



MENTALNO ZDRAVLJE U SRBIJI:

PROCENA POTREBA, FAKTORA RIZIKA, I BARIJERA
U DOBIJANJU STRUČNE PODRŠKE

REZULTATI ISTRAŽIVANJA
Beograd, 2022



Sprovedeno od:

giz Deutsche Gesellschaft
für Internationale
Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Izdavač:
Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH
Usluge socijalne zaštite za osetljive grupe
Terazije 23/V sprat
11000 Beograd, Srbija

Za Izdavača:
Dr Stephan Heieck

Autori istraživanja:
Dr Marko Živanović, naučni saradnik
Institut za Psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu i PIN –
Psychosocial Innovation Network
Dr Maša Vukčević Marković, naučna saradnica
Odeljenje za Psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu i PIN –
Psychosocial Innovation Network

Jana Dimoski
PIN – Psychosocial Innovation Network i Laboratorija za istraživanje
individualnih razlika, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Matija Gvozden
Laboratorija za istraživanje individualnih razlika, Filozofski fakultet,
Univerzitet u Beogradu i PIN – Psychosocial Innovation Network

Lektor:
Irena Stojadinović

Dizajn i priprema za štampu:
Aleksandra Nicović, Dušan Antonijević

Uzrokovanje i prikupljanje podataka:
Deep Dive doo

Tiraž:
Štampa:

Beograd, Mart 2022

Ova publikacija je izrađena uz pomoć Vlade Savezne Republike Nemačke,
posredstvom projekta nemačko-srpske razvojne saradnje „Usluge socijalne
zaštite za osetljive grupe“, koji sprovodi GIZ.

Stavovi i mišljenja izneti u njoj su isključiva odgovornost autora i ne
predstavljaju zvanične stavove GIZ-a.

Termini izraženi u publikaciji u gramatičkom muškom rodu podrazumevaju
muški i ženski rod lica na koja se odnose.

SAŽETAK

U ovom izveštaju predstavljeno je istraživanje o mentalnom zdravlju stanovništva u Srbiji. Istraživanje je obuhvatilo procenu mentalnog zdravlja, odnosno procenu simptomatologije sledećih devet mentalnih poremećaja: depresije, anksioznosti, suicidalnosti, opsesivno-kompulzivne simptomatologije, somatizacije, poremećaja ishrane, post-traumatskog stresnog poremećaja (PTSP), simptomatologije iz psihotičnog spektra i disocijativne simptomatologije. Istraživanje je bilo usmereno i na procenu širokih grupa faktora rizika za navedenu simptomatologiju. Dodatno, istraživanje pruža informacije o potrebi za stručnom podrškom zbog psihičkih tegoba kod stanovništva Srbije, tome u kojoj meri se osobe sa psihičkim tegobama obraćaju za pomoć, kome, i kakva su im iskustva, kao i koji su razlozi za to što se neke osobe koje imaju potrebu za podrškom, ipak ne obraćaju za pomoć. Istraživanje je sprovedeno na reprezentativnom uzorku od 1000 građana i građanki Srbije. Rezultati su pokazali da se oko trećine stanovništva Srbije može smatrati psihički ugroženim. 15.6% stanovništva ima prisutne simptome depresije, 7.2% anksioznosti, dok je 1.6% stanovništva u visokom riziku od suicida.

Dodatno, 2.9% građana izveštava da su makar jednom tokom života bili hospitalizovani zbog psihičkih tegoba, 8.1% građana Srbije izveštava da im je tokom života postavljena dijagnoza mentalnog poremećaja, dok 11.8% građana izveštava da su u poslednjih 7 dana koristili lekove usled psihičkih tegoba. Kao faktori rizika za neke od psihičkih tegoba izdvajaju se ženski rod, mlađi uzrast, gradska sredina i niži socio-ekonomski status. Dodatno, veći broj stresnih i traumatskih iskustava, kao i odsustvo socijalne podrške, predstavljaju faktore rizika za pojedine tegobe. Konačno, izbegavajući stil prevladavanja stresa, prevladavanje fokusirano na emocije, kao i manjak psihološke rezilijentnosti takođe predstavljaju faktore rizika za neke od psihičkih tegoba. Rezultati istraživanja pokazuju i da je najmanje svaka treća osoba imala blisko iskustvo sa osobom sa psihičkim tegobama, kao i da u Srbiji postoji izražena stigmatizacija osoba mentalnim poremećajima.

Konačno, rezultati pokazuju i da je veliki procenat onih koji se nisu obratili za pomoć, iako imaju izražene psihičke tegobe. Pokazalo se i da tome da li će se osoba obratiti za pomoć kada joj je pomoć potrebna značajno doprinosi nepovoljnija finansijska situacija osobe, kao i samostigmatizacija, odnosno sklonost osobe da obraćanje za stručnu pomoć doživi kao lični neuspeh. Na osnovu rezultata istraživanja date su preporuke za dalje intervencije koje bi vodile do unapređenja mentalnog zdravlja stanovništva u Srbiji, a koje se pre svega odnose na unapređenje dostupnosti podrške razvojem besplatnih usluga u zajednici usmerenih na mentalno zdravlje, kao i programe koji bi bili usmereni na smanjenje stigmatizacije vezane za psihičke tegobe, jačanje rezilijentnosti i smanjenje maladaptivnih stilova prevladavanja.

UVOD

Prethodna istraživanja o mentalnom zdravlju u Srbiji sprovedena na reprezentativnim uzorcima su malobrojna, i primarno su bila fokusirana na procenu depresivnosti kod stanovništva, dok je prva epidemiološka studija mentalnih poremećaja sprovedena tek 2021.-2022. godine (<https://cov2soul.rs/>). Rezultati istraživanja koja su sprovedena na reprezentativnim uzorcima u Srbiji pokazuju da je procenat osoba kod kojih su registrovane značajne depresivne smetnje pre pandemije bio 3% (Boričić et al.204; Milić et al. 2019), dok se tokom pandemije ovaj procenat duplirao, i iznosio 6% (Marić et al. 2022). Učestalost depresivnosti u drugim evropskim zemljama pre pandemije iznosila je 6.6% (Hapke et al. 2019), dok je istraživanje sprovedeno tokom pandemije u nekoliko evropskih zemalja pokazalo da je, u proseku, procenat osoba sa depresivnim smetnjama 26.6% (Hajek et al., 2021), što ukazuje na nižu zastupljenost depresivnih tegoba kod stanovništva Srbije, u odnosu na druge evropske zemlje.

Kako je dobijanje pravovremenih i pouzdanih informacija o tome kakve su potrebe stanovništva Srbije neophodno za planiranje adekvatne podrške, cilj ovog istraživanja bio je da na reprezentativnom uzorku ispita koje su to glavne psihičke tegobe stanovništva Srbije, i u kojoj meri su one izražene. Dodatno, istraživanje je za cilj imalo i ispitivanje zaštitnih i faktora rizika za psihičke tegobe. Konačno, istraživanje je za cilj imalo i procenu potreba za stručnom podrškom zbog psihičkih tegoba, iskustava u obraćanju za pomoć i glavnih barijera u dobijanju ovakve podrške.

Istraživanje je sprovedeno na uzorku od 1000 građana, uzrasta od 18 do 65 godina ($M = 42.27$, $SD = 13.44$) reprezentativnih za stanovništvo Srbije po polu, starosti, tipu naselja (gradsko/seosko) i geografskim regijama (Beograd, Vojvodina, Šumadija i Zapadna Srbija, Južna i Istočna Srbija). Ispitanici uzrasta od 18 do 54 godine upitnike su popunjavali online, dok su ispitanici uzrasta od 55 do 65 upitnike popunjavali uz pomoć obučениh anketara. Svi instrumenti korišćeni u istraživanju navedeni su u Prilogu 1. Istraživanje je odobreno od strane Komisije za ocenu etičnosti pri Odeljenju za psihologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu (broj protokola #2021-88). Svi ispitanici su pre pristupanja istraživanju dali informisani pristanak za učešće u studiji. Nakon učešća u istraživanju, ispitanici su dobili informacije o tome gde i na koji način mogu dobiti stručnu pomoć, ukoliko procene da im je potrebna.

U nastavku će biti prikazani rezultati istraživanja, grupisani u nekoliko tematskih celina:

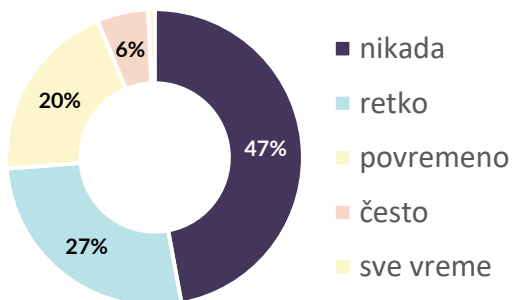
1. Potrebe za stručnom podrškom zbog psihičkih tegoba;
2. Barijere za traženje i dobijanje stručne pomoći;
3. Procena mentalnog zdravlja stanovništva Srbije;
4. Faktori rizika i zaštitni faktori za psihičke tegobe;
5. Prediktori traženja stručne podrške zbog psihičkih tegoba

**TRAŽENJE STRUČNE
POMOĆI: POTREBE I
ISKUSTVA**

U KOJOJ MERI NAM JE POTREBNA STRUČNA POMOĆ ZBOG PSIHIČKIH TEGOBA?

Jedna četvrtina građana Srbije imala je potrebu za stručnom podrškom zbog psihičkih tegoba, od čega 6% građana Srbije izveštava da im je usled psihičkih tegoba stručna pomoć bila često ili sve vreme potrebna, dok 20% njih prijavljuje da im je ova pomoć bila povremeno potrebna, u nekom trenutku života (Grafikon 1). Žene, u proseku, izveštavaju o učestalijoj potrebi za stručnom pomoći nego muškarci ($t = 6.18, p < .001$). Dodatno, stanovnici gradskih u odnosu na stanovnike seoskih sredina procenjuju da im je stručna pomoć nešto potrebija ($t = 3.72, p < .001$).

Grafikon 1. Procene građana koliko im je često bila potrebna pomoć zbog psiholoških tegoba.

