalno stabilniji i samopouzdaniji, verovatno su prijemčiviji za ovu vrstu poslova. Ono što je, po mom mišljenju, još značajnije jeste da je izbor ove oblasti tesno povezan sa interesovanjima za pravničku i/ili ekonomsku struku, tako da je možda manje specifičan u odnosu na osobine ličnosti koje nas u ovom radu zanimaju.

Dobijene su značajne korelacije sa svim varijablama osobina ličnosti i oblasti **bezbednost**. Utvrđena je i značajna korelacija sa Laj skalom. Najznačajnija je pozitivna korelacija sa psihoticizmom. Dakle, osobe koje imaju izražene agresivne tendencije, dogmatske stavove, impulsivne reakcije i manipulativne težnje često biraju zanimanja povezana sa opasnošću i rizikom.

Osobe sa visokim stepenom neuroticizma (emocionalno nestabilne, nesigurne, anksiozne) izbegavaju visokorizične poslove i negativno koreliraju sa njima. Socijalne, komunikativne, aktivne i dominantne (indikator ekstraverzije) osobe u značajnoj meri se opredeljuju za zanimanja koja su povezana sa opasnošću (vojni, milicijski poziv). Stalna „glad“ za stimulacijom, za uzbuđenjima, kod ekstraverata utiče na ovakav njihov izbor.

Bezbednost, kao oblast interesovanja, pokazala sa kao najdiskriminativnija u pogledu osobina ličnosti u ovom istraživanju.

Postoje čak tri značajne korelacije između *tehničko-zanatske* oblasti interesovanja i Ajzenkovih osobina ličnosti. Visoka preferencija ove oblasti bitno korespondira sa visokim skorom psihoticizma i sniženim neuroticizmom. Na nešto nižem nivou značajnosti postoji i negativna povezanost sa ekstraverzijom. Svojevrsan „profil“ ličnosti osoba zainteresovanih za tehničko-zanatska zanimanja koji smo dobili u ovom istraživanju nam govori o, nazovimo praktičnom duhu. Ova interesovanja su usmerena na konkretne objekte, na mehaničke odnose i pojave. Prak-

tičan, pragmatičan, konkretan ili „čvrsto na zemlji“ karakter je u vezi sa emocionalnom stabilnošću, stalnošću (negativna korelacija sa neuroticizmom) i sklonošću ka konzervativizmu i crno-belom sagledavanju pojava i odnosa (kognitivni aspekt psihoticizma).

Positivna korelacija sa neuroticizmom utvrđena je kod oblasti interesovanja *kultura*. Na TPI testu ova oblast uglavnom pokrivaju poslovi vezani za umetničku delatnost (književnost, film, pozorište). Dobijeni rezultati ne iznenađuju. Emocionalna nestabilnost, „nemiran duh“, često menjanje raspoloženja u vezi su (možda su i jedan od uzroka) sa potrebom za stvaralačkim izrazom. Ove osobe uglavnom burnije doživljavaju realnost, osetljivije su, (neuroticizam), a to je jako bitna osnova za kreativnost. Mala napomena:

U dosadašnjim istraživanjima nađeni su slični rezultati. S. Vidanović (2005) je u svom radu dobila značajno povišenje neadaptivnih obrazaca ponašanja kod adolescenata koji pohađaju umetničku školu u odnosu na njihove vršnjake gimnazijalce. Možda je umetnost način da se (neke) osobe eksternalizacijom, odbrane od te unutrašnje „bure“ emocija. Panić (1997) u svojoj knjizi *Psihologija i umetnost* poglavlje „Umetnik i neuroza“ započinje rečima: „Stvaranje je vezano za potrebe koje, ako su snažne, uvek izazivaju i strahove“. Naravno, treba praviti razliku između umetnika i neurotičara (videti, Panić, 1997, str. 270).

Na kraju, valja napomenuti i da je ličnost umetnika suviše složena da bi se objasnila samo ovom varijablom, bez uzimanja u obzir i mnogih drugih aspekata ličnosti.

Nisu utvrđene značajne korelacije između *nauke* kao oblasti inte-

resovanja i osobina ličnosti u našem istraživanju.

Zapravo, nauka se pokazala kao najmanje diskriminativna oblast u pogledu osobina ličnosti. Izgleda da neki drugi činioci (verovatno kognitivni) određuju naučni interes u većoj meri. Sem toga, oblast *nauka* je isuviše „široka“ (nespecifična) kategorija na TPI testu.

Nađena je samo jedna značajna korelacija između *poljoprivrednih interesovanja* i ekstraverzije i to negativna. Moglo bi se reći je da je ovo „praktičan“ profil jako sličan tehničko-zanatskom, mada sa mnogo manjom statističkom značajnošću.

Poljoprivredni poslovi su uglavnom vezani za individualan rad i rad bez direktnog autoriteta i pritiska što je u skladu sa povučeni, mir-

Umetnici često pokazuju povišeni psihoticizam, dok osobe koje se bave stvaralaštvom (ili se za njega zanimaju ali nemaju značajna postignuća) pokazuju samo povišenje na neuroticizmu. Iz ovoga ne treba izvući zaključak da je za uspeh u umetnosti „neophodan“ povišeni psihoticizam.

nim i pasivnim sklonostima introverta.

Prehrana korelira značajno samo sa neuroticizmom i to pozitivno. U pitanju su uglavnom poslovi vezani za spravljanje različitih jela. Stoga ovo interesovanje možemo dovesti u vezu sa kreativnošću i potrebom za kreativnim izrazom (grafikon je sličan grafikonu za oblast *estetsko oblikovanje*). Sem toga, ove dve oblasti međusobno koreliraju visoko, čak 0.630!). Ovaj rezultat možemo tumačiti kao potrebu za eksternalizovanjem unutrašnjih „emocionalnih bura“ i konflikata tj. njihovo sublimisanje u kreativni čin.

Postoje dve značajne korelacije između *estetskog oblikovanja* i osobina ličnosti. Značajnija je pozitivna veza sa neuroticizmom. Na TPI testu ova oblast pokrivaju kreativni, ali ne i usko gledano umetnički po-

slovi. Dakle, visok stepen emocionalne nestabilnosti je, kao i kod *kulture* i *prehrane*, činilac koji predstavlja biopsihološku osnovu za stvaralačku potrebu.

Druga korelacija, nešto manje značajna, je ona sa psihoticizmom i to negativna. Umetnici često pokazuju povišeni psihoticizam, dok osobe koje se bave stvaralaštvom (ili se za njega zanimaju ali nemaju značajna postignuća) pokazuju samo povišenje na neuroticizmu. Iz ovoga ne treba izvući zaključak da je za uspeh u umetnosti „neophodan“ povišeni psihoticizam.

Dve su statistički značajne korelacije dobijene između oblasti interesovanja *humanitarno-zdravstveni rad* i osobina ličnosti. Visoka je pozitivna korelacija sa neuroticizmom.

Osobe sa povišenim neuroticizmom su osetljivije i empatičnije (ukoliko taj neuroticizam ne prelazi u funkcionalni poremećaj).

One su takođe brižnije (za svoje i tuđe nevolje). Ovo je verovatno u vezi sa činjenicom da su ove osobe generalno lakše povredljive, ranjive, lakše se uslovljavaju na strah i njime reaguju i na manje intenzivne draži.

Sniženi psihoticizam se uklapa u profil ličnosti koji visoko preferira humanu delatnost. Izostanak impulsivnosti, dogmatičnosti, agresivnosti i manipulativnosti razumevanja i stavljanja tuđih potreba iznad svojih.

Značajna veza između ispitivanih osobina, koje Ajzenk smatra urođenim, i profesionalnih interesovanja navodi na razmišljanje o tome da je naš životni poziv svojim dobrim delom predodređen.

Takođe, korisno bi bilo sprovesti i istraživanja na uzorku koji bi sačinjavale osobe koje su već izabrale svoju profesiju i njome se bave određeno vreme.



tema broja:
DEPRESIJA

UMESTO INTERVJUA

ŠTA TREBA ZNATI
O DEPRESIJIMira Jašević-Gašić,
Nađa MarićTrebalo otimati radost
danima sto beže
na svetu mreti je lako
živeti je teže.

Majakovski



Prof dr Miroslava Jašević- Gasić prva je žena-direktor Instituta za psihijatriju Klinickog centra Srbije. Osim toga, šef je katedre za psihijatriju Medicinskog fakulteta u Beogradu. Duži niz godina bila je predsednik psihijatrijske sekcije Srpskog lekarskog društva. Od ove godine predsednik je Udruženja psihijatara Srbije i podpredsednik Centralno Evropskog Psihofarmakološkog foruma. Pored toga, predsednik je i Sudsko-psihijatrijskog odbora Medicinskog fakulteta u Beogradu.

Glavni je i odgovorni urednik časopisa „Engrami“. Takođe, ured-

nik je novog i udžbenika za studente psihijatrije u izdanju Medicinskog Fakulteta u Beogradu, kao i niza publikacija većinom iz oblasti psihofarmakologije.

Bavi se psihotičnim poremećajima i psihofarmakologijom, ali i konsultativnom psihijatrijom, sa posebnim akcentom na psihodermatologiju i psihoonkologiju, čiju je implementaciju u onkološku praksu na svojevrstan način inicirala.

Profesorica Miroslava Jašević- Gašić bila je predsednik organizacionih i stručnih odbora više skupova sa internacionalnom ili nacionalnom vi-

sokom reputacijom. Član je nekoliko značajnih svetskih psihijatrijskih udruženja (APA, AEP).

Nesebičnim i permanentnim zalaganjem ka poboljšanju edukacije, unapređenju kvaliteta rada i stalnom profesionalnom (ali i ličnom) usavršavanju na kome insistira kako kod drugih, tako i kod sebe, ona je jedinstvena osoba u našem svetu psihijatrije, koju između ostalog pamtim po igri reči u frazi koju koristimo za kraj ovog kratkog prikaza. Prof se pita, „Šta jos reći... (o tome i tome...)?“ - i odgovara: „... uvek se ima šta još reći!“.

Psihologija danas 27-28/08

UMESTO INTERVJUA

osobe loše spavaju, osećaju povremeni ili stalni strah, brigu, a neki od njih intenzivno razmišljaju na koji način da okončaju svoj život...

Iako se može reći da je „Depresija bolest sa hiljadu lica, koja se kod svakog bolesnika ispoljava na jedinstven način“ (Jakovljević, M, 2005), ipak postoje neka zajednička svojstva. Depresija je, naime, ozbiljno kliničko stanje, i ono ima određene karakter-

Raspoloženje: Promene raspoloženja mogu se smenjivati tokom dana. Često je stanje teže ujutru, a raspoloženje se popravlja kako dan napreduje. Ipak, način promene raspoloženja može biti potpuno obrnut. Postoji nesposobnost uživanja u stvarima, stalni osećaj teskobe. Uz to, često postoji i doživljaj beznađa.

San: Poremećen san, često se ustaje rano ujutro (tipično je buđe-

Vreme u kome živimo, sve više napetosti i neizvesnosti uz umanjeње uporišta u osnovnim duševnim utočištima - bliskosti i osećanju poverenja, čine da se povremeno osećamo neraspoloženo. Ovo neraspoloženje neretko nazivamo „depresijom“. S druge strane, bolest ili gubitak bližnjih, neuspeh u karijeri ili međuljudski problemi takođe mogu da izazovu stanje tuge za koje redovno upotrebimo isti termin - depresija.

ristike: mehanizam nastanka, kliničke simptome i određene forme, tok, kao i određen odgovor na primenu terapiju.

Sta je depresija?

Depresija je bolest koja utiče na raspoloženje, osećanja, misli, ponašanje i zdravlje uopšte. Depresiju karakteriše povlačenje bolesnika u sebe, potištenost, pad volje i energije, nesаница, gubitak apetita, prepuštanje mračnim mislima, brizi i samookrivljavanju, usporen misaoni tok, beznadnadežnost i bespomoćnost.

nje „u pet“), nemogućnost nastavljanja normalnog sna, često usled „rojenja“ neprijatnih misli. Kod manjeg broja postoji i preterano spavanje - „bežanje u san“.

Usporenost: Opšte usporavanje misaonog toka, ali i govora, mimike i motorike.

Energija: Manjak energije, gubitak apetita i pad telesne težine ili, ređe, pojačan apetit, smanjena želja za seksom, povlačenje od ljudi.

Pamćenje, koncentracija, misli: manjak koncentracije, zaboravnost, negativne misli o budućnosti, samookrivljavanje i nisko samopouzdanje, preokupiranost bolestima.



Vreme u kome živimo, sve više napetosti i neizvesnosti uz umanjeње uporišta u osnovnim duševnim utočištima - bliskosti i osećanju poverenja, čine da se povremeno osećamo neraspoloženo. Ovo neraspoloženje neretko nazivamo „depresijom“. S druge strane, bolest ili gubitak bližnjih, neuspeh u karijeri ili međuljudski problemi takođe mogu da izazovu stanje tuge za koje redovno upotrebimo isti termin - depresija.

Savremeni čovek ima bogatiji psihološki rečnik i koristi sve složenije termine da izrazi sebe, i u tome često zanemarujući da jednostavno kaže- „tužan sam“, „besan sam“, „uplašen sam“. Kada kaže „depresija“, osoba može da oseća samo neke od navedenih, tzv. osnovnih emocija, ali upotrebom reči „depresija“ sebe opisuje bolesnijim nego što zapravo jeste. Sam sebi daje dijagnozu, što ipak treba ostaviti lekarima.

Ono što svako od nas za sebe može da učini, jeste da se pažljivo informiše o depresiji. Boljim poznavanjem glavnih činjenica o depresiji pomoćiće i sebi i bližnjima da se, ukoliko se bolest zaista pojavi, njoj brzo stane na put, tako da se osoba vrati svom produktivnom životu brzo i bez posledica. U suprotnom, nelečena bolest može da dobi je hroničan tok i da u velikoj meri ugrozi mnoge aspekte svakodnevice obolelog i njegovih bližnjih. Jedna od tipičnih, vrlo nepovoljnih strana depresije je da nadvladava volju obolelog i gasi mogućnost reagovanja.

U sredinama u kojima se o depresiji ne govori mnogo u sredstvima informisanja, odgovara se leči svega oko 20% osoba sa depresijom! Ako pođemo od činjenice da, dok ovo čitate, oko 4% osoba iz naše sredine ima neki od depresivnih poremećaja, to znači da je 250 000 ljudi u Srbiji u ovom trenutku neraspoloženo nedeljama i mesecima, teško im je da rade, da obavljaju osnovne dnevne aktivnosti i da ostvare minimum komunikacije. Takođe, ove

27-28/08 Psihologija danas

UMESTO INTERVJUA

Ako simptomi traju 2 nedelje ili duže, gotovo svaki dan, govori se o *depresivnoj epizodi*.

Prema težini kliničke slike, epizoda može biti *blaga, umerena ili teška*. Teška depresivna epizoda može da bude udružena i sa bizarnim čulnim doživljajima i sumanutim idejama, i tada se radi o *psihotičnoj teškoj depresivnoj epizodi*.

U toku života, deperesivna epizoda se može pojaviti jednom, ali i više puta. U drugom slučaju, reč je o *ponavljajućem depresivnom poremećaju*.

Ako se osim ponavljajućih depresivnih epizoda kod jedne osobe povremeno javlja i euforično raspoloženje koje traje dve ili više nedelja, tada je reč o *bipolarnom poremećaju*.

Zašto se pojavljuje depresija?

Depresiju čini niz organizvanih obrazaca reagovanja na događaje i spoljašnja iskustva. O tome kako ovi obrasci nastaju ima dosta teorija, a to znači da se jedinstven (tj. tačan) uzrok još uvek ne zna. Ipak, pojednostavljeno, smatra se da se depresija pojavljuje zbog dve grupe uzroka: unutrašnjih i spoljašnjih.

Unutrašnji uzroci se nazivaju i „predispozicija“. Predispozicija se ili nasleđuje od srodnika ili se vrlo rano (embrionalno ili neposredno po rođenju) stiče. Sastoji se od „slabosti“

u prenošenju informacija u mozgu, što utiče da se osoba oseća „loše“ tj. da se način funkcionisanja mozga „preokrene“ u onaj koji stvara depresivno raspoloženje. Kod depresije, tipično je da postoji smanjena osetljivost na pozitivne informacije iz okoline, dok se negativne informacije primaju na isti način kao i kod osoba koje su zdrave. Zbog odsustva prijatnih misli, dominiraju uverenja kao sto su: „Nikad mi neće biti bolje“, „ne mogu više“, „ništa nema smisla“, iz kojih proističe i doživljaj beznađa, očajja, gubitak svake inicijative, umor i malaksalost.

Ako osoba ima jaku predispoziciju, tada epizode bolesti mogu

Prema težini kliničke slike, epizoda može biti blaga, umerena ili teška. Teška depresivna epizoda može da bude udružena i sa bizarnim čulnim doživljajima i sumanutim idejama, i tada se radi o psihotičnoj teškoj depresivnoj epizodi.

U toku života, deperesivna epizoda se može pojaviti jednom, ali i više puta. U drugom slučaju, reč je o ponavljajućem depresivnom poremećaju.

da se pojavljuju i bez nepovoljnih spoljašnjih okolnosti. Predispozicija nije apstraktan fenomen. Naime, sve ukazuje da su u pitanju pojedini delovi genoma odgovorni za serotoninski receptor i puteve, noradrenergičke puteve (transmisiju), uz to i osovina koja povezuje hipotalamus-hipofizu i nadbubreg i hormon stresa-kortizol.

Međutim, ako je predispozicija umerena, a spoljašnje okolnosti nepovoljne (spoljašnje okolnosti podrazumevaju i rano detinjstvo, ali i aktuelno okruženje; jedna od mogućnosti je, na primer, učenje po porodičnom modelu), takođe se može javiti preokret u moždanom funkcionisanju i gore navedenim putevima i osovinama, pa se mogu ispoljiti simptomi depresivne epizode. Kod ljudi koji su po prirodi emotivni, plašljivi, nižeg samopoštovanja, oni koji teže podnose nepravdu i kritiku, depresija se češće javlja.

Spoljašnji faktori su mnogi i mogu se svesti na *doživljaj gubitka* u porodici, karijeri, sistemu vrednosti,

kao i kvalitetu sopstvenog života. lako ređe, ima osoba kod kojih i prividni uspeh može da postane okidač depresije!

Na dalje, depresiji može da prethodi i pojava telesne bolesti, kao i zloupotreba alkohola i droga.

Osobe bez predispozicije vrlo retko mogu da dožive depresiju. To se dešava u izrazito nepovoljnim

okolnostima, pod uticajem ekstremnih spoljašnjih teskoća. Kod njih je, međutim, trajanje simptoma uglavnom kratko, a oporavak je brz.

Šta je važno znati o toku bolesti?

Nelečeni depresivni poremećaj može dobiti hroničan tok. Danas se smatra da će se depresivna epizoda spontano povući tokom 6 meseci (do godinu dana) kod 2/5 obolelih. Tegobe će i dalje postojati, i to u blažoj formi kod 1/5, a u izraženoj formi kod 2/5.

Prvi korak u lečenju depresije je pravilno postavljanje dijagnoze. Ako se sumnja na depresiju, najvažnije je brzo javljanje lekaru opšte prakse koji će proceniti da li je potrebno dalje konsultovanje sa psihijatrom ili eventualno sa specijalistom druge medicinske grane. Ujedno, biće ocenjeno da li je potrebno primeniti terapiju lekovima- antidepressivima, terapiju razgovorom - psihoterapiju ili kombinovati oba pristupa. Bilo o kojoj terapiji da je reč, oboj mora redovno, strpljivo i dovoljno dugo biti lečen, jer kratkotrajna poboljšanja su samo privid i bolest se bez uporne terapije ne može iskoreniti.

Posle prve epizode depresije, 50% osoba nikada više neće imati depresiju. Međutim, ako se ponove dve depresivne epizode, verovatnoća da će se pojaviti i treća raste na 70%, a sledeća epizoda povećava rizik od daljih depresija čak na 90%!

Kako se leči depresija?

Prvi korak u lečenju depresije je pravilno postavljanje dijagnoze. Ako se sumnja na depresiju, najvažnije je brzo javljanje lekaru opšte prakse koji će proceniti da li je potrebno dalje konsultovanje sa psihijatrom ili eventualno sa specijalistom druge medicinske grane. Ujedno, biće ocenjeno da li je potrebno primeniti terapiju lekovima- antidepressivima, terapiju razgovorom - psihoterapiju ili kombinovati oba pristupa. Bilo o kojoj terapiji da je reč, oboleli mora re-

dovno, strpljivo i dovoljno dugo biti lečen, jer kratkotrajna poboljšanja su samo privid i bolest se bez uporne terapije ne može iskoreniti.

Terapija depresije odvija se u tri etape:

lečenje akutne epizode;
stabilizacija terapije;
prevencija ponovnog pojavljivanja epizode depresije.

U prvoj etapi primenjuju se psihofarmaci, prvenstveno antidepressivi, sa ili bez psihoterapije. U drugoj fazi primat ima psihoterapija, udružena sa farmakoterapijom. U trećoj etapi postoji više profilaktičkih strategija i o tome će biti reči kasnije.

Antidepressivi

Antidepressivi su lekovi različitih struktura koji deluju preko nekoliko mehanizama u mozgu i menjaju ono funkcionisanje nervnih ćelija i mreža koje leži u osnovi depresivnih simptoma: neraspoloženje, malaksalost i bezvoljnost, promena sna i apetita, negativne misli i loša koncentracija.

Njihov efekat ostvaruje se putem promene koncentracija serotonina i/ili noradrenalina. Šire posmatrano, oni aktiviraju moždane ćelije i poboljšavaju njihovu vitalnost. Danas se osnovano smatra da je vitalnost ćelija mozga (neurona) kod osoba sa depresijom ugrožena te da se, ukoliko se depresija ne leči, smrt moždanih ćelija ubrzo.

Samo psihoaktivne supstance (droge) deluju odmah i za nekoliko

minuta stvaraju skok raspoloženja, volje i energije („up“). Ako bi antidepressivi delovali ovako brzo i jako, od njih bi bilo više štete nego koristi – osoba bi brzo postala zavisna od lekova, a depresija bi se produbila do najstrašnijih razmera, jer bi se nakon naglog povišenja raspoloženja ono ubrzo survalo kroz još dublji pad.

Stoga, treba znati da su antidepressivi lekovi koji su pažljivo odabrani da ne stvaraju zavisnost, te se uvode u terapiju postepeno, ostvarujući svoj efekat tek nakon nekoliko nedelja. Efekti koje od njih očekujemo (temeljno, a ne trenutno lečenje depresije) apsolutno nadmašuju sporedne efekte koji bi mogli biti nepovoljni za pacijenta.

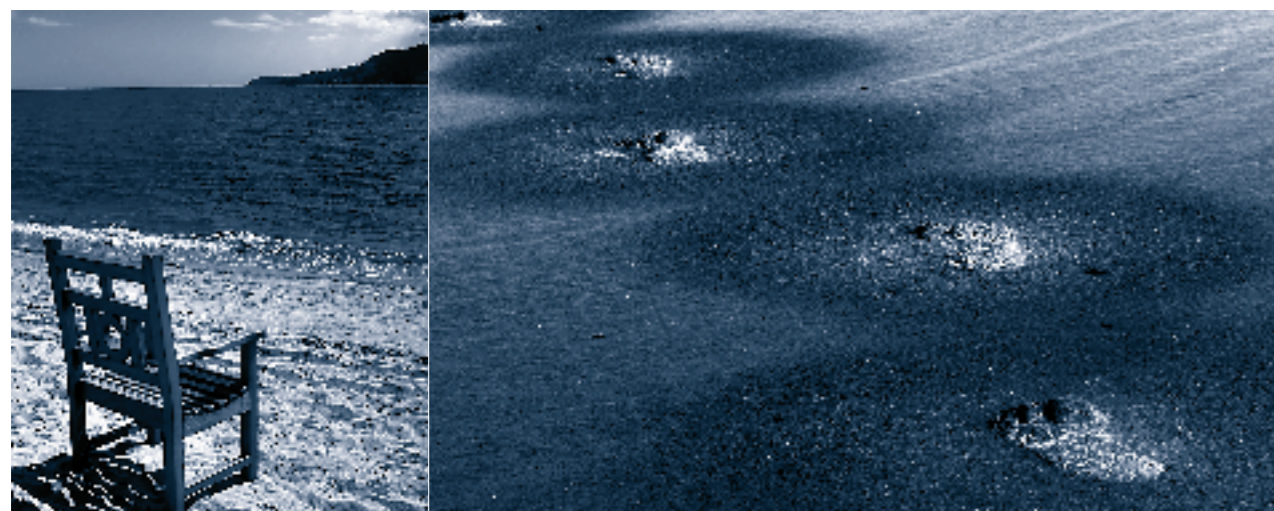
Efekat antidepressiva u prvih nedelju-dve dana nije veliki, i zbog toga se obično daje i dodatni lek koji će pomoći da se umanjí napetost, strah, olakša usvajanje i ublažava nelagodnost u telu koju prouzrokuje depresija (anksioliza). Međutim, u daljem toku lečenja, već nakon 3 ili 4 nedelje, primećuje se da energija raste i da se misli „razvedravaju“. Faza neraspoloženja i bezvoljnosti i dalje ima, ali su one povremene, a ne stalne. O tegobi i teskobi se sve češće priča u prošlom vremenu.

Dakle, antidepressiv je počeo da deluje i simptomi bolesti povlačiće se sve dok se terapija održava na odgovarajući način.

Ne sme se zaboraviti da nijedan lek nije apsolutno idealan; naime, u zavisnosti od njihovog mehanizma dejstva, kao i od izuzetnosti organizma svake individue, dešava se da lečenje prati i pojava neželjenih dejstava. Na početku primene antidepressiva 40-50 godina unazad, dešavalo se da lek uzrokuje smetnje srčane sporovodljivosti, stomachne smetnje, da uslovljava ograničenja u ishrani i da se sveukupno teško podnosi. Zbog toga su mnogi lečeni odustajali od terapije pre nego što se povoljno dejstvo na depresiju uopšte pojavljivalo.

Međutim, devedesetih godina javlja se preokret; sa pojavom fluok-

UMESTO INTERVJUA



UMESTO INTERVJUA

setina, počinje era konfornijeg lečenja depresije, a najbolji dokaz za to je sve veći broj osoba koje se rado odlučuju na lečenje, dobro ga podnose, dovoljno dugo uzimaju anti-depresiv i efikasno se vraćaju u remisiju ostvarujući zadovoljavajući kvalitet života.

Koji su antidepresivi danas na raspolaganju?

