

ENGRAMI

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU
PSIHOLOGIJU
I GRANIČNE DISCIPLINE

2



Volume 46 • Beograd, jul-december 2024.

ENGRAMI

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU
PSIHOLOGIJU
I GRANIČNE DISCIPLINE

2



Volume 46, Beograd, jul-december 2024.

ČASOPIS ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU,
PSIHOLOGIJU I GRANIČNE DISCIPLINE

JOURNAL FOR CLINICAL PSYCHIATRY,
PSYCHOLOGY AND RELATED DISCIPLINES

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

Glavni i odgovorni urednik / Editor in chief

SRĐAN D. MILOVANOVIĆ

Zamenik glavnog i odgovornog urednika

Supplement editor in chief

MILAN B. LATAS

Pomoćnici urednika / Associate editors

MAJA PANTOVIĆ STEFANOVIĆ

BOJANA DUNJIĆ KOSTIĆ

SRETEN VIĆENTIĆ

NIKOLA LALOVIĆ

STEFAN JEROTIĆ

Tehnički urednik / Technical editor

MARIJA JEREMIĆ

Uređivački odbor / Editorial board

DRAGAN PAVLOVIĆ

DEJAN LALOVIĆ

OLIVERA VUKOVIĆ

MAJA IVKOVIĆ

OLIVERA ŽIKIĆ

SRĐA ZLOPAŠA

JASMINA BARIŠIĆ

VLADIMIR JANJIĆ

SVETLANA JOVANOVIĆ

MIRJANA DIVAC JOVANOVIĆ

BORJANKA BATINIĆ

ČEDO MILJEVIĆ

ZORAN BUKUMIRIĆ

Izdavački savet / Consulting board

MIROSLAV ANTONIJEVIĆ

MIRKO PEJOVIĆ

MIROSLAVA JAŠOVIĆ GAŠIĆ

SLAVICA ĐUKIĆ DEJANOVIĆ

DUŠICA LEČIĆ TOŠEVSKI

VLADIMIR KOSTIĆ

RATOMIR LISULOV

GORAN MIHAJLOVIĆ

Internacionalni redakcioni odbor

International editorial board

N. SARTORIUS (Geneve)

D. ŠVRAKIĆ (St. Louis)

G. MILAVIĆ (London)

V. STARČEVIĆ (Sydney)

M. JAKOVLJEVIĆ (Zagreb)

D. KARLOVIĆ (Zagreb)

A. NOVOTNI (Skopje)

L. INJAC (Podgorica)

A. TOMČUK (Kotor)

A. MIHAJLOVIĆ (Chicago)

N. TRAJANOVIĆ (Toronto)

Sekretar / Secretary

DRAGANA JOVANOVIĆ

Lektor / Lector

SONJA ĐURIĆ

IRENA ŽNIDARŠIĆ TRBOJEVIĆ

Časopis ENGRAMI izlazi dva puta godišnje. • Rešenjem Sekretarijata za kulturu SRS broj 413-124/80-2a časopis ENGRAMI je proizvod iz čl. 36, st. 1, tačka 7, Zakona o oporezivanju proizvoda i usluga u prometu za koji se ne plaća porez na promet proizvoda. • IZDAVAČ / PUBLISHED BY: KLINIKA ZA PSIHIJATRIJU KLINIČKOG CENTRA SRBIJE I UDRUŽENJE PSIHIJATARA SRBIJE; THE CLINIC FOR PSYCHIATRY CLINICAL CENTRE OF SERBIA AND SERBIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION • ADRESA UREDNIŠTVA / ADDRESS OF EDITORIAL BOARD: ENGRAMI, Klinika za psihijatriju KCS, Pasterova 2, 11000 Beograd, E-mail: klinikazapsihijatrijukcs@gmail.com • časopis ENGRAMI je referisan u SCIndeks bazi (Srpski nacionalni citatni indeks); Journal ENGRAMI is listed in SCIndeks (Serbian national citation index) • štampa Pozitiv print • Copyright © 2024 ENGRAMI. Sva prava zaštićena.

SADRŽAJ / CONTENTS

ORIGINALNI RADOVI / ORIGINAL ARTICLES

Nikola Rokvić, Radivoje Jovović

IDENTITY CAPITAL IN SERBIAN YOUTH: A PILOT STUDY 4

IDENTITETNI KAPITAL KOD MLADIH U SRBIJI: PILOT STUDIJA 19

Danilo Mladenović, Ana Milanović, Milan Latas

RAZLIKE U SIMPTOMIMA DEPRESIJE U ODNOSU NA TOK

ŠEĆERNE BOLESTI SA KOMPLIKACIJOM DIJABETESNOG STOPALA 21

DIFFERENCES IN SYMPTOMS OF DEPRESSION IN COMPARISON

TO THE COURSE OF DIABETES WITH DIABETIC FOOT COMPLICATIONS 32

PREGLEDNI RADOVI / REVIEW ARTICLES

Milan Popović

HOROR ŽANR U KNJIŽEVNOSTI KAO SREDSTVO

ZA ISTRAŽIVANJE KOLEKTIVNOG NESVESNOG..... 35

HORROR GENRE IN LITERATURE AS A MEANS

FOR EXPLORING THE COLLECTIVE UNCONSCIOUS..... 48

Jelena Sladojević Matić, Saveta Draganić Gajić

TERAPIJSKI ODNOS – ANALITIČKA PERSPEKTIVA 51

THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP - AN ANALYTICAL PERSPECTIVE 62

UPUTSTVO AUTORIMA 66

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS 72

IDENTITY CAPITAL IN SERBIAN YOUTH: A PILOT STUDY

Nikola Rokvić
Radivoje Jovović

Union University, Dr. Lazar Vrkatic
Faculty of Law and Business Studies,
Novi Sad, Serbia

doi: 10.5937/engrami46-49609

submitted: 2025/03/2

accepted: 2025/03/29

published online: 2025/05/11

Abstract

In our study comprising 522 emerging adults, we have tried to determine the level of integration in adult society and the variables that contribute to this that are described in the identity capital model based on Erikson's lifelong development theory. We have found that a highly significant percentage of variance is determined by certain personality characteristics such as self-esteem and locus of control, and by identity variables such as commitment making, identifying with commitment, exploration in breadth, and exploration in depth. Negative outcome identity variables such as ruminative exploration do not significantly influence the model. While examining previous studies, we can make a case that the increase in age of young adults that participate in the study increases the influence of identity variables on the model.

Keywords: Identity capital, Erikson, Scale adaptation

Introduction

In his seminal works, Erikson ^[1,2] describes his proposed extension of Freud's developmental theories and formulates lifelong development as a concept focusing on the development of adolescents and youth. He proposes that each developmental stage bears with it a crisis that must be overcome if the individual is to continue with uninhibited growth and development through life. One such crisis is the identity formation crisis at the end of adolescence and, at the beginning of adulthood, the crisis of identity.

Many theoreticians have further developed Erikson's theories, and there were many attempts to operationalize his concepts over the last 70 years, but what is of interest to us is the attempt to give a sociological point of view to this theory during the 90s as embodied in the Identity Capital Theory ^[3]. If we were to generalize this theoretical approach in the most loose of terms identity capital is the answer to the question of what one invests into who they are. This investment on the part of the individual will, hopefully, reflect positively on and bring rewards to the individual in the form of successfully navigating the murky waters of late-modern society. Such Identity capital can be divided into two subcategories: tangible and intangible.

Tangible capital stems from several

sources, such as social and technical skills in a wide variety of areas, effective behavioral repertoires, association with key social and occupational networks, and similar assets. What makes these assets visible is the fact that they are socially visible in the sense that they can be readily perceived by another individual. The more sociological components of tangible identity are features such as educational credentials, group membership, and personal deportment (such as the way a person dresses, physical attractiveness, an individual's speech mannerisms, and so on). Here, we also include family backgrounds and connections as an essential part of a sort of passport into social spheres and groups an individual wants to be a part of ^[3]. We must acknowledge that a significant amount of time has passed since the inception of this theory and that there have been several major developments in the field of social capital, such as the rise of the internet and social network sites. Given the connection between social network use and social capital ^[4], we find it necessary to include this form of presence in our deliberation of tangible identity capital in today's world. Therefore, we have added several measures of social media behavior to our research to test this hypothesis.

On the other hand, some resources contribute to identity capital, although they are, in essence, intangible. These more psychological factors include exploration of commitment, ego strength,

self-efficacy, cognitive flexibility, critical thinking abilities, moral reasoning, and other traits that are likely to help in an individual's endeavors to procure successful outcomes in negotiating hurdles of late-modern professional and private life [3]. Early research [5] has also identified self-esteem, purpose in life, and locus of control as contributing factors in defining intangible identity capital. In Eriksonian terms, a successful resolution to the identity crisis, characterized by high commitment-making and fruitful exploration of commitments resulting in well-developed ego-synthetic and ego-executive abilities, is also essential to intangible identity capital. Modern understanding of Eriksonian identity includes five dimensions: Commitment making, Identification with commitment, Exploration in breadth, Exploration in-depth, and Ruminative exploration [6]. This model was used in a more recent identity capital research [7].

Rooted in developmental and social psychological approaches, the identity capital model seeks to lend us greater explanatory power when examining the interrelationship between social context and identity formation [8]. For instance, it has been proposed that the identity capital framework can be used to identify and define entrepreneurial identity [9]. In the aforementioned paper, parallels have been drawn between the accrual of identity capital and the social underpinnings of entrepreneurship and how they

are compatible with each other. This was found true, especially in the creative industries [10]. The authors suggest that identity capital differs from other types of career capital in that it depends more on the collective perception of others and requires validation from an external audience. In other words, identity capital is rooted in communities, institutions, and the larger base of consumers, peers, and other gatekeepers.

On the whole, this study aims to measure identity capital in Serbian youth according to the guidelines proposed by Cote [11] and get a general idea of the prevalence of certain aspects of identity capital, their interplay and relationship with measurements of adulthood, or better yet, measurements of successfully entering adulthood. For this purpose, we have gathered a sample of young adults and gave them a battery of questions taken from previous studies of this kind.

Method

This study comprises 522 participants, and 368 of them (70.5%) have declared themselves as female. The average age of the participants is 20.6 (min=18; max=25; SD=1.79). The greatest number of students studied social sciences (60.6%) than humanities (14.1%), technological and biotechnical sciences (13.3%), and natural and medical sciences (12%). Out of the sample pool, 74.7%

only study and are not employed, 18.8% study and are precariously employed, and 6.5% study and are permanently employed. With regards to their background, 35.2% are from the countryside, 25.9% are from small towns and 39% are from cities. The testing was conducted via an online survey. Regarding parent education, 34.3% of fathers and 36.2% of mothers have some sort of higher education. Regarding employment, 91.7% of fathers and 81.1% of mothers have some sort of income. The battery of tests consisted of several questionnaires, demographical questions, and questions regarding social network use.

Dimensions of Identity Development Scale (DIDS) is a 25-item scale consisting of five subscales: Commitment making, Identification with commitment, Exploration in breadth, Exploration in Depth, and Ruminative exploration ^[6]. Each of the subscales consists of five items. This instrument measures exploration and commitment and their facets, as postulated by Erikson (1950), as the driving forces of identity development in adolescents and early adults. The scale was successfully adapted into the Serbian language ^[12]. The internal consistency measured by the alpha for subscales was 0.91, 0.92, 0.86, 0.74, and 0.84.

The identity stage resolution index (ISRI; Cote, 2016) scale was created to approximate identity capital accumulation in the transition to adulthood

based on the Eriksonian identity development model, or better yet, the crisis resolution model. It has six items and two subscales, the Adult Identity Resolution Scale (AIRS) and Society Identity Resolution Scale (SIRS), each of them consisting of three items. The scale was successfully adapted to the Serbian language ^[13]. Internal consistency was good with alpha 0.80 and 0.75 scores on the subscales respectively.

Multy-Measure Agentic Personality Scale (MAPS20) is a 20-item scale created to measure a personality's perceived agentic qualities ^[11]. It has four subscales: self-esteem, purpose in life, locus of control and ego strength. This questionnaire has not been validated in Serbian, and part of this study is its validation effort.

We performed Confirmatory Factor Analysis (CFI), and we used several model fit indicators, Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Comparative Fit Index (CFI), and Tucker Lewis Index (TLI). One of the indicators of good model fit that we used is RMSEA. We placed the maximum cut-off value to be 0.08, while we considered <0.05 to reflect a good model fit ^[14]. Next, we used the CFI and the TLI to determine a good model fit. For both indexes, we considered values of at least 0.90 to indicate an acceptable model fit, while values of 0.95 and above represent a good model fit ^[15,16]. We also used correlation, t-test, ANOVA, linear regres-

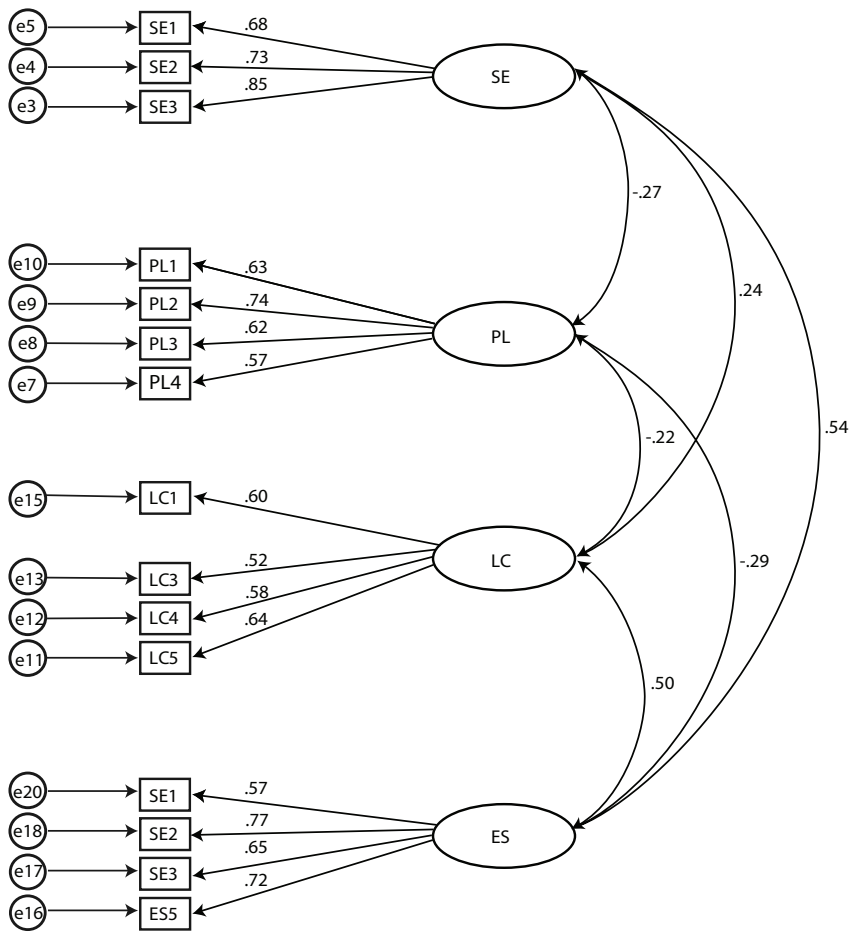
sion, and descriptive statistics methods. The statistical significance levels, p values, taken to be significant were less than 0.05 and less than 0.01.

Results

First, we performed CFI to determine the goodness of fit for the original model of the MAPS20 questionnaire. After

the original model failed to meet the criterion, we proceeded to remove the items with low loadings on the factors and ended up with a model that had satisfactory criterion $X^2(df)=273.160(83)$, CFI=0.908, TLI=0.883, RMSEA=0.066. Graph 1 is the representation of the model with factor loadings. The model we got was viable, and we used it in the rest of the statistical operations.

Graph 1. Representation of the MAPS20 questionnaire with adequate model fit.



Next, we proceeded to correlate the findings from various questionnaires we used in this survey. The results can be found in Table 1. Correlations between satisfaction with one's age and material circumstances on the one hand and other measured constructs on the other can be found in Table 2. There are no statistically significant differences between measured constructs in young individuals with em-

ployed and unemployed parents and with parents who have or do not have higher education. There is also no statistically significant difference between measured constructs and what science groups the participants are studying. This holds the same regarding their place of origin. Gender differences in measured constructs and their statistical significance can be found in Table 3.

Table 1. Correlations between measured constructs (r).

	AIRS	SIRS	SE	PL	LC	ES	CM	IC	EB	ED
SIRS	0.54**	-								
SE	0.44**	0.35**	-							
PL	-	-	-	-						
LC	0.24**	0.26**	0.18**	-	-					
ES	0.47**	0.37**	0.44**	-	0.37**	-				
CM	0.45**	0.63**	0.32**	-	0.26**	0.41**	-			
IC	0.37**	0.50**	0.35**	-0.10*	0.26**	0.39**	0.81**	-		
EB	0.10*	-	-	-	-	0.16**	0.19**	0.28**	-	
ED	0.24**	0.28**	0.26**	-	0.20**	0.27**	0.41**	0.50**	0.59**	-
RE	-0.20**	-0.30**	-0.13**	0.29**	-	-0.13**	-0.38**	-0.31**	0.37**	0.20**

AIRS – Adult Identity Resolution Scale; SIRS - Societal Identity Resolution Scale; MAPS20: SE – Self-Esteem; PL – Purpose in life; LC – Locus of control; ES – Ego strength; DIDS: CM – commitment making; IC – Identification with commitment; EB – Exploration in breadth; ED – Exploration in depth; RE – Ruminative exploration. *p<0.05; **p<0.01

Table 2. Correlations between age and satisfaction with material status and measured constructs (r).

	AIRS	SIRS	SE	PL	LC	ES	CM	IC	EB	ED	RE	MS	Age
MS	0.12**	0.24**	0.21**	-	0.09*	0.09*	0.13**	0.13**	-	-	-	-	-
Age	0.10*	-	-	-0.13**	-	-	-	-	-	0.09*	-0.11*	-	-

MS – Material state satisfaction; AIRS – Adult Identity Resolution Scale; SIRS - Societal Identity Resolution Scale; MAPS20: SE – Self-Esteem; PL – Purpose in life; LC – Locus of control; ES – Ego strength; DIDS: CM – commitment making; IC – Identification with commitment; EB – Exploration in breadth; ED – Exploration in depth; RE – Ruminative exploration. *p<0.05; **p<0.01

Table 3. Gender differences between measured constructs.

Construct	Gender	Mean
Adult Identity Resolution Scale	Male	3.98
	Female	3.92
Societal Identity Resolution Scale	Male	3.43
	Female	3.26
Self-Esteem*	Male	3.94
	Female	3.76
Purpose in life	Male	2.57
	Female	2.47
Locus of Control **	Male	3.54
	Female	3.26
Ego Strength**	Male	3.74
	Female	3.43
Commitment making	Male	3.93
	Female	3.89
Identification with commitment	Male	3.83
	Female	3.90
Exploration Breadth**	Male	3.82
	Female	4.12
Exploration Depth	Male	3.40
	Female	3.48
Ruminative Exploration**	Male	3.00
	Female	3.31

*p<0.05; **p<0.01

We have also attempted to measure behavior on social networks. We have eliminated those participants who do not use social networks from this part of the survey, 11 in total. In Table 4 we can see the differences in measured construct values between groups of partici-

pants that have been sorted by the number of social networks they are using at the time of the survey. Regarding their behavior on social networks, we have classified the participants into two categories: passive scrollers and active posters. The differences between measured

constructs when considering these categories of internet behavior are presented in Table 5. We have performed ANOVA to determine the relationship between time spent on social networks and measured constructs. The time categories were one hour (N=102), two hours (N=182), three hours (N=112), and more than

three hours (N=126). There were only significant differences in Purpose in life (p=0.011) the highest purpose in life score was detected in those who spent the most time using social networks and ruminative exploration (p=0.029), where the same trend was detected.

Table 4. Differences in measured constructs regarding the number of social networks the participants are using at the moment of the survey.

	One (N=26)	On two (N=197)	On three (N=113)	On more than three (N=186)	ANOVA On significance value (p)
AIRS	4.09	4.03	3.96	3.81	0.019
SIRS	3.49	3.47	3.22	3.18	0.022
SE	4.00	3.82	3.81	3.78	0.611
PL	2.23	2.42	2.56	2.58	0.005
LC	3.48	3.45	3.30	3.26	0.130
ES	3.71	3.59	3.68	3.33	0.002
CM	3.80	4.06	3.87	3.82	0.095
IC	3.75	4.00	3.84	3.83	0.297
EB	3.58	3.97	4.22	4.07	0.004
ED	3.33	3.45	3.55	3.43	0.526
RE	3.09	3.05	3.47	3.24	0.008

AIRS – Adult Identity Resolution Scale; SIRS - Societal Identity Resolution Scale; MAPS20: SE – Self-Esteem; PL – Purpose in life; LC – Locus of control; ES – Ego strength; DIDS: CM – commitment making; IC – Identification with commitment; EB – Exploration in breadth; ED – Exploration in depth; RE – Ruminative exploration.

Table 5. Differences in measured constructs regarding participant behavior on social networks.

	I mostly watch other people's posts (N=412)	Most of the time I post content (N=104)	p
AIRS	3.88	4.17	0.001
SIRS	3.25	3.55	0.007
SE	3.76	3.99	0.011
PL	2.49	2.50	0.820
LC	3.31	3.52	0.028
ES	3.46	3.79	0.001
CM	3.88	4.08	0.056
IC	3.83	4.13	0.009
EB	4.02	4.14	0.217
ED	3.44	3.5	0.373
RE	3.26	3.01	0.036

AIRS – Adult Identity Resolution Scale; SIRS - Societal Identity Resolution Scale; MAPS20: SE – Self-Esteem; PL – Purpose in life; LC – Locus of control; ES – Ego strength; DIDS: CM – commitment making; IC – Identification with commitment; EB – Exploration in breadth; ED – Exploration in depth; RE – Ruminative exploration.

Since AIRS and SIRS are outcomes of identity formation we have performed regression to find out what percentage of the mentioned variables variance is explained by

DIDS and MAPS20 subscales. The analysis was successful ($F(df)=28.201(509)$; $p<0.001$ and $F(df)=29.898(509)$; $p<0.001$ respectively) results are presented in Table 6. There is no significant difference in AIRS and SIRS values between students of different sciences. Also, there is no difference in the values of these variables concerning student employment, parental education,

parental employment, place of birth (village, small town or city) or social network usage styles.

Table 6. Differences in measured constructs regarding the number of social networks the participants are using at the moment of the survey.

	AIRS		SIRS	
	ß	Sig.	ß	Sig.
SE	0.265	<0.001	0.215	<0.001
PL	-0.006	0.874	-0.065	0.101
LC	0.069	0.086	0.161	<0.001
ES	0.328	<0.001	0.205	<0.001
ΔR2	0.277		0.19	
SE	0.227	<0.001	0.110	0.003
PL	0.022	0.558	-0.017	0.607
LC	0.040	0.308	0.078	0.028
ES	0.258	<0.001	0.069	0.082
CM	0.324	<0.001	0.636	<0.001
IC	-0.135	0.047	-0.146	0.016
EB	0.022	0.651	-0.160	<0.001
ED	0.039	0.454	0.146	0.002
RE	-0.075	0.120	-0.043	0.314
ΔR2	0.334		0.467	

AIRS – Adult Identity Resolution Scale; SIRS - Societal Identity Resolution Scale; MAPS20: SE – Self-Esteem; PL – Purpose in life; LC – Locus of control; ES – Ego strength; DIDS: CM – commitment making; IC – Identification with commitment; EB – Exploration in breadth; ED – Exploration in depth; RE – Ruminative exploration.

Discussion

First, let us examine the structure of the instruments used in this survey. We can, with all certainty, say that the structure of the MAPS20 questionnaire has been confirmed, although several modifications had to be made to preserve it. We have had to remove one item from the locus of control, purpose in life, and ego strength subscales and two from the self-esteem subscale of the questionnaire. Only then did we achieve adequate model fit, in other words, appropriate values of fit parameters designated above. After this has been established we could analyze other results and draw conclusions from the available data.

We can now proceed to examine how the measured constructs correlate with the two outcome variables, the Adult Identity Resolution Scale and the Societal Identity Resolution Scale. We can see that Adult Identity correlates strongly with MAPS20 constructs, but neither variable correlates with the purpose in life subscale. This is a bit puzzling, giving us the impression that this variable is not important for entering the world of adults. We must consider that purpose in life has become so vague in the postmodern world that it is not expected, even from an adult, to have a clear sense of where he or she is going in life to be considered an adult. On the other hand, DIDS subscales be they positive or negative outcome variables, corre-

late more strongly with Societal Identity Resolution. This leads us to believe that personal identity resolution is more attuned to the societal part of an adult's being while feeling adult on its own is more related to personal strengths.

Age, it seems, has very little to do with either Adult or Societal Resolution, along with personal strengths and identity subscales. This is either because the span of participant age is too small for there to be any sort of meaningful influence or because age itself at this stage plays no role in adulthood transition but the wealth of personal experience that does not correspond to participant age. Indeed we strongly believe it is the latter because the age span is between 18 and 25, late teens to emerging adulthood. This also emphasizes the postulate that there is a protracted adolescence, or better yet, emerging adulthood, influencing the feeling of becoming an adult in a personal and societal way^[17], so that age in this span is of little predictive value. Other experiences that we have not measured may have more of an influence on the outcome variables. On the other hand, monetary satisfaction has a stronger influence on the outcome variables, especially on Societal Identity Resolution. This, in turn, means that satisfaction with one's financial situation makes a young adult feel more secure in society, granting them the feeling of being grown up and finding their place in society.