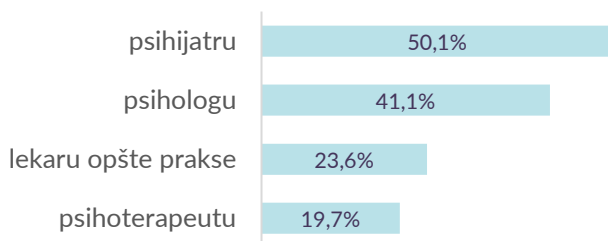


Blizu jedne trećine građana (29.6%) izjavljuje da su u nekom trenutku života potražili stručnu pomoć, pri čemu žene (37.0%) sa većom učestalošću izjavljuju da su se tokom života obratile stručnjaku iz oblasti mentalnog zdravlja od muškaraca (22.2%) ($\chi = 26.78, p < .001$). Štaviše, 6.3% građana izveštava da se obratilo stručnom licu u poslednjih mesec dana, pri čemu nisu dobijene rodne razlike (žene 6.0%, muškarci 6.6%).

GDE TRAŽIMO STRUČNU POMOĆ I KAKVA SU NAM ISKUSTVA?

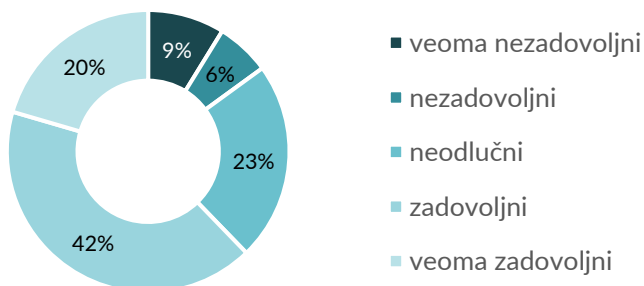
Kada traže pomoć zbog psihičkih tegoba, građani se najčešće obraćaju psihijatru, zatim psihologu, dok znatno ređe pomoć traže od lekara opšte prakse. Svega oko jedne petine građana koji su se ikada odlučili da potraže stručnu pomoć se obraćaju psihoterapeutu (Grafikon 2).

Grafikon 2. *Kome se građani najčešće obraćaju kada traže pomoć zbog psihičkih tegoba?*



Među onima koji su u nekom trenutku svog života potražili stručnu pomoć njih 62.3% izveštava da su pretežno zadovoljni, dok 15.0% prijavljuje da su pretežno nezadovoljni pruženom uslugom (Grafikon 3). Pokazuje se da su žene u proseku zadovoljnije pruženim uslugama iz domena mentalnog zdravlja od muškaraca ($t(294) = 2.67, p = .008$).

Grafikon 3. *Zadovoljstvo pruženim uslugama*



KOME MISLIMO DA SE DRUGI OBRAĆAJU?

U proseku, građani veruju da se oko 19.2% populacije Srbije nekada u životu obratilo stručnjaku iz oblasti mentalnog zdravlja, što predstavlja nešto nižu procenu od realnog stanja registrovanog u ovom istraživanju (29.6%).

Građani su izvestili i o tome kome se osobe iz njihovog okruženja (članovi porodice, prijatelji, komšije) najčešće obraćaju kada imaju psihičke tegobe (Grafikon 5). Prema njihovom uverenju, kada ima psihičke tegobe, većina se obraća bliskim osobama iz neposrednog okruženja, tj. porodici i prijateljima, ali i lekarima iz doma zdravlja/opštim bolnicama. Gotovo trećina smatra da se ljudi kada imaju psihičke teškoće obraćaju psihoterapeutima. Zanimljivo, oko 20% građana veruje da se ljudi kada imaju psihičke tegobe obraćaju crkvi tj. duhovniku. Ipak, zabrinjavajuć je podatak da čak 13.3% veruje da se osobe iz njihovog okruženja ne obraćaju nikome zbog psihičkih tegoba.

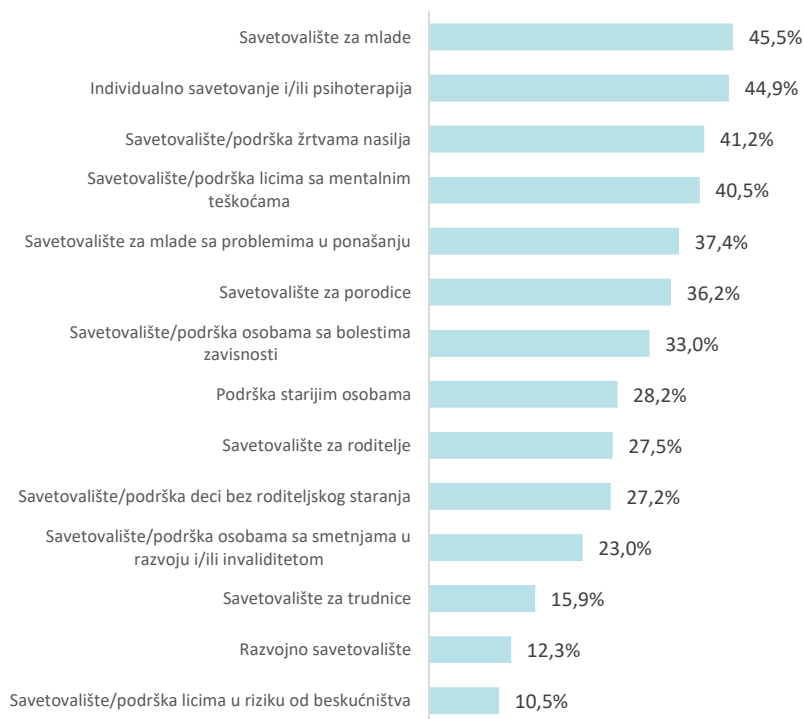
Grafikon 5. Kome se ljudi iz vašeg okruženja (porodica/prijatelji/komšije) najčešće obraćaju zbog tegoba u domenu mentalnog zdravlja?



KOJE USLUGE USMERENE NA MENTALNO ZDRAVLJE SU NAJPOTREBNIJE?

Na pitanje koje usluge usmerene na mentalno zdravlje i psihosocijalnu podršku bi bile najpotrebnije i od najvećeg značaja za njihovu lokalnu zajednicu, više od 40% građana izdvaja savetovališta za mlade, individualno savetovanje/psihoterapiju, podršku žrtvama nasilja i podršku licima sa mentalnim smetnjama. Građani, sa druge strane, ređe navode da su za njihovu lokalnu zajednicu od prioritarnog značaja usluge usmerene na mentalno zdravlje koje se tiču savetovališta za trudnice, razvojna savetovališta i podrška licima u riziku od beskućništva (Grafikon 6).

Grafikon 6. Percepcija značaja različitih usluga usmerenih na mentalno zdravlje i psihosocijalnu podršku u lokalnoj zajednici



TRAŽENJE STRUČNE POMOĆI: BARIJERE

ŠTA NAS SPREČAVA U TOME DA DOBIJEMO STRUČNU POMOĆ KADA NAM JE POTREBNA?

Barijere ka traženju stručne podrške mogu biti veoma različite i uključuju kako fizičke prepreke (npr. udaljenost mesta življenja, nedostatak prevoza), nedostatak informacija o tome gde je pomoć moguće pronaći, tako i psihološke barijere poput straha od osude i stigmatizacije od strane zajednice, ali i ličnih stavova prema osobama sa psihičkim tegobama, i mentalnim poremećajima uopšte. Konačno, barijere mogu biti i socioekonomske prirode (npr. nedostatak novca ili slobodnog vremena zbog posla).

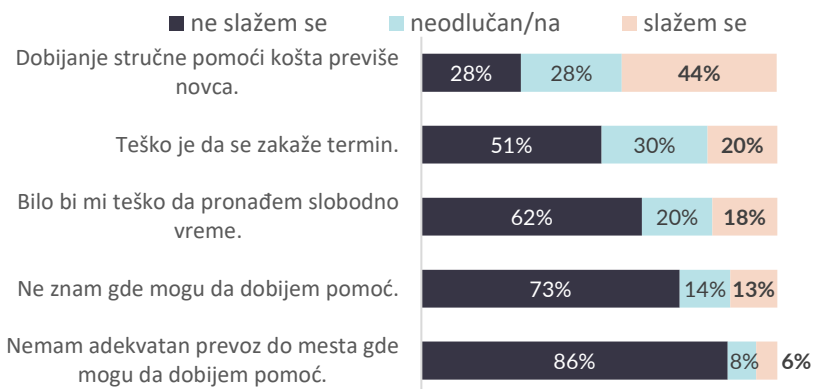
Ponašanje pojedinca i njegovi stavovi prema osobama sa psihičkim tegobama mogu zavisiti i od pređašnjeg iskustva i kontakta sa osobama sa ovim problemima. Ovo iskustvo može dalje uticati na formiranje stavova prema osobama sa psihilčkim tegobama, kao i stavova prema mentalnim poremećajima uopšte i posledično uticati na nameru za traženje stručne pomoći. Drugim rečima, kako bismo razumeli ove stavove, neophodno je uzeti u obzir ne samo lična iskustva pojedinca sa mentalnim poremećajima već i neposredan kontakt i iskustvo sa osobama sa psihičkim tegobama u njegovom okruženju.

FIZIČKE I SOCIOEKONOMSKE BARIJERE

Kako bismo bolje razumeli šta za građane Srbije predstavljaju dominantne barijere za traženje psihološke pomoći pitali smo ih da prijave potencijalne fizičke i socioekonomske prepreke koje bi mogle uticati na njihovu odluku da se obrate za pomoć stručnjaku iz oblasti mentalnog zdravlja (npr. psihologu) u slučaju psihološkog problema (npr. stresa ili emocionalnih problema kao što je depresija ili anksioznost) (Grafikon 7).

Na globalnom nivou, najveću barijeru za potencijalno traženje stručne pomoći predstavlja uverenje da ova vrsta usluge previse košta. Sa druge strane, većina građana saopštava da ima dovoljno informacija gde može da dobije pomoć kao i da ima adekvatan prevoz do tog mesta.