Osnovno je znati da su antidepresivi međusobno više slični nego različiti – slični su jer imaju anti-depresivni, ali i anksiolitički efekat koji postižu jednako brzo. Razliku-

Osnovno je znati da su antidepresivi međusobno više slični nego različiti – slični su jer imaju antidepresivni, ali i anksiolitički efekat koji postižu jednako brzo. Razlikuju se po različitim neželjenim efektima. S druge strane, režim davanja se razlikuje prema tome da li se daju jednom ili više puta dnevno, prema načinu konzumiranja- u tabletama, kapsulama, dražejama ili putem injekcija (mišić, vena), da li se obezbeđuju na teret zdravstvenog osiguranja i da li su registrovani na našem tržištu.

ju se po različitim neželjenim efektima. S druge strane, režim davanja se razlikuje prema tome da li se daju jednom ili više puta dnevno, prema načinu konzumiranja- u tabletama, kapsulama, dražejama ili putem injekcija (mišić, vena), da li se obezbeđuju na teret zdravstvenog osiguranja i da li su registrovani na našem tržištu.

Na primer, fluoksetin, sertralin, paroksetin i escitalopram su tzv. SSRI (inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina: tip antidepresiva koje karakteriše sposobnost povećavanja koncentracije serotonina u međućelijskoj pukotini). Postoje i TCA (triciklični antidepresivi), MAOI (inhibitori mono-amino-oksidge), NaSSA (selektivni agonisti noradrenalina i serotonina), SNRI (Inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina i noradrenalina) itd. (više o antidepresivima: „Antidepresivi“, autori: Miroslava Jašović-Gašić, Aleksandar Damjanović, Nađa Marić, Čedo Miljević i Dušan Đurić, Beograd 2006)

Ukoliko je jedan od lekova dat i nije postignut željeni efekat, ili je jačina pratećih smetnji tolika da se ne može podneti, pacijent se odmah može javiti lekaru koji će mu pomoći izborom drugog leka. Napominjemo da je pokazano da su šanse da se prvim datim antidepresivom ostvari uspešno lečenje oko 60%. Zbog toga ne treba odustajati, već nastaviti lečenje do povlačenja simptoma akutne faze, što je prvi cilj. Sledeći cilj je stabilizacija terapije.

U fazi stabilizacije terapije od značaja ja su sledeći faktori:

1. Antidepresiv se daje do daljnog, 6 meseci do godinu dana ali i duže, a doza se prilagođava. Neki le-

kovi daju se u istoj dozi kao ranije, ostali se smanjuju na oko dve trećine ili oko polovine doze, ali o tome odlučuje lekar razmatrajući mnoge faktore.

2. Uslovi za psihoterapiju se poboljšavaju, pa se savetuje odabir

metode prema ličnosti i kapacitetima pacijenta (kognitivno-bihejvioralna terapija se u većini zapadnih zemalja smatra psihoterapijom izbora za lečenje depresije!), prema okolnostima i u odnosu na ciljeve. U tom smislu, psihijatar će savetovati pacijenta o koracima koje može da preduzme.

Na kraju, kada se efekti medikamentoznog i psihoterapijskog lečenja stabilizuju, najvažnije je sprečiti pojavljivanje sledeće epizode – *prevencija ponovnog pojavljivanja epizode depresije*.

Ako je osoba dobro i prestala je da uzima lekove, i dalje postoji rizik tj. mogućnost pojave nove epizode, posebno u stresnim situacijama. Ako se dogodi da osoba počinje više da brine i strahuje, slabije spava, više jede, puši ili pije više alkohola, može se preventivno dati terapija.

Depresija je teško izlečiva bolest, zahteva pažljiv odabir leka, rad na sopstvenoj psihološkoj arhitekturi, strpljivost i upornost, uz samoposmatranje i samoedukaciju. Prvi, najveći i nezaobilazni korak ka izlečenju pravi se ako se pažljivo čuje, duboko razume i istinski prihvatiti stav iskazan u rečima De Mello-a: „Sreća je skrivena u nama. Ona ne zavisi od onoga što nam se događa, već od toga kako mi događaje shvatamo i kako se sa njima nosimo“.



UMESTO INTERVJUA

UPITNIK SAMOPROCENE ZA DEPRESIJU (PHQ-9)

Koliko često ste u poslednje dve nedelje imali neku od sledećih tegoba? (zaokružite adekvatan odgovor)

	bez tegoba	nekoliko dana / ponekad	više od 7 dana*	skoro svaki dan
1. Smanjeno interesovanje ili zadovoljstvo (za obavljanje poslova ili za događaje oko Vas)	0	1	2	3
2. Osećanje praznine, neraspoloženja ili beznadežnosti	0	1	2	3
3. Problemi sa spavanjem – teškoće usnivanja ili buđenje tokom noći; ili prekomerno spavanje	0	1	2	3
4. Umor / brzo zamaranje ili osećaj da nemate dovoljno energije	0	1	2	3
5. Smanjen ili pojačan apetit	0	1	2	3
6. Negativno razmišljanje o sebi – ili doživljaj da ste neuspešni, ili da ste u nečemu izneverili sebe ili svoju porodicu	0	1	2	3
7. Teškoće u koncentrisanju, na primer, nemogućnost da koncentrisano čitate novine ili gledate TV	0	1	2	3
8. Usporenost u kretanju (pokreti) i govoru tako da to mogu da primete i drugi ljudi. Ili obrnuto, vrpoljenje ili uznemirenost tako da ste se kretali više nego što je za Vas uobičajeno	0	1	2	3
9. Razmišljanje da bi bilo bolje da Vas „nema“ (da ste mrtvi), ili da sebi, na neki način, prekratite život	0	1	2	3

* tokom poslednje 2 nedelje više od 7 dana, ali nije neophodno 7 dana uzastopno

Zbir kolona

UKUPNO

Prevela Prof.dr Aleksandra Nedić

Korišćenje upitnika PHQ-9 odobreno ljubaznošću „Pfizer“ H.C.P. Corporation

Odgovor na svako pitanje se boduje od 0 do 3, i bodovi se sabiraju. Ukupan zbir od 10 i više ukazuje na visoku verovatnoću da se radi o aktuelno prisutnoj depresivnoj epizodi. Ovim instrumentom meri se i „težina“ depresivne epizode, pa tako zbir od 10 do 14 ukazuje na blagu, od 15 do 19 na umereno tešku, a od 20 i više na tešku depresivnu epizodu. Zbir od 5 do 9 ukazuje sa visokom verovatnoćom na *subsindromalne oblike depresije*.

Pfizer

DEPRESIJA U ŽENA KROZ ŽIVOTNE CIKLUSE



Suzana Tošić-Golubović,
psihijatar

g.nebojsa@bankerinter.net

Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije 5-7% stanovništva boluje od pojedinih oblika depresije. Ova stopa iznosi oko 5% za muškarce, a 9% za žene, sa trendom povišenja iz godine u godinu. Među somatski obolelim osobama ova stopa je od dva do tri puta veća. Obzirom da oboljevanje od različitih formi depresije sve više poprima epidemijske razmere u savremenom svetu, socioekonomski i medicinski značaj depresije postaje sve veći, ne samo zbog izraženosti subjektivne patnje, već i zbog velikog rizika od suicida koji prati depresiju. Smatra se da od 50% onih koji pokušaju ili izvrše suicid boluju od neke vrste depresije. Uslovi života savremenog čoveka, krupne socioekonomske promene, kakva je tranzicija na primer, imaju za posledicu izloženost velikom broju hroničnih i prolongiranih stresogenih situacija (ratna dešavanja, materijalni problemi, gubitak posla i socijalne pozicije) koje rezultiraju povišenjem anksioznih i depresivnih poremećaja. Usamljenost i potiskivanje emocionalnih doživljavanja, koje diktira savremeni način života, stvaraju podlogu za ovakve reakcije.

Depresija predstavlja patološko neraspoloženje koje se bitno razlikuje od normalne tuge. Depresivni sindrom obuhvata različitu kombinaciju psihičkih i telesnih simptoma, među kojima dominiraju: patološko neraspoloženje, depresivni sadržaji u mišljenju, sniženje volje i nagona, vegetativni i telesni simptomi. Depresivno raspoloženje predstavlja konglomerat niza neprijatnih emocionalnih doživljavanja, potištenosti, utučenosti, očajanja, tuge, zabrinutosti, beznadežnosti, bespomoćnosti, koje je praćeno neprimereno niskim samopoštovanjem vlastite ličnosti, osećanjem manje vrednosti, krivice, potrebom za samokažnjavanjem.

Utvrđeno je da su poslednjih godina u porastu reaktivne forme depresije uslovljene provokacionim faktorima iz socijalnog okruženja i maskirane forme depresije, kod kojih poremećaj raspoloženja ostaje u senci brojnih telesnih simptoma za koje se ne može utvrditi medicinski razlog.

Ovi simptomi (glavobolje, vrtoglavice, gušenje i bol u grudima, hronični zamor, hronični bolovi u telu, sindrom nemirnih nogu, gastrointestinalne smetnje) često označavaju depresivne ekvivalente koji su klinički povezani sa fazama depresije. Depresija može predstavljati uvod u somatsku bolest (karcinom, parkinsonizam), može pratiti invazivne dijagnostičke ili terapijske procedure (kateterizacija srca, dijaliza, zračna terapija), primenu određenih lekova ili droga u terapijske ili u svrhe zloupotrebe (kortikosteroidi, kanabis), može koegzistirati sa brojnim somatskim bolestima, kao što su: poremećaji srčanog ritma, cerebrovaskularni poremećaji, infektivna mononukleoza, poremećaji rada štitne žlezde, reumatski artritis, dijabetes, alopecija, sistemski lupus, itd. Treba naglasiti da koegzistirajuća depresija bitno utiče na tok, pojavu recidiva i ishod somatske bolesti,

sve do povišenja rizika za smrtni ishod, kao što je to slučaj sa infarktom miokarda i cerebrovaskularnim insultima, bolestima koje su u savremenom svetu u pandemiji.

Menstruacija

Uzroci depresije su brojni i vezani su za genetske anomalije, bihe-mijske i endokrine poremećaje, situacione faktore, gde traumatsko iskustvo može biti uzrok ili precipitirajući faktor za pojavu depresivne reakcije u vulnerabilnih i predisponiranih osoba. Iz navedenog se čini razumljivim zašto žene za 50% do 100% više oboljevaju od depresije, obzirom da im se životni vek sastoji od generativnih ciklusa dominantno uslovljenih endokrinim faktorima, koji za posledicu imaju brojne izmene u psihosocijalnom funkcionisanju žene. Prvi od njih je menstrualno ciklično krvarenje, koje otvara put ženi u generativnu fazu svog postojanja, t.j. stiče mogućnost radjanja i obnavljanja vrste. Početak, kao i prestanak menstruiranja nosi sa sobom brojne sociopsihološke implikacije, koje narušavaju emocionalnu i telesnu homeostazu žene. Jedna od njih je pojava predmenstrualnog sindroma, grupe somat-

skih, psihičkih i bihejvioralnih simptoma koji se po nekim autorima mogu smatrati i depresivnim ekvivalentom.

Menstruacija, kao pojava periodičnog krvarenja vezana je u iskonskom smislu za pitanje života. Simbolika u cikličnoj pojavi men-

gim osobama, češće ispoljavaju promiskuitetno, nasilničko i kriminogeno ponašanje, pa sve do brojnih impulzivnih auto i heterodestruktivnih radnji. Psihoze se pogoršavaju u fazi menstruacije, imunitet slabi, histerični i epi napadi su češći u tom periodu.

Depresivno raspoloženje predstavlja konglomerat niza neprijatnih emocionalnih doživljavanja, potištenosti, utučenosti, očajanja, tuge, zabrinutosti, beznadežnosti, bespomoćnosti, koje je praćeno neprimereno niskim samopoštovanjem vlastite ličnosti, osećanjem manje vrednosti, krivice, potrebom za samokažnjavanjem.

struacije odnosi se na to da žena ne umire, već se svakog meseca ponovo rađa i dobija mogućnost da daruje život. Još je Hipokrat ukazao na postojanje promena raspoloženja vezanih za menstrualni ciklus i nazvao ih je „melanholijom menstruacije“.

Simptomi koji se najčešće sreću u premenstrualnoj i menstrualnoj fazi su: vrtoglavice, glavobolje, bol u leđima, grčevi u stomaku, otoci, nabreklost dojki i stomaka, povećanje telesne mase, pojava akni, pojačana žeđ, apetit, prekomeran unos specifične vrste hrane za kojom se žudi. Od psihičkih i bihejvioralnih najčešći su: napetost, nervoza, osećanje skućenosti ili kao da se živi na ivici, anksioznost, depresija, afektivna labilnost u smislu pojave iznenadnog osećanja tuge, plačljivosti, iritabilnost, značajno osećanje besa, porast interpersonalnih konflikata, povišena spremnost da se reaguje burno, smetnje spavanja, pad interesovanja za obavljanje uobičajenih aktivnosti (rad, škola, druženje sa prijateljima, hobiji), snižena efikasnost, smetnje koncentracije, pospanost, lako zamaranje ili značajan gubitak energije, subjektivni osećaj neuspeha (skrhanosti) ili gubitka kontrole. Svi navedeni simptomi mogu usloviti privremenu disfunkcionalnost žene, redukciju socijalnih kontakata, odsustvo s posla, vezanost za postelju i učestale posete lekaru. Za vreme menstrualnog perioda žene su hiperaktivne, agresivnije, sklone su da ulaze u konflikte sa dru-

Teško je jasno označiti prevalencu problema menstrualnog ciklusa, obzirom da se u literaturi prevalenca za PMS u opštoj populaciji kreće od 25%, pa čak i do 90%. Predmenstrualni sindrom se nalazi u kontinumu gde oko 20% žena ne prezentuje nikakve predmenstrualne probleme, oko 75% prezentuje blage ili srednje emocionalne, bihejvioralne i fizičke predmenstrualne simptome i oko

žena jednakih mogućnosti. Takođe, ne postoji određeni profil ili poremećaj ličnosti, koji bi bio specifičan za žene sa izraženim simptomima PMS-a, ali se navodi da se u ovoj populaciji registruje profil ličnosti sličan onom kojim se sreće kod obolelih od depresije. Tako, na primer, postoji korelacija visokih skorova neuroticizma i pojedinih predmenstrualnih simptoma (iritabilnost, napetost, depresija). Pretpostavlja se da žene sa povišenim neuroticizmom mogu razviti anksioznost vezanu za menstruaciju, što bi rezultiralo intenziviranjem već postojećih menstrualnih i premenstrualnih simptoma, kao i ispoljavanjem maladaptivnog reagovanja na događaje u okruženju.

Ima i kritičkih stavova na tendenciju da se predmenstrualna događanja identifikuju kao predmenstrualni sindrom, što daje dimenziju bolesnog, čak i za ona događanja i simptome koji predstavljaju normalno iskustvo žene, postajući na taj način patološko. Postavljanje dijagnoze PMS po nekim autorima



5% žena kod kojih navedeni simptomi uslovljavaju disfunkcionalnost.

U literaturi ne postoje jasni dokazi koji bi ukazali na povezanost pomenutih afektivnih promena i smanjene efikasnosti žena u smislu kognitivnog funkcionisanja, što je neobično važno, jer bi se ovo saznanje moglo koristiti u osporavanju

može doprineti formiranju negativnih očekivanja kod žena, obzirom da je doživljaj menstruacije i pratećih psihosomatskih manifestacija vezan za očekivanja. Takođe, pojam PMS može biti zloupotrebjen od strane nekih žena sklonih da svoje psihosomatsko stanje, ili eventualne bo-

lesti sagledavaju kroz prizmu predmenstrualnog sindroma.

Stavovi, verovanja i očekivanja vezana za menstrualni ciklus i slevstvenu problematiku, obrazovani su pod neposrednim uticajem porodičnog, socijalnog, religijskog i kulturološkog miljea u kome je individua odrasla i u kome aktuelno živi. Posebno su važni stavovi vezani za problem ženstvenosti, uloge žene i problem bolesti. Brojni autori ističu da žene sa izraženim predmenstrualnim problemima često sebe sagledavaju u negativnom svetlu, uz razvijanje specifične „uloge bolesnika“ u odnosu na supruga, što sve dobija porodičnu fizionomiju bolesnog ponašanja tokom menstruacije. Na intenzitet simptoma, kao i na posledično ponašanje, mogu uticati soci-



jalno okruženje sa svojim socijalnim i psihološkim faktorima, kulturološki faktori i do izvesnog stepena i interpersonalni kontekst doživljavanja simptoma. Neadekvatna priprema za prvu menstruaciju, nelagodnost ili anksioznost ispoljena od strane roditelja u vezi sa prvim menstruacijama, mogu predstavljati pokretački faktor za anksioznost u adolescentnom periodu žene, naglašavajući negativna iskustva doživljavanja menstrualnog bola. Interesantno je i pitanje povezanosti određenih nepovoljnih životnih događaja sa menstrualnom problematikom.

Određena stresogena životna situacija može da naruši uspešne koping strategije, a posledično ponašanje vezano za menstrualnu problematiku postaje rezultat kompleksne interakcije između unutrašnjih bioloških procesa i specifičnih događaja iz porodičnog i socijal-

Početak, kao i prestanak menstruiranja nosi sa sobom brojne sociopsihološke implikacije, koje narušavaju emocionalnu i telesnu homeostazu žene. Jedna od njih je pojava predmenstrualnog sindroma, grupe somatskih, psihičkih i bihevioralnih simptoma koji se po nekim autorima mogu smatrati i depresivnim ekvivalentom.

nog okruženja. Sugerise se da one individue koje češće demonstriraju aktivne koping strategije, u smislu određenih aktivnosti koje zahte-

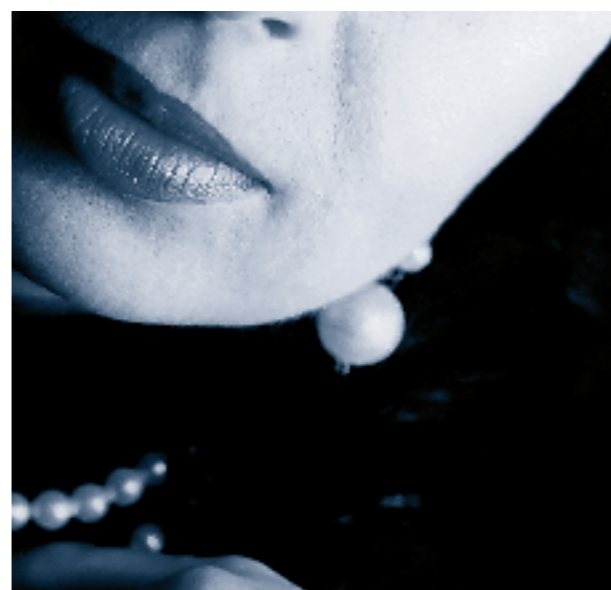
imale psihički poremećaj pre trudnoće, postojanje bračnih ili partnerskih nesuglasica, nepovoljni životni događaji, neželjena trudnoća, loša psihosocijalna podrška od osoba iz okruženja, kao i negativni stavovi o sebi. Poremećaj raspoloženja se nakon porođaja može javiti u dva oblika: postpartalna „praznina“ i postpartalna depresija, a oba oblika su posledica naglih hormonalnih, ali i krupnih psihosocijalnih izmena nakon porođaja. Postpartalna „praznina“ javlja se u preko 85% porodilja u periodu od 3 do 14 dana nakon porođaja i prolaznog je karaktera. Postpartalna depresija se javlja u 10-20% slučajeva i to u periodu od mesec do 6 meseci nakon porođaja.

Depresija u ovom periodu života se odlikuje specifičnošću kliničke slike: dominira anksioznost, strepnja i zabrinutost za zdravlje bebe, opsesivne misli, često agresivne, iritabilnost, psihoemocionalna iscrpljenost, teškoće sa spavanjem, želja da se pobegne iz nepodnošljive situacije. Faktori rizika su izražene afektivne izmene pred menstruaciju, ispoljavanje anksioznosti ili depresivnosti tokom trudnoće, depresija u porodici, postojanje postpartalne praznine, prisustvo stresogenih životnih događaja.

Depresija u ovom periodu života se odlikuje specifičnošću kliničke slike: dominira anksioznost, strepnja i zabrinutost za zdravlje bebe, opsesivne misli, često agresivne, iritabilnost, psihoemocionalna iscrpljenost, teškoće sa spavanjem, želja da se pobegne iz nepodnošljive situacije. Faktori rizika su izražene afektivne izmene pred menstruaciju, ispoljavanje anksioznosti ili depresivnosti tokom trudnoće, depresija u porodici, postojanje postpartalne praznine, prisustvo stresogenih životnih događaja.

Menopauza i klimakterijum

Termini menopauza i klimakterijum se često smatraju sinonimima,



mada predstavljaju dva različita fiziološka procesa sa različitim psihosocijalnim implikacijama. Menopauza je fiziološki događaj koji se karakteriše prestankom menstruacije, koji se za većinu žena u evropskom podneblju dešava oko 50 godine života, dok je klimakterijum dugotrajan fiziološki proces uzroko-

Od svih ginekoloških fenomena menopauza se najčešće povezuje sa psihološkim problemima, obzirom da je menopauza faktor broj jedan u psihološkom distresu žena srednjeg doba. U žena se u ovom periodu javljaju brojne psihosocijalne preturbacije, kojima se pripisuje glavna uloga u pojavi psihijatrijskih poremećaja, među kojima je najčešća depresija.

van involucijom jajnika. Period klimaksa može trajati i do 10 godina pre i 10 godina nakon izostanka poslednje menstruacije. Od svih ginekoloških fenomena menopauza se najčešće povezuje sa psihološkim problemima, obzirom da je menopauza faktor broj jedan u psihološkom distresu žena srednjeg doba. U žena se u ovom periodu javljaju brojne psihosocijalne preturbacije, kojima se pripisuje glavna uloga u pojavi psihijatrijskih poremećaja, među kojima je najčešća depresija.

Ove preturbacije podrazumevaju prestanak važnih funkcija koje je žena do tada imala, njena atraktivnost u tom periodu je već prošla, mada želja za uživanjem ostaje i dalje u nepromenjenom intenzitetu. Osim ovih ekscitirajućih faktora,

kome se ovaj nedostatak sa protokom vremena više ispoljava. Ovakav pristup je redukcionistički, obuhvata samo anatomske i biohemijske promene u tom periodu, zaboravljajući na psihološku i socijalnu dimenziju klimakterijuma kao životnog ciklusa biopsihosocijalnog bića žene.

Menopauza rezultira brojnim psihološkim promenama: gubitak pubične dlakavosti, redukciju sintetizovanog estrogena koja vodi do smanjenja vlažnosti i atrofičnih promena na zidovima vagine, smanjenja veličine cerviksa i uterusa, opšte pelvične involucije, koja može rezultirati inkontinencijom urina. Involutivne promene jajnika dovode do značajnih metaboličkih promena, a jedna od rezultanti je osteoporoza i posledične frak-

aktuelna telesna slabost, koja veoma često prati prestanak menstruacije, dovodi do povećanog javljanja depresije, koja često može rezultirati i siucidom.

Posmatrano iz biološkog ugla menopauza se može shvatiti kao bolest uslovljena nedostatkom estrogena, a klimakterijum period u

ture kičme i karličnih kostiju, koje su u žena u dobi od 50-e godine 6-10 puta češće nego u muškaraca iste dobi. Takođe, jedna od rezultanti metaboličkih promena uzrokovanih smanjenjem lučenja estrogena je i veća stopa javljanja koronarne tromboze. Serumski nivoi holesterola, triglicerida i lipoproteina rastu u drugoj polovini klimakterijuma, što se smatra odgovornim za porast stope javljanja infarkta miokarda u žena starijih od 50 godina.

Klimakterični simptomi se mogu grupisati na sledeći način: vazomotorni simptomi (vrući talasi, prenojavanje, osećaj hladnoće, vlažni i ukočeni ekstremiteti); seksualni simptomi (dispareunija kao posledica atrofičnog vaginitisa, ili izostanka adekvatne vaginalne lubrikacije, kao i gubitak polne želje koji se registruje u 25% žena); muskulo-skeletalni (napetost i bol u leđjima, ramenima, laktu i drugim zglobovima, koji mogu biti posledica redukcije mišićne snage); psihološki simptomi (umor, iritabilnost, insomnija, depresija, napetost, gubitak energije). Menja se i fizički izgled žene, koža postaje manje elastična, dolazi do drugačijeg razmeštaja masnih naslaga, nabori kože postaju vidljivi, mlitavost mišića takođe, dojke gube na svežini i čvrstini, javljaju se atrofične promene na mišićima ekstremiteta, a tu je dodatak na telesnoj masi.

Nesumnjiva je uloga kulturoloških faktora oblikovanja predstave o ženskoj seksualnosti, s obzirom na



to da poimanje devojaštva, menstruacije, začeca, seksualnosti, steriliteta, menopauze i staračkog doba, jesu različita u različitim kulturološkim miljeima.

U našoj kulturi ženska seksualnost je dugo bila pod senkom dvostrukog stereotipa, u kome je ona bila svedena na "produžetak vrste" i "mlado i lepo telo" dok je mlada, da bi u kasnijim godinama patila zbog predstave o sebi kao nevoljenoj, odbacenoj i suvišnoj. Žena se zato povlačila, u strahu od odbacivanja, suzbijala svoje ljudske potrebe i prestajala bivati predmet dodira, naklonosti i ljubavi. Čak je i dugogodišnji partner ili suprug bio vremenom odbijen promenama na ženinom telu.

I mada uloga rađanja prestaje sa menopauzom, njen seksualni sistem u globalu ostaje netaknut i spreman za odgovarajuće draži od interesantnog i zainteresovanog partnera. Istina, produžuje se vreme vlaženja vaginalnog kanala, i potrebno je duže vreme uzbuđivanja da bi se mogla obaviti imisija penisa, ali zato sposobnost doživljavanja orgazma i zadovoljstva telesne seksualnosti i dalje postoje, i predstavljaju deo



doživeti kao atak na seksualnost, ženstvenost, identitet. Tako žene u menopauzi mogu smatrati da su sa gubitkom sposobnosti rađanja doživele svoju parcijalnu smrt, završila se njihova 'misija' u produženju vrste.

Socijalne promene u klimaksu predstavljaju promene u životnom prostoru sa trajnim efektima, jer se dešavaju u relativno kratkom vremenskom periodu i pogađaju sve aspekte dotadašnjeg života. Smatra se da su psihološki poremećaji u periodu klimaksa u većoj meri rezultat dubokih socijalnih promena, u odnosu na biološke promene. U literaturi, pogotovu šezdesetih godina, dosta se spekulisalo sa pojmom "prazno gnezdo", koji se odnosio na period kada poslednje dete napušta roditeljski dom zbog školovanja, zaposlenja ili osnivanja sopstvene porodice.

ponovnog potvrđivanja u intimnoj vezi sa drugima.