Regarding gender differences, we have

not found any much data in existing literature. What we can safely say is that, when outcome variables are concerned, there is no gender difference in values therefore young men and women have the same feeling of reaching adulthood and societal identity goals. This, however, is not the case with self-esteem, locus of control and ego strength, where male participants have recorded higher values. Extensive meta-analytic studies have shown that this is generally the case; therefore, we have not delved further into this ^[18]. The gender differences in Locus of control results are a bit puzzling because the prevailing literature suggests that control is slightly more externalized in female participants ^[19] but that there are differences either way when conducting facet-level analysis. Since MAPS20 measures Locus of control as a singular construct, we cannot quite determine the nature of the discrepancy, but this might be a sign of the times and a cultural artifact of the Serbian youth population. Further studies of this construct are needed to get to the bottom of this discrepancy. Concerning ego strength, earlier research has not found any gender differences ^[20]. Therefore, this also might be an artifact of the Serbian population. Further research into these constructs is needed in our country to fully understand the interplay of these variables. Our study is but a pilot research project that hopes to provide an impetus for further work in this field. With regards to DIDS subscales, there have been reported gender

differences since the scale inception, with female participants scoring higher in Ruminative exploration and Exploration in depth than male participants ^[6]. This has only been partially confirmed in our study, where, indeed, female participants have higher scores on Ruminative exploration while there is no difference in Exploration in depth but in Exploration in breadth. This is a bit puzzling but a starting point for further examination of this phenomenon in the context of the Serbian youth. Again, we must stress that our research is the first one of this nature in our country and that our results need to be tested and retested in numerous samplings so that we may reach firm conclusions about these discrepancies.

The second thing we tested was participant behavior on social networks and its relationship with measured constructs. We have not found any literature regarding this therefore, it was very interesting to us to see if there any noteworthy results and conclusions that can be drawn, and we were not disappointed. Both Adult Identity Resolution and Societal Identity resolution vary significantly with regard to the number of social network accounts an individual has. AIRS decreases with the number of social network accounts one possesses, as does SIRS. This means that if an individual is active on more than one network, then do not feel as member of an adult world that much. Is this lack of self-perceived maturity a result of the number

of social network accounts, or does lack of maturity create a need for accounts on more than three social networks is at present not known but is a phenomenon that needs investigating. This interplay and its source might be valuable for future research into the social network activities of young adults. On the other hand, Purpose in life is more expressed in individuals with accounts on more than three social networks, while ego strength decreases. So we have individuals with lower sense of belonging to the adult community but more purposeful yet with lower strength that possess accounts on multiple social networks. Regarding DIDS subscales, individuals with accounts on more than three social networks have significantly higher exploration in breadth, this can be seen as logical since they are after more different experiences, but also negative outcome variables such as ruminative exploration.

With regards to behavior on social networks, meaning do you post content or do you consume content there are significant differences between these two groups in many measured constructs. The AIRS and SIRS scales are higher in those that create content as is self-esteem, locus of control, and ego strength. This can be considered logical because these are traits necessary to have the courage needed to create content and expose yourself to the world, not just be a passive scroller. Also, when DIDS subscales are concerned Identity commit-

ment is higher in content creators, while there is a slight but significant decrease in Ruminative exploration.

Now let us turn to the most important part of our study, the regression analysis where we determine the percentage of variance of our outcome variables AIRS and SIRS explained by other measured constructs such as the MAPS20 and DIDS subscales. There has been previous research in this domain ^[7], but on high-school children aged between 16 and 19 years, therefore there is some overlap between our samples but also discrepancies that might prove crucial to interpreting our results. When AIRS is concerned, in the Polish study, DIDS contributed about 4% of the variance, while in our study, this figure was higher up to 5.7%. This slight increase might be due to the maturity of our sample where, with age identity domains have a greater influence on how an individual perceives himself. However, this discrepancy is rather small, and further testing is needed to see if DIDS variables truly have such a small influence on AIRS. On the other hand, we have, unlike the Polish study, also used MAPS20, which has explained a rather significant 27.7% of the AIRS variance. So we see that personal qualities, not identity ones, have a greater impact on the Adulthood Identity construct. This, however, does not hold for the Societal Identity, where MAPS20 variables contribute far less, only 19%, and DIDS variables contribute a further 27.7%, totaling a rather high

46.7%. The research conducted in Poland measured between 20 and 16% variance explained by DIDS. We can only conclude that when SIRS is concerned, identity variables increase their explanatory values with age. Further testing on various populations regarding age and educational status needs to be conducted to replicate these results and strengthen the conclusion of this study. As we said, this is only the beginning of research in identity capital and Eriksonian theories in Serbia, and we must be cautious when jumping to conclusions, testing and retesting are the keys to unraveling the truth. Unfortunately, identity capital theory is “out of fashion”; therefore, comparative studies are scarce and hard to find.

Conclusion

The revised MAPS20 questionnaire is available to be used in Serbian. We have found that there are gender differences in measured constructs; some of them are in accordance with international standards, and some of them are a bit paradoxical; further testing is needed to explain this. By analyzing our results, we have determined that identity variables probably increase their influence on AISR and SIRS as outcome variables and that MAPS20 and DIDS subscales have a greater impact on SIRS than on AISR. Further research on populations of various educational, vocational, and age states is needed to reach more sig-

nificant insights into the problems proposed in this study, which is only a pilot research project.

Appendix I Serbian translation of the MAPS20 questionnaire / MAPS20 upitnik

Subskala	Stavka	Ne slažem se					Slažem se				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SE1	Ja sam zabavna osoba.	1	2	3	4	5					
SE2	Popularan sam meu svojim vršnjacima.	1	2	3	4	5					
SE3	Ljudi uglavnom prate moje ideje i slažu se sa njima.	1	2	3	4	5					
SE4	Moj izgled je ispodprosečan. (R)	1	2	3	4	5					
SE5	Većinu ljudi okolina više voli nego mene. (R)	1	2	3	4	5					
PL1	Uglavnom mi je veoma dosadno. (R)	1	2	3	4	5					
PL2	Život mi je postao potpuna rutina. (R)	1	2	3	4	5					
PL3	Svaki dan je nov i drugačiji.	1	2	3	4	5					
PL4	Moj život je prazan i pun očajja. (R)	1	2	3	4	5					
PL5	Veoma sam odgovorna osoba.	1	2	3	4	5					
LC1	Postati uspešan je pitanje rada i zalaganja. Sreća nema ili skoro da nema ništa sa tim.	1	2	3	4	5					
LC2	Ako nešto isplaniram skoro da sam sasvim siguran da mogu to da izguram do kraja.	1	2	3	4	5					
LC3	Dobiću onoliku ocenu koliko vredno budem učio/la.	1	2	3	4	5					
LC4	Prosto ne verujem da sreća ili šanse imaju naglašeno bitnu ulogu u mom životu.	1	2	3	4	5					
LC5	Stvari koje mi se dešavaju zavise samo od mene.	1	2	3	4	5					
ES1	Volim zahtevne i izazovne situacije.	1	2	3	4	5					
ES2	Imam snažnu volju.	1	2	3	4	5					
ES3	Mogu da se koncentrišem bolje od drugih kada se nalazim u situaciji da me nešto ometa.	1	2	3	4	5					
ES4	Mogi da se nosim sa fizičkom nelagodnošću bolje nego drugi ljudi.	1	2	3	4	5					
ES5	Kada imam neki posao da uradim teško me je omesti.	1	2	3	4	5					

SE – Samopoštovanje; PL – Svrha u životu; LC – Lokus kontrole; ES – Snaga Ega;

IDENTITETNI KAPITAL KOD MLADIH U SRBIJI: PILOT STUDIJA

Nikola Rokvić
Radivoje Jovović

Univerzitet Union, Fakultet za pravne i poslovne studije „Dr Lazar Vrkić”,
Novi Sad, Srbija

doi: 10.5937/engrami46-49609

primljeno: 2025/03/2

prihvaćeno: 2025/03/29

objavljeno na internetu: 2025/05/11

Sažetak

U našoj studiji koja se sastojala od 522 ispitanika smo pokušali da utvrdimo nivo integracije mladih u društvo odraslih i koje varijable doprinose ovom osećaju prema modelu identitetnog kapitala zasnovanom na Eriksonovoj teoriji celoživotnog razvoja. Pronašli smo da je visoko značajan procenat varijanse osećaja odraslosti određen odlikama ličnosti poput samopouzdanja i lokusa kontrole i varijablama Ja-identiteta poput formiranje posvećenosti, identifikacijom sa posvećenošću, eksploracijom u širinu i eksploracijom u dubinu. Varijable prediktori negativnog ishoda formiranja identiteta, poput ruminativne eksploracije nemaju značajan uticaj na model. Posmatrajući prethodne studije na ovu temu, možemo postaviti hipotezu da povećanje starosti ispitanika povećava udeo uticaja identitetnih varijabli u predpostavljenom modelu.

Ključne reči: identitetni kapital, Erikson, adaptacija skala

LITERATURE / LITERATURA

1. Erikson E. *Childhood and Society*. New York: Norton; 1950.
2. Erikson E. *Identity, youth and crisis*. New York: Norton; 1968.
3. Cote J. Sociological perspectives on identity formation: the culture-identity link and identity capital. *J Adolesc* 1996; 19(5):417-428.
4. Cheng C, Wang H-y, Sigerson L, Chau C-I. Do the Socially Rich Get Richer? A Nuanced Perspective on Social Network Site Use and Online Social Capital Accrual. *Psychol Bull* 2019; 145(7):734.
5. Cote J. (1997). An empirical test of the identity capital model. *J Adolesc*, 20(5), 577-597.
6. Luyckx K, Schwartz S, Berzonsky M, Soenens B, Vansteenkiste M, Smits I, et al. Capturing ruminative exploration: Extending the four-dimensional model of identity formation in late adolescence. *J Res Pers* 2008; 42(1):58-82.
7. Piotrowski K. Identity Capitals in Upper Secondary School Students. *Studia Psychologiczne* 2015; 53(4):45-59.
8. Cote J. The Role of Identity Capital in the Transition to Adulthood: The Individualization Thesis Examined. *J Youth Stud* 2002; 5(2):117-134.
9. Lewis K. V. Identity capital: an exploration in the context of youth social entrepreneurship. In *Entrepreneurial identity and Identity Work* 2019 (pp.15-29). Routledge
10. Mao J. & Shen Y. Identity as career capital: enhancing employability in the creative industries and beyond. *Career Dev Int* 2020; 25(2):186-203.
11. Cote J. *The Identity Capital Model: A Handbook of Theory, Methods and Findings*. London, Ontario, Canada: Unpublished manuscript; 2016.
12. Rokvic N. & Jovanovic T. *Adaptacija Skala dimenzija razvoja identiteta (DIDS)*. 69. Kongres psihologa Srbije. Belgrade: Društvo psihologa Srbije; 2021.
13. Rokvic N. & Jovanovic R. Validacija skale rezolucije identiteta (Identity Stage Resolution Index, ISRI). 69. Kongres psihologa Srbije. Belgrade: Društvo psihologa Srbije; 2021.
14. Browne M. W. & Chudeck R. Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen, & J. S. Long, *Testing structural equation models*. Newbury Park CA: Sage; 1993. pp. 136-162.
15. Bentler P. M. Comparative fit indexes in structural models. *Psychol Bull* 1990; 107(2):238-246.
16. Tucker L. & Lewis C. A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika* 1973; 38(1):1-10.
17. Cote J. Emerging Adulthood as an Institutionalized Moratorium: Risks to Identity Formation. In J. Arnett, & J. Tanner, *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century*. American Psychological Association; 2006. pp. 85-116.
18. Kling K. C. Hyde J. S. Showers C. J. & Buswell B. N. Gender differences in self-esteem: A meta-analysis. *Psychol Bull* 1999; 125(4):470-500.
19. Sherman A. C. Higgs G. E. & Williams, R. L. Gender differences in the locus of control construct. *Psy Health* 1997; 12(2); 239-248.
20. Gfeller B. M. & Armstrong H. D. Ego Development, Ego Strengths, and Ethnic Identity Among First Nation Adolescents. *J Adolesc Res* 2012; 22(2):225-234.

Nikola Rokvić

Univerzitet Union, Fakultet za pravne
i poslovne studije "dr Lazar Vrkatić"
Bulevar oslobođenja 76
21 000 Novi Sad, Srbija

nikolamrokvic@gmail.com

RAZLIKE U SIMPTOMIMA DEPRESIJE U ODNOSU NA TOK ŠEĆERNE BOLESTI SA KOMPLIKACIJOM DIJABETESNOG STOPALA

Danilo Mladenović¹

Ana Milanović¹

Milan Latas^{1,2}

¹ Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Beograd, Srbija

² Univerzitetski klinički centar Srbije, Klinika za psihijatriju, Beograd, Srbija

* Rad je prethodno saopšten na Kongresu studenata biomedicinskih nauka održanog u Vrnjačkoj Banji od 19-23. aprila 2024. godine.

doi: 10.5937/engrami46-52363

primljeno: 24. jul 2024.

prihvaćeno: 21. maj 2025.

objavljeno na internetu: 28. maj. 2025.

Sažetak

Uvod: Šećerna bolest predstavlja značajan globalni izazov za zdravlje sa sve većom prevalencijom širom sveta. Nedomoljno razjašnjen odnos između telesnih tegoba i mentalnog zdravlja, koji se očituje kroz pridružene simptome depresije kod osoba s dijabetesom, privukao je značajnu pažnju u poslednjih nekoliko godina.

Cilj rada: Ispitati vezu između prisustva simptoma depresije i komplikacija dijabetesnog stopala kod osoba sa dijabetesom.

Metod: Studija je koristila retrospektivno-prospektivni dizajn i sprovedena je u periodu od 15.10.2023. do 15.02.2024. godine. Ukupno je uključeno 87 ispitanika sa dijabetesom, koji su kategorisani u tri grupe na osnovu prisustva komplikacija dijabetesnog stopala – dijabetesnog ulkusa. Prvu grupu činili su pacijenti sa dijabetesnim stopalom i ulkusom koji su lečeni amputacijom (DS/A) (n = 29), drugu grupu paci-

jenti sa dijabetesnim stopalom i ulkusom koji su lečeni konzervativno (DS/K) (n = 30), a treću grupu su činili pacijenti sa dijabetesom koji nisu imali dijabetesno stopalo (DS-kont) (n = 28). Pregledom medicinske dokumentacije, prikupljeni su sledeći podaci: starost, pol, broj komorbidnih oboljenja, dužina trajanja bolesti u godinama. Svi pacijenti su popunili upitnik PHQ-9 za procenu simptoma depresije.

Rezultati: Pacijenti iz grupe DS/Amp su imali značajno više rezultate PHQ-9 u poređenju sa pacijentima iz grupa DS/K i DM-kont. Analiza linearne regresije identifikovala je pripadnost grupi kao značajan prediktor povećanih rezultata PHQ-9.

Zaključak: Osobe sa amputiranim dijabetesnim stopalom pokazuju više nivoe simptoma depresije. Dalja prospektivna istraživanja su neophodna kako bi se razjasnila uzročno posledična veza između prisustva simptoma depresije i komplikacija dijabetesnog stopala.

Ključne reči: dijabetesno stopalo, simptomi depresije, amputacije, komorbiditet.

Uvod

Diabetes melitus (DM) je hronična bolest od koje je u 2021. godini na svetu bolovalo 529 miliona ljudi. Drugim rečima, globalna standardizovana prevalenca je 6,1%^[1]. Procenjuje se da će do 2050. prevalenca iznositi preko 10%, odnosno da će od DM bolovati više od 1,3 milijardi ljudi^[1]. U Srbiji sa procenjenom prevalencijom od 12,2%, DM predstavlja značajan javno zdravstveni izazov, zahtevajući proaktivne mere i sveobuhvatne strategije lečenja kako bi se ublažio njegov uticaj na pojedince i društvo^[2].

Dodatne otežavajuće okolnosti povezane sa šećernom bolešću su komplikacije, posebno dijabetesno stopalo, komplikacija koja vodi ka značajnom narušavanju kvaliteta i utiče na dužinu života pojedinca, a ima i značajne ekonomske posledice po celokupno društvo. U Evropi ekonomska težina dijabetesa, procenjena na osnovu troškova za 2019. godinu, iznosi zapanjujućih 161 milijardu dolara^[3]. Oko 50% ovih troškova odlaze na lečenje komplikacija, od kojih je jedna od najznačajnijih dijabetesno stopalo^[3]. Navedeni troškovi obuhvataju širok spektar izdataka, uključujući bolničko lečenje, hirurške intervencije i rehabilitacione mere. Sve navedeno ističe neophodnost postojanja detaljnih preventivnih strategija i efikasnih protokola lečenja^[3]. U Srbiji su troškovi na godišnjem nivou u 2019. godini bili 1089,4 američkih dolara po glavi stanovnika^[3].

Višestruka istraživanja iz područja

psihosomatske medicine su pokazala da je mentalno i fizičko funkcionisanje neodvojivo. Drugim rečima, pokazano je da pojava psihijatrijskih poremećaja značajno utiče na tok različitih telesnih stanja, uključujući internističke bolesti, poput akutnog infarkta miokarda i srčane insuficijencije [4]. Dok su metaboličke i patofiziološke manifestacije dijabetesa, posebno komplikacije poput dijabetesnog stopala, dobro dokumentovane i temeljno proučene, uticaj komorbidnih simptoma depresije na tok i lečenje ovog složenog oboljenja je i dalje nedovoljno razjašnjen i privlači značajnu pažnju u poslednjih nekoliko godina [4, 5, 6, 7].

Ovaj rad ima za cilj da ispita vezu između prisustva simptoma depresije i komplikacija dijabetesnog stopala kod osoba sa dijabetesom. Postavljena hipoteza je da će osobe sa značajnijim komplikacijama dijabetesnog stopala imati izraženije simptome depresije.

Metod

Sprovedena je retrospektivno-prospektivna studija koja je obuhvatala period od 15.10.2023. do 15.02.2024. godine. U istraživanje je uključeno 87 pacijenata, koji su podeljeni u tri grupe na osnovu stanja i tipa lečenja. Prvu grupu (DS/A) činilo je 29 ispitanika sa dijabetesom koji su kao komplikaciju razvili komplikovani ulkus dijabetesnog stopala, što je dovelo do delimične ili potpune amputacije stopala ili celog ekstremiteta. Ovi pacijenti su anketirani u Klinici za

ortopedsku hirurgiju i traumatologiju, UKCS (Univerzitetski klinički centar Srbije). Drugu grupu (DS/K) činilo je 30 ispitanika sa dijabetesom i ulkusom dijabetesnog stopala koji su lečeni konzervativno. Treću grupu (DS-kont) činila je kontrolna grupa ispitanika sa dijabetesom, ali bez komplikacija u vidu dijabetesnog stopala. DS/K i DS-kont su anketirane u Klinici za endokrinologiju, UKCS. Kako bi se osigurala uporedivost, kontrolna i ispitivane grupe su bile ujednačene po godinama starosti, polu i broju komorbidnih oboljenja. Kriterijumi za isključivanje iz istraživanja bili su korišćenje psihijatrijskih lekova i psihijatrijsko lečenje ikad. Analizom medicinske dokumentacije prikupljeni su sledeći podaci: starost, pol, broj komorbidnih oboljenja i trajanje dijabetesa u godinama. Izvršen je intervju i svi podaci su potvrđeni sa svakim pacijentom zasebno.

Pored toga, svi pacijenti su popunili upitnik PHQ-9 (Patient health questionnaire 9) za procenu simptoma depresije. Upitnik se sastoji iz 9 pitanja sa odgovorima u vidu brojčanih vrednosti u rasponu 0-3. PHQ-9 je validiran na srpskoj populaciji [8] (Prilog I).

Statistička analiza sprovedena je u programu EZR: R Commander. Upotrebljeni su sledeći alati statističke analize: Spirmanov test korelacije, Hi-kvadrat test, jednosmerni ANOVA test, Mann-Whitney U test, test linearne regresije.

Za ovo istraživanje dobijena je saglasnost Etičkog odbora, UKCS (br. 611/3) i Etičkog odbora Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Svakom ispitaniku su bile objašnjene metode, način i cilj ispitivanja i svaki ispitanik je dao pisani pristanak za učešće u istraživanju.

Rezultati

Ukupan broj ispitanika koji su učestvovali u studiji je 87, od toga je 62 ispitanika muškog (71%), a 25 ispitanika ženskog pola (29%). Poređenjem polne raspodele ispitanika po grupama u zavisnosti od modaliteta lečenja dijabetičnog stopala i kontrolne grupe utvrđena je statistički značajna razlika u polovima između grupa DS/A i DS-kont, dok ta razlika nije uočena između grupa DS/K i DS-kont (Prilog II).

Prosečna starost ispitanika je 62,1 (Standardna devijacija (SD) = 9,9) godina, od toga prosečna starost žena je 62,2 (SD = 11), a muškaraca 62,0 godina (SD = 9,5). Rezultat upoređivanja prosečne starosti grupa po modalitetu lečenja je da nema statistički značajne razlike, merene jednosmernim ANOVA statističkim testom (Prilog III).

Prosečan broj komorbidnih oboljenja u grupi DS/A je 7,5 (SD = 3,6; medijana = 7; min = 2; max = 15), u grupi DS/K je 8,1 (SD = 2,9; medijana = 8; min = 4; max = 15), a u grupi DS-kont je 8,2 (SD = 3,2; medijana = 8; min = 3; max = 16). S obzirom na to da dobijene srednje

vrednosti broja komorbidnih oboljenja ne pokazuju normalnu raspodelu (Koeficijent varijacije (CV) veći od 30%) grupe su međusobno upoređene *Mann-Whitney U* statističkim testom i zaključeno je da nema statistički značajnih razlika.

Prosečna dužina trajanja bolesti kod ispitivane grupe DS/A je 14,7 (SD = 9,25) godina, grupe DS/K je 22,4 (SD = 8,83) godine, a DS-kont 17,9 (SD = 8,86) godina. Dobijene srednje vrednosti dužine trajanja bolesti u godinama takođe nemaju normalnu raspodelu (CV > 30%) tako da su grupe međusobno upoređene *Mann-Whitney U* statističkim testom i dobijene su statistički značajne razlike u dužini trajanja bolesti kod grupe DS/A u odnosu na grupu DS/K (Prilog IV).

Kada su u pitanju vrednosti PHQ-9 skrining testa, grupa DS/A ima prosečnu vrednost 9,1 (SD = 4,99), grupa DS/K je 2,3 (SD = 1,44), a DS-kont 2,4 (SD = 1,66). Kako podaci nisu u normalnoj raspodeli (CV > 30%) morao je biti primenjen *Mann-Whitney U* statistički test, čiji su rezultati pokazali da postoji statistički značajna razlika u rezultatima između grupe DS/A i DS-kont, kao i grupe DS/A i DS/K, dok nema statističke razlike između DS/K i DS-kont. (Prilog V).

Po završetku komparativnih analiza statističkim testom linearne regresije ispitano je koje su varijable najviše povezane sa višim nivoom rezultata na PHQ-9 testu kod pacijenata sa šećernom bolesti, odnosno koji bi bili specifični prediktori za komorbidne simptome depresije. Za-

visna varijabla je bila rezultat na PHQ-9 testu. Nezavisne varijable su bile: starost, pol, broj komorbidnih oboljenja, tok bolesti (bez dijabetesnog stopala, konzervativni tretman, amputacija), dužina trajanja bolesti u godinama. Od navedenih varijabli samo je tok bolesti pokazao statistički značajnu povezanost, tj. prediktivnu vrednost, sa višim rezultatom na PHQ-9 testu (Prilog VI). Takođe, sprovedena je i linearna regresija sa ishodom bolesti (da li je došlo do amputacije ili se dijabetesno stopalo konzervativno leči) kao zavisnom varijablom i starosti, polom, brojem komorbidnih oboljenja i rezultatom PHQ-9 testa kao nezavisnim varijablama. Rezultat ove linearne regresije pokazao je da će prediktivne varijable za amputaciju kao ishod bolesti biti viši rezultat na PHQ-9 skali i kraći tok bolesti (Prilog VIII).

Iako ovaj statistički test nije pokazao povezanost između dužine trajanja bolesti i rezultata na PHQ-9 testu, statističkim testom Spirmanove korelacije vidi se statistički značajna negativna korelacija ($r_s = -0,345$; $p = 0,007$) kada se porede pacijenti koji imaju dijabetesno stopalo (DS/A i DS/K), bez kontrolne grupe (Prilog VII).

Diskusija

Na osnovu dobijenih rezultata može se zaključiti da nema razlike između ispitivanih grupa i kontrolne grupe po godinama starosti i po broju komorbid-

nih oboljenja, što je važno zbog međusobnog poređenja grupa i otklanjanja uticaja starosti i broja komorbidnih oboljenja na tok bolesti i rezultat PHQ-9 testa. Statistički značajna razlika u polnoj zastupljenosti muškaraca u grupi sa amputacijama, koja ispoljava i najteži oblik depresivnosti, u odnosu na kontrolnu može biti objašnjena stigmom koja prati ispoljavanje ovih simptoma kod muškaraca usled čega oni ostaju nedijagnostikovani. Kako je kriterijum za isključivanje bio prethodno psihijatrijsko lečenje ili korišćenje psihijatrijskih lekova, pretpostavljamo da je razlog diskrepance između polova činjenica da se žene obolele od šećerne bolesti češće obraćaju psihijatru. U studiji Deischinger-a i sar.^[9] je ispitivana učestalost dijagnostikovanja depresije u populaciji obolelih od šećerne bolesti, a rezultati su pokazali da su žene obolele od dijabetesa u 1,37 puta većem riziku da budu dijagnostikovane kao depresivne od muškaraca koji su oboleli od dijabetesa, ali i da je šećerna bolest kod žena faktor rizika za dijagnozu depresije. Takođe, Swetlitz-a^[10] je u svom istraživanju, na opštoj populaciji, zaključio da previše muškaraca ostaje nedijagnostikovano kada govorimo o depresiji, a da je učestalost samoubistava 3 do 4 puta češća.