Grafikon 7. Fizičke i socioekonomske barijere ka traženju stručne pomoći

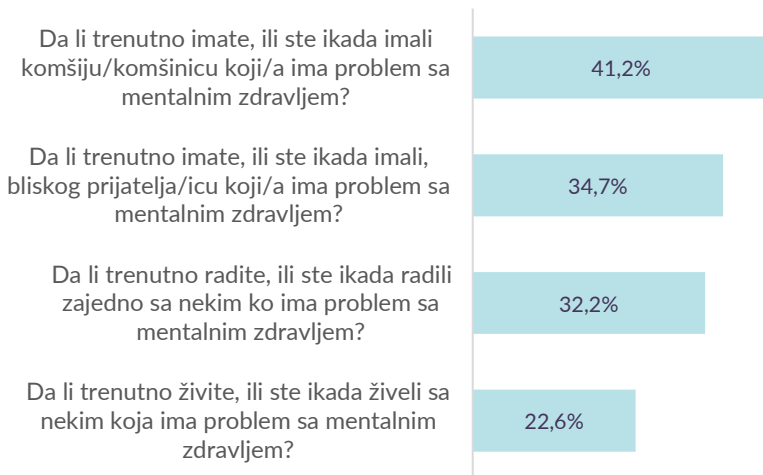


Dok su brige oko cene usluga usmerenih na mentalno zdravlje, zakazivanja termina i potencijalnog nedostatka slobodnog vremena zajedničke za građane iz gradskih i seoskih sredina, primetne su razlike u pogledu prepreka poput informisanosti gde je moguće naći pomoć kao i adekvatnog prevoza do tog mesta. Naime, pokazuje se da za razliku od ljudi koji žive u gradskim sredinama, osobe iz seoskih sredina su u značano manjoj meri informisane o tome gde tačno mogu da potraže pomoć u slučaju psihičkih tegoba ($t = 3.15, p = .002$). Slično tome, građani iz seoskih sredina češće nego oni iz gradskih izveštavaju o tome da bi imali problem sa pronalaskom adekvatnog prevoza do mesta gde bi pomoć koja im je potrebna mogla da im bude pružena ($t = 4.19, p < .001$). Nedostatak adekvatnog prevoza se nešto izraženije javlja kao barijera u svim regijama Srbije u odnosu na Beograd. Sa druge strane, očekivano i u skladu sa platežnom moći građana, zabrinutost oko novca ($F = 9.42, p < .001$) se u Šumadiji i Zapadnoj Srbiji kao i Južnoj i Istočnoj Srbiji javlja znatno češće nego u Beogradu i Vojvodini ($p < .011 - .011$) kao potencijalna prepreka na putu dobijanja stručne pomoći.

ISKUSTVO SA OSOBAMA SA PSIHIČKIM TEGOBAMA

Na Grafikonu 8 prikazane su prevalence ponašanja građana Srbije u četiri konteksta koji uključuju osobe sa problemima u domenu mentalnog zdravlja – iskustvo življenja u njihovoj blizini, zajedničkog života, rada i nastavka prijateljstva sa osobom sa tegobama u domenu mentalnog zdravlja. Najveći broj građana izjavljuje da su živeli u blizini osobe sa teškoćama u domenu mentalnog zdravlja, oko jedne trećine izveštava da imaju ili su nekada imali prijatelja i/ili su radili sa osobom sa psihološkim problemima, dok nešto više od 20% ima iskustvo suživota sa osobom koja ima ili je imala tegobe u domenu mentalnog zdravlja. U celini, rezultati pokazuju da je najmanje svaka treća osoba imala blisko iskustvo sa osobom sa problemima u domenu mentalnog zdravlja.

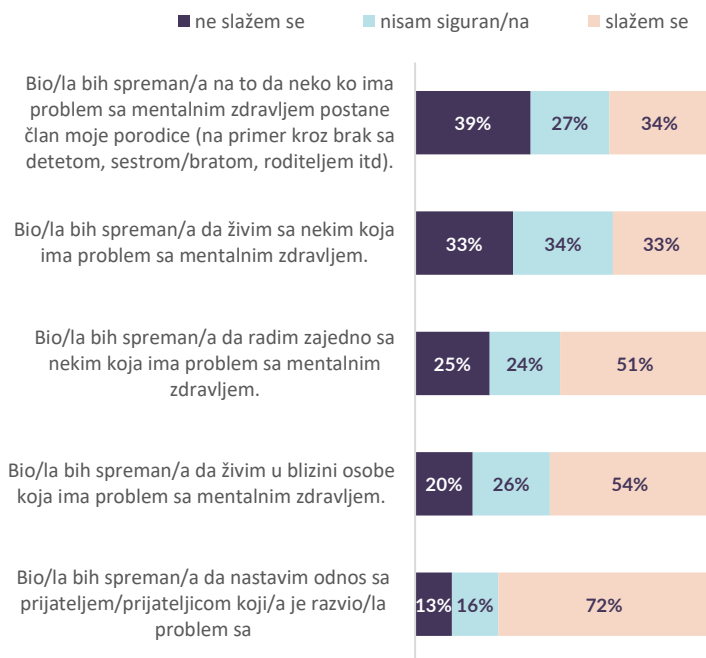
Grafikon 8. *Iskustvo sa osobama sa problemima sa mentalnim zdravljem*



ODNOS PREMA OSOBAMA SA PSIHIČKIM TEGOBAMA

Podaci pokazuju da u Srbiji postoji izražena stigmatizacija osoba sa psihičkim tegobama. Naime, kada je reč o **socijalnoj distanci** prema osobama sa problemima sa mentalnim zdravljem, tj. stepenu preferirane udaljenosti od ove grupe (Grafikon 9) očekivano se pokazuje da distanca prema ovim osobama raste sa stepenom bliskosti datog odnosa – najniža je za zajednički život u komšiluku, a najviša za deljenje porodičnog prostora. Izuzetak predstavlja prijateljski odnos zbog same formulacije pitanja iz upitnika, a koje akcenat stavlja na održavanje prijateljskog odnosa a ne njegovo započinjanje.

Grafikon 9. *Socijalna distanca prema osobama sa problemima sa mentalnim zdravljem*



Najveći broj građana (39%) ne bi bio saglasan da neko sa problemom sa mentalnim zdravljem postane član njihove porodice, a trećina ne bi bila spremna da živi sa osobom koja ima problema sa mentalnim zdravljem. Svaka četvrta osoba ne bi bila spremna da radi zajedno sa osobom sa ovom vrstom problema, dok svaka peta osoba ne bi bila spremna da živi u blizini osobe sa ovim problemom. Najveći stepen prihvatanja osoba sa problemima u mentalnom zdravlju zabeležen je u slučaju nastavka prijateljstva sa osobom koja razvije problem sa mentalnim zdravljem, gde više od dve trećine građana veruje da bi nastavilo dati odnos.

Zanimljiv je nalaz da su ljudi iz seoskih sredina skloniji tome da nastave prijateljski odnos sa osobom koja razvije probleme sa mentalnim zdravljem ($t = 2.22, p = .027$), ali su manje spremni da tu osobu prihvate kao člana porodice ($t = 2.03, p = .043$) od ljudi iz gradskih sredina.

U celini gledano, rezultati pokazuju da žene u proseku imaju manju socijalnu distancu prema osobama sa problemima sa mentalnim zdravljem od muškaraca ($t = 2.51, p = .012$), kao i da mlađe osobe u Srbiji imaju manje izraženu distancu prema ljudima sa ovim teškoćama ($r = .259, p < .001$) od starijih osoba.

STIGMA U VEZI SA PSIHIČKIM TEOBAMA

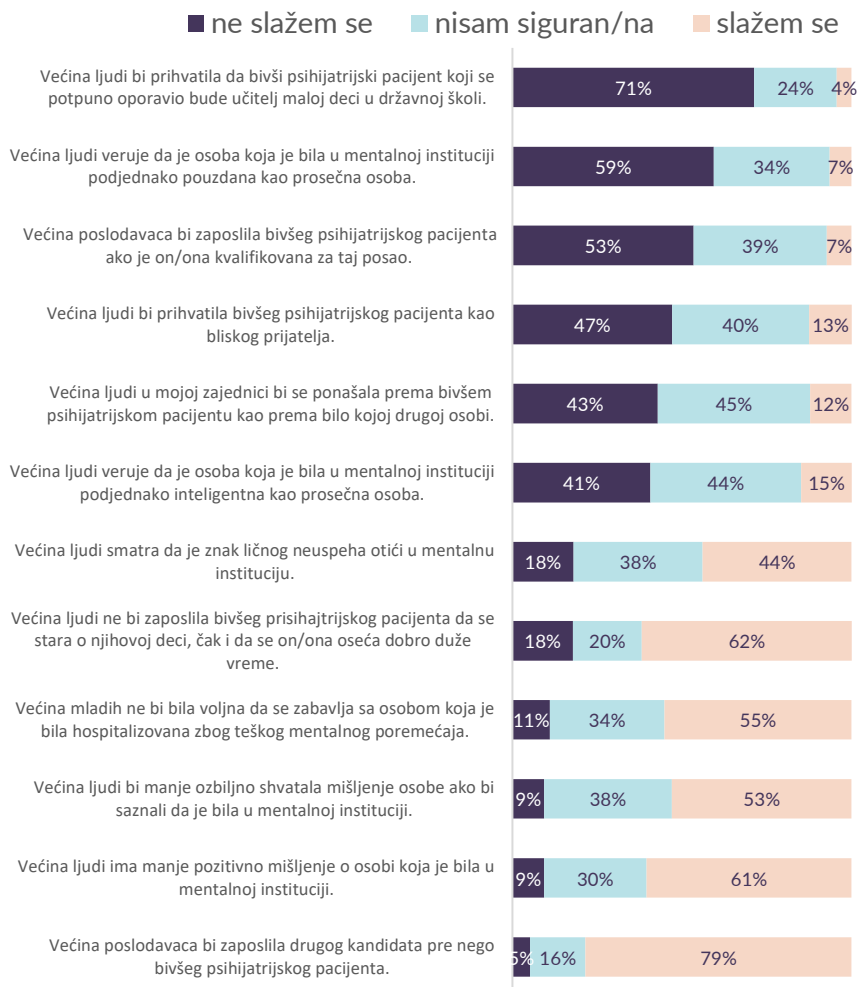
Pored objektivnih barijera za traženje stručne pomoći i socijalne distance prema osobama sa psihičkim tegobama, spremnost za traženje stručne pomoći može biti oblikovana i percepcijom socijalne stigmatizacije osoba sa mentalnim poremećajima u datoj sredini kao i mentalnih poremećaja u celini, kao i posledičnom internalizacijom ovih uverenja od strane pojedinca koje može rezultovati samostigmatizacijom (engl. self-stigma). Drugim rečima, negativni stavovi društva prema mentalnim poremećajima mogu postati toliko izraženi i učestali, da i sama osoba koja ima simptome mentalnih poremećaja počinje da usvaja te stavove i posledično posmatra sebe i svoj mentalni poremećaj kao nepoželjan, opasan ili sramotan. U skladu sa tim, opažena socijalna stigmatizacija kao i samostigmatizacija mogu predstavljati značajne psihološke barijere u nameri da se potraži stručna pomoć.