Gubitak sposobnosti rađanja smatra se još jednim činiocem u psihodinamici nastanka anksiozno-depresivnih stanja u menopauzi. Sposobnost rađanja neotuđivi je deo ženskog identiteta i važan faktor u održavanju normalnog psihičkog i psihoseksualnog funkcionisanja, pogotovu u žena koje nisu u stanju da razdvoje erotsku od reproduktivne komponente seksualnih odnosa. Iz tih razloga se menopauza može

Klimakterijum kao razvojni ciklus u životu svake žene, obiluje dubokim fizičkim, psihičkim i socijalnim promenama koje mogu dovesti do remećenja već uspostavljene biopsiho-socijalne ravnoteže.

Socijalne promene u klimaksu predstavljaju promene u životnom prostoru sa trajnim efektima, jer se dešavaju u relativno kratkom vremenskom periodu i pogađaju sve aspekte dotadašnjeg života. Smatra se da su psihološki poremećaji u periodu klimaksa u većoj meri rezultat

dubokih socijalnih promena, u odnosu na biološke promene. U literaturi, pogotovu šezdesetih godina, dosta se spekulisalo sa pojmom "prazno gnezdo", koji se odnosio na period kada poslednje dete napušta roditeljski dom zbog školovanja, zaposlenja ili osnivanja sopstvene porodice.

Ovom krupnom događaju pripisivan je ogroman krizogeni značaj, te je nastao pojam "sindrom praznog gnezda", koji u sebi sadrži mnoštvo psiholoških i somatskih simptoma nastalih u tom periodu.

U krizogene faktore klimakterijuma takođe spada i smrt supruga ili jednog od roditelja. Gubitak roditelja može biti i simbolički, kao u slučaju kada ostareli roditelji, od lica koja su nekada pružala razne vidove pomoći i podrške, sada postaju lica kojima je neophodna briga, materijalna i emocionalna pomoć i podrška. Nadalje, krizogeni faktor ovog životnog ciklusa je i promena uloge, od majke, žena postaje baba. Nova uloga joj donosi puno gratifikacija, ali i podseća na nemilosrdan proces starenja. Postoje podaci da su žene iz niže socijalne klase, koje su od rane mladosti postale domaćice, brinule o kući i potomstvu, u klimakterijumu ispoljavale više subjektivnih te-

goba, u odnosu na žene koje su bile zaposlene i imale više uloga.

U periodu klimakterijuma, po važećim medicinskim klasifikacijama, pojavljuju se sledeći krizogeni faktori: bračni, roditeljski, interpersonalni, radni, finansijski, razvojni, zdravstveni, koji mogu predstavljati pretnju ili dovesti do ugrožavanja telesnog, psihičkog i/ili socijalnog integriteta, do gubitka značajnih osoba, društvenog i socijalnog statusa, kao i do gubitka, za zdravlje žene, značajnih pozitivnih stimulusa. Po sociogenetskim teorijama gubitak društvenog statusa (u ovom slučaju odlazak u penziju), ili nemogućnost ostvarivanja osnovnih egzistencijalnih potreba u okviru određenih socijalnih prilika, može dovesti do javljanja depresije. U literaturi se navode sledeća 4 životna događaja koji utiču na pojačanu vulnerabilnost žena: gubitak majke pre navršene 11 godine starosti (reaktivacija rano doživljene traume može izazvati veću vulnerabilnost na dejstvo krizogenih faktora, doprinoseći većem riziku za razvoj depresije; nezaposlenost (žena

uglavnom ima jedino ulogu domaćice i angažovana je oko podizanja dece); troje ili više dece nižih starnih grupacija koja žive sa majkom; nedostatak odnosa poverenja i bliskosti sa osobama iz socijalnog okruženja.

Žene koje imaju velike obaveze oko podizanja i vaspitavanja dece veoma su prijemčive za razvoj depresije u klimakterijumu. Nedostatak osobe od poverenja u kombinaciji sa dejstvom krizogenog faktora, ali i nezavisno od njega, dovodi do pojačavanja psiholoških i somatskih simptoma.

Pojava klimakteričnih tegoba se može neprijatno doživljavati, zahtevujući biološku, socijalnu i psihološku, kako pasivnu, tako i aktivnu adaptaciju na novonastale uslove, a zavisno od strukture ličnosti žene. Navode se 4 koping mehanizma u klimakterijumu u zavisnosti od strukture ličnosti:

-Introspektivne žene su u stanju da sagledaju šta se sa njima događa, nalaze zadovoljstvo u harmoničnom bračnom životu, dobroj

integraciji sa okolinom, zadovoljavajućom poslovnom karijerom ili u snažnoj religioznosti.

-Lične koping strategije, svojstvene su ženama niže inteligencije, poreklom iz nižih socio-ekonomskih kategorija, iz seoske sredine, koje prihvataju somatske neprijatnosti kao klimakterične, ali nisu preokupirane tim tegobama.

-Neurotični koping, javlja se kod 8-15% žena koje su i ranije imale neurotična ispoljavanja. One su često kupirane događajima na svom telu, teško prihvataju prestanak menstruacije kao simbola "ženstvenosti" i seksualnosti.

-Hiperaktivnost kao koping stil, javlja se u 5-10% žena, koje ne iznose nikakve žalbe vezane za klimakterični period. Ovakav pristup je možda najefikasniji.

Problem depresije u različitim životnim ciklusima žene zahteva multidisciplinarni pristup, i pronalaženje adekvatnog mesta za psiho-socijalne faktore u nastanku i terapiji ovog sve češćeg psihičkog poremećaja.



PSIHIJATRIJSKI POREMEĆAJI TOKOM TRUDNOĆE I NAKON POROĐAJA



Mr sci. dr Miodrag Stanković, dečki psihijatar, porodični terapeut misas@sbb.co.yu



Prof. dr Srbobran Miljković, neuropsihijatar, psiholog



Prof. dr Aneta Lakić, neuropsihijatar aneta.lakic.npk@gmail.com

Tradicionalni stavovi pojedinih kultura nose sa sobom povećan rizik od oboljevanja, dok druge imaju protektivne običaje. Interesantni su podaci iz jednog Indijskog istraživanja koji ukazuju da je rizik od pojave

Tradicionalni stav je da su trudnoća i porođajstvo vreme radosti i dobrog raspoloženja. Međutim, surovi podaci iz pedantnih naučičkih beleški ukazuju da u tom periodu blagoslovenosti žena nije zaštićena od psihičkih smetnji. Blizu dve trećine njih sa psihijatrijskim poremećajem postanu majke, a čak jedna trećina tokom trudnoće i nakon porođaja može imati epizodu nekog mentalnog poremećaja. Podaci pokazuju da uzrok smrtnosti porodilja u 12% slučajeva pripada psihijatrijskim poremećajima (postpartalna depresija, psihoza i bipolarni poremećaj), pri čemu je suicid čak na drugom mestu, iza kardiovaskularnih bolesti. Svako 25-to dete ne uspe da preživi majčinstvo majki obolelih od posleporođajne psihoze.

depresije u patrijarhalnim društvima veći kod majki koje su rađale žensku decu, što se tumači većim socijalnim pritiskom i favorizovanjem rađanja muške dece. Sa druge strane, istraživanja u Nigeriji ne beleže slučajeve postpartalne depresije, što se objašnjava kroz tradicionalni kolektivism da "odgajanje deteta zahteva učešće celog sela". Takođe, u latinoameričkim državama, pokazalo se da je običaj da porodilja prvih 40 dana nakon porođaja bude pošteđena svih drugih obaveza osim nege deteta. To ima značajan zaštitni uticaj po opšte raspoloženje majke.

Međutim, postavlja se pitanje, kako to da zablude još uvek opstaju, uvlačeći u svoju mrežu i lekare? Odgovor možda treba potražiti i u samoj prirodi poremećaja. Depresivnim pacijentkinjama je najveći problem da zatraže pomoć, jer je takav čin ujedno i dokaz njihove neadekvatnosti. Od psihotičnih pacijentkinja i ne treba očekivati motivisanost i dobrovoljni pristanak na psihijatrijski pregled, jer zbog gubitka kontakta sa realnošću takva kategorija pacijenata najređe samo-

inicijativno traži stručnu pomoć. Dijagnostičku procenu dodatno komplikuje potreba da se napravi prikladan balans između potrebnog tretmana majke i zaštite fetusa i dojenčeta od eventualno štetnih dejstva terapije, obzirom da za sada ne postoji jedinstveni terapijski vodič.

Najoptimalni terapijski uslovi za pacijentkinju obolelu od postpartalne depresije i psihoze predstavlja hospitalizacija nje i deteta u specijalno organizovanoj psihijatrijskoj jedinici, pod uslovom da dete nije somatski ugroženo. Stanje pacijentkinje se bitno popravlja primenom psihosocijalnih intervencija, psihofarmakoterapije.

Prognoza je po pravilu dobra. Tako piše u savremenim psihijatrijskim vodičima. U našim uslovima, dakle, takve preporuke predstavljaju neobaveznu psihijatrijsku lektiru. A lektira se čita za vreme lenjeg raspusta (nadamo se da se tekst neće pojaviti u jesen). Međutim, ambiciozni autori ovog teksta su navijački tekst prvenstveno priredili svim stručnjacima koji su u kontaktu sa trudnicom i porođajom u cilju senzi-

bilizacije na prepoznavanje peripartalnih psihijatrijskih poremećaja kao urgentnog stanja u u medicini, a ne samo u akušerstvu i psihijatriji.

Prema konvencionalnoj definiciji, postpartum predstavlja period koji započinje četvrtim porođajnim dobom i traje narednih 4-6 nedelja. Međutim, opšti zaključak proistekao iz kliničke prakse, ukazuje da pod postpartalnim periodom u psihološkom smislu treba podrazumevati prvih šest meseci, pa čak i godinu dana nakon porođaja.

Ne postoji, za sada, nijedna zvanična i opšte prihvaćena klasifikacija perinatalnih psihijatrijskih poremećaja. Većina psihijatarata koji se bave ovim problemom u Americi sada opisuje tri oblika postpartalnih poremećaja: 1) postpartalnu tugu (bluz; eng. blues); 2) postpartalnu depresiju i; 3) postpartalnu psihozu. Obzirom da tema ovog broja neobavezno diktira i njegov sadržaj, skoncentrisaćemo se na prva dva poremećaja.

Postpartalna tuga (eng. Postpartum Blues), sindrom trećeg dana

Postpartalna tuga se posebno izdvaja zbog svoje učestalosti javljanja, ali se pre može posmatrati kao deo fiziološkog procesa nego psihopatologije. Sa druge strane, zbog svoje evolucije i jasnog kontinuiteta sa postpartalnom depresijom, izdvojena je i kao stanje koje zaslužuje kliničku pažnju.

Javlja se nakon trećeg postpartalnog dana pa sve do kraja prvog meseca, veoma retko kasnije. Može se očekivati da između 50-85% porodilja ispolji simptome postpartalnog bluz. Takva porodilja je emocionalno labilna, razdražljiva, zabrinuta i plačljiva bez nekog značajnog razloga. Često ne razume zašto nije uzbuđena i srećna kao što su ostali članovi porodice, ili ima osećanje krivice zbog lošeg raspoloženja onda kada se od nje očekuje da bude srećna. Obično se žali na nesanicu ili preteranu pospanost, slab ili

preteran apetit. Etiologija je još uvek nejasna, ali se u literaturi često pominje nagli pad estrogena, progesterona, kao i psihološka struktura ličnosti porodilje. Posebno je interesantna teorija o i neuroaktivnoj supstanci strukturalno sličnoj progesteronu koja se tokom trudnoće stvara u nervnim ćelijama limbičkog sistema, a ima GABA-agonistički uticaj. Nagli

Pojava postpartalne tuge je nezavisna od kulturalnih i demografskih uticaja, zbog čega se najčešće posmatra kao endogeno uslovljena, ali se kao faktori rizika pominju i interpersonalni konflikti sa članovima porodice i prijateljima, stresogeni životni događaji (npr. rođenje deteta sa anomalijama), prethodno bolan PMS, antepartalna depresija, ranije depresivne epizode.

pad ove supstance koji usledi nakon porođaja dovodi do pojave simptoma sličnih apstinencijalnom sindromu zavisnosti od benzodijazepina. Pojava postpartalne tuge je nezavisna od kulturalnih i demografskih uticaja, zbog čega se najčešće posmatra kao endogeno uslovljena, ali se kao faktori rizika pominju i interpersonalni konflikti sa članovima porodice i prijateljima, stresogeni životni događaji (npr. rođenje deteta sa anomalijama), prethodno bolan PMS, antepartalna depresija, ranije depresivne epizode. Veći značaj ima u diferencijalnoj dijagnozi u odnosu na druge afektivne poremećaje. Prognoza je dobra. Stanje se spontano poboljšava za manje od 10 dana.

Antepartalna i postpartalna depresija

Postpartalna depresija se definiše kao svaki nepsihotični depresivni poremećaj tokom prve 4 nedelje nakon porođaja, a prema istraživačkim kriterijumima tokom prvih godinu dana nakon porođaja, pri čemu poremećaj može imati početak i tokom trudnoće. Termin se ne odnosi na postpartalni bluz i druge postpartalne psihičke poremećaje. Postojanje antepartalne depresivnosti je skoro

pozitivan prognostički znak za pojavu postpartalne depresije sa različitim kliničkom slikom.

U periodu trudnoće i porođaja, depresivnost žena je 4 puta češća nego inače, a u toku prvog postpartalnog meseca čak 35 puta češće nego u drugim životnim periodima žene. Utvrđeno je da na svakih 1000 normalnih porođa-

ja, 100-150 žena oboli od depresije (10-15%), a 1-4 razvije postpartalnu psihozu (0,1-0,4%). U proseku, samo 20-25% depresivnih žena u postpartalnom periodu potraži profesional-



nu pomoć. Takođe, značajan broj postpartalnih psihičkih poremećaja najčešće ostaje nedijagnostifikovan i samim tim ne lečen. Simptomi depresije se vremenom mogu spontano izgubiti, ali najveći broj nelečenih žena je depresivan i godinu dana nakon porođaja.

Posledice neprepoznate i prolongirane depresivnosti majke, predstavljaju faktor rizika i za majku i dete, pogotovo u smislu povećanja morbiditeta i moraliteta odojčadi. Obolela trudnica i majka nije u stanju da na adekvatan način emocionalno odgovori potrebama deteta pre i posle porođaja, kao ni tokom kritičnog razvojnog perioda. Takođe, ove trudnice su pod velikim rizikom za pothranjenost, razvoj hipohromne anemije, zloupotrebu

psihoaktivnih supstanci i preporođajne socijalne neprilagodljivosti.

Postpartalna depresija se češće javlja kod porodilja mlađih od 20 godina, nižeg obrazovnog ranga, neudatih, samohranih, nezaposlenih, čiji partner nije želeo dete, koje nemaju pomoć oko nege bebe, loše materijalno i stambeno situiranih, izloženih stresnim životnim događajima, bez podrške partnera, porodice i prijatelja. One ujedno, najređe traže stručnu pomoć.

Karakteristični simptomi su postojanje veoma uporne nesanice nevezane za ritam spavanja i budnosti bebe, gubitak apetita, brza zamorljivost i preterana razdražljivost. Međutim, najčešći razlog zbog kojeg se pacijentkinja sama može javiti lekaru je pojava neprihvatljivih ideja o povređivanju deteta. Uobičajene rečenice kojima pacijentkinja opisuje svoje stanje nakon porođaja su da prolazi "kroz veoma težak period" ili "jedan od najtežih perioda u životu". Tokom razgovora pacijentkinja može izraziti da ima doživljaj bespomoćnosti, neadekvatnosti i negativno sagledavanje sebe („ništa nije kako treba, jer sam ja loša“), iskričljivo interpretirati događaje („nikada ništa nije ni bilo dobro“) i pesimistički anticipirati buduće događaje („biće samo još gore“). Pacijentkinja može imati ambivalentan odnos prema bebi i intenzivan doživljaj sebe kao loše majke i supruge, pri čemu može svaki partnerov komentar tumačiti kao znak odbacivanja i nedostatka ljubavi. Doživljavanje trenutne životne situacije može biti u toj meri izmenjeno da može zaključiti da je bolje da je mrtva ili da su mrtvi i ona i beba. Suicidalne ideje mogu postojati, ali je rizik od suicida manji nego kod postpartalnih psihoza.

Klinički, psihoza se u 50% slučajeva zapaža već u toku prve postpartalne nedelje, a pomenuti znaci depresije se tada obogaćuju bizarnim, nihilističkim ili paranoidnim sumanutim idejama u vezi pacijentkinje i njenog deteta, kao i halucinacijama u oblasti svih čula, psihomotornom uznemirenoću i nepredvidljivim ponašanjem.



Tokom razgovora pacijentkinja može izraziti da ima doživljaj bespomoćnosti, neadekvatnosti i negativno sagledavanje sebe („ništa nije kako treba, jer sam ja loša“), iskričljivo interpretirati događaje („nikada ništa nije ni bilo dobro“) i pesimistički anticipirati buduće događaje („biće samo još gore“). Pacijentkinja može imati ambivalentan odnos prema bebi i intenzivan doživljaj sebe kao loše majke i supruge, pri čemu može svaki partnerov komentar tumačiti kao znak odbacivanja i nedostatka ljubavi.



	Inicijalna materinska indiferentnost	Sindrom trećeg dana (postpart.tuga)	Postpartalna nepsihotična depresija	Postpartalna psihoza
Prevalenca	40% kod primipara	50-70%	10-15%	0,1-0,2%
Glavni faktori rizika	Prolongiran i bolan porođaj, ili porođaj pod anestezijom	Bolan PMS, stresni životni događaji, interpersonalni konflikti	Prethodne epizode depresivnosti, familijarno opterećenje za afektivne poremećaje, lišenost bračne i socijalne podrške	Mlađi uzrast, prva trudnoća, prethodna postpartalna psihoza, prethodan afektivni poremećaj, carski rez, perinatalna smrt ploda
Najčešće javljanje	Prvog dana nakon porođaja	Od trećeg dana do kraja prvog meseca	Može se nastaviti na antepartalnu depresiju ili u prvih 6 nedelja posle porođaja. Najčešće se klinički diagnosticuje između 3. i 6. meseca postpartalno	Od trećeg dana do kraja 6. nedelje, a najčešće između 3-20. dana puerperijuma
Uobičajeno trajanje	Tri dana	Do 10 dana (ne više od 3 nedelje)	6-8 nedelja (do godinu dana bez terapije)	6-8 nedelja (i duže bez terapije). 80% se spontano oporavi tokom godinu dana
Karakteristične kliničke slike	Pacijentkinja saopštava da nema nikakvih osećanja prema svojoj bebi, niti oseća potrebu da nešto učini za nju	Emocionalno labilna, razdražljiva, zabrinuta i plačljiva bez nekog značajnog razloga	Bezrazložna tuga, osećanje krivice, misli o besmislenosti života, gubitak interesovanja za većinu aktivnosti, gubitak ili uvećanje apetita, nesanica ili preterana pospanost, uznemirenost, dekoncentrisanost	Agitacija, konfuzija, formalni i sadržajni poremećaj mišljenja, poremećaj raspoloženja, halucinacije, sumanutosti, bizarno ponašanje, agresivnost
Rizik od suicida ili čedomorstva	Praktično ne postoji	Mali	Postoji	Značajan
Terapija	Pružanje tačnih i pravovremenih informacija o prirodi i toku poremećaja, podrška porodice	Informisanost, podrška porodice	Psihoterapija, farmakoterapija, socioterapija i podrška, po potrebi hospitalizacija, EKT	Hospitalizacija, stručni nadzor, potkrepljivanje stvaranja privrženosti prema bebi, farmakoterapija, psihoterapija, socioterapija, EKT
Prognoza	Dobra	Dobra	Promenljiva, uglavnom dobra sa terapijom	Promenljiva, 65% se oporavi uz terapiju

Tabela 18. Postpartalni afektivni poremećaji¹

¹ Adaptirano iz **Reece EA, Hobbins JC, Mahoney MJ (eds): Fetus and Mother: Medical Principles and Practice.** Lippincott, 1992; 1293-1307; **Downey J. Recognizing the Range of Mood Disorders in Women.** Medscape Women's Health eJournal 1(4), 1996.

Prevenција i psihosocijalne intervencije

Ukoliko pacijentkinja leči sterilitet ili planira trudnoću, a koristi psihotropne lekove, potrebno je napraviti novi terapijski plan u konsultaciji sa psihijatrom.

Zbog široke kontrolisane upotrebe benzodijazepina (Bensedina, Diazepam), preporučuje se informisanje opšte populacije o njihovom štetnom uticaju tokom rane trudnoće.

Postoje značajne povoljnosti korišćenja Ednburškog protokola (EPDS) u proceni psihičkog stanja trudnice i porodilje.

Kod svih trudnica je potrebno registrovanje socijalnih i bioloških faktora rizika (pogotovo postojanje prethodne puerperalne psihoze, nepuerperalnih afektivnih poremećaja i familijarnog opterećenja) tokom kontrolnih antepartalnih pregleda.

Pokazalo se da u prevenciji depresivnosti postoji značajan pad skorova na EPDS kod majki iz rizične grupe koje su bile na kognitivno-bihejvioralnoj ili porodičnoj terapiji, koje su pohađale edukativne programe za buduće roditelje, koje su bile posećivane od strane patronažnih sestri i, koje su išle na kontrolne preglede kod psihijatra i ginekologa jednom nedeljno tokom 6 nedelja.

"Rizičnu" trudnicu (i njenu porodicu) lekar-akušer treba da uputi na konsultativni pregled psihijatra.

Pokazalo se da u prevenciji depresivnosti postoji značajan pad skorova na EPDS kod majki iz rizične grupe koje su bile na kognitivno-bihejvioralnoj ili porodičnoj terapiji, koje su pohađale edukativne programe za buduće roditelje, koje su bile posećivane od strane patronažnih sestri i, koje su išle na kontrolne preglede kod psihijatra i ginekologa jednom nedeljno tokom 6 nedelja.

Obzirom da je utvrđeno da 6% partnera (muškaraca) depresivnih pacijentkinja, takođe pokazuje znake depresije nakon porođaja partnerke, ima smisla podržati porodično savetovanje.

Svako novorođenče koje je bilo izloženo dejstvu psihotropnih leko-



va, neophodno je držati pod monitoringom nakon porođaja zbog opasnosti od pojave apstinencijalnih simptoma.

Potreban je rad na nacionalnom programu podrške, formiranje jedinica za majku i dete pri psihijatrijskim klinikama, seminarska edukacija lekara opšte prakse, patronažnih

dilje, poster kampanja u ginekološko-akušerskim klinikama, institucijama za zaštitu menalnog zdravlja, kao i domovima zdravlja i ambulantama opšte prakse. Preporučuje se i omogućavanje psihijatrijske supervizije telefonskim putem, pogotovo za ruralne oblasti.

Detaljnije podatke o poremećajima tokom trudnoće i nakon porođaja, elementima procene psihičkog stanja, dijagnostičkim instrumentima (upitnik), terapijskim protokolima (pogotovo kod akutnih psihijatrijskih stanja: suicidalnost, agresivnost, paranoidnost i konfuzna stanja), uz pregled korisne literature možete naći u udžbeniku "Urgentna stanja u perinatologiji" (Gl. Urednik Petar Miladinović, Medicinski fakultet, Niš, 2006).

sestara i socijalnih radnika, pospešivanje antepartalnog i postpartalnog skrininga (pogotovo rizične grupe), štampanje brošura za poro-



ZDRAV SAN ZDRAVLJA VREDI!

Trećinu svog života provodimo na jastuku spavajući.
Zdrav san leči i daje snagu!

Kvalitetan jastuk, prvi je uslov za miran i zdrav san.

Naš proizvod, **ERGO** jastuk, je antialergijski, savršeno se priladodava obliku tela i zato je najpovoljniji za odmaranje mišića i zglobova, vrata, ramena i glave.

ERGO jastuk se preporučuje astmatičarima, bolesnicima pluća, deci sa spazmatičnim bronhitisom, bebama, ljudima koji imaju problema sa kičmom, išijasom kao i svim zdravim ljudima koji žele zdravo da spavaju, jer...

Zdrav san je Osmeh
Zdrav san je Bistar Um
Zdrav san je Energija za Ceo Dan

ERGO jastuk
...za Svaki Dan...

corona

018/ 211-698, 219-197
064 405 84 77



HAND MADE

DEPRESIJA KOD ADOLESCENATA

VODIČ ZA RODITELJE

Ana Milenković,
psiholog

ana.milenkovic.psy@gmail.com

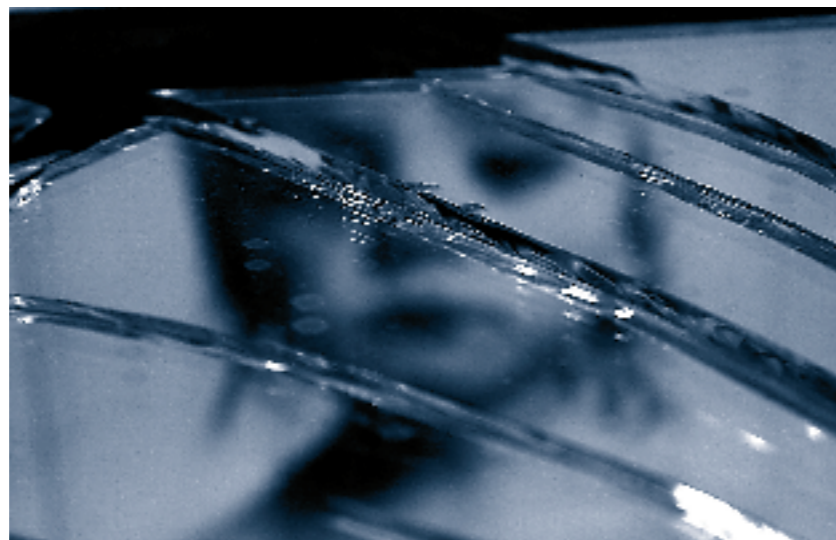
Adolescencija (lat. adolescere znači „postati zreo, sazreti“), počinje sa postizanjem polne zrelosti u razdoblju puberteta, dok se za gornju granicu uzima vreme postizanja emocionalne i socijalne zrelosti koji podrazumevaju iskustvo, spremnost i sposobnost da se preuzme uloga odraslog, što podrazumeva 24 godine starosti.

Svaki stručnjak za decu ili mlade ljude (imam dilemu kako da ih oslovim, zamislite kako je tek njima!), reći će vam da je zaista teško povući jasnu paralelu. Ipak, nije i nemoguće.

Simptomi depresije kod adolescenata

Glavni psihosocijalni zadatak adolescencije je formiranje čvrstog ličnog identiteta koji je uslovljen biološkim, psihičkim i socijalnim sazrevanjem. Formiranje identiteta je proces nalaženja odgovora na pitanje „ko sam“, „gde pripadam“, „šta želim da postignem“, „kakav želim da budem“. Priroda nije bila blagonaklona prema malom čoveku koji se trudi da poraste i nađe svoje mesto pod suncem. Naprotiv, prva barijera na koju nailazi, ukoliko je imao

Vaš adolescent se čudno ponaša u poslednje vreme – izbegava razgovor sa vama, odbija da jede, često se zatvara u svoju sobu... Zabrinuti ste i u nedoumici da li je u pitanju problem za koji ne znate, depresija ili jednostavno – normalni simptomi adolescencije.