U ranijim studijama, poput Zhu M i sar.^[4] pokazano je da depresija može dovesti do ubrzanog toka bolesti kod obolelih od kardiovaskularnih bolesti sa bržim razvojem neželjenih događa-

ja poput infarkta miokarda. Takođe, u meta-analizi koju su sprovedi Nefs G i sar.^[5] dolazi se do zaključka da će osobe sa povišenim nivoima komorbidne depresije i anksioznosti imati snižen nivo brige o svojoj šećernoj bolesti. U studiji Uestbi (Westby) M i sar.^[6] dolazi se do zaključka da će osobe koje ispoljavaju simptome depresije češće razviti ranu u okviru dijabetesnog stopala kao komplikaciju šećerne bolesti. Rezultat ovog istraživanja - da će DS/A statistički značajnije imati kraće trajanje bolesti i veći rezultat na PHQ-9 testu tj. više nivoe simptoma depresije u odnosu na DS/K i DS-kont, u konzistenciji su sa gore pomenutim istraživanjima i mogu potencijalno ukazivati na uticaj simptoma depresije na tok šećerne bolesti i njenih komplikacija. Isti rezultat podržava i Spirmanov test korelacije ukazujući da što su viši rezultati na PHQ-9 testu to je kraći tok bolesti tj. brže dolazi do amputacija usled rane na dijabetesnom stopalu. Ovakvim rezultatima se potvrđuje postavljena hipoteza da postoji povezanost između simptoma depresije i toka bolesti.

Naravno ovde se postavlja pitanje da li prvo nastaje depresija koja dovodi do bržeg toka bolesti ili brži tok bolesti dovodi do većih simptoma depresije. Sa tim u vezi, s obzirom da je PHQ rađen kod osoba koje već imaju neželjeni ishod (amputaciju usled dijabetesnog stopala), ne može se govoriti o uticaju simptoma depresije na tok bolesti. Može se samo

govoriti da oni koji imaju agresivniji tok komplikacije šećerne bolesti (DS/A) imaju izraženiju depresiju, dok je grupa koja ima blaži tok (DS/K) sličnija kontrolnoj grupi (DS-kont.) po rezultatu PHQ-9 testa. Potrebno je sprovesti prospektivnu studiju koja bi pacijente sa dijabetesom pratila duži vremenski period do razvoja neželjenog događaja tj. amputacije, što je i ograničenje ove studije. Još jedna od limitacija studije je korišćenje PHQ-9 testa koji, kao skrining testa za depresiju, ima ograničenu upotrebnu vrednost, te se u daljim istraživanjima mogu koristiti sveobuhvatnije metode procene depresivnih simptoma.

Rezultatima studije Pedras S i sar.^[7] pokazano je da je postojanje simptoma depresije prediktor smanjenog fizičkog i mentalnog kvaliteta života kod obolelih od dijabetesnog stopala sa ranom. Istraživanjem Bruksa i sar (Brooks et al.)^[11] ukazuje se na bolji postoperativni oporavak nakon amputacija dijabetesnog stopala kada se leče simptomi depresije i prekida ciklus bol-depresija. Takođe, u studiji Čen i sar (Chen et al.)^[12] se pokazalo da pozitivan uticaj edukacije o depresiji i anksioznosti smanjuje simptome kod obolelih od dijabetesnog stopala u težim stadijumima. Rezultati linearne regresione analize ukazuju da viši skor na PHQ-9 skali može predstavljati značajan prediktor amputacije kao ishoda bolesti, što potencijalno otvara prostor za primenu psihijatrijskih terapijskih

modaliteta kod pacijenata sa dijabetesnim stopalom, sa ciljem prevencije amputacije. Jedno od mogućih objašnjenja nalazi se u pretpostavci da depresivna simptomatologija može uticati na smanjenu brigu o sopstvenom zdravlju i smanjenu motivaciju za lečenje, što ubrzava progresiju dijabetičnog stopala do stadijuma koji zahteva amputaciju. Ipak, za potvrdu ove hipoteze neophodna su dodatna istraživanja.

S druge strane, nalaz iz prve regresione analize koji pokazuje da je amputacija kao ishod bolesti povezana sa višim skorom na PHQ-9 testu može se smatrati očekivanim, imajući u vidu psihološki uticaj gubitka dela tela, gubitka funkcionalnosti i telesnog integriteta na mentalno zdravlje pacijenata.

Ovi nalazi dodatno potvrđuju složen i dvosmeran odnos između depresivnih simptoma i dijabetičnog stopala kao komplikacije dijabetesa, naglašavajući potrebu za daljim istraživanjima u ovom domenu.

Zaključak

U ovom radu pokazano je da će pacijenti sa amputacijama statistički značajnije imati veće rezultate PHQ-9 testa, kao i tok oboljenja u kome će za kraće vreme od početka šećerne bolesti doći do veće mutilacije pacijenata u vidu amputacija delova ili čak celih ekstremiteta. Kao prediktivni faktor za više rezultate na PHQ-9 testu izdvojio

se upravo tok bolesti, što može ukazati na mogućnost psihijatrijskih intervencija u cilju poboljšanja kvaliteta života kod obolelih sa amputacijama. Za dalje zaključke o međusobnom uticaju simptoma depresije na tok bolesti potrebno je sprovesti prospektivne studije koje bi odredile koji od ova dva fenomena prethodi, a koji ishodi.

Zahvalnica

Želeli bismo da se zahvalimo prof. dr Đuru Macutu, doc. dr Drašku Gostiljcu i dr Saši Iliću iz Klinike za endokrinologiju UKC Srbije, kao i dr Miodragu Zoriću iz Klinike za ortopedsku hirurgiju i traumatologiju, UKC Srbije za doprinos u obezbeđivanju tehničkih uslova za pristup i razgovor sa pacijentima, što je bilo od ključnog značaja za realizaciju istraživanja.

PRILOG I

Skala samoprocene depresivnosti

Molimo pročitajte svaku tvrdnju i zaokružite broj 0, 1, 2 ili 3 koji označava koliko se izjava odnosi na vas tokom proteklih 2-3 nedelje.

Ne postoje tačni ili pogrešni odgovori. Ne trošite previše vremena na bilo koju izjavu.

Skala ocenjivanja je sledeća: 0 – Nikada; 1 – Nekoliko dana/ ponekad; 2 – Više od 7 dana; 3 – Skoro svaki dan

Pitanje	nikada	nekoliko dana/ ponekad	više od 7 dana	skoro svaki dan
Smanjeno interesovanje ili zadovoljstvo (za obavljanje poslova ili za dogaaje oko Vas)	0	1	2	3
Osećanje praznine; neraspoloženje ili osećanje beznadežnosti	0	1	2	3
Problemi sa spavanjem - teškoće usnivanja ili buenje tokom noći; ili prekomerno spavanje	0	1	2	3
Umor/brzo zamaranje ili osećaj da nemate dovoljno energije	0	1	2	3
Smanjen ili pojačan apetit	0	1	2	3
Negativno razmišljanje o sebi - ili doživljaj da ste neuspešni, ili da ste u nečemu izneverili sebe ili svoju porodicu	0	1	2	3
Teškoće u koncentrisanju, npr. nemogućnost da koncentrisano čitate novine ili gledate TV	0	1	2	3
Usporenost u kretanju (pokreti) i govora 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
Razmišljanje da bi bilo bolje da Vas "nema" ili da sebi, na neki način, prekratite život	0	1	2	3

PRILOG II

Tabela 1. Distribucija pacijenata po polu i statistički značaj razlika

Ispitivana grupa	Pol		Statistička značajnost
	muški	ženski	
DS/K	23	7	p = 0,097
DS-kont.	15	13	
Ispitivana grupa	Pol		Statistička značajnost
	muški	ženski	
DS/A	24	5	p = 0,024
DS-kont.	15	13	

PRILOG III

Tabela 2. Prosečna vrednost starosti pacijenata i statistički značaj razlika

Ispitivana grupa	Prosečna starost u godinama	Standardna devijacija	Broj ispitanika	Statistička značajnost
DS/A	60,3	8,9	29	p = 0,190
DS/K	61,2	11,5	30	
DS-kont.	64,8	8,6	28	

PRILOG IV

Tabela 3. Prosečna vrednost trajanja bolesti pacijenata i statistički značaj razlika

Ispitivana grupa	Medijana trajanja bolesti u godinama	Broj ispitanika	Minimum	Maximum	Statistička značajnost
DS/A	15	29	1	35	p < 0.01
DS/K	20	30	8	49	

PRILOG V

Tabela 4. Prosečna vrednost skora na PHQ-9 i statistički značaj razlika

Ispitivana grupa	Medijana vrednosti PHQ- 9 testa	Minimum	Maximum	Statistička značajnost
DS/A	8	3	24	p < 0,01
DS/K	2	0	5	
Ispitivana grupa	Medijana vrednosti PHQ-9 testa			Statistička značajnost
DS/A	8	3	24	p < 0,01
DS-kont.	2	0	6	

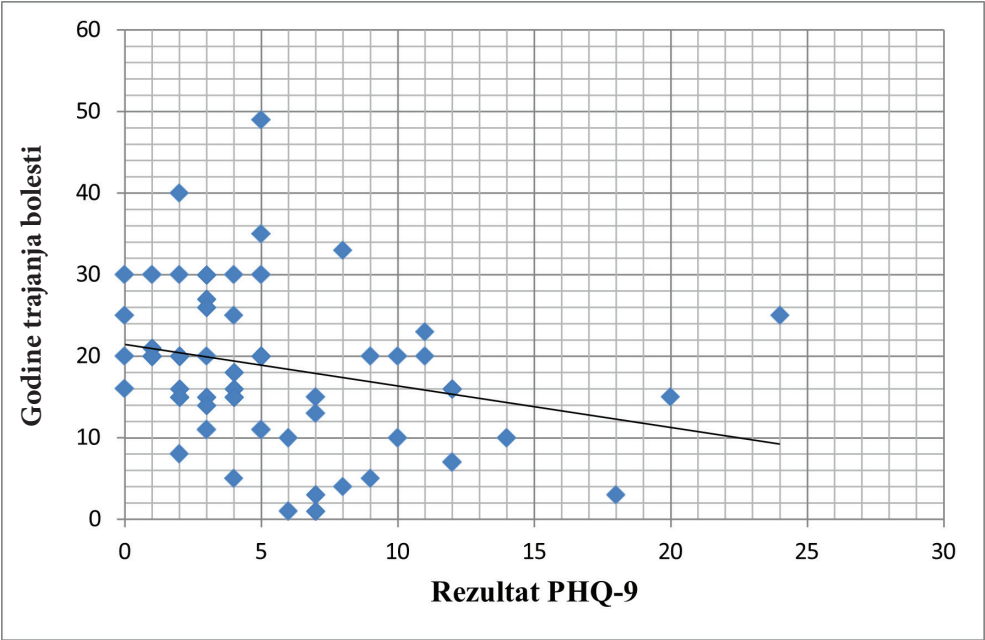
PRILOG VI

Tabela 5. Linearna regresija nezavisnih varijabli sa rezultatom PHQ-9 kao zavisnom varijablom

Varijabla	T	Statistička značajnost
starost	1,1	0,269
pol	-0,6	0,528
broj komorbidnih oboljenja	0,5	0,622
dužina trajanja bolesti	0,9	0,377
tok bolesti	2,4	0,020

PRILOG VII

Grafikon 1. Korelacija između dužine trajanja bolesti u godinama i rezultata na PHQ-9 testu



PRILOG VIII

Tabela 6. Linearna regresija nezavisnih varijabli sa ishodom bolesti (amputacija ili konzervativno lečenje dijabetesnog stopala) kao zavisnom varijablom

Varijabla	T	Statistička značajnost
starost	-1.9	0.063
pol	-1.5	0.146
broj komorbidnih oboljenja	1.6	0,118
dužina trajanja bolesti	-2.3	0,025
PHQ-9 rezultat	7.0	p<0,01

DIFFERENCES IN SYMPTOMS OF DEPRESSION IN COMPARISON TO THE COURSE OF DIABETES WITH DIABETIC FOOT COMPLICATIONS

Danilo Mladenović¹
Ana Milanović¹
Milan Latas^{1,2}

¹ University of Belgrade, Faculty of Medicine, Belgrade, Serbia

² University Clinical Center of Serbia, Clinic for Psychiatry, Belgrade, Serbia

Abstract

Introduction: Diabetes is a significant global health challenge with increasing prevalence worldwide. The poorly understood relationship between physical complaints and mental health, manifested through associated depressive symptoms in people with diabetes, has attracted considerable attention in recent years.

The aim: To examine the relationship between the presence of depressive symptoms and diabetic foot complications in people with diabetes.

Method: The study used a retrospective-prospective design and was conducted in the period from October 15, 2023. until 15.02.2024. years. A total of 87 subjects with diabetes were included, who were categorized into three groups based on the presence of diabetic foot complications - diabetic ulcer. The first group consisted of patients with diabetic foot and ulcer treated by amputation (DS/A) (n = 29), the second group consisted of patients with diabetic foot and ulcer treated conservatively (DS/K) (n = 30), and the third the group con-

doi: 10.5937/engrami46-48579

submitted: 2024/07/24

accepted: 2025/05/21

online published: 2025/05/28

sisted of patients with diabetes who did not have a diabetic foot (DS-cont) (n = 28). By examining the medical records, the following data were collected: age, sex, number of comorbid diseases, duration of the disease in years. All patients completed the PHQ-9 questionnaire to assess depressive symptoms.

Results: Patients from the DS/Amp group had significantly higher PHQ-9 scores compared to patients from the DS/K and DM-cont groups. Linear regression analysis identified group affiliation as a significant predictor of increased PHQ-9 scores.

Conclusion: People with diabetic foot amputations show higher levels of depressive symptoms. Further prospective studies are needed to clarify the cause-and-effect relationship between the presence of depressive symptoms and diabetic foot complications.

Keywords: diabetic foot, depressive symptoms, amputations, comorbidity.

LITERATURE / LITERATURA

1. Ong L, Stafford L, Vos T, Hay S, Murray C, McLaughlin S, et al. Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050. *The Lancet*. 2023. 402(10397):203-234. DOI:10.1016/S0140-6736(23)01301-6
2. Rakočević I, Miljuš D, Božić Z. Uvod. In: Jovanović V, editor. *Incidencija i mortalitet od dijabetesa u Srbiji*. 17. Srbija: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”; 2022. p.16-22. ISSN (Online) 2560-466X
3. Karuranga S, Malanda B, Saeedi P, Salpea P, editors. *IDF diabetes atlas 9*. Brussels. International Diabetes Federation; 2021 ISBN: 978-2-930229-87-4
4. Zhu M, Li Y, Luo B, Cui J, Liu Y, Liu Y. Comorbidity of Type 2 Diabetes Mellitus and Depression: Clinical Evidence and Rationale for the Exacerbation of Cardiovascular Disease. *Front Cardiovasc Med*. 2022; 9: e861110. DOI:10.3389/fcvm.2022.861110
5. Nefs G, Hendrieckx C, Reddy P, Browne JL, Bot M, Dixon J, et. al. Comorbid elevated symptoms of anxiety and depression in adults with type 1 or type 2 diabetes: Results from the International Diabetes MILES Study. *J Diabetes Complications*. 2019; 33(8):523-529. DOI: 10.1016/j.jdiacomp.2019.04.013
6. Westby M, Norman G, Vedhara K, Game F, Cullum N. Psychosocial and behavioural prognostic factors for diabetic foot ulcer development and healing: a systematic review. *Diabet Med*. 2020; 37(8):1244-1255. DOI: 10.1111/dme.14310
7. Pedras S, Carvalho R, Pereira MG. Predictors of quality of life in patients with diabetic foot ulcer: The role of anxiety, depression, and functionality. *J Health Psychol*. 2018; 23(11):1488-1498. DOI: 10.1177/1359105316656769
8. Mihić L, Knežević G, Lazarević LB, Marić NP. Screening for depression in the Serbian general population sample: an alternative to the traditional patient health questionnaire-9 cut-off score. *Journal of Public Health*. 2024. 46(1):e15-22. DOI:10.1093/pubmed/fdad204

9. Deischinger C, Dervic E, Leutner M, Kosi-Trebotić L, Klimek P, Kautzky A, Kautzky-Willer A. Diabetes mellitus is associated with a higher risk for major depressive disorder in women than in men. *BMJ Open Diabetes Research & Care*. 2020; 8:e001430. DOI:10.1136/bmjdr-2020-001430
10. Swetlitz N. Depression's Problem With Men. *AMA J Ethics*. 2021; 23(7):e586-589. DOI: 10.1001/amajethics.2021.586
11. Brooks BM, Shih CD, Brooks BM, Tower DE, Tran TT, Simon JE, et. al. The Diabetic Foot-Pain-Depression Cycle. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2023;113(3):22-126. DOI: 10.7547/22-126
12. Chen H, Cai C, Xie J. The effect of an intensive patients' education program on anxiety, depression and patient global assessment in diabetic foot ulcer patients with Wagner grade 1/2: A randomized, controlled study. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Feb;99(6):e18480. DOI: 10.1097/MD.00000000000018480

Danilo Mladenović

Univerzitet u Beogradu,
Medicinski fakultet
Dr Subotića 6, 11000 Beograd, Srbija

daniplomladenovic@gmail.com

HOROR ŽANR U KNJIŽEVNOSTI KAO SREDSTVO ZA ISTRAŽIVANJE KOLEKTIVNOG NESVESNOG

Milan Popović

Dom zdravlja „Zdravlje plus“,
Beograd, Srbija

doi: 10.5937/engrami46-48579

primljeno: 01. jun. 2024.

prihvaćeno: 15. septembar 2024.

objavljeno na internetu: 01. april 2025.

Sažetak

Horor kao žanr teži da izazove specifične emocije (poput straha) kod svoje publike putem literarne forme, povezujući se sa dubljim slojevima kolektivnog nesvesnog. Cilj ovog rada je analiza i tumačenje horor žanra kroz prizmu teorije kolektivnog nesvesnog Karla Gustava Junga. Horor, kao žanr u književnosti i filmu, može se posmatrati u kontekstu književnih, psihijatrijskih, psiholoških i filozofskih disciplina. Detaljnom analizom klasičnih dela ovog žanra, poput "Drakule" i "Frankenštajna", kao i drugih horor priča, rad istražuje načine na koji elementi straha, jeze i iracionalnog, deluju kao projekcije arhetipskih simbola i motiva, koji su sastavni deo kolektiv-

nog nesvesnog. Rad se osvrće i na pitanje uticaja kulture i društvenih normi na formiranje i interpretaciju ovih arhetipskih elemenata. Rad, takođe, razmatra pojam i mehanizam katarze, kao i način na koji horor žanr koristi jezik i stil kao sredstva za stvaranje atmosfere i dubljeg emocionalnog uticaja na čitaoca.

U zaključku se sumiraju činjenice da horor žanr ne služi isključivo za zabavu i izazivanje straha, već i kao sredstvo za dublje razumevanje kompleksnosti ljudske psihologije i kolektivnog nesvesnog. Kroz analizu i interpretaciju, rad ukazuje na potencijal horor žanra kao alata za istraživanje i razumevanje ljudske prirode i strahova, želja i konflikata, koji prevazilaze individualne razlike i kulturne kontekste.

Ključne reči: horor, kolektivno nesvesno, psihijatrija, književnost

Uvod

Horor kao žanr može se definisati kao literarna forma koja ima za cilj izazivanje emocije straha kod čitalaca. Ovaj žanr je određen paradoksima, jer iako strah u stvarnom životu smatramo neprijatnim, horor uživa veliku popularnost. Horor se bavi jezovitim temama i motivima koji su prisutni u književnosti od davnina, ali je začet kao žanr u formi gotskog romana u Engleskoj krajem 18. veka. Ognjanović naglašava da horor kao žanr nije samo estetska kategorija, već je uslovljen i raznim vanknjiževnim uticajima, kao što su kulturna klima, istorijski događaji, velika otkrića i naučne teorije, kao i javljanjem srodnih književnih formi, žanrova i pokreta ^[1].

Horor žanr u književnosti (ali i na filmu) oduvek je bio fascinantno polje koje izaziva različite emocionalne i psihološke reakcije kod publike. Iako se često smatra nižom formom umetnosti, horor žanr pruža dublje uvide u ljudsku psihi, nego što se to na prvi pogled čini. U ovom kontekstu, Jungova teorija kolektivnog nesvesnog i arhetipova nudi plodno tlo za analizu. Osim toga, moderne psihološke teorije: egzistencijalističke i humanističke, kognitivno-bihevioralne teorije, teorija identiteta i savremeni modeli strukture ličnosti, dodatno obogaćuju ovu analizu.

Rad pruža multidisciplinarni pristup analizi horor žanra, koristeći različite teorijske okvire kako bi se istražila njegova

kompleksnost i dublje razumele njegove različite dimenzije. Ova sveobuhvatna analiza ne samo da pruža uvide u horor žanr kao takav, već i otvara vrata za buduća istraživanja koja bi mogla dalje proširiti naše razumevanje ovog fascinantnog i paradoksalnog fenomena.

Cilj ovog rada je analiza i tumačenje horor žanra kroz prizmu teorije kolektivnog nesvesnog Karla Gustava Junga. Dodatno, rad ima za cilj da objasni mogućnosti primene ove analize u praksi, naročito u oblasti psihoterapije, kliničke psihologije i psihijatrije.

Pregled relevantnih teorija i koncepta

U ovom radu razmatraju se teorije koje su ključne za razumevanje toga kako horor žanr može služiti kao sredstvo za istraživanje kolektivnog nesvesnog. Ovi koncepti obuhvataju Jungovu teoriju kolektivnog nesvesnog, osnovne karakteristike horor žanra, kao i interdisciplinarni pristup koji objedinjuje psihijatriju, psihologiju, teoriju književnosti i filozofiju.

Kolektivno nesvesno, koncept koji je prvi put uveo švajcarski psihijatar Karl Gustav Jung, predstavlja duboki i univerzalni sloj ljudske psihologije koji se proteže kroz sve kulture i vremenske periode. Kolektivno nesvesno sadrži arhetipe i simbole koji su zajednički za celo čovečanstvo, a koji se manifestuju u različitim oblicima kroz istoriju i kulturu. Jungova teorija kolektivnog nesvesnog

pruža osnovu za dublje razumevanje načina na koji horor žanr, zajedno sa različitim drugim umetničkim i kulturnim formama, odražava univerzalne i duboko ukorenjene psihološke strukture. Prema Jungu, kolektivno nesvesno predstavlja najdublji, najzagonetniji i najmračniji prostor ljudske psihe. Ono je univerzalni temelj celokupne ličnosti. U njemu je pohranjeno duhovno iskustvo hiljade generacija naših predaka. Osnovne jedinice kolektivnog nesvesnog jesu arhetipovi. Arhetip je jedan od središnjih pojmova Jungove psihološke teorije ^[2].

Isti autor, navodi da se arhetipovi manifestuju u duhovnim kulturnim tvorinama (mitovima, bajkama, religiji, ezoteričnim učenjima), ali i u snovima i vizijama, kada se javljaju na individualnom planu. Po Jungu, arhetipovi su genetski nasleđeni, univerzalni obrasci opažanja, mišljenja, osećanja i ponašanja. Oni su nevidljivi okviri celokupnog našeg iskustva, a ispoljavaju se u vidu simboličkih slika nabijenih emocijama. Jung upozorava na to da moramo pratiti razliku između "arhetipa" i "arhetipskih slika". Sam po sebi arhetip je nevidljiv, nesaznatljiv i nepromenljiv, ali su njegove manifestacije, predstave raznolike, promenljive, i mogu se opažati.

Neki od najpoznatijih arhetipa su: Senka, animus i anima, heroj, duh, dete, majka i mudrac. Ovi arhetipi se manifestuju u različitim kulturnim izrazima kao što su mitovi, religije, bajke, ezoterična učenja i umetnost ^[3,4,5]. U kontekstu

horor žanra, arhetipi kao što su Senka i heroj često igraju ključne uloge. Senka predstavlja mračne, neprihvaćene aspekte ličnosti koje se često prikazuju kao zli antagonisti, dok heroj simbolizuje pozitivne kvalitete kao što su hrabrost i integritet, i često je protagonist koji se suočava sa tim mračnim silama.

Horor žanr je posebno zanimljiv za analizu kroz prizmu Jungove teorije jer se često bavi temama koje su direktno povezane sa kolektivnim nesvesnim. Na primer, mnogi horor filmovi i knjige istražuju teme straha, smrti i borbe između dobra i zla, koje su sve duboko ukorenjene u kolektivnom nesvesnom. Ovi filmovi i knjige često koriste simbole i motive koji su prepoznatljivi na globalnom nivou, kao što su zmajevi, veštice i natprirodne sile, koji služe kao manifestacije arhetipskih struktura.

Jungova teorija kolektivnog nesvesnog pruža bogate i višeslojne perspektive za razumevanje načina na koji horor žanr, ali i mnogi drugi kulturni i umetnički izrazi, reflektuju univerzalne strukture ljudske psihe. Ova teorija nam pomaže da shvatimo kako su arhetipovi i simboli, koji su duboko ukorenjeni u kolektivnom nesvesnom, zapravo ogledala koja reflektuju univerzalne psihološke okvire prisutne u svim ljudima. Ovaj koncept ne samo da olakšava razumevanje univerzalnih motiva koji se javljaju u horor žanru, već i pruža sredstva za analizu načina na koji arhetipovi i simboli služe kao katalizatori emotivnih reakcija kod publike. Takođe,

on doprinosi produbljivanju uvida u suštinu ljudske prirode. Horor žanr je jedan od najintragantnijih i najkompleksnijih oblika umetničkog izraza, koji ima za cilj da izazove osećaj straha, uznemirenosti ili jeze kod publike ^[1]. Ovaj žanr je uvek bio fascinantn zbog svoje sposobnosti da izazove strah, nelagodnost i uzbuđenje. Horor ima dugu i bogatu istoriju koja seže unazad sve do antičkih vremena. Od grčkih tragedija koje su se bavile temama smrti i propasti, preko gotških romana 19. veka, pa sve do modernih horor filmova i video igara, ovaj žanr je prošao kroz različite faze i adaptacije. U svakom periodu, horor je služio kao sredstvo za istraživanje ljudskih strahova i anksioznosti, ali i kao način za komentarisanje društvenih i kulturoloških pitanja.