Percepcija javne ili socijalne stigmatizacije predstavlja stepen u kom pojedinci veruju da će drugi ljudi obezvređiti ili diskriminisati nekoga sa mentalnim poremećajem. Što je to uverenje izraženije u nekoj sredini može se pretpostaviti da je prisustvo devalvacije odnosno diskriminacije osoba sa mentalnim poremećajem u datoj sredini veće.

Rezultati istraživanja pokazuju da opažena socijalna stigmatizacija osoba sa mentalnim poremećajima nije povezana sa uzrastom, tj. i mlađe i starije osobe u podjednako meri veruju da socijalno okruženje stigmatizuje ove osobe. Takođe, pokazuje se da u pogledu percipirane stigmatizacije osoba sa mentalnim poremećajima, ne postoje razlike između muškaraca i žena. Slično tome, razlike u opaženoj društvenoj stigmatizaciji nisu dobijene između stanovnika gradskih i seoskih sredina, sa izuzetkom većeg opaženog otpora u pogledu angažovanja osobe sa iskustvom psihijatrijskog lečenja oko staranja o deci od strane građana koji žive u seoskim sredinama ($t = 2.38, p = .017$). Slična razlika je na nivou trenda dobijena po pitanju prihvatanja bivšeg psihijatrijskog pacijenta kao bliskog prijatelja ($t = 1.93, p = .057$).

Na Grafikonu 10 su prikazani procenti slaganja sa stavkama koje mere opaženu devaluaciju i diskriminaciju osoba sa iskustvom psihijatrijskog lečenja

Grafikon 10. *Opažena socijalna stigmatizacija osoba sa mentalnim poremećajima*



Za razliku od javne stigme, internalizovana stigma u vezi sa psihičkim tegobama - **samostigmatizacija** pozitivno je povezana sa uzrastom ($r = .201, p < .001$), pri čemu se pokazuje da su starije osobe sklonije samostigmatizaciji od mlađih. Dodatno, rezultati pokazuju da su muškarci u većem stepenu skloniji samostigmatizaciji od žena ($t = 7.23, p < .001$).

Očekivano, pokazuje se da pre svega socijalna distanca ali i stepen samostigmatizacije, opadaju u funkciji iskustva sa osobama sa psihičkim tegobama. Naime, građani koji su imali blisko iskustvo sa osobom sa psihičkim tegobama pokazuju kako manju socijalnu distancu ($r = -.253, p < .001$) tako i manju sklonost ka samostigmatizaciji usled potrebe za obraćanjem stručnom licu u slučaju potencijalnih psihičkih tegoba ($r = -.142, p < .001$) od onih koji nisu imali takvo iskustvo. Ipak, pokazuje se da je sa socijalnom stigmom upravo suprotna situacija. Naime, građani koji su imali prolongiran blizak kontakt sa osobom sa psihičkim tegobama izveštavaju da u većoj meri opažaju javnu društvenu stigmatizaciju ovih osoba ($r = -.084, p = .008$).

**PROCENA MENTALNOG
ZDRAVLJA STANOVNIŠTVA
SRBIJE**

U okviru istraživanja sprovedena je procena mentalnog zdravlja građana Srbije (engl. screening). Kako bi se stekao uvid u učestalost klinički značajnih psihičkih tegoba sa kojima se građani suočavaju, procenjena je simptomatologija sledećih devet mentalnih poremećaja: depresija, anksioznost, suicidalnost, opsesivno-kompulzivna simptomatologija, somatizacija, poremećaji ishrane, post-traumatski stresni poremećaj (PTSP), simptomatologija iz psihotičnog spektra i disocijativna simptomatologija.

Za procenu izraženosti simptoma svakog od navedenih poremećaja u opštoj populaciji korišćeni su standardizovani klinički instrumenti sa utvrđenim prelomnim vrednostima (engl. cut-off scores). Popis svih instrumenata sa pridruženim prelomnim vrednostima nalazi se u Prilogu 1. Prilikom izveštavanja o prisustvu i intenzitetu simptoma ispitanici su, u zavisnosti od konkretnog instrumenta, imali instrukciju da koriste referentni vremenski okvir od sedam dana, dve nedelje ili mesec dana (izuzetak je skala traumatskih iskustava na kojoj su ispitanici izveštavali o celoživotnom iskustvu traume).

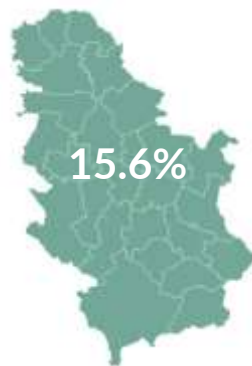
Na narednim stranicama prikazan je kratak opis svakog od ispitivanih poremećaja praćen procentima građana Srbije koji su na datim kliničkim instrumentima ostvarili rezultate iznad prelomnih vrednosti (engl. screen positive). Prikazane rezultate treba razumeti kao učestalost klinički značajnih teškoća asociranih sa svakim od poremećaja, odnosno kao procenat građana Srbije koji se se usled intenziteta simptomatologije mogu smatrati pod rizikom za razvoj datog poremećaja. Dakle, budući da su rezultati ovog istraživanja bazirani na samoizveštaju ispitanika o stepenu prisustva i intenziteta simptomatologije, a ne na kliničkom intervjuu, prikazane rezultate ne treba interpretirati kao prevalencu mentalnih poremećaja u Srbiji.

Za svaki od poremećaja, prikazane su prevalence klinički značajne simptomatologije odvojeno za muškarce i žene, te povezanost intenziteta simptoma sa uzrastom i tipom naselja u kom osoba živi (gradsko nasuprot seoskom).

Konačno, kako bismo utvrdili koliko su građani skloni da se obrate za stručnu pomoć kada im je ona potrebna, za poduzorke kod kojih je identifikovana klinički značajna simptomatologija, prikazan je procenat ljudi koji su se obratili za stručnu pomoć, kako u poslednjih mesec dana kao vremenskom periodu za koji je prisutnost simptoma i utvrđena, tako i u bilo kom ranijem periodu života.

DEPRESIVNA SIMPTOMATOLOGIJA

Depresija predstavlja poremećaj raspoloženja koji karakterišu prolongirana osećanja tuge, bezvoljnosti, bezvrednosti, preterane krivice i beznađa, kao i suicidalne misli i gubitak interesovanja za aktivnosti u kojima je osoba nekada uživala. Osim toga, karakteristični znaci depresije su gubitak energije, promene u apetitu uzrokovane sniženim afektom, kao i teškoće sa koncentracijom.



58.8% građana Srbije pokazuje potpuno odsustvo simptoma depresije, dok 25.7% pokazuje blage simptome depresivnosti. Umereni simptomi depresije prisutni su kod 10.1% građana, dok su izraženiji simptomi prisutni kod 3.2% populacije. Veoma ozbiljni simptomi zabeleženi su kod 2.3% građana.

Kod 11.0% građana Srbije zabeležena su izražena (9.8%) ili ekstremna (1.2%) funkcionalna oštećenja ili teškoće u vidu otežanog svakodnevnog, socijalnog ili radnog funkcionisanja, dok su manje smetnje ovog tipa zabeležene kod 35.8% populacije.

Pokazuje se da se klinički značajni simptomi depresije javljaju sa gotovo dva puta većom učestalošću kod žena nego kod muškaraca. Takođe, rezultati ukazuju da su depresivnom afektu sklonije mlađe osobe ($r = -.146$, $p < .001$), dok u proseku nije pronađena nikakva razlika u pogledu izraženosti ovih simptoma s obzirom na mesto življenja (seoska nasuprot gradskoj sredini).

Gotovo polovina građana (42.9%) kod kojih je zabeležena izraženija depresivna simptomatologija izveštava da nikada nisu potražili stručnu pomoć zbog psihičkih tegoba, a čak 83.9% osoba sa akutnim klinički značajnim simptomima depresije nije potražilo stručnu pomoć u poslednjih mesec dana.

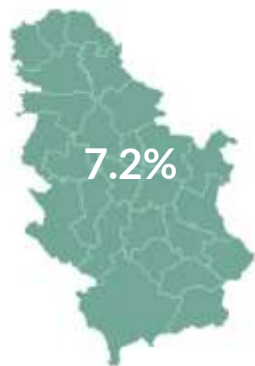


11.1%



20.1%

ANKSIOZNA SIMPTOMATOLOGIJA



Osnovni pokazatelj generalizovane anksioznosti je prolongirana opšta strepnja koja se može javiti u vidu “slobodno lebdeće brige” tj. bojazni koja nije usmerena ni na jedan sadržaj specifično ili preterane zabrinutosti koja je fokusirana na više različitih svakodnevnih događaja ili sadržaja, najčešće u vezi sa porodicom, zdravljem, finansijama, školom ili poslom.

Ova preterana zabrinutost praćena je mišićnom napetošću ili motoričkim nemirom, preteranom aktivnošću simpatičkog nervnog sistema, subjektivnim iskustvom nerveze, poteškoćama u održavanju koncentracije, razdražljivošću ili poremećajima sna.

Kod 70.9% građana Srbije zabeleženo je potpuno odsustvo simptoma anksioznosti dok je kod 22.0% populacije zabeležena blaga anksiozna simptomatologija. Umereno ozbiljna (5.4%) ili vrlo izražena slika anksioznosti (1.8%) utvrđena je kod ukupno 7.2% građana Srbije.

Kod 9.7% populacije zabeležena su izražena (7.4%) ili ekstremna (2.3%) oštećenja ili teškoće u vidu funkcionalnih oštećenja u svakodnevnim aktivnostima, dok su manje smetnje ovog tipa prisutne kod svakog trećeg stanovnika Srbije (33.4%).

Pokazuje se da se ozbiljniji znaci anksioznosti javljaju sa oko dva i po puta većom učestalošću kod žena nego kod muškaraca. Takođe, zabeležena je negativna korelacija između stepena anksioznosti i uzrasta, tj. simptomi anksioznosti izraženiji su kod mlađe nego kod starije populacije ($r = -.118$, $p < .001$). Dodatno, simptomi anksioznosti su na nivou trenda nešto izraženiji kod stanovnika urbanih sredina nego seoskih sredina ($t = 1.89$, $p = .059$).