„srećno detinjstvo“, jesu fizičke promene.

U ovom periodu vršnjaci zauzimaju prvo mesto u životu mladog čoveka, koji mu kroje i nameću standarde lepote, kao i neizostavni mediji i drugi socijalni faktori. Ukoliko naš adolescent upadne u depresiju, menja se i njegov doživljaj telesne sheme, što se može manifestovati bulimijom, jo-jo dijetama, prežderavanjem, ili u najekstremnijim slučajevima, anoreksijom. Pored toga što remeti režim ishrane, ritam spavanja se takođe menja. Počinje da preterano spava, bežeći na taj način od samog sebe, a može patiti i od ne-

sanice. Razredna vas zove na razgovor, jer je „dete“ strašno popustilo u školi, nepažljivo je na času, onim retkim danima kada je u školi. Vraćate se iz škole preneraženi i shvatate da vam dete nije tu. Čekate ga, mobilni je nedostupan, a pala je noć. Depresivna deca ponekad beže od kuće, čime šalju poruku da žele vašu pomoć, koliko god to vama nelogično izgledalo. Zove vas otac prijatelja vašeg adolescenta, skrećući vam pažnju da ih je po ranijem povratku kući zatekao kako puše travu. Na žalost, zloupotreba psihoaktivnih supstanci je vrlo čest pratilac depresije kod mladih ljudi, jer na taj način mi-

sle da će pobeći od surove im stvarnosti.

Poremećaj polnog identiteta u adolescenciji je specifičan psihopatološki oblik koji se povezuje sa neuspešnom integracijom psiholoških procesa u prihvatanju svoga pola, svoje polne uloge i uopšte, polnosti, tj. muškosti ili ženskosti, uz sasvim normalno biološko određenje pola. Osim što prolazi kroz raznorazne fizičke promene, dobija i mnoštvo novih uloga za koje nije dovoljno pripremljen. I tako se javi konstantan osećaj napetosti i predviđanje da će se nesto loše dogoditi u određenim situacijama, opšteprisutno sopstveno uverenje da je inferiorniji od drugih, da ga društvo ne može prihvatiti kao takvog i da se nikome ne može svideti. Izrazita hipersenzitivnost može prouzrokovati česte napade plača, ili, kontradiktorno tome, česte izlive besa, ljutnje ili nasilja. Stalno surfovanje internetom ili igranje igrice jesu jedan vid bežanja od realnosti i način upotpunjavanja vremena uzrokovano naglim smanjenjem socijalnih interakcija, prestanka treniranja omiljenog sporta ili nekog drugog hobija. Preokupiranost idejom da bi mogao biti odbijen ili kritikovan, strah da se okruži ljudima, osim ako nije siguran da će im se zaista svideti dovodi do toga da se adolescent drži starog, dobro poznatog društva u strahu da bi mogao biti odbijen, suvišan ili jednostavno loše prihvaćen. Sebe vidi kao ružnog, bezvrednog gubitnika koji nije dostojan ničije pažnje i ljubavi. Kada ovakve misli postanu dominantne, depresivni adolescent može razmišljati i o radikalnom izlazu-samoubstvu. Nemojte se oglašivati oko signala koji vam šalje – šali se na račun samoubistva, izjavljuje da je „bolje bi mi bilo da sam mrtav“, „voleo bih da nestanem zauvek“, „ne postoji izlaz iz situacije“. Pozitivan stav prema smrti i njeno romantično prikazivanje kroz priče ili pesme, često navodno nenamerno povređivanje, prekomerno pijenje, prebrza vožnja automobila, mogu biti odraz stava prema životu, odnosno njegovom nipodaštavanju i željom za okončanjem.

Šta dovodi do ovakvih stanja?

Nizak socio-ekonomski status, siromaštvo, loše obrazovanje i nezaposlenost u porodici mogu biti činioci rizika. Loši porodični odnosi i traumatski događaji tokom detinjstva ostavljaju jak pečat na malog čove-

kao i deca koja rastu u rigidnim porodicama.

Dete mi je depresivno. Šta dalje?

Za početak razgovarajte. Stavite mu do znanja da ste uz njega bez obzira na sve i to potpuno bezu-



ka koji bi tek trebalo da se oblikuje. Ukoliko supružnici imaju afektivne ili neke druge psihijatrijske poremećaje, ponašanje nekog člana porodice uklapa se u antisocijalni obrazac, uz koji obično ide i zloupotreba psihoaktivnih supstanci i/ili alkoholizam, velike su šanse da se kod deteta razvije tzv. „naučena bespomoćnost“, što će ga, gotovo sigurnim koracima odvesti u depresiju. Ukoliko se često svađate sa supružnikom, pri tom ulazite i u fizičke sukobe, potrudite se da to ne radite pred decom i potražite stručnu pomoć porodičnog terapeuta. Nemojte zapostavljati dete zbog karijere, čestih promena boravišta, stalnih odsustvovanja od kuće, razvoda, smrti nekog člana porodice... Nikako nemojte pred njega postavljati prevelike zahteve. Zapišajte se prvo šta dete zaista želi i koliko može. Deca koja su fizički ili seksualno zlostavljana imaju mnogo veće šanse da se razbole od depresije u odnosu na svoje vršnjake,

slovno. Nemojte paničiti, napadati ga i postavljati mu suvišna pitanja. Bitno je da mu stavite do znanja da ste voljni i spremni da mu pružite podršku na bilo koji način. Prva reakcija adolescenta „optuženog“ za depresiju neretko je zatvaranje i ćutanje. Pričanje o problemima je u tom uzrastu veoma teško. Poštujte granice do kojih vam se dete otvara, pokažite da se saosećate sa njim i da ste spremni da ga saslušate onda kad bude spreman.

Ukoliko dete tvrdi da ne postoji problem, ne ignorirajte svoje instinkte i simptome koje ste uočili, uzimajući u obzir njihovu ozbiljnost i trajanje. Imajte na umu da je poricanje jak mehanizam odbrane i da postoji mogućnost da vaš mali čovek i ne uočava da ima problem. Najbolje bi bilo da vaš mali čovek i vi potražite stručnu pomoć psihologa ili psihijatra. Možda ste i preuveličali simptome, ali bolje je da vam savest smiri stručno lice, zar ne?

ALKOHOLIZAM ILI DEPRESIJA

(depresija + anksioznost = alkoholizam)



Prim.dr Vojin Popović,
psihijatar

popovic@bankerinter.net

Oko 3-5% celokupne svetske populacije čine alkoholičari. Ako se posmatra samo punoletna populacija, broj obolelih od alkoholne bolesti je 10-15%. Od tog broja, 10% je muškaraca i 3-5% žena. Konzumiranje alkohola prisutno je i kod maloletnika: 5% učenika osmog razreda svakodnevno konzumira alkohol, a u završnim razredima srednje škole taj broj ide i do 20%. Oko 2/3 srednjoškolača se napije bar jednom u šest meseci!

U Nišu, gradu sa 300.000 stanovnika, ima 10-15.000 alkoholičara. Na bolničko lečenje godišnje se javi samo oko 400 njih. Socio-medicinske posledice alkoholne bolesti su katastrofalne: prosečan životni vek alkoholičara je oko 55 godina, sa 40 godina starosti 75% ima telesne komplikacije alkoholne bolesti, 10 godina radnog staža provedu na bolovanju, 3 puta se češće povređuju na poslu, svaki četvrti pacijent koji se primi u psihijatrijsku bolnicu je alkoholičar, 15% saobraćajnih nesreća uzrokovano je alkoholom, 25% pacijenata na hirurškim i internim odeljenjima čine alkoholičari, alkoholizam je u 90% slučajeva uzrok huliganskih postupaka, lečenje jednog alkoholičara godišnje košta dr-

žavu 100 puta više nego ostala populacija...

Alkoholna bolest ima brojne telesne i psihičke komplikacije. Od telesnih komplikacija najznačajnija su

poremećaji alkoholičara (depresija, neuroze, poremećaji ličnosti).

Ranije se smatralo da se opšti psihički poremećaji (depresija, neuroze, poremećaji ličnosti) relativno



oštećenja nerava, jetre, pankreasa, srca. U terminalnim stadijuma oboljenja ovih organa dolazi i do smrtnog ishoda (ciroza jetre, pankreatitis, miokardiopatija). Psihičke komplikacije su takođe česte: delirium tremens, alkoholna halucinacija, alkoholna paranoja, alkoholna epilepsija, alkoholna demenca, patološko napito stanje, opšti psihički

retko javljaju kod alkoholičara, odnosno, da se javljaju kao sekundarni u odnosu na alkoholizam u 90% slučajeva. Međutim, poslednjih godina brojna istraživanja, ali i naša iskustva na Odeljenju za alkoholizam Specijalne psihijatrijske bolnice govore da se alkoholizam često javlja kao sekundarni poremećaj. Sekundarni (simptomatski) alkoholi-

izam najčešće se javlja kod poremećaja ličnosti i ciklotimnih osoba. Kod ovih osoba sa dominacijom afektivnih simptoma (ciklotimija - ciklična promena raspoloženja), postoji tzv. pseudoperiodični (pseudodip-somanski) alkoholizam: osobe piju samo u subdepresivnim ili hipomaničnim fazama.

Depresija (primarni ili sekundarni poremećaj)

Čest je komorbiditet (istovremeno prisustvo) depresije i alkoholizma. Depresija je uzrok velikog broja samoubistava kod alkoholičara. Od svih samoubica, 20% čine alkoholičari. Oko 80% alkoholičara bar jednom u životu ima period sa intenzivnim depresivnim simptomima. Od tog broja, 1/3 njih ima simptome major (velike) depresije bar dve nedelje! Nakon jedne nedelje apstinencije 40% alkoholičara ima depresivne simptome. Dakle, često se postavlja pitanje šta je starije, koka ili jaje (da li se prvo javlja depresija, a potom alkoholizam ili je stvar obrnuta).

Takođe, postavlja se pitanje da li je alkoholizam samo depresivni simptom, odnosno da li su alkoholičari depresivne osobe koje imaju latentno i prolongirano suicidalno ponašanje (kao i ostale bolesti zavisnosti, gde konzumiranje supstance polako, ali sigurno vodi u smrt). Da li je alkoholizam izraz Frojdovog tanatos nagona (nagon smrti, nagon za destrukcijom, uništenjem)?

Iskustva domaćih i stranih stručnjaka koji se bave problemom alkoholizma, ukazuju na postojanje depresivnih simptoma kod velikog broja alkoholičara. Brojne studije ukazuju na blagotvorno dejstvo antidepresiva u lečenju alkoholnih za-

visnika. Antidepresivi, naročito oni novije generacije (Flunirin, Cipralex, Seroxat, Zoloft, Efectin, Trittico, Remeron), vrlo brzo dovode do poboljšanja njihovog psihičkog stanja.

Naime, tokom prve nedelje lečenja antidepresivima dolazi do smanjenja anksioznosti i regulisanja spavanja. Krajem druge nedelje dolazi do značajnog poboljšanja raspoloženja. Takođe, dolazi i do smanjenja žudnje (eng. "craving") za alkoholom, kao i do porasta motivacije za dužom apstinencijom. Objašnjenje je relativno jednostavno. Alkoholol dovodi do porasta pojedinih supstanci u mozgu (serotonin, dopamin) koji popravljaju raspoloženje. Prestanak konzumacije alkohola

Čest je komorbiditet (istovremeno prisustvo) depresije i alkoholizma. Depresija je uzrok velikog broja samoubistava kod alkoholičara. Od svih samoubica, 20% čine alkoholičari. Oko 80% alkoholičara bar jednom u životu ima period sa intenzivnim depresivnim simptomima. Od tog broja, 1/3 njih ima simptome major (velike) depresije bar dve nedelje! Nakon jedne nedelje apstinencije 40% alkoholičara ima depresivne simptome.

dovodi do smanjenja gore pomenutih supstanci i posledičnog depresivnog raspoloženja. Antidepresivi nadomeštaju antidepresivno dejstvo alkohola i samim tim otklanjaju de-

presivne simptome (neraspoloženje, nemogućnost doživljavanja radosti, doživljaj bezperspektivnosti, gubitak inicijative, volje, nesanica, smanjenje apetita, seksualnog nagona, socijalnih kontakata). Studije ukazuju i na to da i kada nastane ponovno propijanje, alkoholičari piju manje količine alkohola nego bez antidepresiva.

Umesto zaključka

Na kraju, možemo reći da je depresivnost česta kod alkoholičara. Još uvek ne znamo da li je depresija primarno ili sekundarno oboljenje u odnosu na alkoholizam.

Važno je da antidepresivi povolj-

no utiču na povlačenje depresivnih simptoma, smanjenje želje (žudnje) za alkoholom, kao i na jačanje motivacije za dužom apstinencijom.



DROGA - (PSEUDO) TERAPIJA DEPRESIJE



Ivan Topalović,
psiholog

psihoivan@yahoo.com

Objekat je sve ono što obezbeđuje zadovoljenje potreba. Kako tokom razvoja postoje različite potrebe, tako se menja i objekat za koji se dete vezuje (Smirnof, 1970).

Mladalaštvo, odnosno adolescencija je period burnih emocionalnih promena. Takođe, karakterišu ga intenzivna osećanja i duboka preživljavanja, jačih ili slabijih regresivnih podsećanja na period ranog detinjstva i objektnih odnosa, uz neodoljivu potrebu za novim i drugačijim odnosima u socijalnom okruženju.

Razumljivo je da će u ovom periodu doći do izražaja sve ono što je tokom detinjstva i najranijeg razvoja skupljeno i pohranjeno u emocionalnom životu pojedinca. Pojava afektivnih poremećaja, anksioznosti i straha, neprilagođenog ponašanja i ponašanja kojima pokušavaju da se razreše afektivni poremećaji ili pronađu putevi dostizanja novog zadovoljstva u skladu sa novom osećajnošću savremenog sveta vezuje se najviše za period adolescencije. U tom periodu su strepnja i melanhlija, praznina i otuđenost, često jedini i prateći sadržaji egzistencije.

Nasleđe detinjstva, nelagodnosti sadašnjosti i nepredvidljiva nepoznata i često neizvesna budućnost, pojavljuju se u fazi adolescencije

Prema psihoanalitičarima, značajna narušavanja psiholoških i socijalnih činilaca homeostaze mogu, posebno u ranijim fazama razvoja osobe, da dovedu do poremećaja biološke strukture (neurohemijaska komunikacija), kao i do konflikta, koji kao potisnuti, nesvesni faktori, remete mentalno, posebno emocionalno funkcionisanje i aktivnosti čoveka. Kvalitet emocionalnog života ima svoje korene u ranom detinjstvu, odnosno u odnosima između deteta i najvažnijih objekata. Emocionalna iskustva u najranijem detinjstvu postavljaju osnov budućim emocionalnim reagovanjima. Osnovni pokretač razvoja deteta jeste potreba za odnosom sa objektom.

kao stres koji svojim kumulativnim dejstvom narušava psihosocijalu ravnotežu. Droga predstavlja pokušaj traženja prečice i ona je put lažnog rešenja krize.

Psihobiološka razvojna teorija (Prescott, 1982) govori o tome da nedostatak senzornih i afektivnih stimulusa u najranijem razvoju, dovodi do anatomoneurobio-

Nasleđe detinjstva, nelagodnosti sadašnjosti i nepredvidljiva nepoznata i često neizvesna budućnost, pojavljuju se u fazi adolescencije kao stres koji svojim kumulativnim dejstvom narušava psihosocijalu ravnotežu. Droga predstavlja pokušaj traženja prečice i ona je put lažnog rešenja krize.

hemijaskih poremećaja i poremećaja afektiviteta uz senzoričku glad koja se manifestuje na različite načine. Između ostalog, manifestuje se i kroz "traganje za senzacijama" i zloupotrebom droga. Ova teorija ističe značaj kulture koja utiče na oblikovanje ljudskog ponašanja, ne zanemarujući uticaje savremenih društvenih kretanja. "Nova osećajnost" savremenog sveta, često podrazumeva nedostatak emocionalne razmene i afektivnog imputa u odnosima između deteta i najvažnijih objekata.

Način na koji će se majka odnositi prema detetu, zavisi od njenih emocionalnih potencijala, ali i od kulture koja određuje obrazac odnosa i stimuliše odnosno destimuliše neophodne senzoričke i afektive uticaje.

Izuzetan značaj u formiranju emocija imaju afektivne veze koje se uspostavljaju kroz prisustvo dovoljno senzornih stimulusa. Proces

spajanja čulnog i afektivnog dovodi do zadovoljstva. Deprivacija (uskraćivanje, lišavanje) senzornih modaliteta koji su važni u anatomofunkcionalnoj organizaciji centralnog nervnog sistema dovodi do značajnih poremećaja. O afektivnoj deprivaciji govorimo onda kada majka neadekvatno reaguje na somatosenzorne impulse, kao i u situacijama kada i objektivno postoji afektivno i senzoričko lišavanje. Nedostatak afektivnih veza ispoljava se, pored neraspoloženja, i drugim

oblicima emocionalnog reagovanja i ponašanja. Tako se navodi da u osnovi fizičke agresije (prema sebi i prema drugima), u osnovi alkoholizma, zavisnosti od droga, itd. postoji slaba izgrađenost afektivnih veza sa objektom (Bowlby 1969, Friedman 1986).

Obično oni koji su imali iskustvo deprivacije uzimaju droge da bi popravili raspoloženje. Oni regulišu

zaštitom, toplinom, ljubavlju, kao što droga izlaskom iz organizma dovodi do gubitka zadovoljstva. Kvalitete patološke strasti određuje stepen vezanosti za objekat, odnosno drogu. Depresivna struktura budućeg ili aktuelnog zavisnika, kao izraz simbiotskog konflikta, predstavlja motiv više da se sa drogom regulišu afektivni poremećaji. Od životno važnog objektnog odnosa sa maj-

Dugotrajni problematični odnosi između adolescenata i njihovih roditelja, koji dovode do depresije, ali i do alkoholizma i zloupotrebe droga kod mladih, jesu odnosi prezaštićavanja dece. Najčešće se radi o tipičnom roditeljskom paru praštajuće i prezaštićujuće majke i slabog i nesposobnog oca, koji funkcionišu po obrascu: manje podrške, više zaštite (Bernardi, 1989). Ovako ponašanje podržava zavisnost i nesigurnost deteta. U adolescenciji mlad čovek će nemogućnost nastavka zavisnog odnosa sa roditeljima, najčešće sa majkom, zameniti doživljajem gubitka i depresijom.

svoj nedostatak time što povećavaju aferentne stimuluse kroz razne oblike ponašanja, ali i kroz hemijske nadražaje raznih delova mozga koji su odgovorni za izazivanje ili pojačavanje senzoričkih doživljaja. Droga postaje izbor kojim se rešava problem uskraćenog objekta, odnosno posledica tog uskraćivanja na jednom neurobiohemijaskom i psihološkom nivou.

Psihološka strast u odnosu sa drogom izražava depresivnu strukturu zavisnika i njegovu potrebu da poseduje objekat zadovoljstva onako kako nikada nije mogao da poseduje objekat majke, a još manje svaki drugi objekat. Naime, droga se može uzeti ili odbaciti. Ali samo na početku odnosa sa njom. Kasnije, kada se uspostavi psihološka i fizička zavisnost, odnos sa drogom postaje veoma sličan simbiotskom odnosu sa majkom, odnosno objektom koji treba da zadovoljava sve potrebe koje su osnovi zadovoljstva i izbegavanja nezadovoljstva. Osim toga, simbiotski odnos sa majkom, kao i sa drogom, može biti lako izgubljen. Simbiotske tendencije narastaju do nivoa patološke strasti baš iz tog razloga što majka kao voljeni objekat može osujetiti detetovu potrebu za

komzavisnik je prešao veoma dug put alijenacije, stvarajući hemijsko-psihološki odnos sa drogom. Taj odnos je toliko čvrst da spolja gledano predstavlja pravu simbiozu, odnosno patološku strasnu vezu.



Ta veza ne ostavlja niti jednu slobodnu valencu kojom bi zavisnik mogao da uspostavi i druge odnose. U fazi razvijene psihičke i fizičke zavisnosti- zavisnik postaje zaposednuti objekat.

Antipodi bazičnog emocionalnog odnosa između roditelja i dece

su odnosi vezivanja i zavisnosti sa jedne, i odnosi zanemarivanja i odbacivanja sa druge strane. Između ovih antipodnih relacija određuje se roditeljstvo, ili konkretno, materinstvo, kojim će se dete za majku vezivati onoliko koliko mu je potrebno za njegovo osećanje sigurnosti, a napuštati ga upravo onda kada je spremno za slobodu i samostalnost. Za ovako rafinirani zadatak odrasli nisu uvek spremni, često iz individualnih psiholoških razloga.

Dugotrajni problematični odnosi između adolescenata i njihovih roditelja, koji dovode do depresije, ali i do alkoholizma i zloupotrebe droga kod mladih, jesu odnosi prezaštićavanja dece. Najčešće se radi o tipičnom roditeljskom paru praštajuće i prezaštićujuće majke i slabog i nesposobnog oca, koji funkcionišu po obrascu: manje podrške, više zaštite (Bernardi, 1989). Ovako ponašanje podržava zavisnost i nesigurnost deteta. U adolescenciji mlad čovek će nemogućnost nastavka zavisnog odnosa sa roditeljima, najčešće sa majkom, zameniti doživljajem gubitka i depresijom.

Klasa mladih, iako stalno u težnji

da se postavi opozicionalno prema odraslima, inkorporira težnju ka vrhovima zadovoljstva, jer je ona u skladu sa novom estetikom izuzetnog, drugačijeg i fascinantnog. S druge strane, nezadovoljstvo je iminentno mladalaštvu kao fazi u procesu sazrevanja. Težnja da se ono

prevazilazi je stalna. Nezadovoljstvo mladog čoveka se razlikuje od nezadovoljstva čoveka kao predstavnika vrste i nosioca civilizacije. Mlada osoba u periodu adolescencije napušta stari, poznati i uspokojavajući objektni svet, u kome su predstave roditelja centralne figure, a zatim ulazi u nepoznato, prvi put sam i odgovoran za sebe. Anksioznost, depresija, nezadovoljstvo i besmisao prate ovu kriznu fazu svakog pojedinačnog individuacionog procesa.

Različite su reakcije ljudi kada se hvataju u koštac sa problemima u životu. Neki se povlače, usamljuju, smiruju, teže relaksaciji, a drugima je potrebna stimulacija, povišenje arousala i doživljaja svemoći, dok se treći prepuštaju fantaziranju i mašti. Upotreba sva tri mehanizma reagovanja se najčešće odvija simultano.

Sva tri stanja, relaksacija, povišenje arousala i fantaziranje mogu se izazvati i drogama. Droge se čak i dele prema efektima koje izazivaju na tri grupe: depresore tj. droge

koje izazivaju sedaciju, stimulanse, koji povišavaju arousal, i halucinogene.

Izbor određene droge nije ni malo slučajna. Efekat izabrane droge, droge koja se zloupotrebljava ili koja je dovela do zavisnosti, gotovo uvek je ego sinton.

Biti „high“, kao i težnja za neprekidnom ekstazom prestaju da budu samo estetski kvalitet današnjice tj. pokušaj negiranja konflikta kao njihovog uzroka.

S druge strane, moderni senzibilitet se nijansira i traganjem za senzacijama kao posebnom crtom ličnosti savremenog mladog čoveka. Traganje za senzacijama podrazumeva potrebu za novim i složenim doživljajima, za uzbuđenjima i novim iskustvima, a koja se ostvaruje čak i uz veliki rizik za fizički integritet pojedinca ili uz rizik od socijalne reakcije (Zuckerman, 1969).

Ciljevi ovakvog ponašanja su dostizanje uzbuđenja i novih iskustava, dezinhibicija i izbegavanje do-

sade. U osnovi ovakvih težnji leži glad senzorijske i potreba za povišenjem arousala, ali i defekat u integraciji senzornog inputa do viših nivoa svesti i osećanja.

Ovakvu senzoričku glad i nemogućnost obrade stimulacija u više kvalitete svesti i osećanja, izazivaju rane emocionalne i senzorijske frustracije koje prate gubitak objekta, separaciju ili socijalnu deprivaciju. Stoga ovako rano deprivirana osoba pokušava da koriguje deficit naknadnim senzornim inputom ili naknadnom korekcijom nivoa osećanja, a kroz karakteristično ponašanje.

Visok je stepen korelacije između traganja za senzacijama i upotrebe droga jer se u osnovi upotrebe droga često može detektovati somatosenzorna i afektivna deprivacija koja se koriguje efektima psihoaktivnih supstanci (Pedersen, 1989).

tanakan[®]
standardizovani ekstrakt Ginkgo bilobe **EGb 761**

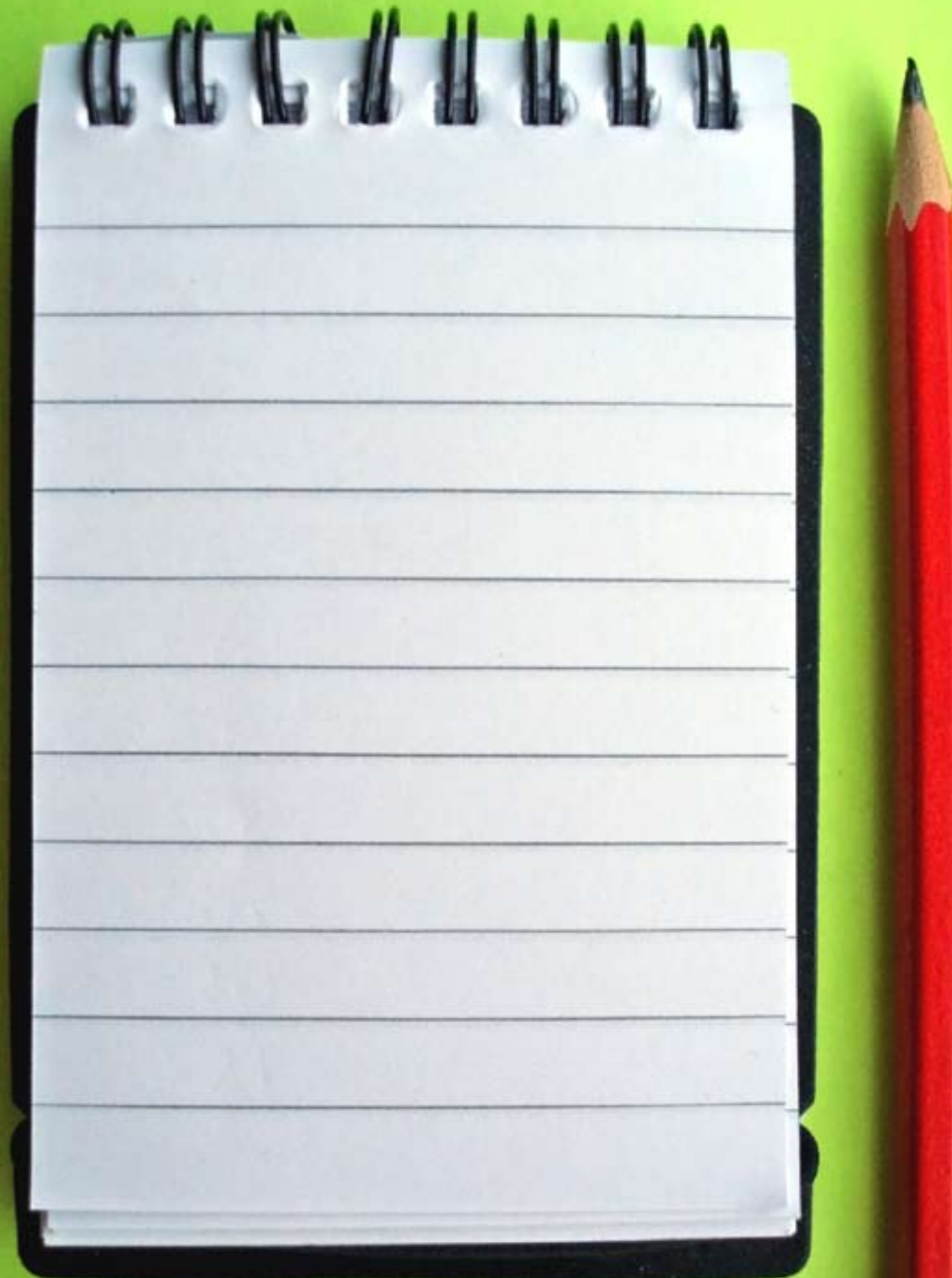
JEDINI
preparat Ginkgo bilobe priznat od Svetske zdravstvene organizacije kao

LEK*

tanakan harmonija

IPSEN
Innovation for patient care

*Levels: Value of Ginkgo biloba in treatment of Alzheimer's dementia. With Med. Biochem. 2002; 115: 118-22



DEPRESIJA I SAMOUBISTVO



Snežana Anakiev,
psihijatar

Prihvatajući da je nagon za samoodržanjem najjači, a strah od smrti imanentan ljudskom biću, pitanje samoubistva dobija kompleksno značenje.