Horor žanr je raznovrstan i obuhvata mnoge podžanrove, uključujući gotski horor, sociološki horor, natprirodni horor, naučnofantastični horor, triler horor, zombi horor, body horror, slasher, antropološki horor i mnoge druge ^[6,7,8]. Svaki od ovih podžanrova ima svoje specifične karakteristike i tehnike koje koristi da izazove strah i nelagodnost kod publike. Posmatrajući sa psihološkog aspekta, između horor žanra i Jungove teorije kolektivnog nesvesnog postoji jaka povezanost. Kolektivno nesvesno je, prema Jungu, najdublji sloj psihe, i sadrži arhetipove, koji su univerzalne slike i ideje koje su zajedničke svim ljudima. Arhetipovi su ugrađeni u podsvest i utiču na naše misli, osećanja i ponašanje. Jung je vero-

vao da kolektivno nesvesno sadrži iskustva naših predaka, koja su se prenosila s generacije na generaciju ^[9,10]. Arhetipovi su simboli tih iskustava, a mogu se manifestovati u našim snovima, mitovima i religijama. Ovi arhetipovi se često manifestuju u horor žanru, bilo da je reč o arhetipu "senke" u obliku monstuma ili zla, ili arhetipu "heroja" koji se bori protiv zla. Ova teorija nam pomaže da shvatimo zašto su neke horor priče univerzalno privlačne i zašto izazivaju slične reakcije kod ljudi iz različitih kultura. Postoji snažna povezanost horor žanra sa društvenim i kulturološkim kontekstom u kojem nastaje. Stoga, horor filmovi iz 50-ih godina prošlog veka često su se bavili strahovima od nuklearnog rata i invazije vanzemaljaca, koji su bili aktuelni u to vreme. Danas, horor se često koristi za istraživanje pitanja identiteta, rodne ravnopravnosti i socijalne nepravde.

Interdisciplinarni pristup omogućava da se razmotri i objasni kako različite discipline mogu se međusobno dopunjavati u razumevanju ljudske psihe. Konkretno, fokusirali smo se na četiri glavne oblasti: psihijatriju, psihologiju, književnost i filozofiju (religiju). Psihijatrija nam pruža medicinski okvir za razumevanje mentalnih poremećaja, njihovu dijagnostiku i lečenje. Ova disciplina je ključna za identifikaciju bioloških faktora koji mogu uticati na mentalno zdravlje, kao što su hemijski disbalansi u mozgu ili genetske predispozicije. Psihologija, s druge strane, pruža dublje razumevanje mentalnih

procesa, emocija i ponašanja ^[11]. Kroz različite teorije i pristupe, psihologija nam omogućava da razumemo kako se oblikuju identiteti, kako se razvijaju emocionalne vještine i kako se formiraju međuljudski odnosi. Za razliku od psihijatrije i psihologije, književnost nam pruža pristup svetu simbolike, metafora i pripovijetanja, koji mogu služiti kao alati za istraživanje dubina ljudske psihe. Književnost nam predstavlja slike koje su arhetipske, odnosno, slike koje su zajedničke za čovječanstvo. Ove slike nisu izmišljene od strane pojedinačnog autora, već su nasleđene iz kolektivnog nesvesnog. Kada se susretnemo sa ovim slikama u književnosti, one odjekuju u nama na dubokom nivou i mogu nam pomoći da bolje razumemo sebe i svet oko nas ^[12].

Kroz multidisciplinarni pristup, moguće je objediniti različite perspektive u jedan koherentan model koji povezuje psihijatriju, psihologiju, književnost, religiju i umetnost. Na taj način, psihijatrijski tretmani mogu biti dodatno obogaćeni psihoterapijskim tehnikama, kao što su kognitivno-bihevioralna terapija, dubinska psihologija, biblioterapija i filmoterapija, što otvara širok spektar mogućnosti za terapijski rad. Ove tehnike omogućavaju terapeutima da kroz simboličke i narativne forme dublje istraže unutrašnje svetove pacijenata, pristupajući njihovim nesvesnim slojevima na načine koji bi tradicionalni pristupi možda zanemarili ^[13,14,15].

Multidisciplinarni pristup ne samo

da omogućava terapeutima da istraže kompleksnost ljudske psihe na dubljem nivou, već i pruža mnogo efikasnije i sveobuhvatnije tretmane. Kombinovanjem kognitivno-bihevioralne terapije, koja pacijentima pomaže da prepoznaju destruktivne obrasce mišljenja i ponašanja ^[16], sa dubljim metodama analize nesvesnog kroz biblioterapiju i filmoterapiju, terapijski rad postaje dinamičniji i efikasniji ^[13, 14]. Ovaj pristup omogućava ne samo emocionalno olakšanje kroz simboličko suočavanje sa strahovima, već i kognitivni uvid i razumevanje duboko ukorenjenih unutrašnjih sukoba.

U praksi, terapeuti mogu koristiti ove tehnike na kreativan način. Kreativno korišćenje personalizovanih priča i projekcija horor filmova u terapiji omogućava pacijentima da kroz simboličke narative i grupne diskusije istraže svoje unutrašnje konflikte i pronađu nove perspektive za rešavanje svojih problema, obogaćujući terapijski proces dubljim emocionalnim uvidima i povezivanjem sa sopstvenim iskustvima ^[17].

Kroz pripovedanje i metafore, Milton Erikson je uspevao da podstakne pacijente na introspekciju, stvarajući siguran prostor u kojem su mogli da istraže sopstvene unutrašnje konflikte i probleme ^[18]. Ovaj pristup rezonuje sa Jungovim konceptom arhetipa i kolektivnog nesvesnog jer oba pristupa koriste simbole i univerzalne slike za emocionalno i psihološko angažovanje pacijenata.

Multidisciplinarni pristup nam, ne

samo da pomaže da shvatimo složenost ljudske psihe, već i da pružimo integrisane i efektivne tretmane. Arhetipske slike iz književnosti, mitova i filma otvaraju prozore u nesvesne svetove pacijenata, omogućavajući ne samo privremeno emocionalno olakšanje kroz katarzu, već i dublje uvide koji su ključni za trajno razrešenje unutrašnjih sukoba i postizanje emocionalne ravnoteže.

Horor i kolektivno nesvesno

Horor žanr u književnosti i drugim umetničkim formama predstavlja fascinantno polje za istraživanje kompleksnih i često neshvatljivih aspekata ljudske psihologije i kolektivnog nesvesnog. Prema Karl Gustav Jungovoj teoriji kolektivnog nesvesnog, horor književnost služi kao prizma kroz koju se manifestuju arhetipski simboli i motivi koji su duboko ukorenjeni u kolektivnoj ljudskoj psihi^[19]. Ovi arhetipi, kao što su Senka, anima, animus i heroj, često se pojavljuju u obliku likova, situacija i simbola koji su ključni za strukturu i narativ horor priča.

Postoje brojni primer u književnosti (tabela 1). Na primer, figura vampira, postala je ikona u horor književnosti i može se posmatrati kao manifestacija arhetipa senke. Senka predstavlja tamnu, neprihvaćenu i potisnutu stranu ljudske prirode, koja se često projektuje na druge. Vampir, kao biće koje se hrani krvlju i izbegava svetlost, simbolizuje tamne aspekte ljudske psihe i služi kao ogledalo

za ljudske strahove i nesigurnosti. Ova interpretacija podržana je brojnim psihološkim studijama^[20,21,22] koje istražuju uticaj arhetipskih simbola na ljudsku percepciju i ponašanje.

Horor književnost često koristi religijske simbole i mitove, kao što su demoni, anđeli, apokaliptični scenariji i koncepti dobra i zla, koji dodatno produbljuju analizu kolektivnog nesvesnog. Ovi elementi nisu samo proizvodi kulture i religije, već i duboko ukorenjeni simboli koji odražavaju univerzalne ljudske strahove, nade i težnje. Takođe, apokaliptični scenariji često se koriste kao metafore za kolektivne strahove, kao što su strah od smrti, uništenja ili gubitka kontrole.

Proučavanje horor žanra postalo je interdisciplinarno, kako bi se bolje razumeli mehanizmi koji stoje iza ljudske fascinacije strahom i užasom. Psihijatrijska istraživanja pokazala su da iskustvo straha i uzbuđenja pri konzumaciji horor sadržaja može imati katarzički efekat, omogućavajući ljudima da se suoče sa svojim unutrašnjim demonima u kontrolisanom okruženju. Aristotel je smatrao da kroz doživljaj katarze postoji mogućnost da se gledanjem samog čina agresije, hostilnosti i nasilja, gledalac na neki način pročišćuje od potrebe za agresijom ili seksom. Posmatranje nasilja u estetskom kontekstu omogućava aktiviranje kognitivnih potencijala, interpretaciju čina i samim tim prenosi konzumentu to razumevanje. U prvobitnom kontekstu

katarza je označavala "ispiranje" ličnosti i izmenu na bolje ^[23].

Horor književnost predstavlja i bogat i složen medijum za istraživanje kolektivnog nesvesnog i ljudske psihe. Kroz manifestaciju arhetipskih simbola i integraciju religijskih i mitoloških elemenata, horor žanr pruža dublje razumevanje univerzalnih ljudskih strahova, nesigurnosti i težnji, dok istovremeno služi kao platforma za interdisciplinarna istraživanja koja obuhvataju različite oblasti ljudskog znanja.

Katarza i kolektivno nesvesno

Katarza, pojam koji potiče iz Aristotelove "Poetike", odnosi se na emocionalno čišćenje ili pročišćenje koje se postiže kroz umetnost ^[23]. U kontekstu horor književnosti i filma, ovaj koncept dobija dodatnu dimenziju, jer horor priče često služe kao katarzični mehanizam za društvo ^[24]. One omogućavaju pojedincima i kolektivu da se suoče sa svojim najdubljim strahovima, anksioznostima i tabuima, često kroz simboličke i arhetipske elemente koji su deo kolektivnog nesvesnog. Ovaj proces katarze može biti terapijski, omogućavajući ljudima da delimično razreše unutrašnje konflikte i strahove, kroz mehanizme kontrafobične repeticije i bihevioralne desenzitizacije. Upravo zbog ovih terapijskih potencijala, Liao i Wang su razvili skalu za merenje efekta katarze kod medicinskih profesionalaca i studenata kroz narative o

bolesti (ECS-IN), čime su dobili validan i pouzdan instrument za procenu emocionalne katarze ^[25]. Ovaj instrument može poslužiti za istraživanje i procenu efekata katarze u različitim kontekstima, uključujući i horor žanr, gde bi mogao da pruži uvid u to kako horor priče utiču na suočavanje sa unutrašnjim strahovima i emocionalnim izazovima.

Iako horor priče mogu pružiti olakšanje kroz evakuaciju snažnih afekata i smanjenje napetosti, neophodno je napomenuti da katarza sama po sebi ne vodi potpunom razrešenju unutrašnjih konflikata. Za trajno razrešenje konflikata potrebno je intelektualno promišljanje i analiza, koja u kombinaciji sa afektivnim iskustvom može dovesti do dubljih uvida i moguće promene. Bez ove dodatne obrade, katarzički efekat može ostati privremen i nedovoljan za dugoročno smirivanje unutrašnjih tenzija.

S jedne strane, psihološka istraživanja pokazala su da horor priče mogu imati terapijski efekat na pojedince. Studije o uticaju horor filma na nivo kortizola, hormona stresa, pokazale su da konzumacija ovakvog sadržaja može dovesti do smanjenja nivoa stresa nakon inicijalnog povećanja, sugerišući katarzički efekat ^[23,26]. Osim toga, horor priče često koriste arhetipske simbole, kao što su Senka, Anima i Animus, koji su prepoznatljivi na nesvesnom nivou i omogućavaju dublje emocionalno i psihološko angažovanje.

S druge strane, sociološki aspekti ho-

ror priča takođe ukazuju na njihovu delimičnu katarzičnu ulogu u društvu. Horor priče često reflektuju društvene strahove, kao što su strah od nepoznatog, strah od drugog i strah od smrti. Horor služi kao kolektivni ventil za oslobađanje od navedenih strahova u kontrolisanom okruženju.

Kulturološki, horor priče često su bogate simbolima i mitovima koji su deo kolektivnog nesvesnog i kulture iz koje potiču (tabela 2). Upotreba religijskih simbola, kao što su demoni i anđeli, ili mitoloških figura, kao što su vampiri i vukodlaci, dodatno pojačava katarzični efekat ovih priča. Ovi elementi omogućavaju dublje razumevanje univerzalnih ljudskih strahova i težnji, i služe kao sredstvo za istraživanje i razumevanje kolektivnog nesvesnog.

Horor priče igraju ključnu ulogu kao katarzični mehanizam u društvu, omogućavajući pojedincima i kolektivu da se suoče i razreše svoje najdublje strahove i anksioznost.

Manifestacija kolektivnih strahova i tabua

Horor književnost često služi kao ogledalo koje reflektuje kolektivne strahove i tabue društva. Ovi strahovi i tabui nisu samo individualni, već su duboko ukorenjeni u kolektivnoj svesti i često se manifestuju kroz simbole, arhetipe i narrative koji su univerzalni ^[27,28]. Horor priče pružaju siguran prostor za istraživanje

ovih tema, omogućavajući čitaocima da se suoče sa svojim najdubljim strahovima i moralnim dilemama.

Sa psihološke strane, horor književnost često koristi arhetipske simbole i motive koji su identifikovani u Jungovoj teoriji kolektivnog nesvesnog. Arhetipenke se često manifestuje kroz likove koji predstavljaju tamnu, neprihvaćenu stranu ljudske prirode, kao što su vampiri ili serijski ubice (tabela 3). Ovi arhetipovi služe kao sredstvo za istraživanje dubokih, nesvesnih strahova i tabua koji su ukorenjeni u kolektivnoj svesti. Naučna istraživanja su pokazala da ovakva simbolička reprezentacija može imati terapijski efekat, omogućavajući čitaocima da se suoče i razreše svoje unutrašnje konflikte ^[29,30,31].

Sociološki, horor književnost često reflektuje društvene strahove i anksioznosti koji su aktuelni u određenom vremenskom periodu. Strah od tehnološkog napretka i gubitka ljudskosti je često tema u naučno-fantastičnim horor pričama, dok strah od "drugog" i ksenofobija se mogu videti u pričama koje se bave natprirodnim i nepoznatim. Ovi kolektivni strahovi su predmet mnogih socioloških studija koje istražuju kako književnost može služiti kao sredstvo za razumevanje i kritiku društvenih normi i vrednosti ^[32,33].

Kulturološki i religijski gledano, horor književnost je bogata mitovima, legendama i religijskim simbolima koji su specifični za određenu kulturu ili religiju. Upotreba simbola kao što su krstovi, sve-

te vode i molitve u pričama o egzorcizmu reflektuje hrišćanske tabue i strahove. Ovi elementi omogućavaju dublje razumevanje kolektivnih strahova i tabua koji su kulturološki ukorenjeni.

Takođe, jedan od ključnih aspekata u razumevanju horor žanra kroz prizmu kolektivnog nesvesnog jeste značaj umetnika kao kreatora. Prema Jungovoj teoriji, umetnik nije samo pasivni tumač arhetipova, već aktivni učesnik u procesu prevođenja nesvesnog u svesno. U tom smislu, umetnik se može posmatrati kao "rezonator" čije nesvesno osluškuje talasanja kolektivnog nesvesnog, prevodeći ih u univerzalno prepoznatljive arhetipske slike i motive. Lična nesvesna stanja umetnika u interakciji sa kolektivnim nesvesnim rezultiraju stvaranjem umetničkih dela koja evociraju dublje emotivne i psihološke reakcije kod publike ^[34].

Horor književnost pruža bogat i kompleksan teren za istraživanje kolektivnih strahova i tabua koji su ukorenjeni u ljudskoj psihologiji, društvenim normama i kulturološkim vrednostima.

Zaključak

Rad je baziran na teorijskoj analizi i tumačenju horor žanra kroz prizmu teorije kolektivnog nesvesnog Karla Gustava Junga. Ova sveobuhvatna analiza pruža dublje razumevanje uloge horor žanra kao sredstva za istraživanje kolektivnog nesvesnog. Kroz multidisciplinarni pristup, koji integriše psihijatriju, psihologi-

ju, teoriju književnosti i religijska učenja, pokazali smo da horor priče služe kao katalizatori za manifestaciju arhetipskih simbola, kolektivnih strahova i tabua. Takođe, istakli smo potencijal horor žanra da služi kao katarzični mehanizam, omogućavajući ljudima da se suoče sa duboko ukorenjenim strahovima i anksioznostima.

Međutim, važno je naglasiti da iako horor žanr može pružiti privremeno emocionalno olakšanje kroz katarzu, ona sama po sebi nije dovoljna za trajno razrešenje unutrašnjih konflikata. Razrešenje takvih sukoba zahteva ne samo evakuaciju snažnih afekata, već i intelektualnu obradu i promišljanje. Samo kroz združeni proces afektivnog doživljaja i kognitivne obrade moguće je doći do dubljih uvida i trajnog rešenja unutrašnjih sukoba. U suprotnom, katarzični efekat može biti samo privremen i nedovoljan, naročito kada se primenjuje u formama kao što su video igre, gde može dovesti do potiskivanja problema umesto njihovog rešavanja, pa čak i do adikcije.

Ova analiza može imati značajne implikacije za različite akademske discipline i otvoriti puteve za buduća istraživanja, posebno u oblasti psihologije, psihoterapije i psihijatrije, gde bi se dalje moglo istražiti kako horor žanr može biti iskorišćen u terapeutske svrhe, ali sa naglaskom na balansiranje između emocionalnog olakšanja i kognitivnog uvida.

PRILOG 1

Tabela 1. Primeri iz književnosti o hororu i kolektivnom nesvesnom

Autor	Književno delo	Horor
Bram Stoker, 1897	Drakula (eng. Dracula) [35]	Priča o vampiru grofu Drakuli predstavlja arhetipsku Senku koja istovremeno privlači i teroriše ljude. Drakula je manifestacija tamne strane ljudske prirode, koja istovremeno očarava i uništava.
H.P. Lovecraft, 1928	Poziv Cthulhua (eng. The Call of Cthulhu) [36]	Priča o drevnom bogu Cthulhu može se tumačiti kao prikaz arhetipa Velike Majke u njenoj destruktivnoj formi u kontekstu Jungove psihologije
Stephen King, 1977	Isijavanje (eng. The Shining) [37]	U romanu Isijavanje, hotel se interpretira kao oživotvorenje arhetipa doma, ali u njegovoj najzlokobnijoj varijanti. Ovaj hotel, iako bi trebao da predstavlja prostor sigurnosti i utočišta, transformiše se u epicentar užasa i psihičke nestabilnosti. Ova transformacija ilustruje koncept Jungovog arhetipa Senke.
Clive Barker, 1986	Pakleno srce (eng. The Hellbound Heart) [38]	Pandorina kutija koristi motiv proklete kutije kao metaforu za arhetip zabranjenog znanja u Jungovoj analitičkoj psihologiji. Ova kutija simbolizuje ljudsku težnju za radoznalošću i istraživanjem nepoznatog, ali istovremeno upozorava na teške posledice koje takvo znanje može doneti.
Mary Shelley, 1818	Frankenštajn (eng. Frankenstein) [39]	U romanu odnos izmeu stvaratelja i njegove kreacije istražuje arhetipe stvaratelja i heroja. Doktor Frankenstein, kao stvaratelj, prekoračuje granice etičkog i moralnog, dok njegova kreacija postaje živi odraz njegove Senke, otkrivajući najdublje strahove i neostvarene želje svog tvorca.
Edgar Allan Poe, 1839	Pad kuće Ašerovih (eng. The Fall of the House of Usher) [40]	Priča se fokusira na arhetip uklete kuće i motiv porodičnog prokletstva. Kuća Ašerovih služi kao simbol kolektivnog nesvesnog, mesto gde se porodični strahovi i skrivene tajne manifestuju u samoj strukturi i atmosferi prostora.
Henry James, 1898	Okretaj zavrtnja (eng. The Turn of the Screw) [41]	Okretaj zavrtnja je priča o duhovima koja koristi arhetip nevinog deteta kao sredstvo za istraživanje mračnijih aspekata ljudske psihe. Duhovi u priči ne samo da simbolizuju skrivene strahove i želje, već ih takoe koriste za stvaranje napetosti i straha koji produbljuju psihološku složenost likova.
Shirley Jackson, 1959	Ukleta kuća na brdu (The Haunting of Hill House) [42]	Ukleta kuća na brdu predstavlja koncept uklete kuće i služi kao složena metafora za arhetip doma, ali u njegovoj najdestruktivnijoj i najmračnijoj formi. Ova kuća nije samo statična pozadina; ona je prikazana kao entitet koji je živ i promenljiv, odražavajući i amplifikujući unutrašnje strahove, traume i konflikte likova koji u njoj žive.
Robert W. Chambers, 1895	Kralj u žutom (eng. The King in Yellow) [43]	U ovom delu, koncept zabranjenog znanja i ludila se interpretira kao manifestacije Jungovog arhetipa Senke, pružajući uvid u tamnije strane ljudske psihe. Zabranjeni tekstovi i misteriozni simboli u priči istražuju temu sukoba izmeu želje za znanjem i rizicima koje takvo znanje nosi.
Algernon Blackwood, 1907	Vrbe (eng. The Willows) [44]	U priči Vrbe prirodni svet se transformiše u neprijateljsko i zastrašujuće okruženje, što odražava Jungov arhetip prirode kao Velike Majke, ali u njenom najdestruktivnijem i najmračnijem obliku.

PRILOG 2

Tabela 2. Primeri iz književnosti o katarzi i kolektivnom nesvesnom

Autor	Književno delo	Horor
Bram Stoker, 1897	Drakula (eng. Dracula) [35]	Lik vampira služi kao arhetipski simbol koji spaja seksualnu privlačnost i smrtonosnu moć, odražavajući duboko ukorenjene aspekte kolektivnog nesvesnog. Suočavanje likova sa Drakulom, puno simboličkog značenja, ne samo da ih suočava sa njihovim seksualnim željama i strahovima od smrti, već ih takoe vodi kroz proces katarze.
H.P. Lovecraft, 1928	Poziv Cthulhua (eng. The Call of Cthulhu) [36]	Motiv kosmičkog užasa služi kao sredstvo za istraživanje dubokog ljudskog straha od egzistencijalnog besmisla i neistraženog. Koncept drevnih božanstava i kosmičke ravnodušnosti u priči ne samo da suočava likove sa njihovim egzistencijalnim strahovima, već takoe primorava čitaoce na introspekciju, vodeći ih kroz proces katarze.
Stephen King, 1977	Isijavanje (eng. The Shining) [37]	Izolovani hotel služi kao sredstvo za istraživanje i manifestaciju dubokih psiholoških strahova, postajući arhetipsko ogledalo koje reflektuje najmračnije aspekte likova. Ova intenzivna introspekcija unutar zatvorenog, klaustrofobičnog prostora hotela vodi do katarzičnog oslobaanja, jer likovi prolaze kroz proces suočavanja i prevazilaženja svojih unutrašnjih demona i strahova.
Clive Barker, 1986	Pakleno srce (eng. The Hellbound Heart) [38]	Mitološki artefakt - misteriozna kutija - koristi se kao ključ za oslobaanje najintimnijih ljudskih strahova i želja. Ova interakcija sa kutijom nije samo fizikalna, već i metaforična, jer likovi suočeni sa kutijom oslobaaju svoje unutrašnje demone, što ih vodi kroz intenzivan proces introspekcije i katarze.
Mary Shelley, 1818	Frankenštajn (eng. Frankenstein) [39]	Kroz složenu borbu doktora Frankensteinina sa svojim stvorenjem, roman ne samo da postavlja pitanja o granicama naučnog eksperimentisanja i odgovornosti, već i dovodi do katarzičnog razrešenja ovih etičkih dilema, izazivajući čitaoca da razmisli o posledicama nekontrolisane težnje za moći i znanjem.
Edgar Allan Poe, 1839	Pad kuće Ašerovih (eng. The Fall of the House of Usher) [40]	Motiv uklete kuće koristi se kao snažna metafora za porodične traume i prokletstva. Ova kuća ne samo da odražava psihološke tenzije i porodične tajne, već postaje simbol kolektivnog nesvesnog, čiji zidovi simbolički nose teret prošlosti i strahova. Kroz razrešenje ovih mračnih tema, priča nudi čitaocima mogućnost katarze.
Henry James, 1898	Okretaj zavrtnja (eng. The Turn of the Screw) [41]	Priča o duhovima se koristi kao sredstvo za katarzično istraživanje tema gubitka i žalovanja, duboko ukorenjenih u kolektivnom nesvesnom. Kroz susrete sa duhovima, likovi, kao i čitaoci, suočavaju se sa svojim najdubljim strahovima vezanim za smrt i gubitak.
Shirley Jackson, 1959	Ukleta kuća na brdu (The Haunting of Hill House) [42]	U ovom delu koristi se motiv uklete kuće ne samo kao centralni element radnje, već i kao sredstvo za duboko uranjanje u kolektivno nesvesno, istražujući teme identiteta i pripadnosti. Kuća postaje personifikacija univerzalnih strahova i nesigurnosti, a suočavanje likova sa ovim skrivenim psihološkim teretima vodi ih, kao i čitaoce, kroz proces katarze.

Autor	Književno delo	Horor
Robert W. Chambers, 1895	Kralj u žutom (eng. The King in Yellow) [43]	Upotreba koncepta zabranjenog znanja služi kao ključ za istraživanje dubokog ljudskog straha od ludila. Otkriće i čitanje zabranjenih tekstova ne samo da izaziva likove, već i čitaoce, da se suoče sa svojim najdubljim strahovima od ludila.
Algernon Blackwood, 1907	Vrbe (eng. The Willows) [44]	Priča koristi prirodne elemente i nadprirodne entitete da istraži ljudski strah od nepoznatog, pružajući katarzično oslobođenje kroz razumevanje i prihvatanje.