Ukupno 19.7% građana kod kojih je detektovana umerena do visoko izražena anksioznost izveštava da nikada nije potražilo profesionalnu pomoć zbog psihičkih tegoba, a čak 71.8% osoba sa aktuelnim klinički indikativnim simptomima anksioznosti stručnu pomoć nije potražilo u poslednjih mesec dana.



4.1%

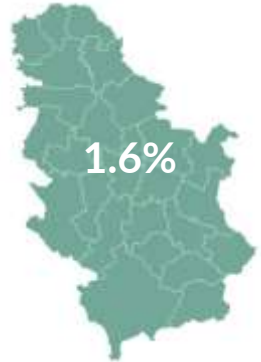


10.2%

SUICIDALNE MISLI

Suicidalna ideacija ili suicidalne misli predstavljaju ideje i misli o samopovređivanju koje karakteriše namerno razmatranje ili planiranje mogućih tehnika izazivanja sopstvene smrti.

Rezultati pokazuju da čak 7.5% građana Srbije izveštava da su makar jednom u proteklih mesec dana pomislili da naude sebi, dok 1.4% kaže da su ih ove misli značajno ometale u sposobnosti da obavljaju svakodnevne aktivnosti. Približno svaka stota osoba u Srbiji (1.1%) izveštava da je u poslednjih mesec dana bila blizu tome da pokuša samoubistvo.



Veoma visok rizik od suicida je identifikovan kod 1.6% građana Srbije. Kod svih slučajeva za koje je ustanovljen visok rizik od suicida ustanovljeni su i izraženi nivoi depresivnosti, tj. izraženost depresivne simptomatologije iznad prelomnih vrednosti. Kod muškaraca je u odnosu na žene zabeležena oko tri puta veća šansa za visok rizik od suicida. Takođe, pokazuje se da se suicidalna ideacija češće zatiče kod mlađih nego kod starijih ($r = -.085$, $p = .007$). Naime, gotovo svi slučajevi za koje je utvrđeno da su pod visokim rizikom od suicida su mlađe odrasle osobe (uzrasna kategorija od 25 do 34 godine). Dodatno, suicidalna ideacija se u proseku nešto češće sreće kod osoba koje žive u seoskim nego gradskim sredinama ($t = 2.19$, $p = .029$).

Iako najveći broj građana koji imaju suicidalne misli izveštava da su tokom života makar jednom potražili stručnu pomoć (81.3%), čak jedna četvrtina njih (25.0%) uprkos akutnim teškoćama i visokom riziku od suicida ovu pomoć nije potražila u poslednjih mesec dana.

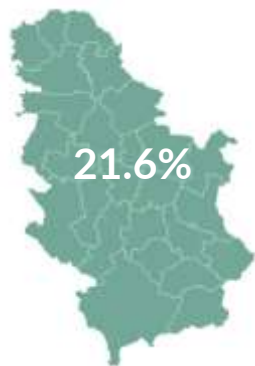


2.4%



0.8%

OPSESIVNO-KOMPULZIVNA SIMPTOMATOLOGIJA



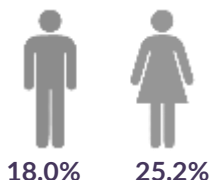
Opsesivno-kompulsivna simptomatologija karakteriše se prisustvom upornih opsesija ili kompulzija, a najčešće prisustvom obe grupe simptoma. Opsesije su ponavljajuće i perzistentne misli, slike ili impulsi odnosno nagoni koji su intruzivni (nameću se), neželjeni i često su povezani sa anksioznošću.

Kompulzije su, sa druge strane, ponašanja i mentalni akti tj. radnje koje se ponavljaju i koje su u službi neutralisanja opsesivnih misli ili impulsa. Drugim rečima, osoba pokušava da ignoriše ili potisne opsesije ili da ih na izvestan način neutrališe vršenjem kompulzivnih radnji.

Približno svaki peti građanin Srbije pokazuje izraženije prisustvo simptomatologije iz opsesivno-kompulzivnog spektra.

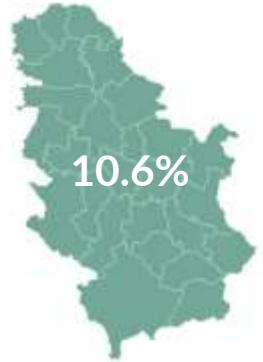
Pokazalo se da se izraženija opsesivno-kompulzivna simptomatologija javlja sa nešto većom učestalošću kod žena nego kod muškaraca. Takođe, pokazuje se da opsesivno-kompulzivna simptomatologija ne korelira sa uzrastom, niti su dobijene razlike u pogledu urbanosti sredine u kojoj osoba živi.

U skladu sa tim da opsesivno-kompulzivni simptomi često ostaju nedetektovani, svega 39.8% od onih kod kojih je identifikovan indikativan nivo simptomatologije je potražio stručnu pomoć, a čak njih 91.7% pomoć nije potražio u poslednjih mesec dana.



Somatizacija se karakteriše značajnim fokusom na fizičke simptome, kao što su bol (npr. glavobolja, bol u leđima, stomaku, itd.), manjak energije, slabost ili kratak dah, a koji su praćeni visokim nivoom stresa i/ili problemima u funkcionisanju, pri čemu osoba ima preterane misli, osećanja i ponašanja u vezi sa fizičkim simptomima. Ove teškoće mogu biti blage, umerene i izražene.

Odsustvo bilo kakve značajnije simptomatologije u vezi sa somatizacijama zabeleženo je kod 79.7% građana, blaga simptomatologija je zabeležena kod 9.7%, umerena kod 6.6%, a kod 4.0% građana identifikovana je teška simptomatologija.



Pokazuje se da se značajniji somatski simptomi javljaju sa većom učestalošću kod žena nego kod muškaraca. Sa druge strane, pokazuje se da ne postoji povezanost između izraženosti ove simptomatologije i uzrasta, tj. ove teškoće u podjednakom stepenu pogađaju osobe svih uzrasta. Takođe, nisu pronađene značajne razlike u izraženosti somatskih smetnji u pogledu sredine u kojoj pojedinac živi (gradska nasuprot seoskoj).

67.0% građana koji imaju umerene do izražene simptome somatizacije izjavljuje da su bar jednom tokom života potražili stručnu pomoć zbog psihičkih tegoba. Ipak, svega 23.6% njih izveštava da su potražili stručnu pomoć u poslednjih mesec dana uprkos akutnim somatskim problemima. Ovo je posebno značajno jer je odlazak kod lekara neophodan za odvajanje somatskih problema psihičkog i somatskog porekla.



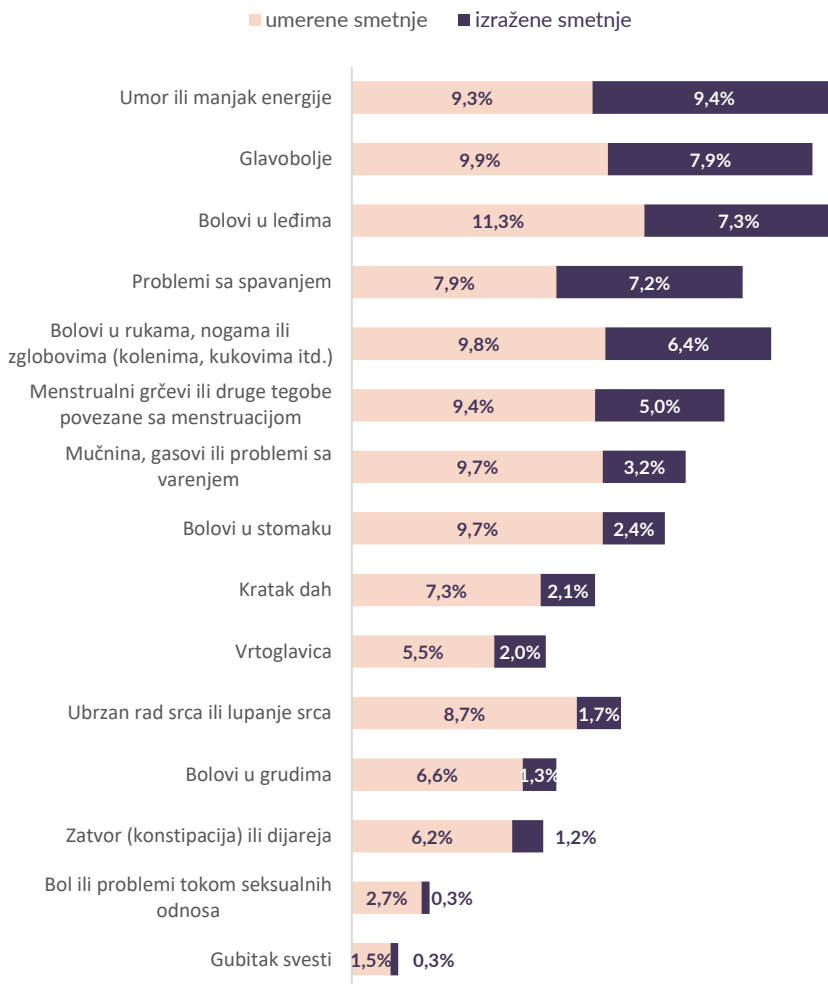
5.9%



15.2%

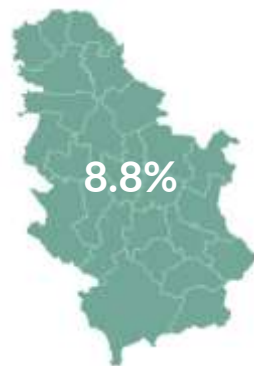
SOMATIZACIJA

Grafikon 11. *Najučestaliji somatski problemi*



SIMPTOMATOLOGIJA POREMEĆAJA ISHRANE

Poremećaji ishrane su klasa mentalnih poremećaja koje karakteriše abnormalno ponašanje u vezi sa ishranom a koje negativno utiče na fizičko ili mentalno zdravlje osobe. Poremećaji ishrane su: *poremećaj prejedanja* (engl. binge-eating) tj. unošenje veoma velike količine hrane u kratkom vremenskom periodu, *anoreksija nervosa* koju karakteriše intenzivan strah od gojenja i posledično ograničavanje unosa hrane ili preterano vežbanje u cilju kontrole ovog straha, *bulimija nervosa* za koju su karakteristične epizode prejedanja praćene kompenzatornim aktivnostima koje imaju za cilj izbacivanje hrane iz organizma (npr. povraćanje, uzimanje laksativa i sl.), kao i drugi poremećaji.