Šta je suicid?

Dilema ja ostala, ali su ponuđeni različiti i mnogobrojni odgovori. Samoubistvo kao izraz hrabrosti ili suprotno, bekstvo od neizdžive realnosti. Čin usmeren protiv Boga i obaveza prema društvu, ili najviši izraz slobode čoveka koji odlučuje o tome hoće li i kako živeti. Nekada i kao deo rituala – harakiri i društveno određenih pravila da sluga ne može da nadživi gospodara, a žena umrlog muža.

Razvoj nauke rasvetljava druge aspekte ovog fenomena. Francuski sociolog Dirkam, osnivač suicidologije, tumači suicid kao nesposobnost pojedinca da se integriše u socijalnu zajednicu.

Da li je stvarnost zaista toliko nepodnošljiva? Da li je samoubistvo patološki fenomen ako dominira nad nagonom somoodržanja?

Prema jednoj od definicija, samoubistvo podrazumeva postupke kojima čovek sebi oduzima život, vođen težnjom da se ubije, pri čemu

Život je teško objasniti, treba ga živeti. Konstatacija sa kojom bi se većina složila. Neki bi rekli da je život već time što je počeo objasnio i opravdao sebe samog. Većini ljudi je ipak, u svim vremenima, pitanje suštine života tražilo više od jednog odgovora. Život se, međutim, ne može shvatiti niti sagledati kao izolovani fenomen i u uslovljenoj je povezanosti sa smrću.

je svestan posledica svoje odluke. Podrazumeva, dakle, da je počini-lac bio zdrave psihe, uračunljiv prema pravnom pojmu uračunljivosti, odnosno, razume značaj svog čina i vlada svojim postupcima.

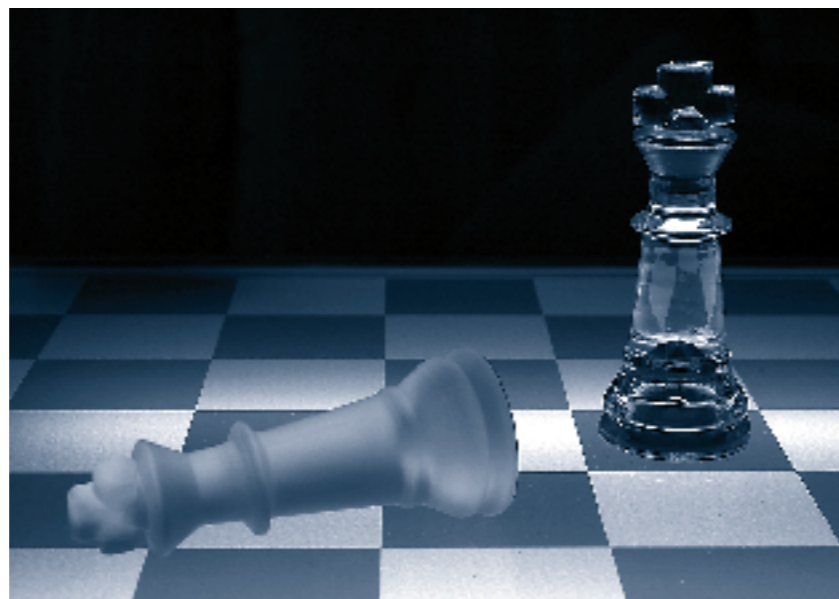
Statistika, međutim, ukazuje da je najveći procenat samoubistava (70-98%) učine ljudi sa nekim težim psihičkim poremećajem, osobe u terminalnim fazama bolesti i zavisnici-naročito alkoholičari.

Brojke pokazuju i sledeće- u SAD je samoubistvo 8. po redu uzročnika smrti sa 31000 smti godišnje. Muš-

karci tri puta češće izvršavaju samoubistvo od žena.

Pokušaj suicida češći je kod mlđih žena, ali su u realizaciji uspeš-niji stariji muškarci. U ratu broj samoubistava opada, a u vreme unutrašnjih kriza raste. Češće je među osobama koje potiču iz razorenih porodica.

U mladalačkoj anamnezi i među osamljenima, suicidu su skloniji ljudi koji su već bili počinioci nekog krivičnog dela, posebno homicida. Broj samoubistava u gradu je dva puta češći nego u seoskim područji-



ma. a maksimalan broj samoubistava se dogodi u decembru.

Noćna i jutarnja samoubistva češća su od dnevnih. Velika je verovatnoća da će oni koji su već jednom pokušali samoubistvo pokušati ponovo.

Iz svegan avedenog na zaključak da samoubica ima jake unutrašnje i spoljašnje razloge- genetsku dispoziciju i opterećujuće realne životne okolnosti: gubitak objekta za koji je bio vezan, loša materijalna i profesionalna situacija, razoreni dom, odsustvo obaveza i životnog cilja, usamljenost.

Iako svaka autodestruktivnost nije znak depresije, svaka depresija sadrži agresiju koja nije upućena prema spolja već prema unutra. Tako je depresija bolest najčešće udružena sa samoubistvom.

Problem je, međutim, dijagnostikovati oblike blago ispoljenih simptoma ili one koji su izraženi hroničnim umorom, gubitkom energije, ili maskirani telesnim tegobama. Od ukupnog broja pacijenata koji se jave lekru opšte prakse 1/3 ima psi-

Depresivna simptomatologija je najizraženija ujutro, kada je psihička tenzija najniža, a prati je porast fizičke snage. Suročen sa novim danom koji donosi ponovnu patnju, prati osećanje krivice i beznađa i negativna interpretacija bolesnika da je vinovnik tuđe nesreće, fizička snaga omogućiti će realizaciju suicidalnih misli. To objašnjava i potvrđuje statistički podatak da su samoubistva najčešća u ranim jutarnjim satima.

hičke probleme, od toga je polovina depresivnih.

Od ukupnog broja ljudi koji pokušaju suicid 45% ljudi u toku poslednja dva meseca pre tog čine posete lekara opšte prakse, 1/2 njih to učini u polsednjih nedelju dana, 2/3 slučajnih samoubistava u anamnezi ima pokušaj ili druge oblike suicidalnih misli.

Put od simptoma depresije i samoubistva nije uvek tih i neprime-tan, niti svaka depresija završava suicidom. Napetost, nervoza, neraspoloženje neretko pozivaju u pomoć najdostupniji antidepresiv-alkohol. Vremenom, lek postaje uzrok novih epizoda neraspoloženja, te viđena slika u ordinacijama lekara navodi na pitanje da li je osoba prvo bila depresivna ili je prvo počela da

pije. I kao uzrok i kao posledica, alkohol pomaže samoubistvu.

Tradicionalni stav i novija ispitivanja saglasna su u tome da alkohol nije povezan sa planiranjem suicida, ali je u tesnoj sprezi sa suicidalnim mislima i neplaniranim pokušajima. Iznenadna autoagresija može biti otkočena pićem, čak i u onim dozvoljenim-umerenim količinama kod osoba koje su impulsivne. Zaključak da se patnja može brzo okončati podizanjem ruke na sebe donosi se naglo, pre nego je posledica odluke koja je unapred planirana Udružena depresija i alkohol sreću se kod ličnosti koje mišljenje o sebi zasni-vaju na stavu okoline prema njima. Samopoštovanje je izuzetno podložno uticaju sredine. Podrška i pažnja ili njihov nedostatak, interpretira se kao pokazatelj vrednosti osobe zavisne od tuđeg mišljenja. Sa niskim samopoštovanjem i depresivnim raspoloženjem, mišljenja da nisu prihvaćeni od drugih, postaju potencijalni kandidati za suicid. Samoubistvo dakle, nije izolovan čin. Ringel kaže da je to kraj drame koja

Sva depresivna stanja, bez obzira na način nastanka, karakterišu se autodestruktivnošću.

Upravo iz tog razloga se depresivnost smatra najznačajnijim faktorom suicidalnog rizika. U okviru toga endogene depresije su od posebnog značaja. Depresivna simptomatologija je najizraženija ujutro, kada je psihička tenzija najniža, a prati je porast fizičke snage. Suročen sa novim danom koji donosi ponovnu patnju, prati osećanje krivice i beznađa i negativna interpretacija bolesnika da je vinovnik tuđe nesreće, fizička snaga omogućiti će realizaciju suicidalnih misli. To objašnjava i potvrđuje statistički podatak da su samoubistva najčešća u ranim jutarnjim satima.

Rizičan je početak i kraj depresivne epizode. U samoj bolesti, kada su simptomi izraženi u punoj snazi, ophrvani crnim mislima, bez energije i volje za bilo kojim delanjem, čin samoubistva nije očekivan. Na početku i kraju, međutim, kada snage ima, a moguć je i uvid, krizni su trenuci za saoubilački akt. Potreb-

traje godinama. Opisuje fenomene koji signaliziraju samoubistvo i fine presuicidalni sindrommeptom: progresivno opadanje interesovanja, aktivnosti i gubitak motiva; pojačana agresivnost koje se ne prazni, već je retrofleksirana; fantazmi o samoubistvu.

Kada su biološki i socijalni motivi u padu i gube prevlast nad autodestrukcijom, u jednom trenutku dovode se u istu ravan. To je period kada osoba pokušava suicid. Apel-fenomen koji je po svojoj prirodi protivrečan nosi poruku „ja ne želim da živim ovako, pomozite mi da bih mogao da nastavim život u drugim okolnostima!“. Ovaj fenomen najmanje je izražen kod realizovanih samoubistava.

na je maksimalna opreznost okoline zbog izrazite spremnosti kojom depresivni bolesnici teže samoubistvu. Iz tih razloga suicide u psihijatrijskim ustanovama nije moguće izbeći, mogu se samo menjati brojke kao statistički parametri učestalosti.

Svaki apel, svaki pokušaj samoubistva je stanje koje zahteva bolničko lečenje i adekvatni medikamentozni i psihoterapijski pristup. Uprkos ni malo lepoj statistici i predviđanjima navedenim ranije, psihijatrija i farmakologija ostavljaju više prostora i mogućnosti za lečenje stanja i bolesti koje prethode suicidu, prema tome i preveniraju samoubistva.

Depresija ima leka.

KOGNITIVNO BIHEJVIOURALNA TERAPIJA DEPRESIJE



Ass. dr Olivera Žikić,
psihijatar, kognitivno
bihevioralni terapeut
deyo@bankerinter.net

Kognitivno bihevioralna terapija pomaže obolelima da se oslobode simptoma tako što ih uči kako da promenom ponašanja i stavova, otklone ono što se promeniti može a ima negativan učinak. Konkretno se misli na one stavove i ponašanje koje doprinose da se tegobe održavaju, pojačavaju, ili nastaju.

Kognitivno bihevioralna terapija za depresivne pacijente u najvećem broju slučajeva traje od 16-20 seansi. Radi se o jednočasovnim seansama koje se izvode u ritmu jednom nedeljno. Međutim, ako se radi o težim oblicima, seanse su učestalije i mogu biti i svakodnevno. Važno je napomenuti da je moguća i kombinovana terapija sa lekovima, jer svaka od navedenih vrsta tretmana deluje na različite delove centralnog nervnog sistema, te je efekat sveobuhvatniji.

Svaka kognitivno bihevioralna terapija počinje sa edukacijom pacijenta o sopstvenoj bolesti i o tome šta je to u ponašanju i stavovima pacijenta što pomaže da se bolest održava i pojačava. Edukacija još uvek ne predstavlja psihoterapijski rad, ali je uvod za ono što kasnije pacijent treba da primeni u rešavanju problema.

Kognitivno bihevioralna psihoterapija je vrsta tretmana gde se depresivnim pacijentima pomaže u rešavanju tegoba bez upotrebe leka. Može se primeniti kod svih oblika depresije i predstavlja tzv. psihoterapijsku metodu izbora za tretman ove bolesti. To znači da se od svih poznatih psihoterapijskih metoda tokom kliničkog rada i istraživanja pokazala kao metoda koja najefikasnije uklanja depresivnu simptomatologiju. Pored kognitivno bihevioralne terapije, u literaturi se kao terapija izbora navodi još i interpersonalna psihoterapija.

Jedan od osnovnih problema kod pacijenata obolelih od depresije je taj što oni svet gledaju, kako se u narodu kaže, „kroz sive ili crne naočare“. Taj problem je najbolje de-

finisao sam tvorac kognitivne psihoterapije Aaron T. Beck, opisujući karakterističnu „kognitivnu trijadu“ depresivaca. On je je istakao da depresivni pacijenti kao osnovnu ka-



rakteristiku imaju negativno mišljenje o sebi, o budućnosti kao i o svetu oko sebe.

Recimo, depresivan pacijent je sklon da o sebi razmišlja kao o gubitniku, krivcu, nekom ko nije koristan član porodice i društva, ko je bezvredan i loš. Smatra da je budućnost uglavnom bezperspektivna, beznadežna, da će uvek biti loše i da neće moći da se izbori sa problemima.

Svet oko sebe vidi slično - ništa ne funkcioniše kako treba, ništa nije vredno truda, nikoga nije briga za njega i sl. Postoji i generalna sklonost da događaje interpretiraju negativno, kao i da se dominantno sećaju negativnih događaja u životu. Negativne događaje tipično smatraju kao nešto što se neda popraviti, generalizujući ih i na druge as-

votu! Da li bi ste bili srećni, puni vedrine, poleta i energije? Da li bi ste imali volje za svakodnevne poslovne i kućne aktivnosti? Da li bi bili zabrinuti ili bezbrižni? Na žalost, ovakvi stavovi depresivnih pacijenata ne dovode ni do čega drugog nego

Jedan od osnovnih problema kod pacijenata obolelih od depresije je taj što oni svet gledaju, kako se u narodu kaže, „kroz sive ili crne naočare“. Taj problem je najbolje definisao sam tvorac kognitivne psihoterapije Aaron T. Beck, opisujući karakterističnu „kognitivnu trijadu“ depresivaca. On je je istakao da depresivni pacijenti kao osnovnu karakteristiku imaju negativno mišljenje o sebi, o budućnosti kao i o svetu oko sebe.

do produbljavanja depresivnosti i održavanja tegoba.

Kognitivne metode pomažu pacijentu da prepozna svoje negativne procene koje nemaju osnovu i



pekte života. Uglavnom sebi daju preveliku (negativnu) ulogu u nastajanju nepovoljnih događanja. Često kažu „Ovo je samo moja krivica“, „Ja uvek sve upropastim“, „Upravo sam pokazao kako sam beskoristan“. Sa druge strane, pozitivne događaje smatraju samo privremenim, nečim što uglavnom ne zavisi od njih i što je bez dugotrajnih pozitivnih posledica. Recimo, „Ovo je bila čista sreća, nema veze sa mojim uložnim naporom“, „Ovo je izuzetak koji potvrđuje pravilo“, „Ovo je uspelo samo jer mi je kolega pomogao“. Zamislite sebe kako bi ste se osećali ako bi ste imali ovakve stavove o sebi i ži-

da pokuša da sebe i svet sagleda na adekvatniji i realniji način. Ovde se ne radi o tome da pacijent treba „pozitivno da misli“ ili da ima „dobre misli“ već o tome da misli i procenjuje realnije! To znači da, recimo, savet dat pacijentu da razmišlja „pozitivno“ ili o nečemu lepom, recimo da je na Havajima - nije od posebne pomoći. Od pomoći je da ga tokom psihoterapije naučimo da proverava istinitost svojih pretpostavki, odnosno da prepozna i promeni svoje pesimističke pretpostavke jer jedino na taj način - kada počne na život da gleda realnije - može da se oseća bolje i drugačije. To se postiže tako

što se pacijent uči da postavlja sebi pitanja poput onog da li u svom iskustvu ima dokaza da je njegova tvrdnja, recimo da je neuspešan u svemu što radi, tačna. Ima li dokaza da to nije tačno i da je u toku njegovog života bilo i trenutaka kada

je bio uspešan i sl. Može li na određeni događaj u životu da se gleda drugačije, odnosno da se potencijalni ishod sagleda na više načina, a ne samo na najgori. U početku terapeut postavlja logična pitanja koja pacijenta navode na adekvatniji zaključak o onome što se dešava, a zatim se od pacijenta očekuje da u trenutku kada prepozna svoju disfunkcionalnu misao koja vodi lošem raspoloženju, učini isto i primeni naučenu tehniku.

Ono što je veliki problem kod depresivnih pacijenata je to što se najveći broj povuče i prestane sa svakodnevnim aktivnostima. Postoji čak i teorija po kojoj se depresivnost razvija kao posledica toga što osoba u dužem vremenskom periodu nema aktivnosti koje joj donose zadovoljstvo, pa čak ni minimalno. Smatra se da se tada u mozgu ne stimulišu na stvaranje „supstance sreće“, te dominiraju one druge zbog čega postajemo tužni i prazni. Zbog toga je jedna od osnovnih bihevioralnih tehnika tzv. „bihevioralna aktivacija“.

Pacijenti se često žale da su potpuno bezvoljni i neaktivni i smatraju da je neophodno da im se prvo popravi raspoloženje, pa da se vrate normalnom funkcionisanju. Istraživanja su pokazala i potvrdila nešto sasvim drugačije. Naime, umesto da čekamo da se prvo popravi raspoloženje i onda da krenemo u akciju, mnogo delotvornije i efikasnije je da uradimo obrnuto - da započnemo sa aktivnostima, a to



će postepeno, zbog stvaranja „pozitivnih“ supstanci u mozgu, dovesti i do poboljšanja raspoloženja.

Metoda bihevioralne aktivacije se izvodi na sledeći način. Sa pacijentom se napravi spisak aktivnosti koje su mu ranije prijale i koje su ga činile zadovoljnim i srećnim. Takođe se napravi i spisak svakodnevnih obaveza koje je pacijent prethodno obavljao, a sada zbog bolesti ne radi. To nisu aktivnosti koje neminovno nose sa sobom zadovoljstvo, ali predstavljaju delatnost koja se mora obaviti radi normalnog funkcionisanja (poput usisavanja, pranja sudova, kupovine hleba, pa sve do najosnovnijih stvari koje su kod težih oblika depresije takođe zastavljene – poput umivanja, jutarnjeg oblačenja i sl.). Sa pacijentom se nakon toga napravi dogovor da svakodnevno obavi po jednu aktivnost koja mu je ranije donosila zadovoljstvo i jednu koja predstavlja neku obavezu. Počinje se od onih koje pacijent najlakše može da sprovede. Recimo, ako imamo pacijenta koji ima veoma težak oblik depresije, naravno da njegov početni zadatak neće biti da ode sa prijateljima na izlet (što

ga je ranije činilo srećnim i zadovoljnim) kada on, recimo, nije u stanju ni kraće vreme da boravi van kreveta. Broj aktivnosti, i jednih i drugih, se svake nedelje postepeno povećava.

Kognitivne metode pomažu pacijentu da prepozna svoje negativne procene koje nemaju osnovu i da pokuša da sebe i svet sagleda na adekvatniji i realniji način. Ovde se ne radi o tome da pacijent treba „pozitivno da misli“ ili da ima „dobre misli“ već o tome da misli i procenjuje realnije!

va. Pacijent ima za zadatak i da meri stepen zadovoljstva koje je tom prilikom osetio, kao i koliki je deo zadatka obavio. Obično imaju utisak

da im ta aktivnost neće pomoći da se osećaju ni malo bolje, kao i da neće uspeti da je uopšte urade. Kao po pravilu, pokaže se da su pogrešno procenili i da im je to prijalo do određene granice, a svaki sledeći put sve više i kvalitativno drugačije. Naravno ovo je samo deo i pojednostavljeni opis metode koja se pokazala veoma delotvornom u rešavanju depresivne simptomatologije.

U tretmanu depresije se koriste i druge metode iz paketa kognitivno bihevioralnih tehnika. Recimo, često su zastupljeni bihevioralni eksperimenti, tehnika rešavanja problema („problem solving“), asertivni trening i sl. Veoma je bitno da se tehnike primenjuju ispravno, redovno i uz stručnu pomoć kognitivno bihevioralnog terapeuta. Ova vrsta terapije je pomogla ogromnom broju depresivnih pacijenata, te postoji velika verovatnoća da može da

pomogne i drugima koji do sada nisu pokušali da na ovaj način razreše tegobe i prevladavanju depresivni poremećaj.



MODEL BIHEJVIOURALNO-KOGNITIVNOG TRETMANA SINDROMA HRONIČNOG ZAMORA



Mr Igor Krnetić,

Filozofski fakultet u Banja Luci
Psihološko savjetovanje Krnetić
krnetic@blic.net

Preliminarna istraživanja sugeriraju upotrebu bihevioralno-kognitivne terapije (BKT) u tretmanu SHZ s ciljem pomaganja pacijentima da nauče upravljati svojim aktivnostima, stresom i simptomima. U ovom tekstu prezentujemo model primjene bihevioralno-kognitivnih principa i tehnika u tretmanu SHZ koji smo razvili u *Psihološkom savjetovanju Krnetić* (PSK; www.krnetic.com).

Definisanje simptoma

Za SHZ karakterističan je ekstreman zamor koji (1) traje 6 ili više mjeseci, (2) nije rezultat trenutnih napora, (3) ne smanjuje se odmaranjem i (4) uzrokuje značajnu redukciju dnevnih aktivnosti. Pored zamora karakteristično je 8 dodatnih simptoma: slabljenje sposobnosti pamćenja i/ili koncentracije, osjetljivo grlo, osjetljivi limfni čvorovi, mišićna bol, bol u zglobovima bez otoka i crvenila, glavobolje nove vrste, obrazaca ili izraženosti, neokrepljujući san, zamor poslije aktivnosti, koji traje više od 24 sata.

Simptomi SHZ i njihove posljedice mogu biti ozbiljni i onesposobljavaju

Sindrom hroničnog zamora (SHZ) je onesposobljavajući i kompleksan poremećaj za koji je karakterističan izražen umor koji se ne smanjuje odmaranjem i koji se pojačava fizičkom i mentalnom aktivnošću, uz prisustvo različitih nespecifičnih simptoma. Osobe sa SHZ često funkcionišu na značajno nižem nivou od onog za koji su bili sposobni prije pojave bolesti. Dijagnostika SHZ je specifična, a tretman kompleksan i zahtjeva individualiziran pristup.

vajući jednako kao simptomi multiple skleroze, lupusa, reumatoidnog artritisa, urođene srčane mane i sličnih hroničnih stanja. Ozbiljnost simptoma varira od pacijenta do pacijenta, kao i tokom vremena kod istog pacijenta. Uz to, kod 20% do 50% pacijenata sa SHZ prisutni su sledeći uobičajeni simptomi: bol u stomaku, netolerancija alkohola, bol u grudnom košu, hronični kašalj, dijareja, vrtoglavica, suhe oči ili usta, aritmija, bol u vilici, mučnina, jutarnja ukočenost, psihološki problemi (depresija, anksioznost, panični napadi), osjećaj nedostatak vazduha, kožne senzacije, mravinjanje, mršavljenje.

Dijagnoza. Da bi bio dijagnostikovani SHZ, pacijent mora zadovoljiti dva kriterijuma:

1. Izražen hronični zamor koji traje 6 mjeseci ili duže, uz odsustvo drugih medicinskih stanja

2. Istovremeno prisustvo 4 ili više simptoma:

- slabljenje sposobnosti pamćenja i/ili koncentracije
- osjetljivo grlo
- osjetljivi limfne čvorove
- mišićnu bol
- bol u zglobovima bez otoka i crvenila
- glavobolje nove vrste, obrazaca ili izraženosti
- neokrepljujući san
- zamor poslije aktivnosti, koji traje više od 24 sata.

Simptomi moraju perzistirati ili se ponavljati tokom 6 ili više uzastopnih mjeseci i ne smiju postojati prije pojave SHZ.

Pri tome, ne postoje fizički znaci koji ukazuju na SHZ, niti postoje dijagnostički laboratorijski testovi za SHZ. Pacijenti koji pate od simptoma SHZ moraju biti pažljivo evaluirani pošto je mnoga medicinska stanja teško razlikovati od SHZ. Tako, na primjer, istraživanja u SAD (Centers for Disease Control and Prevention;

CDC; www.cdc.gov/cfs) ukazuju da je manje od 20% pacijenata sa SHZ dijagnostikovano.

Slična medicinska stanja

Opisana su brojna oboljenja sa sličnim spektrom simptoma: fibromialgični sindrom, mialgični encefalomijelits, neurastenija, višestruka senzibilitacija na supstance, hronična mononukleoza. Iako su primarni simptomi drugačiji, hronični zamor je često prisutan kod ovih stanja.