PRILOG 3

Tabela 3. Primeri iz književnosti o hororu i kolektivnom nesvesnom

Autor	Književno delo	Horor
Bram Stoker, 1897	Drakula (eng. Dracula) [35]	Priča duboko zalazi u kolektivne strahove koji se tiču seksualnosti, bolesti i smrti, koji su često tabuizirani u društvu. Lik Drakule služi kao moćna manifestacija ovih strahova, a njegova interakcija i sukob sa ostalim likovima pružaju uvid u načine na koje se ovi duboko ukorenjeni strahovi manifestuju, suočavaju i na kraju prevazilaze, što reflektuje šire društvene tenzije i psihološke dileme vremena u kojem je roman nastao.
H.P. Lovecraft, 1936	U planinama ludila (eng. At the Mountains of Madness) [45]	Priča se fokusira na duboko ukorenjeni strah od nepoznatog i tabu koji okružuje zabranjeno znanje.
Stephen King, 1974	Carrie (eng. Carrie) [46]	U romanu se istražuje tabu menstruacije i ženske seksualnosti, teme koje su često prećutkivane ili stigmatizovane. Glavni lik, tinejdžerka Carrie, koja doživljava izopštenje i zlostavljanje, postaje simbol kolektivnog straha od ženske moći i autonomije
Clive Barker, 1984	Knjige krvi (eng. Books of Blood) [47]	Clive Barker istražuje mnoštvo društvenih tabua, poput seksualnosti, smrti i religije, kroz seriju priča od kojih svaka za sebe predstavlja jedinstveni eksperiment u osvetljavanju i dekonstrukciji kolektivnih strahova i tabua.
Mary Shelley, 1818	Frankenštajn (eng. Frankenstein) [39]	Centralna tema romana je istraživanje tabua „igranja Boga“ i kompleksnih etičkih dilema koje prate stvaranje života. Monstrum kojeg stvara doktor Frankenstein ne samo da personifikuje kolektivne strahove povezane sa naučnim i etičkim granicama, već i postaje simbol posledica neodgovornog korišćenja nauke i tehnologije.
Edgar Allan Poe, 1843	Crni mačak (eng. The Black Cat) [48]	U ovoj priči, zlostavljanje životinja se ne samo istražuje kao društveni tabu, već i kao manifestacija dubokih kolektivnih strahova i okrutnosti. Mačak u priči simbolizuje ove strahove, a njegova smrt i nadrealni povratak iz mrtvih služe kao metafora za neizbežne i zastrašujuće posledice koje nasilje, bilo prema životinjama ili ljudima, može imati na psihi.

Autor	Književno delo	Horor
Henry James, 1898	Okretaj zavrtnja (eng. The Turn of the Screw) [41]	Priča se fokusira na strah od smrti i duhova, produbljujući istraživanje tabu teme komunikacije sa mrtvima. Kroz likove koji se suočavaju sa duhovima, James ne samo da istražuje kako se ovaj kolektivni strah odražava u ljudskom ponašanju i psihi, već i kako se kroz ovu interakciju mogu otkriti dublje psihološke tenzije i potisnuti strahovi.
Shirley Jackson, 1959	Ukleta kuća na brdu (The Haunting of Hill House) [42]	Priča se metaforički bavi tabu temom porodičnog nasilja i zlostavljanja. Ova kuća ne služi samo kao centralno mesto dešavanja, već postaje i moćna metafora za zatvoreni sistem u kojem se nasilje i zlostavljanje neprekidno perpetuiraju, stvarajući okruženje u kojem su likovi fizički i emocionalno zarobljeni.
Robert W. Chambers, 1895	Kralj u žutom (eng. The King in Yellow) [43]	Centralna tema priča je istraživanje straha od ludila i kolektivnog tabua. Kroz narrative o likovima koji se suočavaju sa zabranjenim znanjem i njegovim užasavajućim posledicama, Chambers produbljuje analizu kako se strah od ludila i psihičkih poremećaja duboko ukorenjuje u kolektivnu svest, istražujući teme psihičke ranjivosti, iracionalnosti i granica ljudskog uma.
Algernon Blackwood, 1910	Vendigo (eng. The Wendigo) [49]	Centralna tema je istraživanje dubokog straha od divljine i nepoznatog. Lik Vendiga služi kao personifikacija kolektivnog straha od prirode i njenih tajanstvenih, često neobjašnjivih sila.

HORROR GENRE IN LITERATURE AS A MEANS FOR EXPLORING THE COLLECTIVE UNCONSCIOUS

Milan Popović

Health Center "Zdravlje plus",
Belgrade, Serbia

doi: 10.5937/engrami46-48579

submitted: 2024/06/01

accepted: 2024/09/15

online published: 2025/04/01

Abstract

The horror genre aims to evoke specific emotions (such as fear) in its audience through the literary form, connecting with the deeper layers of the collective unconscious. The purpose of this paper is to analyze and interpret the horror genre through the prism of Carl Gustav Jung's theory of the collective unconscious. Horror, as a genre in literature and film, can be viewed in the context of literary, psychiatric, psychological, and philosophical disciplines. Through a detailed analysis of classic works of this genre, such as "Dracula" and "Frankenstein", and other horror stories, the paper explores the ways in

which elements of fear, horror, and the irrational act as projections of archetypal symbols and motifs, which are integral parts of the collective unconscious. The paper also discusses the influence of culture and social norms on the formation and interpretation of these archetypal elements. Additionally, the paper considers the concept and mechanism of catharsis, and the manner in which the horror genre uses language and style as means to create atmosphere and deeper emotional impact on the reader.

In conclusion, it summarizes the fact that the horror genre serves not only for entertainment and inducing fear but also as a means for a deeper understanding of the complexity of human psychology and the collective unconscious. Through analysis and interpretation, the paper highlights the potential of the horror genre as a tool for exploring and understanding human nature and fears, desires, and conflicts that transcend individual differences and cultural contexts.

Key Words: horror, collective unconscious, psychiatry, literature

LITERATURE / LITERATURA

- Ognjanović, D. *Poetika horora*. Novi Sad: Orfelin izdavaštvo, 2022.
- Trebešanin, Ž. *Prikaz knjige K.G. Jung: Arhetipovi i kolektivno nesvesno*, Beograd, Atos, Psihijatrija danas. 2006; 38(1), 105-107.
- C.G. Jung. *Four Archetypes: From Vol.9, Part 1 of the Collected works of C.G.Jung*. Princeton University Press, 2010. DOI 10.1515/9781400839155
- Westley, Frances R., Carl Folke. *Iconic Images, Symbols, and Archetypes: Their Function in Art and Science. Ecology and Society*. 2018; 23 (4). DOI: 10.5751/ES-10495-230431
- Gronning, T., Sohl, P., Singer, T. *ARAS: Archetypal Symbolism and Images, Visual Resources*. 2007; 23(3), 245-267. DOI: 10.1080/01973760701450983
- Gilbert, Jonathan Maximilian. "The horror, the horror": The origins of a genre in late Victorian and Edwardian Britain, 1880–1914. Rutgers The State University of New Jersey, School of Graduate Studies, 2008. DOI: 10.7282/T3X065D6
- Church, D. *Post-Horror: Art, Genre and Cultural Elevation*. Edinburgh University Press, 2021. DOI: 10.1515/9781474475907
- Jones, T.G.S. *The Gothic as a Practice: Gothic Studies, Genre and the Twentieth Century Gothic*, 2010.
- Edinger, E. F. *Ego and Archetype: Individuation and the Religious Function of the Psyche*. Shambhala, 1991.
- Vuletić, G. *Uvod u analitičku psihologiju Karla Gustava Junga*. Beograd: Kreativni centar, 2022.
- Frijda, N.H. The psychologists' point of view. *Handbook of emotions* 2, 2000.
- Hillman, J. *The myth of analysis: Three essays in archetypal psychology*. Northwestern University Press, 1997
- Rottenberg, B. *Bibliotherapy as an integrative psychotherapeutic channel*. *Journal of Poetry Therapy*. 2022; 35(1), 27-41. DOI: 10.1080/08893675.2021.2004371
- Wedding, D., Niemiec, R. M. The clinical use of films in psychotherapy. *Journal of clinical psychology*. 2003; 59(2), 207-215. DOI: 10.1002/jclp.10142
- Knell, S. M., Dasari, M. *Cognitive-behavioral play therapy for children with anxiety and phobias. Short-term play therapy for children*. 2006; 22-50.
- Kendall, P. C., Panichelli-Mindel, S. M. *Cognitive-behavioral treatments. Journal of Abnormal Child Psychology*. 1995; 23, 107-124. DOI: 10.1007/BF01447047
- Netzer, R. A *Jungian Perspective on the Therapist-patient Relationship in Film: Cinema as Our Therapist*. Taylor & Francis, 2024. DOI: 10.4324/9781003460688
- Kim, J. Y. *Metaphor's Utility in Therapy: Bringing Identity Work to Evidence-Based Practice* (Doctoral dissertation, Azusa Pacific University), 2019.
- Yurtta B.I. *Modern Individual in Search of His Demons: A Jungian Approach to the Selected Stories of H. P Lovecraft*, 2016.
- Goodwyn, E. *Approaching archetypes: reconsidering innateness. Journal of Analytical Psychology*, 2010; 55(4): 502-521. DOI: 10.1111/j.1468-5922.2010.01862.x
- Chang, H.M., Ivonin, L., Boladeras, M.D., Catala, A., Chen, W., Rauterberg, M. *From mythology to psychology: Identifying archetypal symbols in movies. Technoetic Arts: A Journal of Speculative Research*, 2013; 11(2): 99-113. DOI: 10.1386/tear.11.2.99_1
- Vedor, J.E. *Revisiting Carl Jung's archetype theory a psychobiological approach. Biosystems*, 2023; 234: 105059. DOI: 10.1016/j.biosystems.2023.105059
- Damjanović A. *Horor-žanr u svetlu konzumatornih psiholoških motiva*. *Engrami*. 2007; 29(1-2):53-64. ISSN 0351-2665
- Ballon, B., Leszcz, M. *Horror films: tales to master terror or shapers of trauma?. American journal of psychotherapy*. 2007; 61(2), 211-230. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.2.211
- Liao, H. C., Wang, Y. H. *Development of a scale measuring emotional catharsis*

- through illness narratives. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(16), 8267. DOI: 10.3390/ijerph18168267
26. Damjanović A, Damjanović A, Pantović M, Barišić J. Zašto volimo da se plašimo? - psihofiziologija horor filma. *Engrami*. 2011; 33(3):85-97. ISSN 0351-2665
 27. Guselnikova, I. Archetypes Revisited: Investigating the Power of Universals in Soviet and Hollywood Cinema. Diss. University of South Carolina, 2023
 28. Salihi, T. Sigmund Freud: Totem and Taboo; Totem Sacrifice as a Contract for Peace Inherited Through the Collective Psychic Realm (of Myth), 2021.
 29. Šimunek, M. Archetypal goddesses: A heuristic arts-based study into the role of archetypes in the individuation process of an art therapy student. Diss. Josip Juraj Strossmayer University of Osijek. Academy of Arts and Culture in Osijek, 2022.
 30. Casula, C.C. Stimulating unconscious processes with metaphors and narrative. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 2022; 64(4): 339-354. DOI: 10.1080/00029157.2021.2019670
 31. Deak, Z.T. Using in-depth phenomenologically informed interviews in a study of archetypal transference in jungian psychoanalysis: An intuitive inquiry. *Qualitative Psychology*, 2019; 6(3): 320. DOI: 10.1037/qap0000135
 32. Legros, S., Cislighi, B. Mapping the Social-Norms Literature: An Overview of Reviews. *Perspectives on Psychological Science*, 2020; 15(1), 62-80. DOI:10.1177/1745691619866455
 33. Horne, C. Mollborn, S. Norms: An integrated framework. *Annual reviews of sociology*, 2020; 46(1): 467-487. DOI: 10.1146/annurev-soc-121919-054658
 34. Jung, C. G. *The Spirit of Man in Art and Literature*. London: Routledge, 1967.
 35. Bram Stoker. *Dracula*. Archibald Constable and Company (UK), 1897.
 36. H.P. Lovecraft. *The Call of Cthulhu*. *Weird Tales*, 1928.
 37. Stephen King. *The Shining*. Doubleday, 1977.
 38. Clive Barker. *The Hellbound Heart*. Dark Harvest, 1986.
 39. Mary Shelley. *Frankenstein*. Lackington, Hughes, Harding, Mavor & Jones, 1818.
 40. Edgar Allan Poe. *The Fall of the House of Usher*. *Burton's Gentleman's Magazine*, 1839.
 41. Henry James. *The Turn of the Screw*. *Collier's Weekly*, 1898.
 42. Shirley Jackson. *The Haunting of Hill House*. Viking Press, 1959.
 43. Robert W. Chambers. *The King in Yellow*. F. Tennyson Neely, 1895.
 44. Algernon Blackwood. *The Willows*. *The Listener*, 1907.
 45. H.P. Lovecraft. *At the Mountains of Madness*. *Astounding Stories*, 1936.
 46. Stephen King. *Carrie*. Doubleday, 1974.
 47. Clive Barker. *Books of Blood*. Sphere Books, 1984.
 48. Edgar Allan Poe. *The Black Cat*. *United States Saturday Post*, 1843.
 49. Algernon Blackwood. *The Wendigo*. Algernon Blackwood, 1910

Milan Popović

Dom zdravlja „Zdravlje plus“
Beograd, Srbija

dr.popovic.milan@gmail.com

TERAPIJSKI ODNOS – ANALITIČKA PERSPEKTIVA

**Jelena Sladojević Matić
Saveta Draganić Gajić**

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

Sažetak

Najznačajniji faktor terapijske promene je terapijski odnos. U ovom radu razmotrićemo specifičnosti terapijskog odnosa iz perspektive analitičke odnosno jungovske psihoterapije. Najpre ćemo ukratko objasniti karakteristike terapijskog odnosa u klasičnoj, arhetipskoj i razvojnoj školi jungovske psihoterapije. Povezaćemo psihoterapijski proces sa pojmom individuacije i u tom kontekstu objasnićemo analitički pristup krizi i simptomu kao zastoju u procesu individuacije. Biće predstavljena različita stanovišta o transferu, od razvoja Jungovih originalnih ideja do najnovijih stanovišta o prirodi i korišćenju transfera i kontratransfera u terapijskom radu. Upoređićemo psihoanalitička stanovišta o transferu i kontratransferu, kao i o terapijskom odnosu sa jungovskim pristupom, u radu ćemo diskutovati neke od sličnosti i razlika u ovim pristupima.

Posebno ćemo razmotriti koncept „ranjenog iscelitelja“. Ovu konstelaciju mogli bismo da razumemo kao arhetipsku osnovu za uspostavljanje analitičkog odnosa. Gugenbel-Kreg je predstavu „ranjenog iscelitelja“ proširio na polje svih pomažućih profesija. Ovaj arhetip ima dva pola; prvi se manifestuje kroz

doi: 10.5937/engrami46-55205
primljeno: 01. decembar 2024.
prihvaćeno: 30. decembar 2024.
objavljeno na internetu: 14. maj 2025.

zdravlje, moć, sposobnost, dok se drugi pol ovog arhetipa manifestuje kroz nemoć, bolest, pasivnost, nesposobnost, zavisnost. Često se dešava da se za ulogu lekara i psihoterapeuta vezuje samo jedan pol ove predstave. Drugi pol arhetipa – nemoć i bolest – vezuju se za ulogu pacijenta, dok, zapravo, i terapeut, kao i klijent, nosi u sebi potencijale oba suprotstavljena pola (zdravlja i bolesti). Ranjeni iscelitelj razume i leči upravo svojom ranom, koja nikada do kraja ne zarasta i predstavlja zajedničko iskustveno polje i za terapeuta i za klijenta.

Proces oporavka možemo razumeti i kao proces aktiviranja „unutrašnjeg iscelitelja“ kod naših pacijenta. Nakon završetka terapijskog procesa, oni se oslanjaju na svoj unutrašnji potencijal za ozdravljenje i oporavak koji nije samo proizvod introjektiviranja terapeuta i terapijskog odnosa, već ima i svoju arhetipsku osnovu.

Ključne reči: terapijski odnos, transfer, kontratransfer, ranjeni iscelitelj

Uvod

Terapijski odnos je najznačajniji faktor terapijske promene. Različiti modaliteti, uz sve razlike u pogledu teorijskih osnova i primenjenih metoda i tehnika, prepoznaju kvalitet odnosa kao najrelevantniji za dobar terapijski ishod ^[1]. U ovom radu razmotrićemo specifičnosti terapijskog odnosa u kontekstu analitičke, odnosno, jungovske psihoterapije. Smatramo da neke od specifičnosti analitičkog pristupa mogu biti korisne terapeutima različitih orijentacija u kontekstu razumevanja fenomena koji se dešavaju u interaktivnom polju između terapeuta i klijenta.

Analitička psihoterapija danas se u značajnoj meri razlikuje od originalnog Jungovog učenja. Danas prepoznamo tri pristupa u okviru jungovske analize: klasičan pristup koji je najbliži Jungovom originalnom radu, arhetipski, gde je fokus na sadržajima „objektivne psihe“ ^[2] i razvojnu školu koja se razvila, pre svega, u Londonu i koja u najvećoj meri obraća pažnju na kvalitet i dinamiku odnosa između terapeuta i klijenta. Jungovski analitičar Endrju Samjuel ^[3] govori o kontinuumu koji se proteže od razvojnog do arhetipskog pristupa, a različiti autori pozicioniraju se na tom kontinuumu zavisno od toga da li u fokus stavljaju rad na predstavama, istraživanje simboličkog, arhetipski materijal i aktivnu imaginaciju ili je fokus na procesu razumevanja transfe-

ra i kontratransfera. Važno je istaći da, pored ovih razlika, sve škole analitičke psihologije i psihoterapije dele zajedničke teorijske osnove. U radu će biti dat pregled najznačajnijih elemenata razvoja terapijskog odnosa iz analitičke perspektive.

Jung je svoju autobiografiju započeo rečima da čitav njegov život predstavlja priču o samoostvarenju nesvesnog ^[4]. Za Junga je smisao celokupnog psihoterapijskog procesa ali i čitavog našeg života, zapravo, susret i dijalog sa sadržajima nesvesnog. U kontekstu analitičke psihologije, psihoterapija predstavlja svojevrsan dijalog između dve osobe; to je interakcioni proces, promena se dešava kako u klijentu, tako i u terapeutu. Oba učesnika ulaze u proces sa svim svojim svesnim i nesvesnim sadržajima, koji nemaju samo ličnu i iskusvenu, već i kolektivnu komponentu. Iz perspektive psihoterapeuta, u ovoj matrici dolazi do među-uticaja terapeutovog ličnog iskustva ali i kolektivnih očekivanja od pozicije psihoterapeuta, kao i kolektivnih zamki Senke psihoterapeuta, ili, šire posmatrano, Senke pomažućih profesija. Ovde pre svega mislimo na mogućnost konstelisanja pozicije moći koja zamagljuje mogućnost autentične i svrsishodne pomoći klijentu. ^[5]

Još jedan značajan element terapijskog odnosa je i sagledavanje simptoma sa kojima nam klijenti dolaze. Značenje simptoma ne možemo posmatrati

odvojeno od koncepta individuacije, sržnog koncepta analitičke psihologije. Individuacija je proces samoostvarenja, ona je samopokretačka i samoodrživa, imanentna ljudskoj prirodi, predstavlja ciklična kretanja kroz različite razvojne faze, podrazumeva prepoznavanje i manji ili veći stepen intergacije ličnih i kolektivnih sadržaja – svesnih i nesvesnih ^[6]. Proces individuacije predstavlja stalno kretanje koje ide od polarizacije i podvojenosti ka sve većem stepenu integracije. Zbog toga individuaciju definišemo i kao dijalektički proces. Individuacija traje tokom čitavog života, a tokom ovog procesa, potpuno su očekivani i regresije i zastoji, ona može biti i stanje privremene psihološke krize ^[7]. Najčešće psiha pronalazi put razrešenja, ali ukoliko kriza potraje dugo, možemo je percipirati i kao određeni psihološki problem ili simptom. U tom kontekstu, u analitičkoj psihologiji simptom se posmatra kao signal duše koja pati. Od mnogo faktora zavisi da li će se i na koji način ovakve krize razrešavati. Možemo reći da je i psihoterapija u funkciji individuacije.

Analitička psihoterapija sagledava arhetipsku ali i ličnu perspektivu i uzroke simptoma, usmerena je na uklanjanje simptoma koji uzrokuju duševnu patnju kod klijenta. Pored toga, podjednako je važno da zajedno sa klijentom pokušamo da razumemo zašto se zastoj javlja baš sada, odnosno koja je njegova svrha i smisao u aktuelnom

životnom kontekstu klijenta ^[8]. Ovo je veoma delikatno mesto u terapijskom procesu, klijenti se često osećaju krivima što su razvili određene simptome, potrebno je vreme, iskustvo i stabilan terapijski odnos da bi se mogli sagledati i oni aspekti simptoma koji predstavljaju disfunkcionalne, ali protektivne faktore koji su pomagali ili još uvek pomažu ljudima da psihološki prežive.

U terapijskom procesu, posebno na početku terapijskog rada, fokus je na ličnim (svesnim i nesvesnim) iskustvima klijenta, ali se u procesu susrećemo i sa arhetipskim sadržajima koji nadilaze ravan ličnog iskustva. Ovakvi sadržaji pojavljuju se indirektno, pre svega kroz simboliku snova, ponekad i kroz proces aktivne imaginacije ^[9]. Sa ovakvim sadržajima se radi oprezno, kada se iscrpu sve lične asocijacije i značenja vezano za određenu predstavu ili simbol.

Kada govorimo o fazama psihoterapije i ciljevima terapijskog rada, možemo se na početku osvrnuti na Jungovo stanovište o četiri stupnja analize ^[10]. Prvi stupanj analize, po njemu, predstavlja ispovedanje, katarzički stupanj u kojem otkrivamo u sebi ugrožavajuće i neprihvatljive sadržaje koji mogu biti doživljeni kao neka vrsta psihičkog otrova.

Drugi stupanj analitičkog procesa je po Jungu - faza razjašnjavanja. U ovoj fazi mi tragamo za iskustvenim uzrocima psiholoških kriza i simptoma. Za ovu fazu možemo reći da je u izvesnoj

meri reduktivna jer se simptomi i krize povezuju uglavnom sa ličnom istorijom i ličnim iskustvima klijenta, a fokus je na prepoznavanju i razumevanju ovakvih sadržaja.

Treći stupanj analize je faza vaspitavanja ili iskustvenog učenja, i ona se odnosi na proširenje razumevanja nagoveštenog u fazi razjašnjavanja. U ovoj fazi, klijenti već u velikoj meri mogu da prepoznaju i razumeju uzroke svojih kriza i zastoja. Često postavljaju pitanje i sebi i terapeutu, vezano za dalje korake, vezano za to kako da ove uvide integrišu u svoj život. Vrlo često klijenti dolaze sa uverenjem da je uvid dovoljan da pokrene proces promene. Uvid je često skoro neohodan uslov promene (važno je naglasiti da imamo i situacije kada najpre dođe do neke promene pa naknadno imamo uvid), ali nije dovoljan da bi se promena integrisala u realno iskustvo osobe. Postoji još jedna velika zabluda vezano za uvid koja se odnosi na spontanost promena, koju često i sami terapeuti imaju. U radu sa klijentima, vrlo retko se dešava da, i pored postojanja uvida, do promena dođe spontano. Promene, makar i minimalne, zahtevaju intenzivan voljni napor, dok mehanizmi odbrane, kao i psihička inertnost, često ne samo što koče promenu već i vraćaju unazad - u patološke obrasce ponašanja. U ovoj fazi terapije, terapeut »nudi« određene strategije kako učvrstiti ono što je osvešćeno ali još nije postalo deo psihološke realnosti klijenta. Fokus je na socijalnoj

adaptaciji klijenta, razumevanju odnosa i korigovanju disfunkcionalnih obrazaca ponašanja.

Četvrti stupanj u analizi predstavlja fazu preobražaja, proces uspostavljanja dijaloga sa dubljim slojevima nesvesnog, sposobnost prepoznavanja i integrisanja ovih sadržaja i aktuelizovanje autentičnih potencijala. U ovoj fazi, kroz približavanje suprotstavljenih sadržaja, uspostavljanje unutrašnjeg dijaloga, približavamo se svojoj autentičnoj i jedinstvenoj prirodi.

Važno je naglasiti da se faza preobražaja tokom terapijskog procesa može uporediti sa sličnom fazom preobražaja do koje dolazi u spontanom procesu individuacije. Ovakvi procesi se vezuju pre svega za tranziciju srednjeg doba ^[11]. Iako se kriza koja se javlja tokom perioda tranzicije može opaziti kao delimično ugrožavajuća po različite aspekte identiteta, ona može dovesti do kvalitativnih promena i prepoznavanja i integrisanja „blaga iz Senke“. Svoje navažnije teorijske koncepte Jung je razvio, pre svega, kroz iskustvo kliničkog rada sa pacijentima i kroz iskustvo samo-analize, on nije formirao teoriju analitičke psihologije kao koherentan teorijski sistem, već je i po pitanju najvažnijih koncepata, u različitim fazama svog rada imao i različita viđenja. Ali, do kraja je ostao dosledan stavu da je svaka analiza i svaka osoba koja nam dolazi u terapijski setting, specifična i jedinstvena.