Rezultati pokazuju da je kod 8.8% građana Srbije prisutan nivo simptomatologije poremećaja ishrane koji se može okarakterisati kao klinički značajan, pri čemu se ovi simptomi javljaju sa većom učestalošću kod žena nego kod muškaraca. Takođe, pokazuje se da su simptomi poremećaja ishrane izraženiji u mlađoj nego u starijoj populaciji ($r = -.140, p < .001$). Dodatno, ova simptomatologija se u većem stepenu sreće kod stanovnika gradskih nego seoskih sredina ($t = 2.91, p = .004$).

Gotovo polovina (46.1%) onih za koje je identifikovano da su pod rizikom za nastanak poremećaja ishrane izjavljuje da nikada nisu potražili stručnu pomoć, pri čemu je isti trend zabeležen i kod žena i kod muškaraca. Naime, 45.8% muškaraca i 46.9% žena koji su identifikovani da su pod rizikom od poremećaja ishrane nikada se nisu obratili stručnjaku zbog psihičkih tegoba. Čak 88.6% osoba sa izraženom simptomatologijom karakterističnom za poremećaje ishrane stručnu pomoć nije potražilo u poslednjih mesec dana.

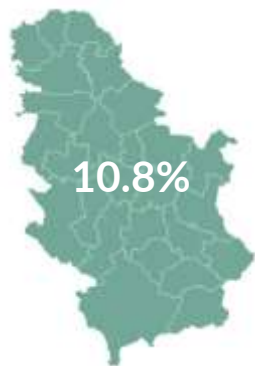


4.9%



12.8%

TRAUMATSKA ISKUSTVA I POST-TRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ



Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) može se razviti nakon izlaganja izolovanom, izuzetno opasnom ili ugrožavajućem događaju ili nizu događaja.

Simptomatologija PTSP-a karakteriše se:

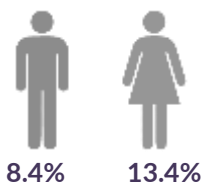
- 1) ponovnim proživljavanjem traumatskog iskustva u sadašnjosti u vidu intruzivnih sećanja, flešbekova ili noćnih mora. Ove neželjene i nametljive misli po pravilu praćene izraženim strahom i fizičkim senzacijama;
- 2) izbegavanjem misli i sećanja na traumatsko iskustvo ili izbegavanjem aktivnosti, situacija ili ljudi koji podsećaju na dato iskustvo;
- 3) negativnim promenama u kognicijama i raspoloženju koje su započele nakon traumatskog iskustva, poput teškoća sa prisećanjem detalja traumatičnog iskustva, perzistentnih negativnih uverenja o sebi, drugima i svetu, perzistentnih emocija straha, besa, krivice, stida, depresivnog afekta, nemogućnosti doživljaja pozitivnih emocija, i osećaja otuđenja od drugih ljudi; i
- 4) povišenom pobuđenošću u vidu impulsivnog i samodestruktivnog ponašanja, povišenog doživljaja pretnje u vidu hiperbudnosti ili trzanja na neočekivane zvukove, problema sa koncentracijom i spavanjem.

Simptomi traju najmanje nekoliko nedelja i uzrokuju značajno oštećenje u ličnim, porodičnim, društvenim, obrazovnim, profesionalnim ili drugim važnim oblastima funkcionisanja.

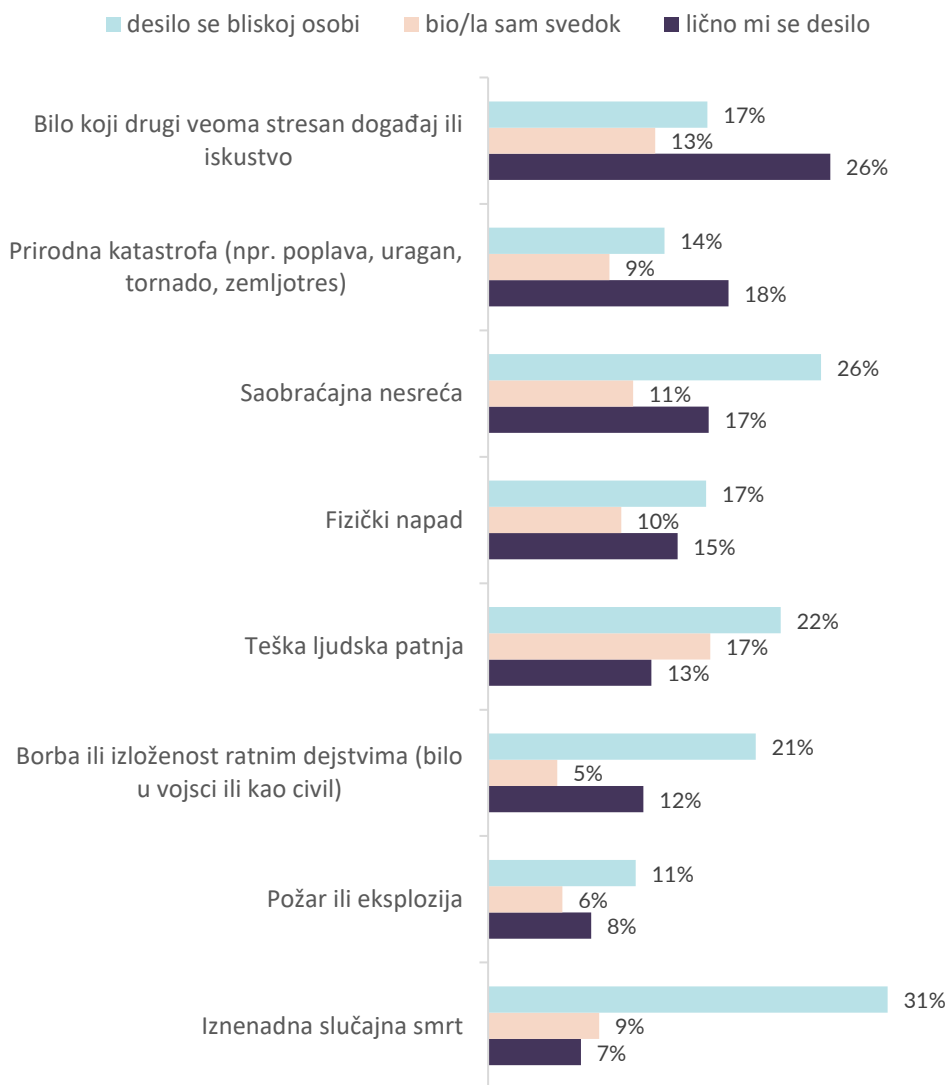
51.6% građana Srbije izveštava da im se tokom života desilo bar jedno traumatsko iskustvo, dok 46.2% prijavljuje da su u svom životu prisustvovali makar jednom traumatskom događaju dok se dešavao drugoj osobi, 59.4% građana izveštava da se makar jedno od traumatskih iskustava desilo njima bliskoj osobi (Grafikon 12).

Rezultati pokazuju da 10.8% građana pokazuje klinički značajan nivo simptomatologije PTSP-a. Izraženija simptomatologija PTSP-a se nešto učestalije zatiče kod žena nego kod muškaraca. Takođe, pokazuje se da su simptomi PTSP-a nešto izraženiji kod mlađe nego kod starije populacije ($r = -.108$, $p = .001$). Prosečne razlike u simptomatologiji između stanovnika gradskih i seoskih oblasti nisu zabeležene.

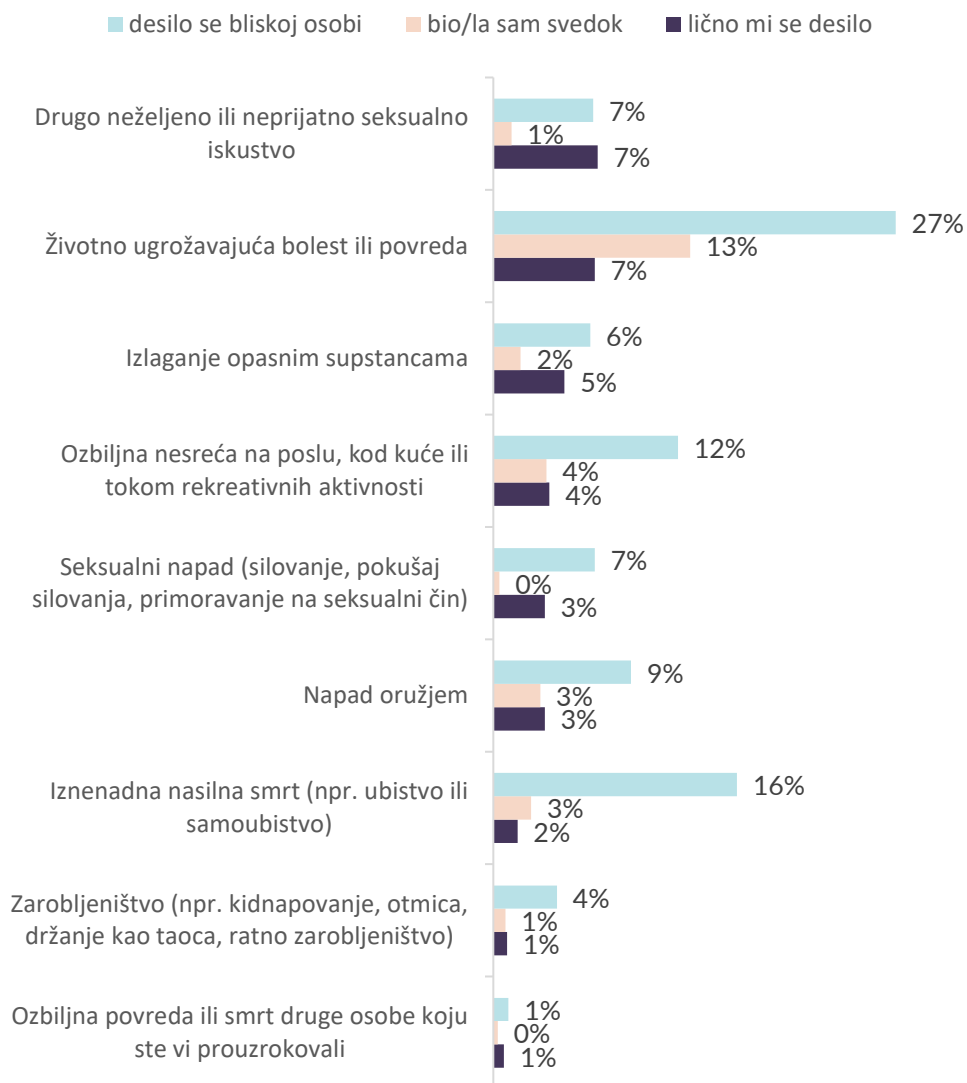
Iako većina građana sa klinički značajnim simptomima PTSP-a (69.4%) izveštava da su se tokom života obraćali za stručnu pomoć, gotovo trećina njih (30.6%) to nikada nije učinila, a čak 76.9% njih nije se obratilo za stručnu pomoć u poslednjih mesec dana uprkos akutnim simptomima PTSP-a.