Ljudi svih uzrasta, bez obzira na pol, etničku i socioekonomsku pripadnost mogu imati SHZ. Najčešće se javlja kod ljudi starosne dobi između 40 i 50 godina, kod žena 4 puta češće nego kod muškaraca. Iako se mnogo rjeđe javlja kod djece nego kod odraslih, SHZ se može razviti i kod djece, naročito u doba adolescencije.

Druga stanja koja mogu prouzrokovati slične simptome

Brojna klinički definisana oboljenja mogu prouzrokovati zamor: hipotireoidizam, apneja u spavanju i narkolepsija, veliki depresivni poremećaj, hronična mononukleoza, bipolarni afektivni poremećaj, šizofrenija, poremećaji ishrane, karcinom, autoimune bolesti, hormonalni poremećaji, subakutne infekcije, gojaznost, zloupotreba alkohola ili narkotika, reakcije na medikamente. Dijagnoza bilo kojeg od navedenih stanja isključuje dijagnozu SHZ, osim kada je dijagnostikovano stanje adekvatno tretirano, te više ne objašnjava zamor i druge simptome karakteristične za SHZ

Mogući uzroci

Uprkos istraživanjima uzroci su nepoznati. Dosadašnja istraživanja su se fokusirala na odvojene uloge imunološkog, endokrinog i nervnog

sistema. Trenutno je u fokusu naučnih studija uloga njihove interakcije, kao i genetskih i sredinskih faktora. Takođe je važno napomenuti da SHZ nije uzrokovan depresijom. Naime, iako ove dvije bolesti često koegzistiraju, mnogi pacijenti sa SHZ nemaju depresivni, niti bilo koji drugi psihijatrijski poremećaj.

Faktori rizika

Ljudi svih uzrasta, bez obzira na pol, etničku i socioekonomsku pripadnost mogu imati SHZ. Najčešće se javlja kod ljudi starosne dobi

između 40 i 50 godina, kod žena 4 puta češće nego kod muškaraca. Iako se mnogo rjeđe javlja kod djece nego kod odraslih, SHZ se može razviti i kod djece, naročito u doba adolescencije.

Obuhvatan tretman

Ne postoji jedna terapija koja pomaže svim pacijentima sa SHZ. Pošto je uzrok nepoznat, tretman mora biti usmjeren na smanjenje simptoma i poboljšavanje funkcionisanja. To prije svega podrazumijeva promje-

Teorijska postavka treninga samoefikasnosti jeste da je ponašanje određeno očekivanjem. U tretmanu SHZ, očekivanje je bitno jer se odnosi na cilj tretmana, koji je neizvjestan. Zbog toga je potrebno kod pacijenta razviti očekivanje da ishod zavisi i od nepoznatih faktora, ali u isto vrijeme i očekivanje sopstvene efikasnosti u ponašanju (pridržavanje tretmana).

nu životnog stila uz medikamentoznu terapiju i pažljivo superviziranu fizikalnu terapiju sa vrlo umjerenim pristupom. Iako doktori oklijevaju da dijagnostikuju SHZ, tačna dijagnoza je veoma važna za planiranje, evalu-

aciju i ishod tretmana, pošto je prema istraživanjima (CDC) kasna dijagnoza povezana sa slabijim ishodom tretmana, odnosno duže prisustvo bolesti prije dijagnoze implicira komplikovaniji razvoj bolesti.

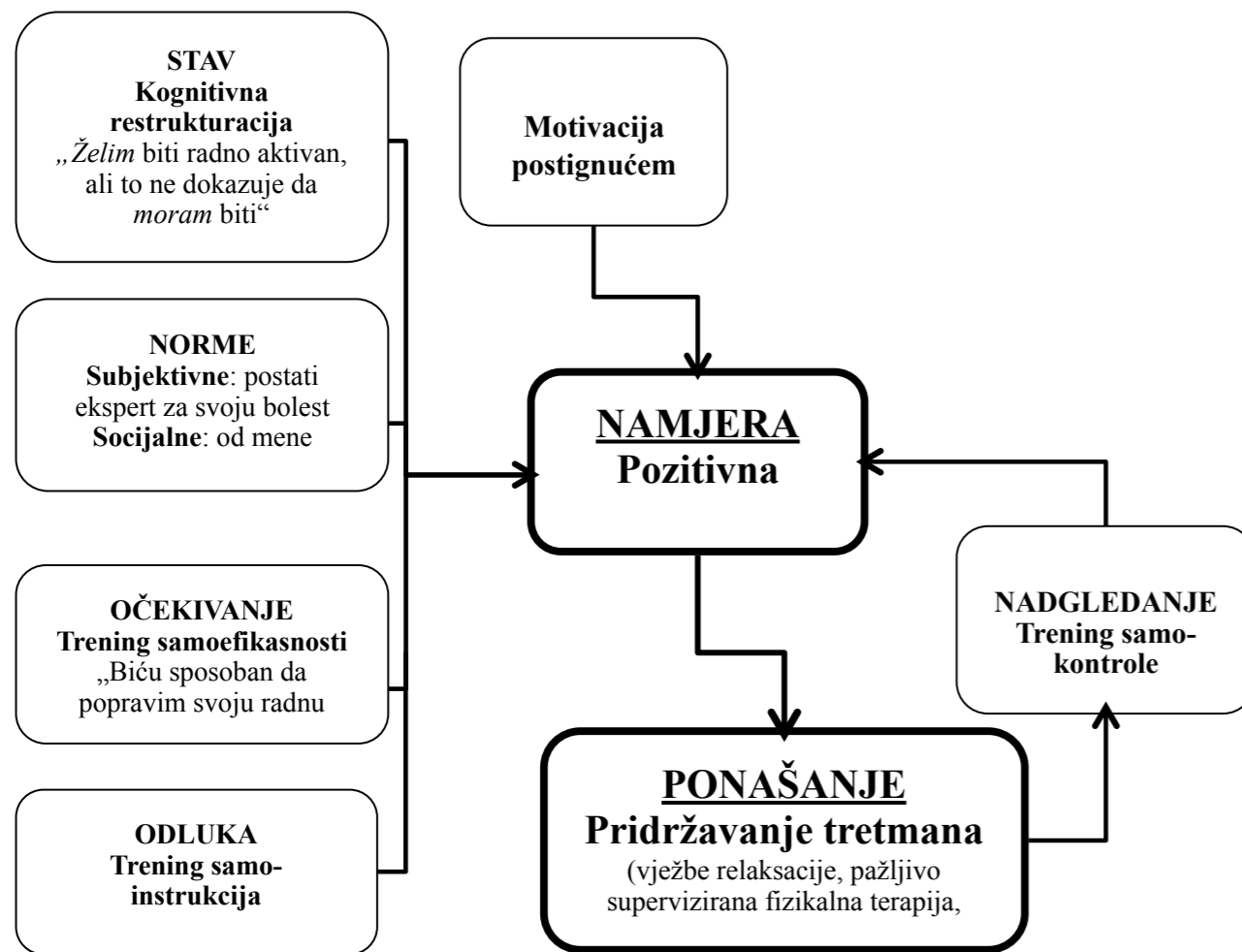
Oporavak

SHZ zahvata svakog pojedinca različito. Neki ljudi ostaju vezani za kuću, dok se kod drugih stanje popravi do tačke da mogu nastaviti sa poslom i drugim aktivnostima (najčešće uz prisustvo simptoma). Prema različitim studijama, stepen oporavka iznosi od 8% do 63%, a medijana je 40% za follow-up istraživanja. Potpun oporavak je rijedak, jer u prosjeku kod 5% do 10% pacijenata dođe do totalnog oporavka.

Navedeno ukazuje da je dijagnostika SHZ specifična, a tretman kompleksan i zahtjeva individualiziran pristup.

Bihevioralno-kognitivna terapija (BKT) ima značajnu ulogu za učenje pacijenata kako da se nose sa ovom bolešću i za razvijanje bihevioralnih obrazaca i strategija za ublažavanje simptoma. Preliminarna istraživanja sugeriraju upotrebu BKT u tretmanu SHZ s ciljem pomaganja pacijentima da nauče upravljati svojim aktivnostima, stresom i simptomima. Oblast upotrebe BKT u tretmanu SHZ se još uvijek istražuje, a ovdje prezentujemo model koji smo razvili u PSK.

Terapijska strategija ovog modela zahtjeva stvaranje dobrog radnog saveza i vrlo jasno i precizno postavljanje ciljeva i formulisanje problema. Tek nakon što su postignuti ovi preduslovi, prelazi se na



razvijanje individualiziranog plana tretmana. Kad se pređe na učenje bihevioralno-kognitivnih principa i tehnika, te kreiranje domaćih zadataka na osnovu njih, izuzetno važnu kariku našeg modela predstavlja upravljanje pacijentovom reaktivnošću na primjenu ovih principa i tehnika. Da bi to bilo moguće, ističemo važnost navedenih preduslova tretmana (dobar radni savez, jasno i precizno postavljani ciljevi i formulirani problemi).

Bihevioralne tehnike koje se upotrebljavaju su (1) progresivna mišićna relaksacija (PMR) i (2) *self-management* tehnike. PMR se ne upotrebljava u svrhu recipročnog inhibiranja određenih reakcija (sistematska desenzitizacija), već s ciljem učenja pacijenta opuštanju kroz primjenu blagih fizikalnih vježbi. *Self-*

management tehnike su: (1) trening samoefikasnosti, (2) trening samoinstrukcija i (3) trening samokontrole.

Teorijska postavka treninga samoefikasnosti jeste da je ponašanje određeno očekivanjem. U tretmanu SHZ, očekivanje je bitno jer se odnosi na cilj tretmana, koji je neizvjestan. Zbog toga je potrebno kod pacijenta razviti očekivanje da ishod zavisi i od nepoznatih faktora, ali u isto vrijeme i očekivanje sopstvene efikasnosti u ponašanju (pridržavanje tretmana). Cilj treninga samoefikasnosti je dvostruk: (1) korištenjem principa i tehnika koje je postavio Bandura razviti osjećaj samoefikasnosti (osjećaj pacijenta da će umjeti izvesti određena ponašanja koja zahtjeva tretman) i (2) korištenjem principa i tehnika koje je postavio Elis razviti kod pacijenta bezuslovno prihvatanje

sebe, koje se zasniva na procjeni ličnih osobina i ponašanja, ali ne i globalne lične vrijednosti na osnovu tih osobina i ponašanja. Suštinska bihevioralna komponenta treninga samoefikasnosti je omogućavanje samostalnog izvođenja aktivnosti uz fiziološku komponentu pozitivnog emocionalnog stanja. Glavni rezultati su zdrava nada i bezuslovno prihvatanje sebe, a oni utiču na formiranje racionalnog očekivanja koje doprinosi namjeri (pozitivna motivacija) da se počne i nastavlja sa primjenom propisanog tretmana.

Ponašanje je ishod samoinstrukcija, predstavlja teorijsku postavku **treninga samoinstrukcija** koji se zasniva na principima i tehnikama koje je postavio Majhenbaum. Sastoji se iz tri koraka: (1) osvještavanje disfunkcionalnih samoinstrukcija (npr. "Ne mogu ništa raditi, tako sam

umoran."), (2) traženje alternativnih samoinstrukcija (npr. "Umoran si, ali radi koliko možeš (ne preko toga!)." i (3) probavanje i izbor najdjelotvornijih samoinstrukcija po principu učenja kroz pokušaje i pogreške. Rezultat su kratke i jasne samoinstrukcije kojim pacijent u kritičnim momentima upravlja svojim ponašanjem preko pozitivne odluke da se primjeni tretman.

Trening samokontrole zasniva se na Kanferovoj teorijskoj postavci da se ljudi samokontrolišući bića (teorija samoregulatornih sistema). Sastoji se iz tri koraka: (1) samoposmatranje (self-monitoring), odnosno nadgledanje kako se izvode naučena ponašanja, (2) ocjena ponašanja (npr. "Ovo je bilo dobro / korisno / pomažuće, a ono je bilo loše / nekorisno / odmažuće.") i (3) potkrepljivanje pozitivnog uz zanemarivanje negativnog ponašanja. Treći korak je ključan i podrazumijeva učenje pacijenta aktivnom fokusiranju na pozitivno ponašanje i razmišljanje (umjesto na negativno), hvaljivanju sebe (npr. "Bravo!" "Svaka čast!") i nagrađivanju sebe (npr. šetnja, film, kupovina, restoran, masaža). Trening samokontrole ključan je za uspješno upravljanje pacijentovom reaktivnošću na primjenu ovih principa i tehnika (nadgledanje).

Kognitivne tehnike koje koristimo u našem modelu su sve naučno evaluirane tehnike, koje mogu biti upotrebljene za otklanjanje emocionalnih blokada koje se tiču SHZ, kroz identifikovanje disfunkcionalnih stavova, uvjerenja i kognitivnih procesa, te razvijanje funkcionalnih stavova, uvjerenja i normi, kao i efikasnih strategija za kontrolu disfunkcionalnih kognitivnih procesa (ruminiranja i brige). Tu spadaju: (1) preuokviravanje (npr. "Moj organizam me upozorava, a ne sprečava"), (2) kognitivna restrukturacija (npr. Elisova RE&KBT, Bekova KT, itd.), (3) kontrola disfunkcionalnih kognitivnih procesa (npr. stop-tehnika, distrakcija, Velsov ATT), (4) Elisova racionalno-emozivna ima-

ginacija, (5) racionalno donošenje odluka, itd.

Motivacija postignućem odnosi se na motivisanje pacijenta anticipiranjem pozitivnih efekata uspješno obavljenom i pozitivnim emocijama potkrepljenom aktivnošću. Naime, suprotno zdravorazumskom uvjerenju da prvo dolazi do javljanja motivacije za određenu aktivnost, a zatim do izvođenja te aktivnosti (npr. "Počecu sa tretmanom čim mi se javi

Naime, suprotno zdravorazumskom uvjerenju da prvo dolazi do javljanja motivacije za određenu aktivnost, a zatim do izvođenja te aktivnosti (npr. "Počecu sa tretmanom čim mi se javi motivacija."), prema modelu motivacije postignućem potrebno je prvo započeti aktivnost, a postignuće zatim dovodi do povećanja motivacije za tu aktivnost (npr. "Primjenicu propisani tretman, pa ako mi bude bolje, naravno da ću nastaviti."). Za primjenu ovog modela motivacije razvijene su tehnike koje se zasnivaju na imaginaciji postignuća

motivacija."), prema modelu motivacije postignućem potrebno je prvo započeti aktivnost, a postignuće zatim dovodi do povećanja motivacije za tu aktivnost (npr. "Primjenicu propisani tretman, pa ako mi bude bolje, naravno da ću nastaviti."). Za primjenu ovog modela motivacije

razvijene su tehnike koje se zasnivaju na imaginaciji postignuća.

* * *

Naučne evaluacije trebale bi da provjere efikasnost ovog modela primjene bihevioralno-kognitivnih principa i tehnika u tretmanu SHZ. Takođe, vjerujemo da se ovaj model može primjenjivati za psihološki tretman bilo kojeg sindroma ili problema koji je na bilo koji način po-

vezan sa (1) smanjenom pozitivnom motivacijom (namjera) ili (2) ne pridržavanjem medicinskih tretmana, preporuka i savjeta, ali i sa ne pridržavanjem bilo kojih dugoročno korisnih pristupa, preporuka i savjeta u bilo kojoj oblasti života (ponašanje).



RAZUMEVANJE POLOVA

KAKO MI JE FRESIS KENDAL LOU POMOGLA DA POSTANEM POLNO SVESTAN



Vladislav Đorđević,
prevodilac i esejista
sapiens@eunet.yu

VLADISLAV ĐORĐEVIĆ, rođen je 1969. u Novom Sadu. Piše eseje, kritiku i prozu, prevodi sa engleskog na području antropologije, književnosti i istorije. Preveo je knjigu *Razlike među polovima* (Moć knjige, 2005) i autor je knjige *Prednosti žena* (Dereta, 2007, u štampi).

Prevladavanje kulturnog determinizma

Doktrina biološkog determinizma svodi se na stav da su svi uticaji na ljudsko ponašanje, bili socijalni, tj. sredinski ili nasledni, biološki porodovani. Ta je doktrina u akademskim krugovima, posebno na departmanima za društvena nauke, tokom većeg dela XX veka smatrana jeretičnom. Posebno je bila mrska feministima koji su je orvelovski smatrali „ostatkom patrijarhalne svesti“, „reakcionarnom“, „tradicionalističkom“, „konzervativnom“ itd. Čini se da je tom etiketiranju došao kraj. Zora novog darvinizma (darvinističke antropologije) ili evolucione psihologije,

čiji odbljesak predstavlja knjiga *Razlike među polovima*, već je granula. Ali promena paradigme nije išla lako.

Doktrina biološkog determinizma, koju ne treba mešati sa genskim determinizmom, tokom većeg dela XX veka predstavljala je tabu, bauk za inteligenciju koja se bavila društvenim naukama. Akademskim svetom je suvereno vladala doktrina društvenog determinizma. Ova pogrešna doktrina stajala je u središtu gotovo svih značajnijih društvenih teorija i društvenih pokreta XX veka: psiholoških škola poput biheviorizma i – suprotno rasprostranjenom mišljenju – psihoanalize koja je, pre naglašavajući uticaj roditeljskog vaspitanja u ranom detinjstvu, zagovarala doktrinu roditeljskog determinizma, zatim u prevladavajućoj antropologiji (tzv. socijalnoj ili kulturnoj antropologiji), kao i u filozofskim školama poput egzistencijalizma i marksizma kojima je zajedničko bilo negiranje postojanja urođene ljudske prirode i naglašavanje društvene pozicije. Ipak, ideologija (društvena teorija i društveni pokret) koja je sa najviše oduševljenja prihvatila doktrinu socijalnog determinizma bila je *feminizam*. Feminizam je gotovo sve polne razlike objašnjavao procesom socijalizacije. Na svaki upit zašto se određeni pol ponaša ovako ili onako, te studije su odgovarale: „oni su tako socijalizovani“. U uvodu knjige *Razlike među polovima* gospođa Frensis Kendal Lou sa izvesnim stidom priznaje da je nekada i sama delila takvo ubeđenje. Pre nego što se upoznala sa činjenicama, verovala je da je razlika u matematičkim postignu-

ćima isključivo stvar socijalizacije, tj. vaspitanja. Shvativši svoju zabludu o takvom stavu, postalo joj je jasno da je zanemarivanje bioloških činilaca kobna mana većine feminističkih studija. Da drugi ne bi ponovili njevu grešku, napisala je poučnu knjigu *Razlike među polovima*.

Odlike knjige *Razlike među polovima*

Knjiga *Razlike među polovima* ima nekoliko pozitivnih odlika. Prva je ta što njen originalni naslov (*The SeXY Factor*) sadrži indikaciju sadržaja ne samo tekstualno, već i grafički; naime X je oznaka za ženski polni hormon, a Y za muški, i, uopšte uzev, to su oznake za ženskost i muškost.

Druga pozitivna odlika knjige *Razlike među polovima* leži u njenoj strukturi. Prvi deo govori o biološkim razlikama među polovima. Svaki pokušaj da se govori o međupolnim odnosima bez poznavanja bioloških razlika osuđen je na trpnju. Drugi deo posvećen je pronalaženju razloga polne različitosti. Ne postoji ni jedna teorija toliko važna za objašnjenje ljudskog (i životinjskog) društvenog ponašanja kao teorija evolucije. Prosto neverovatno zvuči činjenica da je u javnom diskursu humane (čak i životinjske) etologije teorija evolucije bila tokom znatnog dela XX veka veoma zanemarena. Knjiga *Razlike među polovima* predstavlja deo opravdane reakcije na takvo stanje. Vreme vladavine biheviorizma i kulturnog determinizma čini se da je za nama. Verovanje da su muškarci i žene u osnovi isti ima

sve manje zagovornika. To učenje ne leži više ni u osnovi feminističkih teorija (osim u nekim zaostalim sredinama kakva je npr. naša, gde se tu i tamo pojavljuje kao relikv jedne naučno prevaziđene paradigme).

Treća pozitivna odlika knjige *Razlike među polovima* leži u njenoj jednostavnosti i u dobroj meri, u nediskutabilnosti. Čovek koji uzme da čita većinu drugih knjiga o polnim odnosima može da završi u istoj onoj vrsti zbunjenosti u kojoj sam se ja nalazio posle čitanja mnogih feminističkih knjiga. Uzmite, na primer, zbornik *Muškarac i žena* (2001) koji je uredio Bojan Jovanović. Ako izuzmemo rad dr Jove Toševskog, koji polazi odakle i treba da se počne – od biologije, svi drugi autori zasnivaju svoje radove uglavnom na galimatijama su psihoanalitičkih filozofa, mitologema, anegdota, floskula i apoftegmi, jednom rečju, kvazifilozofskim konceptima kao što su npr. *animus, anima, „Edipov kompleks“, „zavist na penisu“, „kastriacioni kompleks“, „individuacija“, „biseksualnost“, „psihički hermafroditizam“* i drugi. Mistifikatorski ton zborniku daje žrec modernih srpskih mitologa dr Vladeta Jerotić, koji meša religiozne i jungovske beletrističke motive, stvarajući vavilonsku zbrku. Dr Jerotić, na primer, zastupa stav da svaki čovek nosi u sebi sloj paganskog, starozavetnog i hrišćanskog. Da li je to izvesno? Jeste, ali isto je tako izvesno da svaki čovek u sebi nosi sloj i „budizma“, „baptizma“, „hedonizma“, „utilitarizma“, „larpurlartizma“, „demokratije“, „birokratije“ i bilo čega drugog. Hoću reći da je takva šematizacija heuristički nekorisna, necelishodna, ne služi ničemu osim zadovoljavanju autorovih beletrističkih ambicija i sujete. Nasuprot delima te vrste, knjiga *Razlike među polovima* napisana je kartezijanski jasno i razgovetno.

Vreme vladavine biheviorizma i kulturnog determinizma čini se da je za nama. Verovanje da su muškarci i žene u osnovi isti ima sve manje zagovornika. To učenje ne leži više ni u osnovi feminističkih teorija (osim u nekim zaostalim sredinama kakva je npr. naša, gde se tu i tamo pojavljuje kao relikv jedne naučno prevaziđene paradigme)

Akademski feminizam je uglavnom pohvala gluposti u sopstvenoj režiji. Ukoliko pretpostavimo – kao što to obično čine intelektualci feminističke provenijencije – da su obični ljudi po pitanju međupolnih odnosa puni predrasuda, onda njihove predrasude zaslužuju pohvalu. Obični ljudi obično bolje razumeju svoj i

Time se isključuje zamerka da je posredi „muška zavera“. Imao sam priliku da na južnoafričkoj televiziji posmatram gospođu Frensis Kendal Lou. Ona je jedna lepa dama srednjih godina, uglađenih manira i biranog rečnika. Udata je, kako mi se čini, srećno za Leona Loua (*Leon Lou*), i majka, kako mi se čini, više



tuđi polni identitet nego intelektualci. Već je i samo terminološko razlikovanje pola (*sex*) i roda (*gender*), dok intelektualci feminističkih uverenja veoma drže, proizvod kvazifilozofske proizvoljnosti. Ne može se na smislen način odvojiti pol (biološke datosti) od roda (socijalne nadgradnje). Oni su toliko povezani da je prost svet koji ih konceptualno ne luči bliže istini nego nazovi intelektualci kojima je stalo do tog veštačkog razlikovanja.

Dobro je što je knjigu *Razlike među polovima* napisala jedna žena.

od jednog deteta. Ona sa simpatijama piše o materinstvu. Njenu pozitivnu evaluaciju materinstva možemo mi u Srbiji, gde vlada bela kuga, samo pozdraviti.

Gospođa Kendal Lou je emancipovana žena. U njenom životnom iskustvu nema ničeg što je čini patrijarhalnom i konzervativnom. U poslednjoj deceniji XX veka, ona je bila visoki funkcioner opozicione Demokratske stranke, jedne doista demokratske i emancipovane stranke koja je okupljala prosvetčenu elitu južnoafričkog društva. Vladajuća stranka



smisleno vladaju prirodni zakoni i udario temelje novom pravcu u antropologiji – kulturnom determinizmu koji se zasnivao na opoziciji prirode i kulture. Drugi jedan antropolog, Alfred Luis Kroeber (*Alfred Lewis Kroeber*, 1876-1960) u svom ogledu *The Superorganic* (1917) eksplicitno je izrazio kulturni determinizam razdvajivši prirodu i kulturu, i udelivši kulturi autonomni domen. Još radikalnije razdvajanje prirode i kulture učinio je Klod Levi-Stros (*Claude-Lévi Strauss*, 1908), po kome je ključni greh antropologije mešanje prirode i kulture.

Afrički nacionalni kongres, kao i Nacionalna stranka bile su više populističke. Gospođa Kendal Lou je takođe autorka knjiga *Super roditelji*, *super deca* i *Srce nacije* i koautorka knjiga *Južna Afrika: Rešenje* i *Neka narod vlada*, koje odišu optimističkim, demokratskim i pravdoljubivim duhom. Štaviše, godine 1989. primila je Beneluksovu nagradu zbog promovisanja individualnih prava, a bila je, zajedno sa suprugom, triput kandidovana za Nobelovu nagradu za mir: 1989, 1991. i 1992. Teško se gospođi Kendal Lou može pripisati bilo kakav bigotizam i retrogradnost. Ona je jedan zreli feministica – feministica ere postfeminizma.

Vrednost knjige *Razlike među polovima* ogleda se i u njenoj vremenskoj i geografskoj univerzalnosti, težnji ka isticanju univerzalne ljudske prirode (esencijalizam). Poglavlja koja govore o biološkim razlikama među polovima sa podjednakim odobravanjem mogli bi da čitaju i drevni Rimljani i savremeni Beograđani, stanovnici i Ulan Batora i Njujorka. Gospođa Frensis Kendal Lou je zastupnik, a da toga verovatno nije ni svesna, *esencijalizma* – teorije koja veruje da postoji suštinska ljudska priroda. Esencijalizam je teorija koju je zastupao i Čarls Darwin, a

koju je pomutio Sigmund Frojd, a još više njegovi naslednici – tzv. socijalni ili „humani“, ponekad nazvani i „dubinski“ psihoanalitičari: Alfred Adler, Erih From, Karl Gustav Jung, Viktor E. Frankl – svaki u sve većoj meri.