Transfer i kontratransfer - analitička perspektiva

Transfer ili prenos predstavlja projekciju pacijentovih nesvesnih želja, konflikata i potreba na ili u analitičara. Kontratransfer ^[12] predstavlja „odgovor“ analitičara na transferne sadržaje ^[13]. Relaciona psihoanaliza posmatra transfer i kontratransfer ne samo kroz projekciju ranih iskustava, već i kao konstelacije koje se delimično aktiviraju u „ovde i sada“ odnosu između terapeuta i klijenta ^[14]. One mogu biti pokrenute komponentama odnosa koji se u analitičkom setingu uspostavio između terapeuta i klijenta. Predstavljaju dragocene izvore razumevanja unutrašnjih procesa klijenta, a terapeutu daju mogućnost „dekodiranja“ neosvešćenih sadržaja i a u nekim slučajevima i direktan iskustveni uvid u psihološko stanje klijenta (bivanje na mestu klijenta). Ako se prisetimo početaka psihoanalize, Frojd je u fokus psihoanalitičkog rada postavio analizu transfera, dok se od terapeuta očekivao stav neutralnosti ^[15]. Ovaj stav se značajno menjao, pre svega, pod uticajem Pole Hejman ^[16], pa Vilfreda Biona, koji prvi prepoznaju i jasno artikulišu značaj kao i komunikacionu funkciju kontratransfera ^[17]. Psihoanaliza i jungovska psihoterapija smatraju analizu transfera-kontratransfera jednom od osnovnih metoda terapijskog rada.

Za razliku od klasičnog psihoanalitičkog učenja koje podrazumeva da je

izvorište transfera isključivo u životnoj biografiji i proživljenom iskustvu pacijenta, Jung je na više mesta naglašavao da postoje dve vrste transfera - lični i arheptipski transfer ^[18], zavisno od toga u kojoj meri projektovani sadržaji predstavljaju projekciju predstava proizašlih iz urođenih obrazaca i struktura ili iz aktuelnih iskustava osobe. Po Jungu, obe navedene vrste transfera su prirodne i prisutne, a koja će se kada analizirati zavisiti od aktuelne životne situacije pacijenta i od terapeutove budnosti u odnosu na ove pojave.

Po pitanju transfera sam Jung je u različitim periodima svog stvaralaštva imao različite stavove, od onog da je transfer smetnja ^[19] i da treba lečiti uprkos transferu a ne zbog njega, do stava da je analiza transfera-kontratransfera alfa i omega analitičkog metoda. Danas različite škole analitičke psihologije daju veći ili manji značaj analizi transfera –kontratransfera ali ga smatraju nezaobilaznom tehnikom jungovske psihoterapije ^[20].

Kao što smo već naglasili, za Junga je analitički proces dijalektički proces, u kome su oba učesnika aktivna i uključena sa svim svojim svesnim i nesvesnim aspektima. Među jungovskim analitičarima bilo je autora koji su smatrali da je rad na transferu i kontratransferu bio u izvesnoj meri zanemaren u odnosu na rad na nesvesnim predstavama analizanata i razumevanju njihove simbolike. Od ovog stanovišta značajno su odstupali analitičari koji pripadaju razvojnoj orijentaciji.

Analitičar Mario Jakobi to tumači izvesnom ambivalencijom samog Junga u odnosu na osnovne koncepte psihoanalize kao i njegovom potrebom da se jasnije ogradi od psihoanalize ^[21]. Jung je pisao o tome da nije neophodno da se ispolji i interpretira transfer da bi se razumeo nesvesni materijal. Čak je smatrao da transferna osećanja mogu zamagliti i otežati analitički rad. Kasnije, Jung ističe značaj rada na transferu a posebno značajnim smatra razumevanje i korišćenje kontratransfera ^[22].

Analitički psihoterapeut Majkl Fordam, jedan od najvažnijih predstavnika razvojne škole, objašnjavajući Jungov, pomalo obezvređujući, stav prema metodi analize transfera, hipotezirao je da je moguće da je Jung strahovao da će uvođenje teme ličnog transfera, umanjiti njegovo isticanje važnosti arhetipskog materijala i koncepta kolektivno nesvesnog ^[23]. Fordam transfer definiše kao neodređeni broj nesvesnih percepcija analitičara od strane pacijenta. On smatra da pacijenti projektuju „na“ ili „u“ analitičara neke otcepljene ili neintegrisane delove selfa ^[24]. Kada govori o projekciji „na“ terapeuta, Fordam prirodu projekcija smatra manje snažnom, ovi sadržaji su dostupniji analizi i terapeuti im neutralnije pristupaju jer je interakcioni pritisak na njih slabiji. Kod projektovanja „u“ terapeuta, radi se o procesu projektivne identifikacije, snažniji je pritisak da se projektivno osećanje odigra, teško je odmah uspostaviti stav neutralnosti. Na sličan način psihoa-

nalitičari klajnijanskog usmerenja govore o projektovanju sadržaja u terapeuta. On takođe pravi razliku između otcepljeni i neintegrisanih sadržaja. U prvom slučaju sadržaj je proizvod splittinga kao primitivnog mehanizma odbrane putem koga se čuvaju dobri delovi selfa od kontaminacije lošim, dok se evakušu nepodnošljiva i preteća iskustva. Ovo su preteći i potencijalno razarajući sadržaji, dok su neintegrisani sadržaji produkt cikličnog procesa reintegracije-deintegracije koji predstavlja normalan razvojni proces. Kada govori o neintegrisanim delovima pacijenta, on govori o još nepoznatim sadržajima, a ne o nečemu što ima kvalitet defanzivnog ili patološkog^[25].

Već smo napomenuli da je Jung analizu video kao unutrašnji dijalektički odnos Ja i arhetipa. Akcenat je bio na materijalu iz snova i aktivnoj imaginaciji. Fordam ovu dinamiku predstavlja preko trougla, gde je na vrhu nesvesni materijal, dok su na uglovima pacijent i analitičar, kao posmatrači^[26]. Energetski tok bi prvenstveno proticao ka i od materijala, a ne između pacijenta i analitičara.

U članku „Transfer i Kontratransfer“, analitički psihoterapeut Kristofer Peri^[27] izdvaja pet osnovnih gledišta vezanih za transfer: transfer kao životna činjenica; razlikovanje transfernog i realnog, autentičnog odnosa između terapeuta i klijenta; transfer kao oblik projekcije; arhetipski i lični transfer; transfer u funkciji individuacije.

Kod shvatanje transfera kao životne

činjenice Peri ističe različite svakodnevene situacije i kontakte u kojima neka osoba u nama pokreće intenzivna pozitivna ili negativna osećanja a da u samom odnosu ne možemo da pronađemo uzroke za takvu emocionalnu reakciju. Navodi zaljubljenost kao najbolji primer transfera van terapijskog konteksta.

Razlikovanje transfera i stvarnog, realnog odnosa između terapeuta i klijenta koji se označava kao terapijski savez, odnosno terapijska alijansa i predstavlja savez između svesnih delova terapeuta i klijenta u cilju i funkciji terapijskog procesa. Analitičar je posvećen tome da napravi dubok kontakt sa klijentom i osećanjima koja izražava ali je, takođe, usmeren na pacijentove snage, kapacitete i potencijale. On treba da integriše praktične i emocionalne zahteve analize (racionalna funkcija kojom terapeut procenjuje pacijentov kapacitet), da toleriše frustraciju, da se bavi nesvesnim materijalom i da prihvati različite emocije i stanja.

Kada je reč o gledištu vezano za transfer kao projekciju, klasična psihoanaliza transfer tretira uvek kao pomeranje, premeštanje sa bitnih figura na terapeuta^[13]. U klasičnoj psihoanalizi postojao je zahtev za neutralnošću psihoanalitičara. Za razliku od Frojda, Jung je transfer smatrao mnogo specifičnijom vrstom projekcije. Projekcija bi, po Jungovom mišljenju, predstavljala psihološki mehanizam koji prenosi sadržaje bilo koje vrste in objekat, ne predstavlja voljni čin

već je kompulzivne i emocionalne prirode i utiče na formiranje specifičnog oblika dinamičkog odnosa između subjekta i objekta ^[22]. Osnovna razlika između ovog stanovišta i psihoanalize je u tome što se kod Junga radi o projekciji u objekt a ne na objekat, jer kada se radi o projekciji na objekat onda, zapravo, nema međusobnog sadejstva terapeuta i projektovanog materijala, dok je cilj da se projekcije povuku sa analitičara. Tokom analitičkog procesa i analize transfera postepeno dolazi do povlačenja projekcija, čime klijent biva sve manje u vlasti projekcije a sve više usmeren na sebe. Psihoanalitičari klajnijanske orijentacije, takođe, kasnije govore o projekciji u terapeuta, posebno kroz korišćenje primitivnih mehanizama odbrane, splittinga i projektivne identifikacije ^[28]. Bion posebno naglašava komunikacionu ulogu projektivne identifikacije i korišćenje kontratransfera kao oruđa za terapijski rad ^[29] i za razumevanje najregresivnijih sadržaja koji su za klijente često preplavljujući i ne mogu se uobličiti kroz korišćenje simbola ili verbalizaciju.

Arhetipski aspekt transfera - osnovna specifičnost i distinkcija analitičke teorije u odnosu na druge psihodinamske pravce odnosi se na teorijsku postavku da je jedna od ravni psihe arhetipska ravan, koja se manifestuje kroz snove, aktivnu imaginaciju i rad na transferu-kontrtransferu. Po teoriji analitičke psihologije transfer ima arhetipsko jezgro, poreklo transfera je i arhetipsko. Ali, da bi se ispoljio, taj arhetipski potencijal mora biti

zaodenut ličnim manifestacijama i, prema tome, u interpretaciji transfera, slično kao što u interpretaciji snova koristimo dva pristupa - reduktivni i sintetički, odnosno objektivni i subjektivni pristup. Klasičan psihoanalitički pristup koristi reduktivne interpretacije usmerene na traganje za prethodnim uzrocima koji su smešteni u ličnom iskustvu klijenta, dok analitički pristup, osim uzroka, traga i za ciljem, svrhom i smislom sna, simptoma, transfernog iskustva ^[30]. Šta je svrha i funkcija transfera u analitičkom procesu baš u tom trenutku ili periodu kada je najintenzivnije prisutan? A kada se prepoznaju arhetipski aspekti transfera neophodno je da se terapijski rad započne na ličnom nivou i da se iscrpu sve lične mogućnosti pre nego što se ponude objašnjenja arhetipske situacije. U protivnom, postoji rizik da, ukoliko se zanemari ovaj lični aspekt, dođe samo do racionalnog, intelektualnog uvida, koji umesto sinteze i integracije vodi ka inflaciji.

Transfer u funkciji individuacije – u ovom kontekstu transfer se, kako Peri navodi, shvata kao most ka realnosti ^[26], omogućava klijentu da uđe u odnos sa analitičarem kakav on zapravo autentično jeste, da otkrije sopstvenu jedinstvenost i potencijale, kao i da se poveže sa svojim unutrašnjim kapacitetom za zrelo funkcionisanje, da internalizuje i razvije svog unutrašnjeg terapeuta, unutrašnjeg iscelitelja, koji može da iznese buduće razvojne promene i zastoje ^[31].

Korišćenje kontratransfera u analitičkoj psihoterapiji

Jung je među prvima prepoznao i eksplicitno formulisao ideju o funkciji analitičarevog kontratransfera u kliničkom radu. Smatrao je da kontratransfer predstavlja veoma važan izvor informacija za samog terapeuta ^[30], i govorio o nesvesnom uticaju pacijenta na terapeuta, isticao je da ne možemo vršiti nikakav uticaj na pacijente ukoliko i sami nismo podložni uticaju ^[32]. Jung je o kontratransferu govorio kao o psihičkoj infekciji koja može poprimiti benigne-korisne i maligne oblike. Majkl Fordam, govorio je o iluzornom i sintonom kontratransferu ^[33]. Iluzorni kontratransfer je, po Fordamu, produkt terapeutove iluzije, to je neurotični kontratransfer i ima veze sa nerazrešenim krizama analitičara. Iluzorni kontratransfer predstavlja iskrivljenu percepciju analitičara, on vidi pacijentovo iskustvo drugačije zbog upliva svojih ličnih predstava i osećanja vezanih za tu konkretnu situaciju. Ako ga na vreme osvesti, terapeut može da koriguje svoj unutrašnji stav i da njime ne indukuje terapijski proces. Po Fordamu postoji i tzv. deluzorni kontratransfer, gde terapeut i na nivou mišljenja ima iskrivljenu percepciju pacijentove realnosti, te stoga i teže koriguje ovako deformisane odgovore u odnosu na pacijenta.

Sintoni kontratransfer bi odgovarao Rakerovom komplementarnom kontratransferu, on govori o procesu u kome se terapeut identifikuje sa pacijentovim unutrašnjim objektom, to stanje se naziva komplementarna identifikacija ^[34]. Pojam sintoni je preuzet iz radiokomu-

nikacije i koristi se kao opis trenutnog usklađivanja prijemnika, kako bi mogla da se registruje transmisija od određenog transitera. Analitičarevo nesvesno postaje izvor informacija za analitičara. U sintonom kontratransferu analitičareva osećanja i ponašanja se usklađuju ili uklapaju sa pacijentovim unutrašnjim svetom. On govori o tome da kroz introjekciju analitičar opaža pacijentove nesvesne procese u samom sebi i tako ih često doživljava i prepoznaje mnogo pre nego što ih pacijent osvesti. Fordam dalje razlaže svoje ideje da terapeut kada oseti da nešto projektuje na pacijenta, ne treba da žuri sa povlačenjem svojih projekcija već treba da dozvoli sebi prostor da uvidi da li je neki pacijentov sadržaj pokrenuo baš tu vrstu projekcija. Sintoni kontratransfer sastoji se iz vrlo brzih afektivnih procesa, i ne možemo ga shvatiti kao klasičnu tehniku, već pre kao etos ili stav. Svoju ideju o sintonom kontratransferu Fordam je zasnovao na funkcionisanju Jastva, a ne na funkcionisanju Ja. Jastvo u svom transpersonalnom obliku obezbeđuje neophodan kontekst i uslov za sintoni transfer. Govoreći o ličnim kapacitetima analitičara Fordam je smatrao da je mnogo značajnije videti kako se ti kapaciteti koriste nego koji su to aspekti. Afektivni odgovori analitičara, po njemu, više služe kao odgovori na pacijenta nego kao metode samospoznaje. Razvijajući dalje ideju o kontratransferu, Fordam je predložio da se pojam kontratransfera suzi samo na neurotične odgovore analitičara, nazivajući preostali, kreativni deo kontratransfera, interakcionalnim dijalogom.

Koncept ranjenog iscelitelja – arhetipska metafora za poziciju terapeuta

U prvom delu rada, bavili smo se razumevanjem interakcije između klijenta i terapeuta u analitičkom procesu kroz perspektivu transfera i kontratransfera. Analitički proces, takođe, možemo razumeti i iz perspektive arhetipskog pristupa, kroz korišćenje materijala iz kolektivnog nesvesnog. Gugenbel Kreg upravo iz ove perspektive povlači paralelu između prakse lečenja u Asklepijevim hramovima i moderne psihoterapije^[35]. Doktrina lečenja i rituali isceljenja dešavali su se unutar zidina hramova ili u određenim delovima hrama - u okviru zatvorenog setinga – temenosa, svetog prozora, pri čemu je podsticano spavanje jer se verovalo da će pacijent sanjati isceljujuće snove. Učitelj umetnosti lečenja, kentaur Hiron, koji pati od neizlečive rane, predstavlja kolektivni simbol iscelitelja, kolektivnu preteču savremenog psihoterapeuta.

Ranjeni iscelitelj razume i leči upravo svojom ranom, koja nikada do kraja ne zarasta i predstavlja zajedničko iskustveno polje i za terapeuta i za klijenta. Ovu konstelaciju mogli bismo da razumemo kao arhetipsku osnovu za uspostavljanje analitičkog odnosa. Dakle, kao terapeuti možemo biti lekoviti za svoje klijente, ukoliko smo u kontaktu sa svojim „ranama“ i ožiljcima. One nisu akutne i preplavljujuće, ali svesni smo njihovog postojanja, nemamo potrebu da negiramo svoju ranjivost.

Gugenbul-Kreg je koncept i predstava „ranjenog iscelitelja“ proširio na polje

svih pomažućih profesija^[36]. On o ovoj arhetipskoj predstavi govori kao arhetipu koji ima (kao i svaki arhetip) – dva pola. Jedan pol ove arhetipske predstave manifestuje se kroz zdravlje, moć, sposobnost, kompetentnost, dok se drugi pol ovog istog arhetipa manifestuje kroz nemoć, bolest, pasivnost, nesposobnost, zavisnost.

Dakle predstava ranjenog iscelitelja ima dve strane: zdravlje i bolest; moć i nemoć - kao zaoštrene suprotnosti. Ali, ono što se neretko dešava je da se za ulogu lekara, psihoterapeuta, pomagača-vezuje samo jedan pol ove predstave. Tada se lekari, psihoterapeuti i analitičari opazuju i doživljavaju kao svemoćni, jaki, zdravi, sposobni, kompetentni. Drugi pol arhetipa – nemoć i bolest –vezuju se za ulogu pacijenta. A zapravo i terapeut isto kao i klijent nosi u sebi potencijale oba suprotstavljena pola (zdravlja i bolesti). Proces oporavka predstavlja proces aktiviranja „unutrašnjeg iscelitelja“ kod naših pacijenta. Nakon završetka terapijskog procesa, oni se oslanjaju na svog unutrašnjeg iscelitelja, na svoj unutrašnji potencijal za ozdravljenje i oporavak, koji nije samo proizvod introjektovanja terapijske uloge, već ima i svoju arhetipsku osnovu.

Rascep predstave iscelitelja dešava se i unutar terapeuta i unutar klijenta. Ono što se najčešće dešava je situacija u kojoj je pacijent ili klijent identifikovan isključivo sa polom bolesti i nemoći a psihoterapeut sa polom zdravlja, moći i kompetentnosti^[37]. Ovde postoji rizik da kroz proces inflacije izgubimo kontakt sa drugim važnim polom arhetipa.

Gugenbel-Kreg nastavlja tvrdnjom da kada osoba postane bolesna, arhe-

tipska konstelacija iscelitelja-pacijenta stupa na scenu ^[38]. U prvoj fazi lečenja projekcije mogu, i zaista često jesu neophodne, ali je isto tako nužno da se one u određenom trenutku povuku kako bi pacijentovi isceliteljski potencijali mogli da se aktiviraju.

Iz perspektive jungovske psihoterapije, analitički i psihoterapijski proces možemo razumeti kroz metaforu ranjenog iscelitelja. Kroz identifikovanje sa isceljujućim aspektom analitičara pacijent aktivira svog unutrašnjeg iscelitelja i taj kapacitet nastavlja da koristi i nakon procesa psihoterapije. Sa druge strane, da bi mogao da ostvari autentičan odnos sa svojim klijentom ili pacijentom, psihoterapeut mora biti u kontaktu sa svojim ranjenim delom. Važno je napomenuti da su te rane zapravo ožiljci koji nisu akutno bolni, ali su dovoljno vidljivi za unutrašnje oko analitičara i predstavljaju uvek prohodan kanal putem koga se povezujemo sa bolnim iskustvima svojih klijenata.

Završićemo razmatranje terapijskog odnosa prikazom stanovišta o transferu i analitičkom odnosu koje je dala jungijanska analitičarka Jan Viner ^[39,40]. Ona suštinu odnosa sa klijentima definiše kroz metaforu „držanja pacijenta u mom umu“. U objašnjenju svog pristupa polazi od Bionovog stanovišta – da postoje ljudi koji su veoma netolerantni na patnju, bol i frustraciju. Ova iskustva mogu biti toliko nepodnošljiva, da i pored toga što ih osećaju, ne žele da znaju za njih. Za mnoge klijente jedan od najvažnijih zadataka je da nauče kako da u ovakvim najtežim momentima budu pored i sa drugim u odnosu.

Zaključak

U radu smo predstavili specifičnosti analitičkog shvatanja terapijskog odnosa, razmatrali smo karakteristike terapijskog odnosa u klasičnoj, arhetipskoj i razvojnoj školi jungovske psihoterapije. Takođe smo povezali psihoterapijski proces sa procesom individuacije, posebno smo se bavili analitičkim pristupom krizi i simptomu. Govorili smo o simptomu kao zastoju u procesu individuacije, ali takođe i o smislu simptoma kao „apela“ duše koja pati. Predstavili smo različita stanovišta o transferu i kontratransferu. Uporedili smo psihanalitička stanovišta o transferu i kontratransferu, kao i o terapijskom odnosu sa jungovskim pristupom sa posebnim osvrtom na relaciju psihoanalizu. Posebno detaljno smo razmotrili Fordamovo stanovište o iluzornom i sintonom kontratransferu. U sintonom kontratransferu analitičareva osećanja i ponašanja se usklađuju ili uklapaju sa pacijentovim unutrašnjim svetom. Kroz ovu introjekciju analitičar opaža pacijentove nesvesne procese u samom sebi i tako ih često doživljava i prepoznaje mnogo pre nego što ih pacijent osvesti. Na ovaj način se unutrašnje iskustvo terapeuta može koristiti kao informacija o tome šta se dešava sa klijentom. U poslednjem delu rada razmatrali smo pitanje moći u psihoterapiji. Prikazali smo koncept ranjenog iscelitelja, stanovište koje naglašava da su i bolest i zdravlje nešto što postoji i kod terapeuta i kod klijenta. Jedan od ciljeva psihoterapije i terapijskog odnosa je i da klijent tokom terapijskog

procesa razvija sopstvenog unutrašnjeg iscelitelja, čime se postepeno smanjuje zavisnost od terapeuta i konstituiše unutrašnje terapijsko jezgro na koje će se klijent nadalje oslanjati.

Metafora o ranjenom iscelitelju uravnotežava i humanizuje odnos pomagača i onoga kome je pomoć potrebna, otvara prostor za istinsko razumevanje i razmenu, i zahteva hrabrost i terapeuta i klijenta, posebno kada se susretnu sa drugim potisnutim polom; pacijent sa svojom kompetentnošću a pomagač sa svojom ranjivošću. Kada procenjujemo kapacitete naših kandidata koji bi želeli da se bave analitičkim radom, jedan od najvažnijih potencijala koje posmatramo jeste kapacitet osobe da izdrži susret sa neizvesnim i nepoznatim, drugim rečima, da izdrži nemoć. Posredno, mi na ovaj način posmatramo i njegovog unutrašnjeg iscelitelja kao integrisanu a ne podvojenju predstavu i unutrašnju poziciju.

THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP - AN ANALYTICAL PERSPECTIVE

**Jelena Sladojevic Matic
Saveta Draganic Gajic**

Faculty of media and communications,
Psychology department, University
Singidunum, Belgrade, Serbia

doi: 10.5937/engrami46-55205

submitted: 2024/12/01

accepted: 2024/12/30

published online: 2025/05/14

Abstract

The most significant factor in the therapeutic change is the therapeutic relationship. In this paper, we will consider the specifics of the therapeutic relationship from the perspective of analytical or Jungian psychotherapy. First, we will briefly explain the characteristics of the therapeutic relationship in the classical, archetypal and developmental school of Jungian psychotherapy. We will connect the psychotherapy process with the concept of individuation and in that context we will explain the analytical approach to the symptom as a crisis in the individuation process. Various viewpoints on transference will be presented, from the development of Jung's original ideas to the latest viewpoints on the nature and use of transference and countertransference in therapeutic work. We will compare psychoanalytic viewpoints on transference and countertransference, as well as the therapeutic relationship with the Jungian approach, in the paper we will discuss some of the similarities and differences in these approaches.

In particular, we will consider the concept of the wounded healer. We could understand this constellation as an archetypal basis for establishing an analytical relationship. Guggenbuhl-Craig extended the concept of the "wounded healer" to the field of all helping professions. This archetype has two poles; the first is manifested through health, po-

wer, ability, while the second pole of this archetype is manifested through weakness, illness, passivity, incapacity, dependence. It often happens that only one pole is associated with the role of doctor and psychotherapist. The second pole of the archetype – weakness and illness – is related to the role of the patient. And in fact, the therapist, just like the client, carries within him the potentials of both opposite aspects -health and illness. The wounded healer understands and heals precisely his wound, which never completely heals and represents a common field of experience for both the therapist and the client.

We can also understand the recovery process as the process of activating the "inner healer" in our patients. After completion of the therapeutic process, they rely on their inner potential for healing and recovery, which is not only a result of the introjection of the therapist and the therapeutic relationship, but also has its archetypal basis.