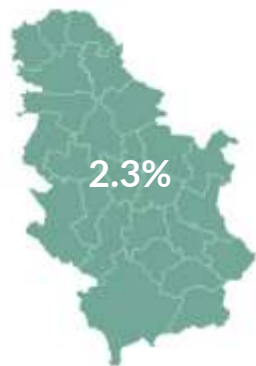
Grafikon 12. Učestalost traumatskih iskustava



Grafikon 12. Učestalost traumatskih iskustava (nastavak)



SIMPTOMATOLOGIJA IZ PSIHOTIČNOG SPEKTRA



U svojoj punoj formi psihotične poremećaje karakterišu značajna oštećenja u testiranju realnosti, kao i promene u ponašanju koje se manifestuju kroz takozvane pozitivne simptome poput sumanutosti i neuobičajenog sadržaja mišljenja, halucinacije, dezorganizovane misli i govor, i negativne simptome kao što su zaravnjeni afekat i psihomotorni poremećaji

Kada se pojave, ovi simptomi u značajnoj meri odstupaju od očekivanih kulturnih normi i ponašanja tipičnih za neku sredinu. Prodromalna faza je početna faza u nastanku psihotičnih poremećaja i predstavlja period tokom kog osoba doživljava promene u emocijama, mislima, percepciji i ponašanju, iako još nije počela da doživljava psihotične simptome poput halucinacija, sumanutosti i sl.

Rezultati pokazuju da na osnovu izraženosti simptoma 2.3% građana Srbije spada u grupu koja je pod visokim rizikom od nastanka psihotičnih poremećaja, pri čemu je veća učestalost klinički značajne simptomatologije zabeležena kod žena nego kod muškaraca. Očekivano, rezultati pokazuju da se ova iskustva u većoj meri zatiču na mlađem uzrastu ($r = -.061$, $p = .049$). Takođe, pokazuje se da su ovi simptomi izraženiji kod osoba koje žive u urbanijim sredinama ($t = 3.06$, $p = .002$).

Oko trećine građana (34.8%) koji su identifikovani da su pod visokim rizikom za nastanak psihotičnih poremećaja nikada nisu potražili stručnu pomoć zbog psihičkih tegoba, dok 82.6% onih kod kojih su prisutni klinički značajni simptomi iz psihotičnog spektra izveštava da nisu potražili profesionalnu pomoć u poslednjih mesec dana.



1.2%

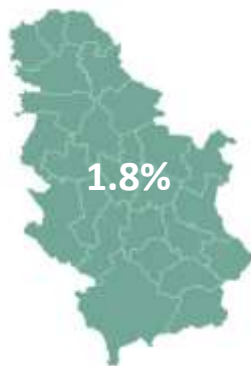


3.4%

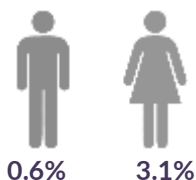
DISOCIJATIVNA SIMPTOMATOLOGIJA

Disocijativne poremećaje karakteriše nepovezanost i nedostatak kontinuiteta odnosno integracije između misli, sećanja, okruženja, akcija i identiteta kao i kontrole nad telesnim pokretima ili ponašanjem. Ovaj prekid kontinuiteta može biti potpun, ali je češće delimičan i može varirati iz dana u dan ili iz sata u sat.

Rezultati ukazuju da se kod 1.8% građana sreće disocijativna simptomatologija koja se po svom intenzitetu može smatrati klinički značajnom. Pokazuje se da se disocijativni simptomi javljaju sa višestruko većom učestalošću kod žena nego kod muškaraca. Takođe, izraženost disocijativnih simptoma je nešto izraženija kod mlađih osoba ($r = -.090$, $p = .004$). Sa druge strane, nije dobijena povezanost između sredine u kojoj osoba živi (gradska nasuprot seoska) i izraženosti disocijativne simptomatologije.



Trećina građana (33.3%) koji imaju izražene disocijativne smetnje izveštava da se nikada nije obratila za stručnu pomoć zbog psihičkih tegoba, a čak 88.9% osoba sa izraženim disocijativnim simptomima nije se odlučilo da potraži stručnu pomoć u poslednjih mesec dana.



Skrining mentalnog zdravlja je pokazao da ukupno 35.4% građana ima klinički značajne tegobe koje se mogu dovesti u vezu sa simptomima makar jednog poremećaja, dok njih 18.4% pokazuje klinički indikativnu simptomatologiju dva ili više poremećaja.

31.9% od onih koji imaju klinički značajne simptome makar jednog mentalnog poremećaja izveštava da nikada nisu dobili dijagnozu nekog od mentalnih poremećaja.

11.8% građana izveštava da su u poslednjih 7 dana koristili lekove usled psihičkih tegoba.

8.1% građana Srbije izveštava da im je tokom života postavljena dijagnoza mentalnog poremećaja.

2.9% građana izveštava da su makar jednom tokom života bili hospitalizovani zbog psihičkih tegoba.

PREDIKTORI PSIHIČKIH TEGOBA

ŠTA DOPRINOSI PSIHIČKIM TEGOBAMA?

Mnogobrojni faktori mogu doprineti psihičkim tegobama. Pored različitih personalnih faktora kao što je, na primer, struktura ličnosti, rezilijentnost ili mehanizmi prevladavanja, kao i ranih iskustava i stresnih i traumatskih događaja kojima je osoba bila izložena, važno je razumeti na koji način i različiti socijalni faktori doprinose psihičkoj ugroženosti. Razumevanje širokih grupa faktora koji doprinose mentalnom zdravlju omogućava da se razvijaju intervencije koje neće biti usmerene samo na pojedinca, već će delovati i na različite društvene faktore, čime se u društvu pravi klima povoljna za očuvanje mentalnog zdravlja i psihološke dobrobiti.

U ovom istraživanju razmatrano je sledećih pet širokih grupa potencijalnih prediktora psihičkih tegoba, pri čemu se odabir socijalnih faktora oslanjao na model socijalnih determinanti mentalnog zdravlja (Lund et al., 2018):

Demografski faktori - rod, uzrast, mesto življenja (gradska nasuprot seoskoj sredini);

Ekonomski faktori – veličina primanja po članu domaćinstva, samoprocenjeni socio-ekonomski status i uslovi stanovanja (kvadratura stana/kuće po članu domaćinstva, rešenost stambenog pitanja);

Stresni sredinski događaji – broj traumatskih iskustava tokom života, broj ugrožavajućih iskustava u proteklih godinu dana, stresna iskustva prouzrokovana COVID-19 pandemijom, kao i teška klinička slika uzrokovana COVID-19;

Socijalni faktori – nivo obrazovanja, stepen socijalne podrške od strane bliskih drugih, samostalan život nasuprot životu u zajednici;

Personalni faktori – mehanizmi prevladavanja i psihološka rezilijentnost

U tabeli 1, dat je pregled prediktora svih grupa simptoma obuhvaćenih ovim istraživanjem.

Rezultati su pokazali da kada je reč o **demografskim faktorima**, rod se javlja kao najprominentniji nezavisni prediktor psihičkih tegoba. Naime, pokazuje se da je ženski rod povezan sa većim intenzitetom svih grupa simptoma izuzev suicidalnosti, sa kojom je povezan muški rod. Sa druge strane, pokazalo se da je izraženija simptomatologija depresivnosti, anksioznosti, suicidalnosti, poremećene ishrane i PTSP tipična za mlađe osobe dok u pogledu drugih poremećaja isključive veze sa uzrastom nisu ustanovljene. Pokazalo se da gradska sredina predstavlja faktor rizika za anksioznost i psihotičnu simptomatologiju, dok je seoska sredina na nivou trenda zabeležena kao faktor rizika za suicidalnost.

U pogledu **ekonomskih faktora**, pokazalo se da niži socio-ekonomski status predstavlja faktor rizika za simptomatologiju depresije, somatizacije i PTSP-a. Zanimljivo je da se drugi indikatori finansijske situacije nisu pokazali prediktivnom ni za jednu grupu psihičkih tegoba.

Očekivano, rezultati su pokazali da **stresna i traumatska iskustva** predstavljaju jedne od najprominentnijih prediktora psihičkih tegoba. Naime, ugrožavajuća iskustva koja su se desila u poslednjih godinu dana poput ozbiljne lične bolesti, povrede ili pretrpljenog napada, bolesti, povrede ili pretrpljenog napada člana porodice, smrti člana porodice ili bliskog prijatelja, raskida stabilne veze i sl. pokazala su se prediktivnim za sve grupe psihičkih tegoba izuzev poremećaja ishrane i suicidalnosti, za koju se pak pokazalo da je pretežno povezana sa celoživotnim iskustvom traume. Slično tome, pokazalo se da je simptomatologija gotovo svih poremećaja praćena iskustvom traume/a. Stresna iskustva u vezi sa COVID-19 poput teške kliničke slike i/ili smrti bliskog prijatelja/člana porodice usled COVID-19 praćena su izraženijim simptomima depresije, anksioznosti, suicidalnom ideacijom, kao i simptomima poremećaja ishrane. Iskustvo teške forme COVID-19 bolesti (upala pluća i/ili hospitalizacija) pokazalo se prediktivnim samo za simptome somatizacije što se verovatno može dovesti u vezu sa produženim COVID-om. Korelacije pojedinačnih stresnih i traumatskih iskustava sa simptomatologijom različitih poremećaja, kao i relativna učestalost ovih iskustava prikazane su u Prilogu 2.