Još veći prezir prema teoriji koja zagovara postojanje univerzalne ljudske prirode ispoljili su tzv. socijalni antropolozi, čiji je osnivač bio Franc Boas (*Franz Boas*, 1858-1942). Osnivač klasične antropologije Edwin Barnet Tajlor (*Edwin Burnett Tylor*, 1832-1917) zastupao je stanovište

Vrednost knjige *Razlike među polovima* ogleda se i u njenoj vremenskoj i geografskoj univerzalnosti, težnji ka isticanju univerzalne ljudske prirode (esencijalizam). Poglavlja koja govore o biološkim razlikama među polovima sa podjednakim odobravanjem mogli bi da čitaju i drevni Rimljani i savremeni Beograđani, stanovnici i Ulan Batora i Njujorka.

evolucionog naturalizma koji se zasnivao na dva principa. Prvi je glasio: sva se društva uniformno razvijaju u skladu sa istovetnim evolucionim principima; a drugi: kulturom, kao i materijalnim životom, vladaju isti zakoni prirode; kultura je deo prirodnog procesa i stoga podložna naučnoj analizi. Međutim, Franc Boas se suprotstavio Tajlorovom tumačenju sveta kulture kao sveta kojim nedvo-

oštro razdvajajući prirodu i kulturu, on je gradio svoju akademsku reputaciju, a razarao nauku. Bazični stav njegove tzv. strukturalne antropologije da su odnosi (strukture) unutar nekog društva samo istorijski i kulturni, tj. proizvoljni i promenljivi tragično je netačan. Klod Levi-Stos je antropologiju vratio u pre-darvinistički period. Katastrofa koju je pospešio može se porediti samo sa onom koja bi bila izazvana kada bi neko astronomiju vratio na prekopernikanska shvatanja.

Učenice Franca Boasa, Rut Benedikt (*Ruth Benedict*) i Margaret Mid (*Margaret Mead*) učinile su mnogo na propagiranju kulturnog relativizma. Antropologija XX veka predstavlja jedan regres u odnosu na onu iz XIX veka. Nimalo ne sumnjam da bi Darwin bio razočaran videvši akademsku antropologiju XX veka. Na svu sreću, nisu svi podlegli uticaju bihejviorizma, kulturne (socijalne)

Razumevanje polova / rodova

O međupolnim odnosima postoje dva podjednako pogubna mišljenja. Prvi drži da ne postoji suštinska razlika među polovima. Ovom pogrešnom mišljenju naročito su sklone mlađe i obrazovnije osobe. Mlađe osobe danas odrastaju u atmosferi uniseksnosti u kojoj se osobe različitih polova naizgled ponašaju jednako. Intelektualci su posebno sklone da nipodaštavaju međupolne razlike. Zašto?

O međupolnim odnosima postoje dva podjednako pogubna mišljenja. Prvi drži da ne postoji suštinska razlika među polovima. Ovom pogrešnom mišljenju naročito su sklone mlađe i obrazovnije osobe. Mlađe osobe danas odrastaju u atmosferi uniseksnosti u kojoj se osobe različitih polova naizgled ponašaju jednako. Intelektualci su posebno sklone da nipodaštavaju međupolne razlike. Zašto? Zato što u delatnostima u kojima se oni obično bave – u nauci i umetnosti – polni činilac nije mnogo važan. Uopšte uzev, prevladavajući kulturološki etos danas je rodni egalitarizam (uniseksna kultura). Kada inteligentna osoba čita štampu i popularne knjige o međupolnim odnosima i naiđe na pregršt diletantskih stereotipnih mišljenja i uopštavanja, ona – u zdravoj reakciji – obično postaje sklona da na svaki pomen međupolnih razlika s prezirom odmahne glavom. Pa ipak, naučna istraživanja u XX veku zaista su dokazala ono što su naše bake i deke intuitivno znale, naime da su razlike među polovima temeljite i da ih je nemoguće ukloniti ma koliko se to trudila naša današnja egalitarna kultura.

O međupolnim odnosima postoje dva podjednako pogubna mišljenja. Prvi drži da ne postoji suštinska razlika među polovima. Ovom pogrešnom mišljenju naročito su sklone mlađe i obrazovnije osobe. Mlađe osobe danas odrastaju u atmosferi uniseksnosti u kojoj se osobe različitih polova naizgled ponašaju jednako. Intelektualci su posebno sklone da nipodaštavaju međupolne razlike. Zašto?

antropologije, strukturalne antropologije, psihoanalize, egzistencijalizma i drugih ideologija koje su negirale postojanje urođene ljudske prirode, već ustrajali u veri u nju. Tu malu grupu „jeretika“ ranije su nazivali sociobiolozima, a danas uglavnom novim darvinistima ili evolucionim psiholozima. Među njima se izdvajaju Robert Trajvers (*Robert Trivers*) – čije ime izgovaram s pijetetom, zatim Edward Vilson (*Edward Wilson*), Vilijam Hamilton (*William Hamilton*), Džordž Vilijams (*George Williams*) i Džon Mejnard Smit (*John Maynard Smith*). Verovatno najbolja knjiga iz evolucione psihologije je *Moralna životinja* (*The Moral Animal*) Roberta Rajta (*Robert Wright*). Tu knjigu upravo prevodim. Na našem jeziku može se iz tog polja studija naći mali broj knjiga. Za širu javnost poznatije su samo *Sebični gen* (*The Selfish Gene*) Ričarda Dokinsa (*Richard Dawkins*) i *Crvena*

kraljica (*The Red Queen*) Meta Ridlija (*Matt Ridley*).

Gospođa Frensis Kendal Lou u poglavlju koje ispituje evolucione korene ljudskog ponašanja svakako nije imala nameru da pruži opširna i nedvosmisleno tačna objašnjenja porekla polnih razlika, ali njen pokušaj načelno vodi u dobrom pravcu. Moderna tehnička sredstva ne mogu izbrisati milione godina u kojima su se postepeno razvijane različite psihologije muškaraca i žena.

Budući da gospođa Kendal Lou pripada bogatijem sloju građana Južnoafričke Republike, ona u trećem delu knjige promatra uloge polova na radnim mestima uglavnom iz perspektive srednje i više klase. Uprkos toj klasno i nacionalno uslovljenoj perspektivi, njena zapažanja su uvek uravnotežena i načelno primenljiva i na osobe koje pripadaju drugim nacijama i klasama.



Drugi ekstremni stav koji glasi da su svetovi muškaraca i žena potpuno različiti takođe je netačan. On se uglavnom može uočiti u pojednostavljenim mišljenjima popularnog tipa: sve žene su takve i takve, odnosno svi muškarci su takvi i takvi. Doista, prema svakom uopštavanju moramo biti veoma obazrivi. Mi, i muškarci i žene, pripadamo jedinstvenoj vrsti *razumnog čoveka* i ima mnogo više onoga što nas čini istovetnima, nego onoga što nas deli. Ne smemo isticati polne razlike da bismo njima opravdali diskriminaciju ma kog pola (seksizam). Ipak, valja priznati da je sama priroda do izvesne mere diskriminatorna. Nekada su te razlike bile prepoznavane i u

zakonima, a danas obično samo još u običajima.

Oto Vajninger (*Otto Weininger*) u delu *Pol i karakter* uspeva da na nekakav ingeniozan način spoji i jedno i drugo pogrešno mišljenje. On najpre brani tezu da je svaka osoba biseksualna (dvolpolna), a zatim, u ostatku knjige na jedan preoštarač način deli muškost i ženskost. Kada je Vajninger, poput drugih naučnika s početka XX veka, zastupao tada pomodnu ideju o biseksualnosti ljudi, on pod njom nije podrazumevao činjenicu da muškarci i žene dele mnoge zajedničke osobine, već ideju da su polovi prilikom rađanja bazično uniseksni i da se tek razvojem polno diferenciraju. Već smo rekli da je takav stav pogrešan. Izuzimajući mali broj izuzetaka, ljudi se



od početka, gotovo od samog začeca jasno polno razlikuju. O tome vrlo jasno govori knjiga *„The Brainsex: The Real Difference Between Men and Women“* (1989), En Moir (*Anne Moir*) i Dejvida Džesela (*David Jessel*), koja je u Hrvatskoj prevedena kao *„Muški spol, ženski spol“* (2001). Kao što smo već rekli, Vajninger, uprkos priznanju biseksualizma, kasnije hipostazira muškost i ženskost na jedan nebulozo strosovski način. U prirodi, međutim, ne postoji tako oštra podela kakvom je on čini. U tom je pogledu gospođa Fransis Kendal Lou obazriva. Ona govori uvek samo o određenim bihevioralnim sklonostima, a nikada o odsečnim, strogo determinisanim ulogama. Njena knjiga – za razliku od Vajningerove – nije šematska, već osetljiva na stvarnost.

Društveno-ekonomska dominatio masculina i biološka dominatio feminina

Čovek je na Zapadu napadno izložen feminističkoj propagandi, pa su tamo samo zadržti muški šoviniisti i biolozi spremni da govore o polnim razlikama. Štaviše, nivelisanje polnih razlika tamo je deo političke ispravnosti. Polni egalitarizam se propagira preko svih medija: radija, televizije i novina i nije čudo što sam i ja potpao pod njegov uticaj.

Čovek je na Zapadu napadno izložen feminističkoj propagandi, pa su tamo samo zadržti muški šoviniisti i biolozi spremni da govore o polnim razlikama. Štaviše, nivelisanje polnih razlika tamo je deo političke ispravnosti. Polni egalitarizam se propagira preko svih medija: radija, televizije i novina i nije čudo što sam i ja potpao pod njegov uticaj.

Pa ipak, u celom tom akademskom polnom *melting pot*-u osećao sam izvesnu nelagodnost. Moja intuicija mi je govorila da nisu samo žene te koje su nevine žrtve muške hirovitosti, već da je diskriminacija dvosmerni proces. Što sam više proučavao doktrinu svoje novousvojene vere, sve sam više postajao svestan koliko je ona tendenciozna i neobjektivna. Dok feminizam pretenduje da govori celu istinu, on, u stvari, govori sa pozicija samo jednog pola, a takva se *optio fundamentalis* ne može smatrati integralnom. Postepeno sam shvatio da je feministički pohod na rušenje „predrasuda“ jedna *de te fabula narratur*. Feminizam odlično ruši predrasude muškaraca samo da bi ih zamenio svojim vlastitim. Ja se zalažem za načela liberalnog feminizma: svi ljudi bez obzira na pol treba da imaju ista prava (i dužnosti – o tome malo čujemo), ali, isto tako, i da se čuju naučno obrazložene polne razlike.

Posle dvostrukog obraćenja vratio sam se u Srbiju (1996) i bio izne-

nađen kada sam otkrio da u njoj postoji jedan autor koji iznosi stavove koji su veoma bliski mojima. To je dr Jovo Toševski. Moj afinitet za tog autora (ne i potpuno slaganje) proističe iz njegove biološke orijentacije. Dr Jovo Toševski, šef katedre za anatomiju Medicinskog fakulteta u Kragujevcu, svoja je empirijska etološka istraživanja vršio na majmunima (primatologija), a bavio se i istraživanjem ljudskog mozga. Sve su to važna polja nauke. Ta mu biološka istraživanja već u startu daju prednost nad njegovim feminističkim oponentima koji obično slabo poznaju biologiju. Iako se sa pojedinim njegovim stavovima ne mogu bezrez-

vno složiti (vulvokritizam kao izvor „bio-vlast seksualnosti“, neumoljivost ženske konkurencije i specifičnost srpske muškosti), ipak u potpunosti delim njegovu središnju ideju da je žena nositeljica „bio-vlast seksualnosti“ i kao takva dominantni pol naše vrste. Tu je pojavu briljantno opisao u svojim knjigama „Planeta žena“ i „Skrivena seksualnost“. Ja, međutim, izvor „bio-vlast seksualnosti“ žena ne vidim u morfološkom vulvokriptizmu, već – sledeći korisni koncept (i termin) Roberta Trajversa – u ženinom prirodno većem roditeljskom ulaganju. Roditeljsko ulaganje Robert Trajvers u danas slavnom članku „Roditeljsko ulaganje i seksualna selekcija“ izdatom 1972. formalno definiše kao „svako ulaganje roditelja u individualnog potomka koje povećava izgled tog potomka da preživi (i time reproduktivni uspeh) po cenu roditeljske mogućnosti da ulaže u drugog potomka“. Roditeljsko ulaganje uključuje vreme i energiju utrošenu u proizvodnju jaja ili sperme, fertilizaciju, trudnoću ili in-

Roditeljsko ulaganje Robert Trajvers u danas slavnom članku „Roditeljsko ulaganje i seksualna selekcija“ izdatom 1972. formalno definiše kao „svako ulaganje roditelja u individualnog potomka koje povećava izgled tog potomka da preživi (i time reproduktivni uspeh) po cenu roditeljske mogućnosti da ulaže u drugog potomka“. Roditeljsko ulaganje uključuje vreme i energiju utrošenu u proizvodnju jaja ili sperme, fertilizaciju, trudnoću ili inkubaciju jaja i podizanje potomaka. Očigledno, ženke će imati veće ulaganje do rađanja, i – manje očigledno, ali u stvari tipično – to će se neslaganje nastaviti i posle rađanja.

kubaciju jaja i podizanje potomaka. Očigledno, ženke će imati veće ulaganje do rađanja, i – manje očigledno, ali u stvari tipično – to će se neslaganje nastaviti i posle rađanja.

Kao protivteža svom većem roditeljskom ulaganju ženske su razvile sistem sparivanja kog karakteriše njihovo pravo selekcije. Da bi mužjak zadobio pravo na parenje, ili jezikom genetike rečeno, širenje svojih gena u genofondu ili zajedničkoj zalih genâ, on mora da se pokaže pred ženkama. Stoga je mužjak pobuđen da čini herojska dela, npr. da gradi gnjezdo ili bar da pomogne ženki da ga sagradi, da bori se sa suparničkim mužjakom rogovima ako je npr. jelen ili mačem ako je npr. čovek. Ako u tim pothvatima uspe dobiće ruku dragane, pravo na parenje – tu glavnu premiju (a ako je čovek, možda će mu trubadur spevati i tzv. pesmu podviga – što je od manjeg značaja). Mužjak, bio jelen ili čovek, ima istu poziciju: mora da se bori za alfa status sa istopolnim rivalima nastojeći da zadobije pravo na parenje. Borba mužjaka za status u našoj vrsti ume da poprimi suptilne forme, ali nikad zapravo ne gubi na intenzitetu. Kod mužjaka se društveno-ekonomska status jasno konvertuje u roditeljstvo. Borba na socijalnom, ekonomskom, vojnom, političkom, diplomatskom, medijskom, naučnom, sportskom i kulturnom polju ima za cilj ostvarivanje društveno-ekonomskog statusa i time pravo na parenje. Borba za mesta u parlamentu je borba mužjaka za teritoriju i time pravo na parenje.



Bez obzira što mužjaka naše vrste karakteriše komparativno visoko roditeljsko ulaganje, i za našu vrstu je svojstveno da ženski pol ima veće roditeljsko ulaganje i stoga veću biološku vrednost. Iz te činjenice proističe žensko pravo biranja i indirek-

tno sva druga koja lucidno opisuje dr Jovo Toševski. Intrinzično veća vrednost roditeljskog ulaganja ženki naše vrste uzrok je njene „bio-vlast seksualnosti“ (a ne puki morfološko-anatomski vulvokriptizam kako to pretpostavlja dr Jovo Toševski).

Zaključak

Južnoafrikanka Fransis Kendal Lou predstavlja primer spore, ali primetne promene naučne paradigme: ona se iz feminističkog kulturnog determinizma „obratila“ u biološki determinizam. Ona je, kako sama priznaje, knjigu *Razlike među polovima* počela da piše s predubedenjem da osim očiglednih anatomskih razlika vezanih za materinstvo ne postoje razlike između polovima. Mnoštvo suprotnih činjenica prisilila ju je da napiše knjigu koja protivreči toj njoj prvobitnoj ideji. Takvo bi „preumljenje“ dobro došlo i drugim zahuktalim feministkinjama kulturno-determinističke provenijencije.

Knjiga *Razlike među polovima* predstavlja najbolje polazište za sva-

ku diskusiju o polnim razlikama. Zato što je njen *principium fundamentalis* ispravan njeni rezultati su ispravni. Ta knjiga, iako pisana jednostavnim, naučno-popularnim stilom, svojim ispravnim načelnim stavom i uravnoteženošću preporučuje samu sebe.

HEDHANTERS NAČIN PRIVLAČENJA KANDIDATA OD STRANE POSLODAVCA



Nevenka Igić,
psiholog

dmi402138@eunet.yu

U eri nezaposlenosti, kada veći broj stanovništva biva spreman da se prihvati bilo kakvog posla, pa čak i manje kvalifikovanog u odnosu na sopstvenu struku, postoje pojedinci kojima se nudi posao i bivaju ponekad otvoreno, ponekad diskretno „vrbovani“ za određeno radno mesto.

Da bi bio „vrbovan“ za radno mesto gde je poželjan i neophodan, pojedinac je proveravan na razne načine, počev od njegove fizičke pojave, načina ophođenja s ljudima, govora, opšteg izgleda, atraktivnosti, obrazovanja, intelekta, stručnosti itd. Za popunu radnih mesta za koja su potrebni posebni kandidati, poslodavci angažuju „lovce na glave“ (headhunters) koji brižljivo i sistematski odabiraju ove kandidate. Kandidati obično poseduju visoku inteligenciju, stručnost, posebne i opšte sposobnosti, kreativnost, inventivnost, široka interesovanja, razvijenu socijalnu komunikaciju, zdravu ličnost, kao i srede porodice prilike.

Da bi se odabrali poželjni kandidati, koriste se marketinški postupci opšteg tipa i postupci u okviru

same organizacije kojoj je potreban određeni kandidat.

Menadžer firme ponekad sam odabira kandidata ili kandidate, što odgovara zatvorenom sistemu procedure, ili to čini posredstvom otvorenog sistema – putem oglasa, gde se u principu mogu javiti svi poten-

cijalni kandidati (Heneman et all, 1989.).

U svetu postoje kompanije koje se protežu na sve domaće i međunarodne organizacije u potrazi za kvalitetnim kandidatima. Jedna od takvih kompanija je Adobe System-proizvođač softvera koja se neprekidno



emituje preko interneta (Gill,2000.). U ovoj kompaniji je razvijen sistem preporuke od strane zaposlenih u samoj kompaniji. Zaposleni preporučilac kandidata koji ispunjava sve poželjne karakteristike i bude zaposlen biva nagrađen u iznosu od 5000\$! Ako zaposleni koji već radi u toj firmi u roku od šest meseci preporučiti tri ili više osoba, takođe biva nagrađen novčano i vaučerom za putovanje. Poznato je da ova kompanija takođe održava sajam zapošljavanja. Iskustva ove kompanije govore da budući kandidati mnogo manje znaju o firmi u koju ulaze, dok firma zna gotovo sve o kandidatu. Kako bi dočarali pravi izgled preduzeća, poslodavci unutar same firme postavljaju štandove gde se kandidati mogu bolje upoznati sa menadžmentom i steći pravi utisak o kompaniji.

Ovakav realistički prikaz posla u fazi privlačenja kandidata (RJP, Realistic Job Preview, prema Wanous,1973.), omogućava kandidatima precizne informacije o tome šta bi trebalo da rade, pod kojim uslovima, koje su mogućnosti za dalje napredovanje i usavršavanje u poslu, postoji li rizik za njihovo fizičko i mentalno zdravlje i sl. U tu svrhu, osim postavljanja štandova gde se prezentuju firme, nude se video materijali, kao i obilazak firme.

Profesionalne institucije, s druge strane, na jednoj humanijoj osnovi planiraju kampanju upražnjenog mesta, vodeći računa da ne diskriminiraju kandidate, posebno po nacionalnoj, verskoj i rasnoj pripadnosti. U praksi je ponekad poželjna diskriminacija, pa se za neki posao prednost daje starijoj osobi, za neki mladim osobama. Ponekad je poželjno da je kandidat u braku, a ponekad da je slobodan.

Katkad suština posla zahteva određeni pol- uloga u filmu, na primer. Neke kompanije samostalno predstavljaju svoj program. Preko interneta se prezentuje ogroman broj korporacija. Jedna od takvih je kompanija Nestlé, koja predstavlja program za razvoj diplomaca, dru-

ge uslove i mogućnosti koje nudi zaposlenima i potencijalnim kandidatima. Početnici koji žele da rade u ovoj kompaniji moraju da ispune 13 uslova koje ova kompanija zahteva.

Istraživači William Finlay i James E. Coverdill, 2003. godine su prikazali u svojoj studiji kako deluju headhunters u Njujorku. Autori su koristili raznovrsne podatke koje headhuntersi koriste u radu sa svojim klijentima, počev od nestruktuiranog i struktuiranog intervjua, seminara, edukativ-

Da bi bio „vrbovan“ za radno mesto gde je poželjan i neophodan, pojedinac je proveravan na razne načine, počev od njegove fizičke pojave, načina ophođenja s ljudima, govora, opšteg izgleda, atraktivnosti, obrazovanja, intelekta, stručnosti itd. Za popunu radnih mesta za koja su potrebni posebni kandidati, poslodavci angažuju „lovce na glave“ (headhunters) koji brižljivo i sistematski odabiraju ove kandidate.

nih programa, audio i video zapisa, poštanskih anketa i sl.

Fascinantan je podatak da headhuntersi kao intermedijatori u tržištu rada uspevaju da vešto manipuluju i eksploatišu informacije, komunikacije i emocije potencijalnih kandidata. Oni opisuju taktike headhuntersa i načine na koje privlače kandidate da pređu iz firme u firmu. U te svrhe daju se afirmativne sugestije kandidatima o novoj kompaniji, ukazujući na slabe strane firme u kojoj su

trenutno upošljeni, kako bi budući kandidat mogao brzo da donese odluku.

Poslodavac se instrumentalizuje na razne načine. U jednoj vrsti svojevrsnog eksperimenta uključeni su svi, i poslodavci i kandidati. Na ovaj način headhuntersi izgleđaju kao najznačajnija spona u zapošljavanju ljudi, vodeći računa da nadmudre i prevaziđu otpore profesionalnih institucija koje se bave ljudskim resursima.

Kada kandidat reši da radi u nekoj kompaniji, a svestan je činjenice da na tržištu radne snage ima malo stručnjaka kao što je on, dolazi u situaciju da poslodavcu postavi i svoje uslove. S obzirom na to da se ovakve kampanje protežu na geografski širokom području, pa i na našem, naši stručnjaci,

“lako se ulove“. Mi ostajemo bez njih vrlo lako, ponekad nam se vrate, a kako ih prihvatamo, možete pročitati iz ponekih dnevnih novina.



KARL GUSTAV JUNG



Milena Stamenković,
psiholog

stamenko@medianis.net

Karl Gustav Jung rođen je 1875. godine u Kesvilu, kanton Turgau u Švajcarskoj, kao sin protestantskog sveštenika, u znaku 'svinje'. Ovo je Jungov sopstveni humoristični komentar, jer u kineskom kalendaru godina njegovog rođenja stoji pod ovim znakom, okarakterisana simbolom tame. Još u svom detinjstvu Jung je utvrdio da je svet taman i nerazumljiv i da površna objašnjenja koja mu stariji pružaju o realnosti nisu njen pravi odraz.

Jungovi preci i sa majčine i sa očeve strane bili su fakultetski obrazovani ljudi, i to poznati teolozi i lekari. Deda po ocu, poreklom Nemač, bio je lekar i pesnik. Po preporuci Aleksandra fon Humbolta došao je u Bazel, postao profesor anatomije i osnovao prvu bolnicu za nervno i duševno bolesnu decu.

Godine detinjstva i dečastva Jung je proveo u dosta mučnoj i povremeno vrlo nesređenoj porodičnoj sredini. Porodica je bila materijalno obezbeđena, međutim, emotivno neusklađenoj zbog suprotnih temperamenata i želja roditelja. Otac je studirao teologiju i postao sveštenik manje zato što je to želeo, više iz finansijskih razloga, jer mu se iznenada ukazalo nasleđstvo jednog umrlog srodnika koji je u zahtevanju zahtevao da se novac utro-

Karl Gustav Jung rođen je 1875. godine u Kesvilu, kanton Turgau u Švajcarskoj, kao sin protestantskog sveštenika, u znaku 'svinje'. Ovo je Jungov sopstveni humoristični komentar, jer u kineskom kalendaru godina njegovog rođenja stoji pod ovim znakom, okarakterisana simbolom tame. Još u svom detinjstvu Jung je utvrdio da je svet taman i nerazumljiv i da površna objašnjenja koja mu stariji pružaju o realnosti nisu njen pravi odraz.

ši na studiranje teologije. Sumnja u pogledu pravog izbora poziva, ali izgleda i duboka skeptičnost u istinitost onoga čime se bavio i što je drugima prenosio, nagrizale su Jungovog oca izgleda sve do smrti. Ove nedoumice ostavile su traga na njegovog mladog sina koji je dosta rano počeo, i to na originalan način, da se bavi metafizičkim pitanjima. Jungova majka, vrlo obrazovana žena za ono vreme, znatiželjnija i šireg interesovanja od svog muža dosađivala se u braku. Postajala je često razdražljiva i naprasita prema mužu i detetu, nazivajući njegovo svojevoljno ponašanje sramotom za porodicu. S druge strane, neretko je bila depresivna i telesno bolesna, odlazeći u takvom stanju u bolnicu na lečenje.

Ovakvo stanje u porodici uticalo je da je Jung sve do kraja puberteta, i pored jasnih znakova koji su označavali vrlo individualan i svojevrsan razvoj ličnosti, patio od niza psihičkih i telesnih bolesti koje su ukazivale na jake sukobe u njegovoj duši.

U jednom periodu teške krize priremenog razvoda Jungovih roditel-

lja, Jung je patio od ekcema po čitavom telu, za koji je sam kasnije pisao da je bio izazvan psihogeno. U razdoblju od pet-šest godina nedeljama je patio od nesаницe i noćnih strahova. Snovi su mu još u najranijem detinjstvu bili ne samo obilni i raznovrsni, već i krajnje neobični i za uzrast u kome je bio, vrlo složeni. Njegovo interesovanje za snove kojima će kasnije, u toku svog naučnog razvoja posvetiti znatno vremena i pažnje, počelo je još u detinjstvu. Mladi Jung je imao mnogo muka da protumači neki svoj san, koji je već onda bio bogat neobičnim simbolima. U sedmoj godini patio je od napada gušenja, neke vrste pseudokrupa, izazvanog isključivo psihičkim razlozima. U devetoj godini prvi put je doživeo znake rascepa ličnosti. Kasnije je pisao o ličnosti broj 1 i broj 2, koje su se jedna prema drugoj odnosile neprijateljski. Ovakvo stanje izazvalo je u Jungu doživljavanje jakog straha. Unutrašnja sigurnost bila je ozbiljno uzdrmana. U to doba osećao je jaku potrebu da se izdvoji od drugih ljudi. To je bila njegova tajna, koja će mu u

teškim momentima pružiti sigurnost i utehu. Ovde se vide počeci Jungovog nazajčljivog interesovanja prema mističnom u prirodi, ljudskoj duši, ljudskom rodu, transcendentnom i kosmičkom.

Posle uspešno završenih studija medicine opredelio se za, u to vreme, vrlo malo privlačnu specijalizaciju psihijatrije. U 25-oj godini života postaje asistent tada jednog od vodećih ličnosti psihijatrije u svetu Eugena Blojera na njegovoj klinici u Cirihi.