Key words: therapeutic relationship, transference, countertransference, wounded healer

LITERATURE / LITERATURA

1. Norcross JC, Wampold BE. Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*. 2011 Mar;48(1):98.
2. Wiener J. The therapeutic relationship: Transference, countertransference, and the making of meaning. Texas A&M University Press; 2009 Nov 23.rna,
3. Samuels A. Post-Jungian dialogues. *Psychoanalytic Dialogues*. 2000 May 15;10(3):403-26.
4. Jung CG. *Memories, dreams, reflections*. Vintage; 1989 Apr 23
5. Matić JS. Encounter with Shadow and Its Manifestations in Fairy Tales and Literature. *AM Časopis za studije umetnosti i medija*. 2020(23):149-58.
6. Matić JS. *Koncept Senke i njen značaj u analitičkom, dijagnostičkom i terapijskom radu, doktorska disertacija, Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu*, 2011
7. Schmidt M. Individuation: finding oneself in analysis-taking risks and making sacrifices. *Journal of Analytical Psychology*. 2005 Nov;50(5):595-616.
8. Matić JS. Three - grade model of Shadow content integration in therapeutic work. *Russian Journal of Analytical Psychology*, 2013
9. Fordham M. Active imagination and imaginative activity. *Journal of Analytical Psychology*. 1956 May 1;1(2).
10. Samuels A. Post-Jungian dialogues. *Psychoanalytic Dialogues*. 2000 May 15;10(3):403-26.
11. Matić JS. Tranzicija srednjeg doba. *Kultura* 2023(181): 169-177
12. Abend SM. Countertransference and psychoanalytic technique. *The Psychoanalytic Quarterly*. 1989 Jul 1;58(3):374-95.
13. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. American Psychiatric Pub; 2014 Apr 16.
14. Stein R. A new look at the theory of Melanie Klein. *The International Journal of Psycho-*
- Analysis*. 1990;71:499.
15. Freud S. Psychoanalytic theory. In *A Review of Personality Theories 1995* (Vol. 10). Charles C. Thomas Publisher.
16. Heimann P. COUNTERTRANSFERENCE 283. *Essential Papers on Countertransference*. 1988:282.
17. De Blécourt A. Transference, countertransference and acting out in psychoanalysis. *The International Journal of Psycho-Analysis*. 1993 Aug 1;74(4):757
18. DeArmond I. Archetypal aspects of transference at the end of life. In *Analytical psychology in a changing world: The search for self, identity and community* 2015. Taylor & Francis
19. Parth K, Datz F, Seidman C, Löffler-Stastka H. Transference and countertransference: A review. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2017 Jun;81(2):167-211.
20. Samuels A. Can the post-jungians survive?. *Psychological Perspectives*. 1995 Mar 1;31(1):55-9.
21. Dieckmann H. Transference and Countertransference. *Journal of Analytical Psychology*. 1976 Jan 1;21(1).
22. Jung CG. The psychology of the transference. *The Collected Works of C. G. Jung*. 1946;16.
23. Fordham M. *Exploration Into the Self*. L.A.P., Vol.7. London: H. Karnac Books, 1985
24. Astor J. Michael Fordham: Innovations in analytical psychology. Routledge; 2006 Apr 21.
25. Fordham M, Gordon R, Hubback J, editors. *The Self and Autism: The Library of Analytical Psychology*. Butterworth-Heinemann; 2017 Feb 22.
26. Fordham M. *Exploration Into the Self*. L.A.P., Vol.7. London: H. Karnac Books, 1985
27. Perry C. Transference and Countertransference. In *The Cambridge Companion to Jung*, ed. Polly Young-Eisendrath and Terence Dawson, 141-64. Cambridge University Press, 1997
28. Joseph B. Projective identification: Clinical

- aspects. In *Projection, identification, projective identification* 2018 May 8 (pp. 65-76). Routledge.
29. Bion WR. *Elements of psychoanalysis*. Routledge; 2018 May 1.
 30. Saunders P, Skar P. Archetypes, complexes and selforganization. *Journal of Analytical Psychology*. 2001 Apr;46(2):305-23.
 31. Matić JS. *Senka u psihoterapiji- Psihoterapeut i njegova Senka*. Fakultet za medije i komunikacije, Univerzitet Singidunum u Beogradu, 2018
 32. Hobdell R, Fordham M. *Freud, Jung, Klein-the fenceless field: essays on psychoanalysis and analytical psychology*. Routledge; 2003 Dec 16.
 33. Jung CG. On the importance of the unconscious in psychopathology. *The British Medical Journal*. 1914 Dec 5:964-8.
 34. Samuels A. *Jung and the post-Jungians*. Routledge; 2003 Sep 2.
 35. Vukosavljević-Gvozden T. *Empatija i slika o sebi*. Institut za psihologiju Filozofskog fakulteta; 2002.
 36. Guggenbuhl-Craig A. *Power in helping professions*. Spring Publications, Inc. 1971
 37. Page S. *The Shadow and the Counsellor: Working with the Darker Aspects of the Person, the Role and the Profession*. Routledge; 2002 Sep 11.
 38. Levy P. *The wounded healer*. New Connexion. Retrieved from. 1999.
 39. Newcomb M, Burton J, Edwards N, Hazelwood Z. How Jung's concept of the wounded healer can guide learning and teaching in social work and human services. *Advances in Social Work and Welfare Education*. 2015 Dec;17(2):55-69.
 40. Wiener J. Evaluating progress in training: character or competence?. *Journal of Analytical Psychology*. 2007 Apr;52(2):171-83.

Jelena Sladojević Matić

Bore Marković 7
11 000 Beograd, Srbija

jelena.sladojevic.matic@fmk.edu.rs

UPUTSTVO AUTORIMA

Pre podnošenja rukopisa Uredništvu časopisa ENGRAMI svi autori treba da pročitaju Uputstvo za autore (Instructions for Authors), gde će pronaći sve potrebne informacije o pisanju i pripremi rada u skladu sa standardima časopisa. Veoma je važno da autori pripreme rad prema datim propozicijama, jer ukoliko rukopis ne bude usklađen s ovim zahtevima, Uredništvo će odložiti ili odbiti njegovo publikovanje. Radovi objavljeni u ENGRAMIMA se ne honorarišu. Za članke koji će se objaviti u ENGRAMIMA, samom ponudom rada ENGRAMIMA svi autori rada prenose svoja autorska prava na Izdavača časopisa. ENGRAMI objavljuju radove koji do sada nisu nigde objavljeni, u celosti ili delom, niti su prihvaćeni za objavljivanje.

ENGRAMI su časopis za kliničku psihijatriju, psihologiju i granične discipline. ENGRAMI se izdaju kroz dve sveske godišnje. Časopis objavljuje: saopštenja urednika, originalne radove, meta-analize, preglede iz literature, preliminarne ili kratka saopštenja, radove za praksu, stručne vesti, radove iz istorije psihijatrije, psihologije i graničnih disciplina, eseje vezane za stručno mišljenje, članke koji prikazuju lična gledišta, akutelne teme, komentare po pozivu, prikaze knjiga i dopise za rubrike Sećanje, In memoriam i Promemoria, kao i komentare i pisma Uredništvu u vezi s objavljenim radovima.

Prispeli rukopis Uredivački odbor šalje recenzentima radi stručne procene (period recenzije 4–8 nedelja). Ukoliko recenzenti predlože izmene ili dopune, kopija recenzije se dostavlja autoru s molbom da unese tražene izmene u tekst rada ili da argumentovano obrazloži svoje neslaganje s primedbama recenzenta, najkasnije u periodu od dve nedelje. Konačnu odluku o prihvatanju rada za štampu donosi glavni i odgovorni urednik.

Rukopisi i prilozi se ne vraćaju. Za reprodukciju ili ponovno objavljivanje nekog segmenta rada publikovanog u ENGRAMIMA neophodna je saglasnost Izdavača.

Radovi se štampaju na srpskom ili engleskom jeziku, sa naslovnom stranom i kratkim sadržajem na oba jezika. Preporuka Uredništva je da radovi budu priređeni i lektorisani na engleskom jeziku.

OBAVEZE AUTORA

Autori garantuju da materijal predstavlja njihov originalni doprinos, da nije objavljen ranije i da se ne razmatra za objavljivanje na drugom mestu. Istovremeno predavanje istog rukopisa u

više časopisa ili sredstava informisanja predstavlja kršenje etičkih standarda. Takav materijal se isključuje iz daljeg razmatranja.

Autori takođe garantuju da nakon objavljivanja u časopisu ENGRAMI, rukopis neće biti objavljen kao druga publikaciji na bilo kom jeziku, bez saglasnosti Izdavača.

U slučaju da je poslati rukopis rezultat naučno-istraživačkog projekta ili da je, u prethodnoj verziji, bio izložen na skupu u vidu usmenog saopštenja (pod istim ili sličnim naslovom), detaljniji podaci o projektu, konferenciji i slično, navode se u na početku rada rada, pre kratkog sadržaja.

Autori su OBAVEZNI da se pridržavaju etičkih standarda koji se odnose na naučno-istraživački rad: Helsinška deklaracija, Bazelska konvencija, dobra laboratorijska praksa, dobra klinička praksa, ICMJE smernice.

Autori garantuju i da rukopis ne sadrži neosnovane ili nezakonite tvrdnje i ne krši prava drugih. Izdavač neće snositi nikakvu odgovornost u slučaju ispostavljanja bilo kakvih zahteva za naknadu štete.

Plagijarizam. Plagiranje, odnosno preuzimanje tuđih ideja, reči ili drugih oblika kreativnog izraza i predstavljanje kao svojih, predstavlja grubo kršenje naučne i izdavačke etike. Plagiranje može da uključuje i kršenje autorskih prava, što je zakonom kažnjivo.

Plagijat obuhvata doslovno ili gotovo doslovno preuzimanje ili smišljeno parafraziranje (u cilju prikrivanja plagijata) delova tekstova drugih autora bez jasnog ukazivanja na izvor ili obeležavanje kopiranih fragmenata (na primer, korišćenjem navodnika) kao i kopiranje slika ili tabela

iz tuđih radova bez pravilnog navođenja izvora i/ili bez dozvole autora ili nosilaca autorskih prava.

Upozoravamo autore da se za svaki rukopis proverava da li je plagijat ili autoplagijat.

Rukopisi kod kojih postoje jasne indicije da se radi o plagijatu biće automatski odbijeni, a autorima će biti trajno ili privremeno zabranjeno da objavljuju u časopisu. Ako se ustanovi da je rad koji je objavljen u časopisu plagijat, isti će biti povučen u skladu sa procedurom opisanom pod Povlačenje već objavljenih radova, a autorima će biti trajno ili privremeno zabranjeno da objavljuju u časopisu.

RAZREŠAVANJE SPORNIH SITUACIJA

Svaki pojedinac ili institucija mogu u bilo kom trenutku da uredniku i/ili redakciji prijave saznanja o kršenju etičkih standarda i drugim nepravilnostima i da o tome dostave neophodne informacije/dokaze.

Provera iznesenih navoda i dokaza:

- Glavni i odgovorni urednik će u dogovoru sa članovima Uređivačkog odbora i redakcijom odlučiti o pokretanju postupka koji ima za cilj proveru iznesenih navoda i dokaza.
- Tokom tog postupka svi izneseni dokazi smatraće se poverljivim materijalom i biće predloženi samo onim licima koja su direktno uključena u postupak.
- Licima za koja se sumnja da su prekršila etičke standarde biće data mogućnost da odgovore na optužbe iznesene protiv njih.
- Ako se ustanovi da je zaista došlo do nepravilnosti, proceniće se da li ih treba okarakterisati kao manji prekršaj ili grubo kršenje etičkih standarda.

Manji prekršaj. Situacije okarakterisane kao manji prekršaj rešavaće se u direktnoj komunikaciji sa licima koja su prekršajnapravila, bez uključivanja trećih lica, npr.:

- obaveštavanjem autora ili recenzenta da je došlo do manjeg prekršaja koji je proistekao iz nerazumevanja ili pogrešne primene akademskih standarda;
- pismo upozorenja autoru ili recenzentu koji je napravio manji prekršaj.

Grubo kršenje etičkih standarda. Odluke u vezi sa grubim kršenjem etičkih standarda donosi

glavni i odgovorni urednik u saradnji sa članovima Uređivačkog odbora i redakcijom i, ako je to potrebno, malom grupom stručnjaka. Mere koje će preduzeti mogu biti sledeće (i mogu se primenjivati pojedinačno ili istovremeno): objavljivanje saopštenja ili uvodnika u kom se opisuje slučaj kršenja etičkih standarda; slanje službenog obaveštenja rukovodiocima ili poslodavcima autora ili recenzenta; povlačenje objavljenog rada u skladu sa procedurom opisanom pod Povlačenje već objavljenih radova; autorima će biti zabranjeno da tokom određenog perioda šalju radove u časopis; upoznavanje relevantnih stručnih organizacija ili nadležnih organa sa slučajem kako bi mogli da preduzmu odgovarajuće mere.

Prilikom razrešavanja spornih situacija redakcija časopisa se rukovodi smernicama i preporukama Odbora za etiku u izdavaštvu (Committee on Publication Ethics – COPE).

POVLAČENJE VEĆ OBJAVLJENIH RADOVA

U slučaju kršenja prava Izdavača, nosilaca autorskih prava ili autora, povrede profesionalnih etičkih kodeksa, tj. u slučaju slanja istog rukopisa u više časopisa u isto vreme, lažne tvrdnje o autorstvu, plagijata, manipulacije podacima u cilju prevare, kao i u svim drugim slučajevima grubog kršenja etičkih standarda, objavljeni rad se mora povući. U nekim slučajevima već objavljeni rad se može povući i kako bi se ispravile naknadno uočene greške.

Standardi za razrešavanje situacija kada mora doći do povlačenja rada definisani su od strane biblioteka i naučnih tela, a ista praksa je usvojena i od strane časopisa ENGRAMI: u elektronskoj verziji izvornog članka (onog koji se povlači) uspostavlja se veza (HTML link) sa obaveštenjem o povlačenju. Povučeni članak se čuva u izvornoj formi, ali sa vodenim žigom na PDF dokumentu, na svakoj stranici, koji ukazuje da je članak povučen (RETRACTED).

DOBRA NAUČNA PRAKSA

Podnošenje rukopisa podrazumeva: da rukopis nije objavljen ranije (osim u obliku apstrakta ili kao deo objavljenog predavanja ili teze); da nije u razmatranju za objavljivanje u drugom časopisu; da su autori u potpunosti odgovorani za naučni sadržaj rada; da je objavljivanje odobre

no od strane svih koautora, ako ih ima, kao i od strane nadležnih organa ustanove u okviru koje je istraživanje sprovedeno.

Kao uslov za razmatranje za objavljivanja, potrebna je registracija kliničkih ispitivanja u javnom registru kliničkih studija za određena istraživanja koja svojim dizajnom to zahtevaju. Kliničko ispitivanje je definisano od strane Međunarodnog komiteta urednika medicinskih časopisa (u skladu sa definicijom Svetske zdravstvene organizacije) kao i bilo koji istraživački projekat koji dodeljuje, učesniku ili grupi učesnika, jednu ili više intervencija u cilju procene zdravstvenog ishoda. Za više informacija posetite <http://clinicaltrials.gov/>

Neophodno je da originalni radovi, predati za publikaciju, koji uključuju humanu populaciju, sadrže, u okviru sekcije Materijal i metode, izjavu da je studija odobrena od strane odgovarajućeg etičkog komiteta i time izvedena u skladu sa Helsinškom deklaracijom iz 1995. Takođe je neophodno jasno navesti da su svi ispitanici uključeni u istraživanje dali svoj informisani pristanak pre uključivanja u studiju. Detalje koji bi mogli prekršiti pravilo o anonimnosti subjekata neophodno je izbeći.

Eksperimentalna istraživanja na humanom materijalu i ispitivanja vršena na životinjama treba da sadrže izjavu etičkog odbora ustanove i treba da su u saglasnosti s pravnim standardima. Podaci o tome moraju biti navedeni u odeljku METODE RADA.

Urednici zadržavaju pravo da odbiju rukopise koji nisu u skladu sa gore navedenim uslovima. Autor će biti odgovoran za lažne izjave ili neispunjavanja gore navedenih zahteva.

Izjava o sukobu interesa. Uz rukopis se prilaže potpisana izjava u okviru obrasca Submission Letter kojom se autori izjašnjavaju o svakom mogućem sukobu interesa ili njegovom odsustvu. Za dodatne informacije o različitim vrstama sukoba interesa posetiti internet-stranicu Svetskog udruženja urednika medicinskih časopisa (World Association of Medical Editors – WAME; <http://www.wame.org>) pod nazivom „Politika izjave o sukobu interesa“. Na kraju rada, ispod odeljka NAPOMENE, treba u posebnom odeljku Sukob interesa izjasniti se o svakom mogućem sukobu interesa ili njegovom odsustvu i to za svakog autora pojedinačno (puno ime autora ili inicijali). Na pr. Jovan Jovanović: Sanofis-Eventis (predavač). Na-

dežda Petrović: nema. Desanka Maksimović: Pfizer, Sanofi, Bristol-Meyers Squibb (predavač, počasni konsultant, istraživač na naučnom projektu).

OPŠTA UPUTSTVA

Tekst rada prirediti u programu za obradu teksta Word, latinicom, sa dvostrukim proredom, isključivo fontom Times New Roman i veličinom slova 12 tačaka (12 pt). Sve margine podesiti na 25 mm, veličinu stranice na format A4, a tekst kucati sa levim poravnanjem i uvlačenjem svakog pasusa za 10 mm, bez deljenja reči (hifenacije). Ne koristiti tabulatore i uzastopne prazne karaktere (spejsove) radi poravnanja teksta, već alatke za kontrolu poravnanja na lenjiru i Toolbars. Za prelazak na novu stranu dokumenta ne koristiti niz „entera“, već isključivo opciju Page Break. Posle svakog znaka interpunkcije staviti samo jedan prazan karakter. Ako se u tekstu koriste specijalni znaci (simboli), koristiti font Symbol.

Stranice numerisati redom u okviru donje margine, počev od naslovne strane. Podaci o korišćenoj literaturi u tekstu označavaju se superskriptom arapskim brojevima u uglastim zagradama – npr. ^[1, 2], i to onim redosledom kojim se pojavljuju u tekstu. Stranice numerisati redom u donjem desnom uglu, počev od naslovne strane.

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

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

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

- bitnom doprinosu koncepciji rada, dobijanju rezultata ili analizi i tumačenju rezultata,

- planiranju rukopisa ili njegovoj kritičkoj reviziji od znatnog intelektualnog značaja,
- u završnom doterivanju verzije rukopisa koji se priprema za štampanje.

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

Kratak sadržaj. Priložiti kratak sadržaj rada obima do 300 reči.

Za originale radove kratak sadržaj treba da ima sledeću strukturu: **Uvod, Cilj rada, Metod rada, Rezultati, Zaključak**. Svaki od navedenih segmenata pisati kao poseban pasus koji počinje boldovanim reči **Uvod, Cilj rada, Metod rada, Rezultati, Zaključak**. Navesti najvažnije rezultate (numericke vrednosti) statističke analize i nivo značajnosti. Zaključak ne sme biti uopšten, već mora biti direktno povezan sa rezultatima rada. Za prikaze bolesnika sažetak treba da ima sledeće delove: **Uvod** (u poslednjoj rečenici navesti cilj), **Prikaz bolesnika, Zaključak**; segmente takođe pisati kao poseban pasus koji počinje boldovanim reči. Za ostale tipove radova sažetak nema posebnu strukturu.

Za radove na srpskom jeziku priložiti i summary na engleskom istovetan sa kratkim sadržajem.

Ključne reči. Ispod kratkog sadržaja navesti ključne reči (od tri do šest). Ne treba da se ponavljaju reči iz naslova, a ključne reči treba da budu relevantne ili opisne. U izboru ključnih reči koristiti Medical Subject Headings – MeSH (<http://gateway.nlm.nih.gov>).

Struktura rada. Svi podnaslovi se pišu velikim masnim slovima (bold).

Originalni rad, metaanaliza, preliminarno i kratko saopštenje obavezno treba da imaju sledeće podnaslove: **Uvod** (Cilj rada kao poslednji pasus Uvoda), **METOD RADA, REZULTATI, DISKUSIJA, ZAKLJUČAK, LITERATURA**. Prvoimenovani autor metaanalize i preglednog rada mora da navede bar pet autocitata (kao autor ili koautor) radova publikovanih u časopisima s recenzijom. Koautori, ukoliko ih ima, moraju da navedu bar jedan autocitat radova takođe publikovanih u časopisima s recenzijom.

Prikaz bolesnika čine: **Uvod** (Cilj rada kao

poslednji pasus Uvoda), **PRIKAZ BOLESNIKA, DISKUSIJA, ZAKLJUČAK, LITERATURA**. Ne treba koristiti imena bolesnika, inicijale ili brojeve istorija bolesti, naročito u ilustracijama. Prikazi bolesnika ne smeju imati više od pet autora.

Pregled iz literature čine: **UVOD, ODGOVORAJUĆI PODNASLOVI, ZAKLJUČAK, LITERATURA**. Pregledne radove iz literature mogu objavljivati samo autori koji navedu najmanje pet autocitata (reference u kojima su ili autori ili koautori rada).

Priloge (tabele, grafikone, slike itd.) postaviti na kraj rukopisa, a u samom telu teksta jasno naznačiti mesto koje se odnosi na dati prilog. Krajnja pozicija priloga biće određena u toku pripreme rada za publikovanje.

Tekst rukopisa. Koristiti kratke i jasne rečenice. Prevod pojmova iz strane literature treba da bude u duhu srpskog jezika. Sve strane reči ili sintagme za koje postoji odgovarajuće ime u našem jeziku zameniti tim nazivom. Pri pisanju teksta na engleskom jeziku treba se pridržavati jezičkog standarda American English. Za nazive lekova koristiti prevashodno generička imena.

Uređaji (aparati) se označavaju fabričkim nazivima, a ime i mesto proizvođača treba navesti u oblim zagrada. Ukoliko se u tekstu koriste oznake koje su spoj slova i brojeva, precizno napisati broj koji se javlja u superskriptu ili superskriptu (npr. ⁹⁹Tc, IL-6, O₂, B₁₂, CD₈). Ukoliko se nešto uobičajeno piše kurzivom (italic), tako se i navodi, npr. geni (*BRCA1*). Ukoliko je rad deo magistarske teze, odnosno doktorske disertacije, ili je urađen u okviru naučnog projekta, to treba posebno naznačiti u Napomeni na kraju teksta. Takođe, ukoliko je rad prethodno saopšten na nekom stručnom sastanku, navesti zvaničan naziv skupa, mesto i vreme održavanja, da li je rad i kako publikovan (npr. isti ili drugačiji naslov ili sažetak).

Klinička istraživanja. Klinička istraživanja se definišu kao istraživanja uticaja jednog ili više sredstava ili mera na ishod zdravlja. Registarski broj istraživanja se navodi u poslednjem redu sažetka.

Skraćenice. Koristiti samo kada je neophodno, i to za veoma dugačke nazive hemijskih jedinjenja, odnosno nazive koji su kao skraćenice već prepoznatljivi (standardne skraćenice, kao npr. DNK). Za svaku skraćenicu pun termin treba na-

vesti pri prvom navođenju u tekstu, sem ako nije standardna jedinica mere. Ne koristiti skraćeni- ce u naslovu. Izbegavati korišćenje skraćenica u kratkom sadržaju, ali ako su neophodne, svaku skraćenicu ponovo objasniti pri prvom navođe- nju u tekstu.

Decimalni brojevi. U tekstu rada na engle- skom jeziku, u tabelama, na grafikonima i dru- gim priložima decimalne brojeve pisati sa tačkom (npr. 12.5 ± 3.8), a u tekstu na srpskom jeziku sa zarezom (npr. $12,5 \pm 3,8$). Kad god je to moguće, broj zaokružiti na jednu decimalu.

Jedinice mera. Dužinu, visinu, težinu i za- preminu izražavati u metričkim jedinicama (metar – m, kilogram (gram) – kg (g), litar – l) ili njihovim delovima. Temperaturu izražavati u stepenima Celzijusa ($^{\circ}\text{C}$), količinu supstance u molima (mol), a pritisak krvi u milimetrima živi- nog stuba (mm Hg). Sve rezultate hematoloških, kliničkih i biohemijskih merenja navoditi u me- tričkom sistemu prema Međunarodnom sistemu jedinica (SI).

Obim rukopisa. Celokupni rukopis rada – koji čine naslovna strana, kratak sadržaj, tekst rada, spisak literature, svi prilozi, odnosno potpi- si za njih i legenda (tabele, fotografije, grafikoni, sheme, crteži), naslovna strana i kratak sadržaj na engleskom jeziku – mora iznositi za original- ni rad, saopštenje i pregled iz literature do 5.000 reči, za prikaz bolesnika do 2.000 reči, za rad iz istorije medicine do 3.000 reči, za rad za praksu do 1.500 reči; radovi za ostale rubrike moraju imati do 1.000 reči.

Prilozi radu su tabele, slike (fotografije, crte- ži, sheme, grafikoni) i video-prilozi.

Tabele. Svaka tabela treba da bude sama po sebi lako razumljiva. Naslov treba otkucati iznad tabele, a objašnjenja ispod nje. Tabele se označa- vaju arapskim brojevima po redosledu navođenja u tekstu, sa nazivom na srpskom i engleskom je- ziku. Tabele raditi isključivo u programu Word, kroz meni Table–Insert–Table, uz definisanje tačnog broja kolona i redova koji će činiti mrežu tabele. Desnim klikom na mišu – pomoću opcija Merge Cells i Split Cells – spajati, odnosno deliti ćelije. U jednu tabelu, u okviru iste ćelije, uneti i tekst na srpskom i tekst na engleskom jeziku – ni-

kako ne praviti dve tabele sa dva jezika! Koristiti font Times New Roman, veličina slova 12 pt, sa jednostrukim proredom i bez uvlačenja teksta.

Korišćene skraćeni- ce u tabeli treba objasniti u legendi ispod tabele na srpskom i engleskom je- ziku. Ukoliko je rukopis na srpskom jeziku, prilo- žiti nazive tabela i legendu na oba jezika. Takođe, u jednu tabelu, u okviru iste ćelije, uneti i tekst na srpskom i tekst na engleskom jeziku (u radovima na srpskom jeziku uneti srpski i engleski).

Slike su svi oblici grafičkih priloga i kao „slike“ u ENGRAMIMA se objavljuju fotografi- je, crteži, sheme i grafikoni. Slike označavaju se arapskim brojevima prema redosledu navođenja u tekstu. Primaju se isključivo digitalne fotogra- fije (crno-bele ili u boji) rezolucije najmanje 300 dpi i formata zapisa tiff ili jpg (male, mutne i slike lošeg kvaliteta neće se prihvatiti za štampanje!). Ukoliko autori ne poseduju ili nisu u mogućno- sti da dostave digitalne fotografije, onda origi- nalne slike treba skenirati u rezoluciji 300 dpi i u originalnoj veličini. Ukoliko je rad neophodno ilustrovati sa više slika, u radu će ih biti objavlje- no nekoliko, a ostale će biti u e-verziji članka kao PowerPoint prezentacija (svaka slika mora biti numerisana i imati legendu).