Za vreme svoga rada u bolnici u Cirihi započeo je ljubavnu vezu sa pacijentkinjom Sabinom Špilajn. Sabina je sa 18 godina primljena na kliniku gde je provela godinu dana. Lekar zadužen za njen slučaj bio je Jung. Tada je Špirajnova došla prvi put u dodir sa psihoanalizom. Tokom bolničkog lečenja počela je njena veza sa Jungom koja je trajala sedam godina. Sabina je završila nakon svog oporavka studije medicine i bavila se psihijatrijom i psihoanalizom. Naravno da je Jung imao veliki uticaj na njeno delo i interesovanja u to vreme.

U 27. godini života Jung je boravio neko vreme na studijama psihopatologije u Parizu kod Pjer Žanea. Tih godina je i doktorirao. U 30-oj godini je izabran za docenta za psihijatriju na ciriškom univerzitetu.

Jung je bio nezadovoljan radom i načinom ispitivanja psihijatrijskih bolesnika na ciriškoj klinici. Smatrao je da se malo vodi računa o ličnosti bolesnika, dubljem smislu i značenju njegovih simptoma, kao

Za vreme svoga rada u bolnici u Cirihi započeo je ljubavnu vezu sa pacijentkinjom Sabinom Špilajn. Sabina je sa 18 godina primljena na kliniku gde je provela godinu dana. Lekar zadužen za njen slučaj bio je Jung. Tada je Špirajnova došla prvi put u dodir sa psihoanalizom. Tokom bolničkog lečenja počela je njena veza sa Jungom koja je trajala sedam godina. Sabina je završila nakon svog oporavka studije medicine i bavila se psihijatrijom i psihoanalizom. Naravno da je Jung imao veliki uticaj na njeno delo i interesovanja u to vreme.



Karl Gustav Jung sa porodicom

i njegovoj prošlosti. Jung se upustio u analizu onih ispoljavanja duševno poremećenih ljudi preko kojih je naslućivao da može da dopre u pozadinu svesti, u nesvesno, čije je eksploataisanje trebalo da bude neiscrpno i predstavljalo je radikalna zaokret u psihijatriji uopšte. Posle Jungovog otričaja sadržaja psihoza duševni bolesnici su u očima psihijataru, a onda i ostalog sveta, dobili status ljudskih bića, što do tada nije bio slučaj. Jung je pomogao da dobar deo sveta promeni stav prema duševnim bolesnicima i to zauvek.

Jung se 1903. godine oženio Emom Raušenbah, sa kojom je imao skladan i srećan brak, sa petoro dece,

i koja mu je do svoje smrti ostala verna i dragocena saradnica.

Prvi susret Frojda i Junga, dogodio se februara 1907. godine u Beču, na Frojdov poziv. Ovaj susret bio je prekretnica za dalji životni tok i naučno stvaralaštvo Karla Gustava Junga. Dvojica uglednih naučnika razgovarali su tom prilikom trinaest časova neprekidno. U euforiji koju su jedan u drugom izazvali bili su spremni da se zakunu na doživotno prijateljstvo. Sam Jung je o ovoj poseti pisao kao o 'sedmom nebu', a Frojd je Junga nazvao 'sinom i naslednikom'. Frojd je bio impresioniran Jungovom neobuzdanom vitalnošću, bogatom moći predstavljanja, sugestivnom snagom u formulisanju najsmelijih hipoteza i beskompromisnom energičnošću.

Međutim, nekoliko godina kasnije nove ideje proistekle iz Jungove samosvojne i originalne ličnosti uzrokuju teorijska razmimoilaženja. Do kulminacije dolazi po objavljivanju knjige „Preobražaji i simboli libida“, što dovodi do raskida prijateljstva između tvorca psihoanalize Frojda i analitičke psihologije Junga. Razlaz je bio praćen Frojdovim velikim nezadovoljstvom i razoč-

renjem, koji je različitosti u idejama doživeo kao vrstu lične i profesionalne izdaje od strane svog omiljenog prijatelja i sledbenika, naučnika i mislioca.

Poslednjih 20 godina svog života Jung je proveo većinom bez pacijenata i bez predavanja, samo sa prijateljima i užom rodbinom na jezeru pored Ciriha. Glavnu pažnju

Jungova teorija predstavlja jednu od najobuhvatnijih teorija ličnosti. Podaci su dobijeni analizom pojedinaca, obolelih i zdravih. Izvori su njihovi snovi i vizije, klinička i eksperimentalna ispitivanja, mitovi, religije istoka i zapada, alhemija, astrologija, telepatija, privedenja, književnost, umetnost...

posvećuje uporednoj religiji, mitologiji, simbolima i alhemiji. Umro je u 86. godini života, 6. juna 1961. godine.

Jungova teorija predstavlja jednu od najobuhvatnijih teorija ličnosti. Podaci su dobijeni analizom pojedinaca, obolelih i zdravih. Izvori su njihovi snovi i vizije, klinička i eksperimentalna ispitivanja, mitovi, religije



istoka i zapada, alhemija, astrologija, telepatija, privedenja, književnost, umetnost...

Centralni pojmovi Analitičke psihologije su: arhetipovi, jastvo, individualizacija, kolektivno i individualno nesvesno, animus, anima i senka. Po Jungu arhetipovi se ukazuju u snovima, sanjarenjima, slobodnim asocijacijama preko simbola. Jastvo ili pravo Ja osobe je centar psihe koji je na

paradoksalni način i sadrži. Animus je prasluka muškarca u ženi, anima je ženski princip u muškarcu. Senka je središnja zaprega koja koči i uništava pojedinca, suma autodestruktivnih i konstruktivnih energija nesvesnog. Svojsvo psihe je da se raščlanjuje u delove, pri čemu se ovi delovi mogu toliko odvojiti od svesti da mogu početi da vode spostveni autonomni

nas ne bi poneo nekim intuitivnim pogotkom koji smo i sami naslutili, proučavajući iracionalne delove svoje ličnosti, i nekritički prihvatili i ostale mnogobrojne i nesumljivo interesantne, ali često i problematične Jungove ideje. Ili da ga zbog preuranjenog poređenja neke empirijske činjenice sa nekim simbolom u mitu i religiji proglasimo neneučnim zanesenjkom ili mističnim mračnjakom, pa da opet prođemo pored njega slepi i gluvi za neke boje i tonove koje bi bilo vredno, čak i nepohodno, videti i čuti.

Karl Gustav Jung je tip čoveka koji na intuitivan način dolazi do svojih glavnih otkrića, ostajući potom više u oblasti spekulacija nego u empiriji, ili ne pokušavajući uvek uspešno da svoja intuitivna otkrića dokaže u empirijskom materijalu. Dokazivati na objektivan, empirijski način i naučno proverenim metodama ideje do kojih se došlo intuitivno, i to ide-

Sušтина čoveka je njegova neprekidna izvorna težnja, stremljenje za razvojem, postizanjem celovitosti i ponovnim rođenjem. Individuacija je rast ličnosti koja u iskustvima i dramama života, kroz susrete sa arhetipovima dolazi do ostvarene zrelosti i celovitosti.

Sušтина čoveka je njegova neprekidna izvorna težnja, stremljenje za razvojem, postizanjem celovitosti i ponovnim rođenjem. Individuacija je rast ličnosti koja u iskustvima i dramama života, kroz susrete sa arhetipovima dolazi do ostvarene zrelosti i celovitosti.

Možda je učenje Karla Gustava Junga jedno od najsubjektivnijih učenja u dinamičkoj psihologiji našeg veka. Sledeći njegovu sopstvenu tipologiju ličnosti možda bismo mogli da ga svrstamo u grupu iracionalnih tipova. Iracionalnog ima u Jungu zaista na pretek i umnogome zavisi od našeg stava prema iracionalnom i racionalnom u nama samima kako ćemo se odnositi prema Jungu i njegovoj analitičkoj ili kompleksnoj psihologiji.

Kada se bavimo Jungom, moramo biti naročito oprezni i budni da

je koje pripadaju tamnoj i slabo ispitanoj oblasti ljudske psihe za svakog bi bio težak zadatak. U mnogim svojim definicijama Jung je ostao nejasan, neodređen i nedorečen. Iako nijedna ozbiljnija psihološka teorija, pogotovu kada proizilazi iz snažnog i originalnog stvaraoča, ne može da bude lišena „pogleda na svet“ Jungova analitička psihologija najviše je i najdublje prožeta ovim pogledom sa kojim se mi možemo složiti ili ne. Taj pogled na svet je prilično paradoksalan.

Jung uspeva da bude i naučnik, i filozof i umetnik, meša naučne iskaze sa metafizikom, empiriju sa spekulacijom. Jung je došao do paradoksa, što i čitavu analitičku psihologiju čini teško drugačije shvatljivom. Ako nemamo smisla za paradoks, Jung će nam ostati večita enigma.

je koje pripadaju tamnoj i slabo ispitanoj oblasti ljudske psihe za svakog bi bio težak zadatak. U mnogim svojim definicijama Jung je ostao nejasan, neodređen i nedorečen. Iako nijedna ozbiljnija psihološka teorija, pogotovu kada proizilazi iz snažnog i originalnog stvaraoča, ne može da bude lišena „pogleda na svet“ Jungova analitička psihologija najviše je i najdublje prožeta ovim pogledom sa kojim se mi možemo složiti ili ne. Taj pogled na svet je prilično paradoksalan.

Jung uspeva da bude i naučnik, i filozof i umetnik, meša naučne iskaze sa metafizikom, empiriju sa spekulacijom. Jung je došao do paradoksa, što i čitavu analitičku psihologiju čini teško drugačije shvatljivom. Ako nemamo smisla za paradoks, Jung će nam ostati večita enigma.

Kad dođete u "Mondoramu" već ste na pola puta do: pešćanih plaza Kariba, podvodnih pejzaža Crvenog mora, zalaska sunca na Nilu, belih noći na Nevi, snežnih belina Alpa, jeep-safarija u pustinji Dubaija



Imate još neku ideju?

Ili možda organizujete kongres, simpozijum, predavanje...

Ili Vam treba rent-a-car, avio-karte za celi svet, hotelski smeštaj, bilo gde na planeti, autobuski transfer...

Dodite, čekamo Vas na drugom spratu Poslovnog centra "Dušanov bazar", lokal 216
 telefoni 018/ 512-112, 512-113, 257-109, fax 523-400
 e-mail: mondorama@beotel.yu, mondorama@medianis.net



Kad kročite u "Mondoramu" već ste zakoračili u: Diznilend, Luvr, Sikstinsku kapelu, Tadž Mahal, Ermitaž, piramide, Madam Tiso, Mullen Ruž, ...



ALKOHOLIZAM – epidemija našeg doba



Lidija Ristić,
psiholog

E-mail: rilidija@eunet.yu

Vojin Popović, autor ove knjige, rođen je u Leskovcu 1967. godine. Od 1970. godine živi u Nišu. Osnovnu i srednju školu, kao i medicinski fakultet, završio je u Nišu. Od 1993. godine radi u Specijalnoj psihijatrijskoj bolnici u Gornjoj Toponici. Nalazi se na mestu upravnika Centra specijalizovanih odeljenja za alkoholizam. Ima zvanje primarijusa, specijaliste psihijatrije. Akti-

vni je učesnik velikog broja kongresa u zemlji i inostranstvu.

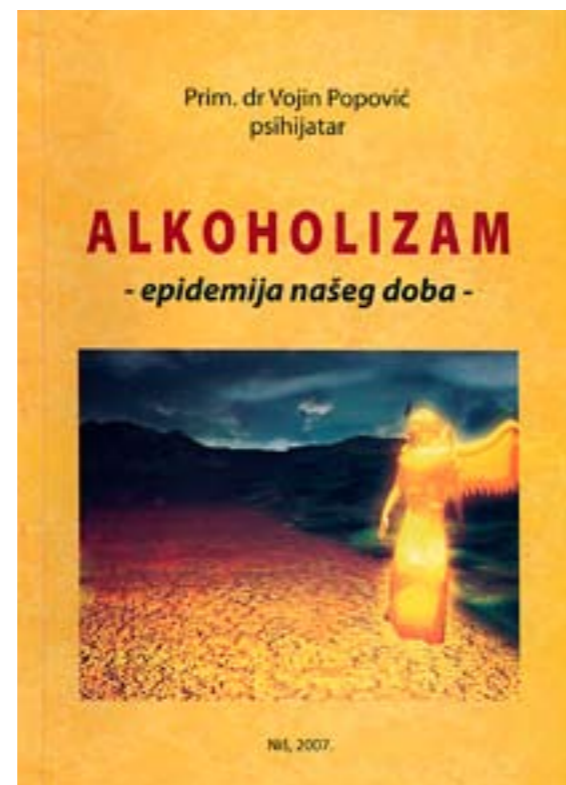
Objavio je preko 80 stručnih radova. Najveći broj njih bavi se problemom alkoholizma. Stalni je član redakcije časopisa „Psihologija danas“.

Autor knjige je, oslanjajući se na svoj dugogodišnji praktični rad, pokušao da objedini znanja o alkoholizmu na jednom mestu i da studiozno i stručno osvetli ovaj problem sa različitih aspekata.

Čitalac se uvodi u problematiku definisanjem alkoholizma kao *neinfektivne epidemije XXI veka*. To je socio-medicinska „bolest broj tri“ u svetu (po morbiditetu i mortalitetu, zavisnost od alkohola nalazi se na trećem mestu među svim poremećajima zdravlja, iza kardiovaskularnih i malignih oboljenja, navodi autor). Pored toga, alkohol je društveno prihvaćena, legalna „droga“.

Knjiga sadrži poglavlja u kojima se razmatra ova problematika iz različitih uglova čime autor postiže sveobuhvatni prikaz problema. Prvo poglavlje se bavi istorijatom alkoholizma i tretmana alkoholičara, gde se kroz istoriju opisuju sledeće faze: kažnjavanje alkoholičara > grupe samopomoći > „efekat mreže“ (uključenje svih društvenih struktura). Slede poglavlja o alkoholnim pićima, fiziologiji i patofiziologiji alkohola; definicija alkoholizma i termini u alkoholologiji; epidemiologija alkoholizma; socio-medicinski značaj alkoholizma sa obiljem statističkih podataka; korisno dejstvo alkohola; koncepti programa za lečenje alkoholizma.

U poglavlju o etiologiji alkoholizma, autor objedinjuje tri osnovna faktora kao uzroke nastanka alkoholizma:



ČOVEK (nesigurni, anksiozni, emocionalno labilni, sa niskom frustracijom tolerancijom), SREDINA (izuzetno tolerantan stav društva prema pijenju, čak poželjno ponašanje), ALKOHOL (euforično, anksiolitičko dejstvo). Kao osnovne karakteristike (crte) ličnosti alkoholičara navode se: ekstremno niska tolerancija na frustracije, nesposobnost da podnesu anksioznost i tenziju i ekstremni narcizam i ekshibicionizam. Izmenjeni karakter (ekstremna sebičnost, lažljivost i manipulacija), iz koga proizilazi alkoholičarsko ponašanje, najvažniji je simptom alkoholizma. Savest alkoholičara je „rastvorena u alko-

holu“. Alkoholičar teško prepoznaje svoja osećanja, još teže tuđa i skoro da je lišen sposobnosti empatije. Sledeće poglavlje se bavi agresivnošću alkoholičara pokušavajući da odgovori na pitanja: „Zašto alkoholičar ispoljava agresivnost?“ i „Zašto žena trpi nasilničko ponašanje supruga alkoholičara?“.

Alkoholičar teško prepoznaje svoja osećanja, još teže tuđa i skoro da je lišen sposobnosti empatije. Sledeće poglavlje se bavi agresivnošću alkoholičara pokušavajući da odgovori na pitanja: „Zašto alkoholičar ispoljava agresivnost?“ i „Zašto žena trpi nasilničko ponašanje supruga alkoholičara?“



U nastavku knjige dat je prikaz postupaka dijagnostike alkoholizma i alkoholizmom izazvanih poremećaja (oštećenje organa za varenje, kardiovaskularnog i mišićnog sistema, žlezda sa unutrašnjim lučenjem, kože, poremećaji krvi, hipoglikemija, tuberkuloza, oštećenja nervnog sistema, psihičke komplikacije...). Problematika se sagledava sa forenzičkog aspekta.

Na kraju autor piše o lečenju i rehabilitaciji alkoholičara, pri čemu ističe da terapija počinje paradigmatom lečenja: „JA SAM ALKOHOLIČAR!“ (sticanje uvida). Motivisanost za lečenje igra veliku ulogu na ishod tretmana, a to ujedno i predstavlja veliki problem u lečenju, imajući u vidu profil ličnosti alkoholičara. U terapiji se često javljaju i otpori (protivljenje lečenju) od strane alkoholičara, koji mogu biti namerni (svesni) ili nedovoljno svesni, i krize (specifična kolebanja terapijskog toka). Od psihoterapijskih metoda najčešće se koriste: individualna psihoterapija (pretežno suportativnog karaktera – podrška),

grupna, bihevioralna (averzivna, sistematska desenzitizacija, pozitivno i negativno potkrepljenje, „procedura gašenja“) i porodična psihoterapija.

Autor završava ovo studiozno razmatranje alkoholizma navodeći neke sociodemografske karakteristike alkoholičara primljenih u Specijalnu psihijatrijsku bolnicu u petogodišnjem periodu.

Kako je knjiga napisana prilično jasno, obuhvativši širok spektar faktora koji su vezani za alkoholizam, može dobro poslužiti stručnjacima koji se bave ovom problematikom, a takođe i osobama koje je *zahvatila ova epidemija* i članovima njihovih porodica.

Prikaz knjige

„TO MOŽE BITI I VAŠE DETE“

Boro Lazić

Milena Stamenković,
psiholog
stamenko@medianis.net

Dr Boro Lazić, psihijatar, autor knjige „To može biti i Vaše dete“, rođen je u Šekovićima, BiH, 1964. godine. Medicinski fakultet završio je u Tuzli 1990. godine, a specijalizaciju iz psihijatrije u Beogradu 1999. Osnivač je i šef stručnog tima Specijalne bolnice za bolesti zavisnosti u Beogradu. Stručna usavršavanja iz oblasti bolesti zavisnosti stekao je u Beogradu (subspecijalizacija), u Cirihu, Los Angelesu i Sent Luisu.

U saradnji sa stručnim timom Specijalne bolnice za lečenje bolesti zavisnosti, Dr Lazić napisao je knjigu koja je namenjena roditeljima i deci u cilju prevencije bolesti zavisnosti. Knjiga je proizvod dugogodišnjeg iskustva u radu sa zavisnicima i bavljenja ovom problematikom uopšte. Naslov knjige u potpunosti odgovara suštini nastanka i razvoja bolesti, ukazujući da ova bolest, kao ni bilo koja druga, ne bira koga će zadesiti, a izazovi sa kojima se današnja deca suočavaju podrazumevaju i droge.

Ipak, na nastanak bolesti se može uticati, tj. ona se može sprečiti ispravnom pravovremenom profesionalnom edukacijom dece i roditelja. Samo ispravan stav deteta prema drogama, formiran unutar porodice daje detetu snagu da u presudnom trenutku kaže Ne drogama. Cilj ovog udžbenika za decu i roditelje je da doprinese izgradnji ovakvog stava.

Namera autora je da iznese činjenice koje se tiču narkomanije i da stručnim saznanjima razbije zabluda i mitove koji su za nju vezani. Jedna od svakako najrasprostranjenijih zabluda je da je zavisnost stvar volje, karaktera ili izbora neke osobe. Zapravo se radi o kompleksnom i teškom oboljenju mozga, u čijem procesu nastanka porodica i društvo igraju značajnu ulogu. Zavisnost je u osnovi hronična recidivantna bolest mozga, ali izlečiva. Najnovija istraživanja apeluju da lečenje zavisnosti može biti isto tako uspešno kao i lečenje bilo koje druge hronične bole-



sti. U ovoj knjizi izneti su naučni dokazi koji ovo potvrđuju.

Autor se bavi sveobuhvatnom tematikom suštinski vezanom za oblast bolesti zavisnosti, kao što su

vršnjačkih odnosa. Ovaj period predstavlja najrizičnije životno razdoblje za ulazak u problem zavisnosti.

Posebno poglavlje knjige posvećeno je i psihološkim osnovama ra-

bilnost, problem sa autoritetima, paranoidne interpretacije, visoke aspiracije.

Opisana je i sama zavisnost kao oboljenje mozga i njena biološka

Namera autora je da iznese činjenice koje se tiču narkomanije i da stručnim saznanjima razbije zabluda i mitove koji su za nju vezani. Jedna od svakako najrasprostranjenijih zabluda je da je zavisnost stvar volje, karaktera ili izbora neke osobe. Zapravo se radi o kompleksnom i teškom oboljenju mozga, u čijem procesu nastanka porodica i društvo igraju značajnu ulogu. Zavisnost je u osnovi hronična recidivantna bolest mozga, ali izlečiva

prvenstveno ispovesti samih zavisnika, ali i nastanak i razvoj bolesti, kao i ukazivanje na činjenicu da droge drastično menjaju pravac razvoja života mlade osobe, fizički, emocionalno i karakterni. Autor navodi i faktore rizika za ulazak mladog pojedinca u problem, ali i protektivne faktore koji mogu smanjiti ove rizike. Opisane su i same psihoaktivne supstance, vrste, kratkotrajni i dugotrajni efekti i posledice na organizam i psihičke funkcije zavisnika, kao i mehanizmi delovanja na mozak.

zvoja zavisnosti. Bolest zavisnosti je sagledana iz uglova različitih teorija ličnosti, opisani su tipovi ličnosti koji su na neki način predisponirani za nastanak problema, kao i porodice koje nose potencijalne rizike. Podaci su dobijeni na osnovu istraživanja u Specijalnoj bolnici za lečenje bolesti zavisnosti, psihološkom eksploracijom.

Dobijeno je da sledeće determinante karakterišu ličnost zavisnika: niska frustraciona toleranca, agresivnost, egocentričnost, ambivalentan

osnova. Veliki deo posvećen je lečenju same bolesti, principima lečenja, opšte kategorije programa lečenja, najčešća pitanja i dileme vezane za lečenje i terapijski proces, program lečenja.

Predstavljen je koncept lečenja Specijalne bolnice za lečenje bolesti zavisnosti, kao dokazani način za ozdravljenje, potreba za koontinuiranim lečenjem i resocijalizacijom, sa posebnim akcentom na prevenciji recidiva, kognitivno-bihevioralnim terapijskim metodama. Posebno poglavlje namenjeno je prevenciji bolesti zavisnosti koje obuhvata savete, sugestije i preporuke roditeljima, ukazujuće na potencijalne rizike i promene u fizičkom izgledu, ponašanju i raspoloženju koje mogu ukazivati na postojanje problema. Tu su i testovi kojima se može ustanoviti da li dete ima problem, ili sklonosti ka eksperimentisanju sa supstancama, kao i ilustracije i slike supstanci i pribora za korišćenje.

Ovaj edukativni udžbenik šalje jasnu poruku da je problem nešto što je prisutno u sve većoj meri, kao bolest savremenog društva i da pred njim ne treba zatvarati oči i negirati njegovo ekspanzivno širenje. Ipak, pozitivna poruka knjige je da postoji rešenje ovog problema epidemioloških razmera. A rešenje je prevencija, kao osnovni cilj, u smislu edukacije dece i roditelja, ali i mogućnost adekvatnog i uspešnog lečenja onima kojima je ova vrsta pomoći potrebna.



Posebna akcenta autor daje i pojmu adolescencije koji je označen kao period burnih telesnih promena, promena u ličnosti, porodičnih i

stav prema porodici, depresivnost, doživljaj inferiornosti, kriza identiteta, impulsivnost, anksioznost, osećanje krivice, emocionalna nestabil-



Kompletirajte svoju zbirku časopisa „Psihologija danas“.
 Časopise možete naručiti na telefon 018/520-405 ili na adresu Starca Vujadina 1, 18000 Niš.

NAJAVA SLEDEĆEG BROJA

tema broja:

(ZLO)UPOTREBA MEDIJA



KNJIGE

„Knjiga ‘Seksualna IQ’ profesora Jezdimira Zdravkovića je vrijedan doprinos potpunijem osvjetljavanju široke oblasti seksualnosti.

Siguran sam da će u njoj naći nešto za sebe i o sebi i oni kojima je stalo do seksa, i oni koji se prave da za seks ne mare.“

Akademik prof. dr Dušan Kecmanović

SEKSUALNA INTELEGENCIJA

300.00 DIN.

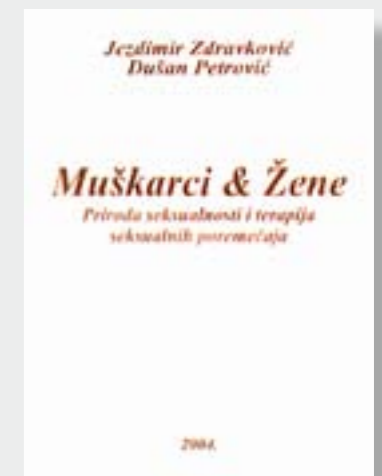


„...Originalnost ove veoma retke i dragocene publikacije jeste činjenica da sadrži najsvežije, autentične i za sada jedine naučno - istraživačke podatke sa naših prostora koji se odnose na kvalitet života paranoidnih shizofrenih bolesnika i članova njihovih porodica.“

Prof. dr Dušica Lečić - Toševski

**KVALITET ŽIVOTA
KOD MENTALNIH POREMEĆAJA**

400.00 DIN.



„Neobično praktična knjiga“.

Prof. dr Srbobran Miljković

MUŠKARCI & ŽENE

300.00 DIN.



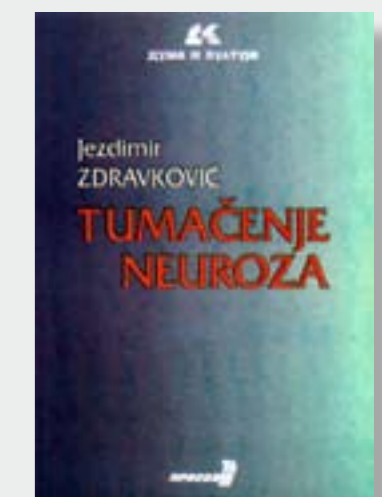
Pred vama je knjiga Jezdimira Zdravkovića, pisana jednostavnim i razumljivim jezikom, obogaćena brojnim primerima iz psihološke prakse svakodnevnog života. Čita se u jednom dahu, a pamti zauvek.

VEŠTINE VLADANJA SOBOM

400.00 DIN.

Izdavač knjižava „Stamenković“ Niš

018/538-132, 063/74-72-993



„Posebno su značajni primeri iz psihijatrijske prakse u kojima se u maniru workshopa detaljno opisuje terapija iracionalnih strahova“.

Akademik dr Dušan Kecmanović

TUMAČENJE NEUROZA

III izdanje 290.00 DIN.

**KNJIGE možete naručiti
 pouzećem na telefone:
 018/520 405
 018/546 468
 ili na e-mail: btp@bankerinter.net**

SENZAL