Ukoliko je rukopis na srpskom jeziku, prilo- žiti nazive slika i legendu na oba jezika.

Fotografije. Dostavljaju se u elektronskom obliku. Poželjno je da rezolucija bude 300 dpi.

Grafikoni. Grafikoni treba da budu urađeni i dostavljeni u programu Excel, da bi se videle prateće vrednosti raspoređene po ćelijama. Iste grafikone linkovati i u Word-ov dokument, gde se grafikoni označavaju arapskim brojevima po redosledu navođenja u tekstu, sa nazivom na srpskom i engleskom jeziku. Svi podaci na gra- fikonu kucaju se u fontu Times New Roman, na srpskom i engleskom jeziku. U štampanoj verziji članka verovatnije je da grafikon neće biti štam- pan u boji, te je bolje izbegavati korišćenje boja u grafikonima, ili ih koristiti različitog intenziteta.

Korišćene skraćeni- ce na grafikonu treba objasniti u legendi ispod grafikona na srpskom i engleskom jeziku.

Sheme (crteži). Crteži i sheme se dostavlja- ju u jpg ili tiff formatu. Sheme raditi u programu Corel Draw ili Adobe Illustrator (programi za rad sa vektorima, krivama). Ukoliko je rukopis na srp

skom jeziku priložiti nazive shema i legendu, na srpskom i engleskom jeziku, veličina slova 10 pt.

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

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

Izjava o sukobu interesa. Neophodno je navesti potencijalni sukob interesa ukoliko on postoji u slučaju bilo koga od autora rada. Ukoliko nema konflikta interesa, to je takođe potrebno naglasiti.

Literatura. Spisak referenci je odgovornost autora, a citirani članci treba da budu lako pristupačni čitaocima časopisa. Stoga uz svaku referencu obavezno treba navesti DOI broj članka (jedinственu nisku karaktera koja mu je dodeljena) i PMID broj ukoliko je članak indeksiran u bazi PubMed/MEDLINE. Reference numerisati rednim arapskim brojevima prema redosledu navođenja u tekstu. Broj referenci ne bi trebalo da bude veći od 30, osim u pregledu iz literature, u kojem je dozvoljeno da ih bude do 100.

Broj citiranih originalnih radova mora biti najmanje 80% od ukupnog broja referenci, odnosno broj citiranih knjiga, poglavlja u knjigama i preglednih članaka manji od 20%. Ukoliko se domaće monografske publikacije i članci mogu uvrstiti u reference, autori su dužni da ih citiraju. Većina citiranih naučnih članaka ne bi trebalo da bude starija od pet godina. Nije dozvoljeno citiranje apstrakata. Ukoliko je bitno komentarisati rezultate koji su publikovani samo u vidu apstrakta, neophodno je to navesti u samom tekstu rada. Reference članaka koji su prihvaćeni za štampu, ali još nisu objavljeni, treba označiti sa in press i priložiti dokaz o prihvatanju rada za objavljivanje.

Reference se citiraju prema tzv. vankuverskim pravilima (Vankuverski stil) (uniformisanim zahtevima za rukopise koji se predaju biomedicinskim časopisima), koji je uspostavio Međunarodni komitet urednika medicinskih časopisa (<http://www.icmje.org>), koja su zasnovana na formatima koja koriste National Library of Medicine i Index

Medicus. Primere navođenja publikacija (članaka, knjiga i drugih monografija, elektronskog, neobjavljenog i drugog objavljenog materijala) mogu se pronaći na internet-stranici http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Prilikom navođenja literature veoma je važno pridržavati se pomenutog standarda, jer je to jedan od najbitnijih faktora za indeksiranje prilikom klasifikacije naučnih časopisa. Naslove časopisa skraćivati takođe prema načinu koji koristi Index Medicus (ne stavljati tačke posle skraćenica!). Za radove koji imaju do šest autora navesti sve autore. Za radove koji imaju više od šest autora navesti prva tri i et al. Stranice se citiraju tako što se navede početna stranica, a krajnja bez cifre ili cifara koje se ponavljaju (npr. od 322. do 355. stranice navodi se: 322-55).

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

Primeri:

1. Članak u časopisu:

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

2. Poglavlje u knjizi:

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

3. Knjiga:

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

4. Elektronski dokument dostupan na Internetu:

Irfan A. Protocols for predictable aesthetic dental restorations [Internet]. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2006 [cited 2009 May 21]. Available from: <http://cclsw2.vcc.ca:2048/login?url=http://www.netLibrary.com/urlapi.asp?action=summary>

Propratno pismo (SUBMISSION LETTER).

Uz rukopis obavezno priložiti pismo ili elektronsku formu dokumenta koje su potpisali svi autori, a koje treba da sadrži:

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

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

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

Slanje rukopisa. Rukopis rada dostaviti elektronski na adresu:

<https://aseestant.ceon.rs/index.php/engrami>

Napomena:

Rad koji ne ispunjava uslove ovog uputstva ne

može biti upućen na recenziju i biće vraćen autorima da ga dopune i isprave. Pridržavanjem uputstva za pripremu rada znatno će se skratiti vreme celokupnog procesa do objavljivanja rada u časopisu, što će pozitivno uticati na kvalitet članaka i redovnost izlaženja časopisa.

Za sve dodatne informacije, molimo da se obratite na dole navedene adrese i broj telefona.

Adresa:

Klinika za psihijatriju,
Univerzitetski Klinički Centar Srbija
Uredništvo časopisa „Engrami“
Pasterova 2, 11000 Beograd, Srbija
Internet adresa: engrami.rs

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

Before submitting the manuscript to the Editorial Board of ENGRAMI, all authors should read the Instructions for Authors, where they will find all the necessary information about writing and preparing the paper in accordance with the standards of the journal. It is very important that the authors prepare the paper according to the given requirements, because if the manuscript does not comply with these requirements, the Editorial Board will postpone or refuse its publication. Papers published in ENGRAMI are free of charge. For articles that will be published in ENGRAMI, all authors of the work transfer their copyrights to the Publisher of the journal by offering the work to ENGRAMI. ENGRAMI publish works that have not been published anywhere so far, in whole or in part, nor have they been accepted for publication.

ENGRAMI is a journal for clinical psychiatry, psychology and borderline disciplines. ENGRAMI is issued in two volumes per year. The journal publishes: press releases, original papers, meta-analyses, literature reviews, preliminary or short papers, practice papers, professional news, papers on the history of psychiatry, psychology and borderline disciplines, essays related to professional opinion, articles presenting personal views, current topics, comments by invitation, book reviews and letters for the sections Memory, In memoriam and Promemoria, as well as comments and letters to the Editorial Board regarding the published papers.

The received manuscript is sent by the Editorial Board to the reviewers for expert evaluation (review period 4–8 weeks). If reviewers propose

changes or additions, a copy of the review is submitted to the author with a request to make the requested changes to the text of the paper or to justify his disagreement with the reviewer's remarks, within a period of two weeks at the latest. The final decision on accepting a paper for publication is made by the editor-in-chief.

Manuscripts and attachments are not returned. The consent of the Publisher is required for the reproduction or republishing of a segment of the work published in ENGRAMI.

Papers are printed in Serbian or English, with a title page and a short abstract in both languages. The recommendation of the Editorial Board is that the papers be prepared and proofread in English.

OBLIGATIONS OF THE AUTHOR

The authors guarantee that the material represents their original contribution, that it has not been published before and it is not considered for publication elsewhere. Simultaneous submission of the same manuscript to several journals or media is a violation of ethical standards. Such material is excluded from further consideration.

The authors also guarantee that after publication in the journal ENGRAMI, the manuscript will not be published as a second publication in any language, without the consent of the Publisher.

In case the submitted manuscript is the result of a scientific research project or, in the previous version, it was presented at a meeting in the form of an oral presentation (under the same or similar title), more detailed information about the project, conference, etc. should be given at the beginning of the work, and before the abstract.

The authors are OBLIGATED to adhere to ethical standards related to scientific research: Helsinki Declaration, Basel Convention, good laboratory practice, good clinical practice, ICM-JE guidelines.

The authors also guarantee that the manuscript does not contain unfounded or illegal claims and that it does not violate the rights of others. The Publisher will not be liable in the event of any claims for damages.

Plagiarism. Plagiarism, or taking over other people's ideas, words or other forms of creative expression and presenting them as one's own, is a gross violation of scientific and publishing ethics. Plagiarism may include copyright infringement, which is punishable by law.

Plagiarism involves literally or almost literally rewriting or deliberately paraphrasing (in order to cover up plagiarism) parts of other authors' texts without clearly indicating the source or marking the copied fragments (for example, using quotation marks) as well as copying pictures or tables from other people's works without properly citing sources and / or without the permission of the author or copyright holders.

We warn the authors that each manuscript is checked in order to make sure it is not plagiarism or autoplagerism.

Manuscripts with clear plagiarism indications will be automatically rejected, and authors will be permanently or temporarily prohibited from publishing in the journal. If a paper pub-

lished in a journal is found to be plagiarized, it will be withdrawn in accordance with the procedure described under Withdrawal of already published papers, and authors will be permanently or temporarily prohibited from publishing in the journal.

RESOLUTION OF DESPUTED SITUATIONS

Any individual or institution may at any time report to the editor and / or editorial office information about violations of ethical standards and other irregularities and provide the necessary information / evidence.

Verification of the allegations and evidence presented:

- The Editor-in-Chief, in agreement with the members of the Editorial Board and the editorial board, will decide on initiating a procedure aimed at verifying the allegations and evidence presented.
- During this procedure, all presented evidence will be considered confidential material and will be presented only to those persons who are directly involved in the procedure.
- Persons suspected of violating ethical standards will be given the opportunity to respond to allegations made against them.
- If irregularities are found to have occurred, it will be assessed whether what they have done should be characterized as a minor breach or a gross violation of ethical standards.

Minor offense. Situations characterized as a minor offense will be resolved in direct communication with the persons who committed the offense, without the involvement of third parties, for example:

- notifying the author / reviewer that there has been a minor misconduct resulting from a misunderstanding or misapplication of academic standards;
- A letter of warning to the author / reviewer who committed a minor offense.

Gross violation of ethical standards. Decisions regarding gross violations of ethical standards are made by the Editor-in-Chief in cooperation with the members of the Editorial Board and the editorial board and, if necessary, a small group of experts. The measures to be taken may be as follows (and may be applied individually or simultaneously): publication of a statement

or editorial describing the case of breach of ethical standards; sending an official notice to the managers / employers of the author / reviewer; withdrawal of published papers in accordance with the procedure described under Withdrawal of already published papers; authors will be prohibited from submitting papers to the journal for a specified period; informing the relevant professional organizations or competent authorities about the case so that they can take appropriate measures. In resolving disputes, the journal's editorial board is guided by the guidelines and recommendations of the Committee on Publication Ethics (COPE).

WITHDRAWAL OF ALREADY PUBLISHED PAPERS

In case of violation of the rights of Publishers, copyright holders or authors, violation of professional codes of ethics, e.g. in case of sending the same manuscript to several journals at the same time, false claims of authorship, plagiarism, data manipulation for the purpose of fraud, as well as in all other cases of gross violation of ethical standards, the published work must be withdrawn. In some cases, already published work can be withdrawn in order to correct subsequently observed errors.

Standards for resolving situations when there must be a withdrawal are defined by libraries and scientific bodies, and the same practice is adopted by the journal ENGRAMI: in the electronic version of the original article (the one that is withdrawn) a link (HTML link) is established with the notification on withdrawal. The withdrawn article is saved in its original form, but with a watermark on the PDF document, on each page, which indicates that the article has been withdrawn (RETRACTED).

GOOD SCIENTIFIC PRACTICE

Submission of a manuscript implies: that the manuscript has not been published before (except in the form of an abstract or as part of a published lecture or thesis); that it is not under consideration for publication in another journal; that the author(s) is / are fully responsible for the scientific content of the paper; that the publication is approved by all co-authors, if any, as well as by the competent authorities of the institution within which the research was conducted.

As a condition for consideration for publication, the registration of clinical trials in the public register of clinical studies is required for certain studies that require it in their design. A clinical trial is defined by the International Committee of Medical Journal Editors (as defined by the World Health Organization) as well as any research project that assigns, to a participant or group of participants, one or more interventions to assess a health outcome. For more information, visit <http://clinicaltrials.gov/>

It is essential that the original papers, submitted for publication, which include the human population, contain, within the Material and Methods section, a statement that the study has been approved by the relevant ethics committee and thus carried out in accordance with the 1995 Helsinki Declaration. Additionally, it is vital to state clearly that all subjects included in the study gave their informed consent before enrolling in the study. Details that could violate the rule on the anonymity of subjects must be avoided.

Experimental research on human material and animal testing should include a statement from the institution's ethics committee and should be in accordance with legal standards. Information on this must be provided in the METHODS section.

Editors reserve the right to reject manuscripts that do not comply with the above conditions. The author will be liable for false statements or non-compliance with the above requirements.

Statement of conflict of interest. The manuscript is accompanied by a signed statement within the Submission Letter form in which the authors declare any possible conflict of interest or its absence. For more information on different types of conflicts of interest, visit the World Association of Medical Editors (WAME; <http://www.wame.org>) website, entitled "Conflict of Interest Statement Policy". At the end of the paper, below the NOTES section, in a separate section Conflict of interest, each possible conflict of interest or its absence should be stated for each author individually (full name of the author or initials). E.g. Jovan Jovanović: Sanofis-Eventis (lecturer). Nadežda Petrović: no. Desanka Maksimović: Pfizer, Sanofi, Bristol-Meyers Squibb (lecturer, honorary consultant, researcher on a scientific project).

GENERAL INSTRUCTIONS

The text of the paper should be prepared in the word processing program Word, in Latin script, with double spacing, exclusively in the Times New Roman font and a font size of 12 dots (12 pt). Set all margins to 25 mm, page size to A4 format, and type the text with left alignment and indentation of each paragraph by 10 mm, without hyphenation. Do not use tabs and consecutive blank characters (spaces) to align the text, but tools to control alignment on the ruler and Toolbars. To move to a new page of the document, do not use "enter", but only the Page Break option. Put only one blank character after each punctuation mark. If special characters are used in the text, use the Symbol font.

Number the pages by order of appearance within the bottom margin, starting from the title page. Data on the used literature in the text are marked with a superscript in Arabic numerals in square brackets – e.g. ^[1, 2], in the order in which they appear in the text. Number the pages by order of appearance in the lower right corner, starting from the title page.

Front page. On a separate, first page of the manuscript, the following should be stated:

- Title of the paper without abbreviations;
- Full names and surnames of the authors (without titles) indexed by numbers;
- The official name of the institution in which the authors work and the place, in the order corresponding to the indexed numbers of the authors;
- If the work was previously presented at a professional meeting, state the official name of the meeting, place and time of the meeting;
- At the bottom of the page state the name and surname, contact address, telephone number, fax number and e-mail address of one of the authors for correspondence.

Authorship. All persons listed as authors of a paper should qualify for authorship. Each author should have participated sufficiently working on the manuscript in order to be able to take responsibility for the entire text and the results presented in the paper. Authorship is based only on:

- Significant contribution to the conception of work, obtaining results or analysis and interpretation of results,
- Manuscript planning or its critical revision of considerable intellectual significance,

- In the final adjustment of the version of the manuscript that is being prepared for printing.

Funding, data collection, or general oversight of a research group alone cannot justify authorship. All others who have contributed to the work, who are not the authors of the manuscript, should be listed in the acknowledgment with a description of their work, of course, with written consent.

Abstract. Attach a short abstract of the paper of up to 300 words.

For original papers, the short content should have the following structure: **Introduction, Aim of the paper, Method of work, Results, Conclusion.** Each of the above segments should be written as a separate paragraph that begins with the bold words **Introduction, Objective, Method of work, Results, Conclusion.** State the most important results (numerical values) of the statistical analysis and the level of significance. The conclusion should not be general, but must be directly related to the results of the work. For patient presentations, the abstract should have the following sections: **Introduction** (state goal in the last sentence), **Patient presentation, Conclusion;** these segments should be written as separate paragraphs beginning with bold words. For other types of papers, the abstract does not have a special structure.

For papers in Serbian, enclose an abstract in English identical to the abstract in Serbian.

Key words. List keywords (three to six) below the abstract. The words in the title should not be repeated, and the keywords should be relevant or descriptive. Use Medical Subject Headings – MeSH (<http://gateway.nlm.nih.gov>) in your keyword selection.

Structure of the work. All subtitles are written in capital letters (bold).

The original paper, meta-analysis, preliminary and short statement must have the following subheadings: **INTRODUCTION** (Objective of the paper as the last paragraph of the Introduction), **METHOD OF WORK, RESULTS, DISCUSSION, CONCLUSION, LITERATURE.** The first-named author of the meta-analysis and review paper must list at least five autocitations (as an author or co-author) of papers published in peer-reviewed journals. Co-authors, if any, must cite at least one autocitation of papers also

published in peer-reviewed journals.

The presentation of patients consists of: **INTRODUCTION** (Aim of the paper as the last paragraph of the Introduction), **PRESENTATION OF PATIENTS, DISCUSSION, CONCLUSION, LITERATURE**. Patient names, initials, or medical history numbers should not be used, especially in illustrations. Patient reports should not have more than five authors.

The literature review consists of: **INTRODUCTION, APPROPRIATE SUBHEADINGS, CONCLUSION, LITERATURE**. Review papers from the literature can be published only by authors who list at least five autocitations (references in which they are either authors or co-authors of the paper).

Attachments (tables, graphs, pictures, etc.) should be placed at the end of the manuscript, and in the body of the text clearly indicating the place they refer to in the attachment. The final position of the article will be determined during the preparation of the paper for publication.

Manuscript text. Use short and clear sentences. The translation of terms from foreign literature should be in the spirit of the Serbian language. Replace all foreign words or phrases for which there is an appropriate name in the Serbian language with that name. When writing a text in English, you should adhere to the American English language standard. For drug names use primarily generic names.

Devices (appliances) are marked with factory names, and the name and place of the manufacturer should be indicated in parentheses. If the text uses labels that are a combination of letters and numbers, write the number that appears in the superscript or subscript (e.g. ^{99}Tc , IL-6, O_2 , B_{12} , CD_8). If something is usually written in italics, it is stated that way, e.g. genes (*BRCA1*). If the paper is part of a master thesis, or a doctoral dissertation, or is done within a scientific project, it should be specifically indicated in the Note at the end of the text. In addition, if the paper was previously announced at an expert meeting, state the official name of the meeting, place and time of the meeting, whether the paper was published and how it was published (e.g. the same or a different title or abstract).

Clinical research. Clinical research is defined as research into the impact of one or more agents or measures on health outcomes. The re-

search registration number is given in the last line of the abstract.

Abbreviations. Use only when necessary, for very long names of chemical compounds, or names that are already recognizable as abbreviations (standard abbreviations, such as DNA). For each abbreviation, the full term should be given at the first citation in the text, unless it is a standard unit of measure. Do not use abbreviations in the title. Avoid using short abbreviations, but if necessary, explain each abbreviation again at the first citation in the text.

Decimal numbers. In the text of the paper in English, in tables, graphs and other appendices, write decimal numbers with a dot (e.g. 12.5 ± 3.8), and in the text in Serbian with a comma (e.g. $12,5 \pm 3,8$). Whenever possible, round the number to one decimal place.

Units of measure. Express length, height, weight and volume in metric units (meter – m, kilogram (gram) – kg (g), liter – l) or their parts. Express temperature in degrees Celsius ($^{\circ}\text{C}$), amount of substance in moles (mol), and blood pressure in millimeters of mercury (mm Hg). All results of hematological, clinical and biochemical measurements should be reported in the metric system according to the International System of Units (SI). Manuscript volume. The entire manuscript of the paper – consisting of the title page, short content, the article text, bibliography, all attachments, signatures for them and the legend (tables, photographs, graphs, diagrams, drawings), title page and short content in English – must be for original works, announcements and reviews from literature up to 5,000 words, for presentations of patients up to 2,000 words, for work from medical histories up to 3,000 words, for works for practice up to 1,500 words; papers for other sections must have up to 1,000 words.

Appendices to the work are tables, pictures (photographs, drawings, schemes, graphs) and video attachments.

Tables. Each table should be easy to understand. The title should be typed above the table, and the explanations below it. The tables are marked with Arabic numerals in the order in which they appear in the text, with names in Serbian and English. Make tables exclusively in Word, through the Table-Insert-Table menu,

defining the exact number of columns and rows that will make up the table grid. Right-click - using the Merge Cells and Split Cells options - to merge or split cells. In one table, within the same cell, enter the text in Serbian and the text in English - do not make two tables with two languages by no means! Use Times New Roman font, font size 12 pt, with single spacing and no indentation.

The abbreviations used in the table should be explained in the legend below the table in Serbian and English. If the manuscript is in Serbian, attach the names of the tables and the legend in both languages. Moreover, in one table, within the same cell, enter the text in Serbian and the text in English (in the works in Serbian, enter Serbian and English).

Images are all forms of graphic attachments and photographs, drawings, schemes and graphs are published as "images" in ENGRAMI. Images are marked with Arabic numerals according to the order of citation in the text. Only digital photos (black and white or color) with a resolution of at least 300 dpi and tiff or jpg format (small, blurry and poor quality images will not be accepted for printing!) are accepted. If the authors do not have or are not able to submit digital photos, then the original images should be scanned at a resolution of 300 dpi and in the original size. If the paper needs to be illustrated with more than one image, several will be published in the paper, and the rest will be in the e-version of the article as a PowerPoint presentation (each image must be numbered and have a legend).

If the manuscript is in Serbian, attach the names of the pictures and the legend in both languages.

Photos. Supplied in electronic form. Preferred the resolution is 300 dpi.

Charts. Graphs should be made and submitted in Excel, to see the accompanying values arranged by cells. The same graphs can be linked to a Word document, where the graphs are marked with Arabic numerals in the order in which they appear in the text, with the title in Serbian and English. All data on the chart are typed in Times New Roman font, in Serbian and English. In the printed version of the article, it is more likely that the chart will not be printed in color, so it is better to avoid using colors in charts, or use them of different intensities.

The abbreviations used in the chart should be explained in the legend below the chart in Serbian and English.

Schemes (drawings). Drawings and diagrams are submitted in jpg or tiff format. Schemes should be made in Corel Draw or Adobe Illustrator (programs for working with vectors, curves). If the manuscript is in Serbian, attach the names of the scheme and the legend, in Serbian and English, the font size is 10 pt.

The abbreviations used in the scheme should be explained in the legend below the scheme in Serbian and English.

Thank-you note. List all those who contributed to the creation of the paper but did not meet the authorship criteria, such as those who provide technical assistance, help with writing the paper, or manage a department that provides general support. Financial and material assistance, in the form of sponsorships, scholarships, gifts, equipment, medicines, etc., should also be listed.

Conflict of interest statement. It is necessary to indicate a potential conflict of interest if it exists in the case of any of the authors of the paper. If there is no conflict of interest, it should also be emphasized.

Literature. The list of references is the responsibility of the author, and the cited articles should be easily accessible to the readers of the journal. Therefore, each reference must be accompanied by the DOI number of the article (the unique character string assigned to it) and the PMID number if the article is indexed in the PubMed / MEDLINE database. References should be numbered in Arabic numerals according to the order of citation in the text. The number of references should not exceed 30, except in the literature review, which allows up to 100.

The number of cited original papers must be at least 80% of the total number of references, and the number of cited books, book chapters and review articles is less than 20%. If domestic monographic publications and articles can be included in the references, the authors are obliged to cite them. Most of the cited scientific articles should not be older than five years. Quoting abstracts is not allowed. If it is important to comment on the results that have been published only in the form of an abstract, it is necessary to state that in the

text of the paper. References to articles that have been accepted for publication but have not yet been published should be marked in press and proof of acceptance of the paper for publication should be attached.

References are cited according to the so-called Vancouver Rules (Vancouver style) (uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals), established by the International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org>), based on formats used by the National Library of Medicine and Index Medicus. Examples of citations of publications (articles, books and other monographs, electronic, unpublished and other published material) can be found at http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. When citing literature, it is very important to adhere to the mentioned standard, because it is one of the most important factors for indexing when classifying scientific journals. Abbreviate journal titles according to Index Medicus examples (do not put periods after abbreviations!). For works with up to six authors, list all authors. For works with more than six authors, list the first three and add et al. Pages are cited by specifying the start page and the end page without a digit or repeating digits (e.g. pages 322 to 355: 322-55).

We ask the authors to adhere to the mentioned standard when citing the literature, because it is a very important factor for indexing when classifying scientific journals.

Examples:

1. Journal article:

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

2. Chapter in a book:

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

3. Book:

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

4. Electronic document available on the Internet:

Irfan A. Protocols for predictable aesthetic dental restorations [Internet]. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2006 [cited 2009 May 21]. Available from: <http://cclsw2.vcc.ca:2048/login?url=http://www.netLibrary.com/urlapi.asp?action=abstract>

Submission letter. The manuscript must be accompanied by a letter or electronic form of a document signed by all authors, which should contain:

- A statement that the paper has not been previously published and has not been submitted for publication in another journal at the same time, and
- A statement that the manuscript has been read and approved by all authors who meet the authorship criteria.

It is also necessary to submit copies of all permits for: reproducing previously published material, using illustrations and publishing information about famous people, or naming people who contributed to the work.

Sending manuscripts. Manuscript should be submitted electronically to the address:

<https://aseestant.ceon.rs/index.php/engrami>

Note:

Paper that does not meet the requirements of this guide cannot be submitted for review and will be returned to the authors to supplement and correct it. Adherence to the instructions for the preparation of the paper will significantly shorten the time of the entire process until the publication of the paper in the journal, which will positively affect the quality of articles and the regularity of the journal.

For any additional information, please contact the addresses and telephone number below.

Address:

Clinic for Psychiatry,
Univeristy Clinical Center of Serbia
"Engrami" Editorial Board
Pasterova 2, 11000 Belgrade, Serbia
Internet address: engrami.rs