Među **socijalnim faktorima**, percepcija socijalne podrške od strane bliskih osoba pokazala se, u celini gledano, jednim od najsnažnijih prediktora mentalnog zdravlja. Drugim rečima, što je osobi manje na raspolaganju socijalna mreža podrške i pomoći to ona pokazuje izraženiju simptomatologiju. Ova pravilnost zabeležena je u slučaju svih poremećaja obuhvaćenih ovim istraživanjem izuzev psihotične simptomatologije za koju nije utvrđen statistički značajan efekat. Zanimljivo, pokazalo se da se suicidalna ideacija kao i simptomi PTSP-a nešto češće zatiču kod obrazovanih pojedinaca.

Konačno, među **personalnim faktorima**, kao najkonzistentniji prediktori psihičkih tegoba različitog spektra izdvajaju se izbegavajući stil prevladavanja stresa koji karakterišu kognitivni i bihejvioralni naponi usmereni na poricanje i umanjivanje značaja stresora ili izbegavanje direktnog suočavanja sa stresom, kao i manjak psihološke rezilijentnosti odnosno nedostatak kapaciteta za nošenje sa stresom. Naime pokazalo se da je izbegavajući stil prevladavanja problema praćen povišenim intenzitetom simptoma svih poremećaja. Slična situacija je i sa smanjenom rezilijentnošću za koju se pokazalo da je praćena povišenom simptomatologijom svih poremećaja izuzev disocijacije. Prevladavanje fokusirano na emocije, se takođe pokazalo neadaptivnim u pogledu mentalnog zdravlja budući da je dobijeno da pozitivno korelira depresivnom simptomatologijom, simptomima poremećaja ishrane, PTSP-a, psihotičnom simptomatologijom kao i disocijativnim simptomima.

Tabela 1. Pregled prediktora simptomatologije

		Depresija	Anksioznost	Suicidalnost	Opsesivno-kompulzivni	Somatizacija	Poremećaji ishrane	PTSP	Psihotični spektar	Disocijacija
Demografski faktori	Ženski rod	■	■	▨	■	■	■	■	■	■
	Mlađi uzrast	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Gradska sredina	■	■	▨	■	■	■	■	■	■
Ekonomski faktori	Primanja po članu domaćinstva	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Niži socioekonomski status	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Rešenost stambenog pitanja	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Kvadratura stana po članu domaćinstva	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sredinski faktori	Traumatsko iskustvo	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Ugrožavajuća iskustva	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Teška klinička slika ili smrt bliske osobe od COVID-19	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Teška klinička slika COVID-19	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Socijalni faktori	Visok nivo obrazovanja	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Manjak socijalne podrška	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Samački život	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Personalni faktori	Coping fokusiran na problem	■	■	■	▨	■	■	■	■	■
	Coping fokusiran na emocije	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Izbegavajući coping	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Niska rezilijentnost	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Napomena. Statistički značajni regresioni koeficijenti obeleženi su crvenim poljima; šrafirana polja označavaju relacije suprotnog smera od specifikovanih

Rezultati su pokazali da definisani prediktorski set, u zavisnosti od konkretnog poremećaja objašnjava između 20.6% i 44.2% varijanse težine simptomatologije. Očekivano, procenat objašnjene varijanse simptoma PTSP-a je među najvišim budući da su glavne determinante ove simptomatologije sredinske prirode. Preciznije, postojanje izolovane ili rekurentne traume istog ili različitog tipa predstavlja sine qua non za PTSP, a upravo su traumatska iskustva činila deo prediktorskog seta. Za razliku od toga, najniži dobijeni procenat objašnjene varijanse dobijen je za simptome iz psihotičnog spektra, a koji su svakako u mnogo manjoj meri determinisani ispitivanim grupama prediktora budući da su pretežno endogenog porekla.

Tabela 2. *Procenti varijanse simptomatologije objašnjene prediktorskim setom*

poremećaj	% objašnjene varijanse
Depresija	41.7
Anksioznost	37.3
Suicidalnost	22.8
Opsesivno-kompulzivni	23.3
Somatizacija	23.3
Poremećaji ishrane	18.7
PTSP	44.2
Simptomi psihotičnog spektra	20.6
Disocijacija	30.0

PREDIKTORI TRAŽENJA STRUČNE POMOĆI

ŠTA DOPRINOSI TOME DA LI ĆE SE OSOBA KOJA IMA POTREBU ZA PODRŠKOM, STVARNO OBRATITI ZA POMOĆ?

Na poduzorku ispitanika koji su na makar jednom od kliničkih instrumenata postigli rezultate koji ukazuju na aktuelnu klinički značajnu simptomatologiju nekog od poremećaja (35.4%) ispitani su prediktori traženja stručne pomoći u vremenskom periodu prisustva ovih simptoma. Naime, činjenica se su osobe iz ovog poduzorka tokom vremenskog okvira od mesec dana od dana ispitivanja iskusile intenzitet psihičkih tegoba koje zahtevaju profesionalnu pomoć, a istovremeno su izvestili o tome da li su u datom vremenskom periodu potražili ovu pomoć ili ne, omogućila nam je da ispitamo koje to karakteristike čine osobu više ili manje sklonom da potraže profesionalnu pomoć kada im je ona očevidno potrebna.

Rezultati su pokazali da socio-demografske karakteristike objašnjavaju 6.4% ($p < .001$) varijanse traženja stručne pomoći pri čemu se **povoljnija finansijska situacija** javlja kao jedini statistički značajan prediktor ($\beta = .207, p < .001$). Pokazalo se da fizičke i psihološke barijere objašnjavaju 2.8% ($p = .012$) varijanse traženja stručne pomoći, pri čemu se **samostigmatizacija** javlja kao jedini značajan negativan prediktor ($\beta = -.168, p = .003$). Drugim rečima, osobe koje su u nepovoljnijoj finansijskoj situaciji, kao i osobe koje bi obraćanje za stručnu pomoć doživele kao lični neuspeh ili bi se zbog toga osećale manje vrednima uprkos psihičkim tegobama koje osećaju, nisu sklone da potraže stručnu pomoć.

ZAKLJUČCI I PREPORUKE

I ŠTA ĆEMO SAD?

Ovo istraživanje pružilo je važne uvide u psihičke tegobe stanovništva u Srbiji, i veliki broj faktora rizika za navedene tegobe. Istraživanje je pokazalo i da je veliki broj onih koji, iako imaju tegobe, oklevaju da se obrate za pomoć, kao i da je prisutna izražena stigma u vezi sa psihičkim tegobama i mentalnim poremećajima u Srbiji.

Na osnovu rezultata istraživanja pokazano je da je neophodno kreiranje i sprovođenje sveobuhvatnih intervencija, koje bi bile usmerene i na snage i otpornost pojedinca, ali i na različite društvene faktore kojima bi se podsticala društvena klima koja bi povoljno delovala na mentalno zdravlje stanovništva. Veliki je broj intervencija i programa koji bi mogli biti preporučeni, ali, na osnovu rezultata istraživanja, kao prioritetne intervencije mogu se izdvojiti:

-Obezbeđivanje besplatnih usluga usmerenih na mentalno zdravlje širom Srbije, kojima bi se omogućilo prevazilaženje finansijskih barijera koje su se izdvojile kao važan razlog zbog kog se osobe koje imaju potrebu, ipak ne obraćaju za pomoć.

-Sprovođenje programa i intervencija koje bi smanjile stigmuz vezanu psihičke tegobe i mentalne poremećaje, uključujući i socijalnu distancu prema osobama sa ovim tegobama, i percepciju toga u kojoj meri postoji osuda i diskriminacija društva prema osobama koje imaju ove tegobe, ali pre svega koje bi uticale na smanjenje samostigmatizacije, odnosno uverenja da obraćanje za stručnu pomoć zbog psihičkih tegoba predstavlja pokazatelj manje lične vrednosti ili ličnog neuspeha, što se pokazalo kao drugi važan razlog oklevanja da se traži pomoć kada je ona potrebna.

-Konačno, potrebno je sprovesti i programe i intervencije koje bi dovele do jačanja rezilijentnosti i manje primene maladaptivnih mehanizama prevladavanja kod stanovništva u Srbiji, kao što je izbegavajući stil prevladavanja koji karakteriše poricanje i umanjivanje značaja stresora ili izbegavanje direktnog suočavanja sa stresom, ili stil prevladavanja usmeren na emocije, za koje je pokazano da u značajnoj meri doprinose psihičkim tegobama u domenu mentalnog zdravlja, i promovisale adaptivnije načine prevladavanja stresa kod stanovništva u Srbiji.

PRILOZI

PRILOG 1

Instrumenti korišćeni u istraživanju

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001) – $\alpha = .89$; cut-off ≥ 10

Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7; Spitzer, Kroenke, Williams, & Lowe, 2006) – $\alpha = .89$; cut-off ≥ 10

Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS; van Spijker et al., 2014) – $\alpha = .89$; cut-off ≥ 21

Obsessive-Compulsive Inventory-4 (OCI-4; Abramovitch, Abramowitz, & McKay, 2021; Foa et al., 2002) – $\alpha = .68$; cut-off ≥ 4

Somatic Symptom – Adult Patient (adapted from the Patient Health Questionnaire Physical Symptoms (PHQ-15; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2002) – $\alpha = .78$; cut-off ≥ 10

The Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-QS; Gideon et al., 2016) – $\alpha = .85$; cut-off ≥ 15

Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5; Weathers, Davis, Witte, & Domino, 2015) – $\alpha = .95$; cut-off ≥ 33

Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5; Weathers et al., 2013)

The Prodromal Questionnaire – Brief Version (PQ-B; Loewy & Cannon, 2010) – $\alpha = .81$; cut-off ≥ 8

Brief Dissociative Experiences Scale (DES-B – Modified; Dalenberg & Carlson, 2010) – $\alpha = .79$; cut-off ≥ 2

Perceived Stigma and Barriers to Care (Britt et al., 2008) – $\alpha = .78$;

Self Stigma of Seeking Help Scale (SSOSH) (Vogel & Wade, 2006) – $\alpha = .87$

The Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS) (Evans-Lacko et al., 2011) – $\alpha = .67, .89$

The Perceived Devaluation and Discrimination toward mental illness Scale (PDD; Link, 1987) – $\alpha = .83$

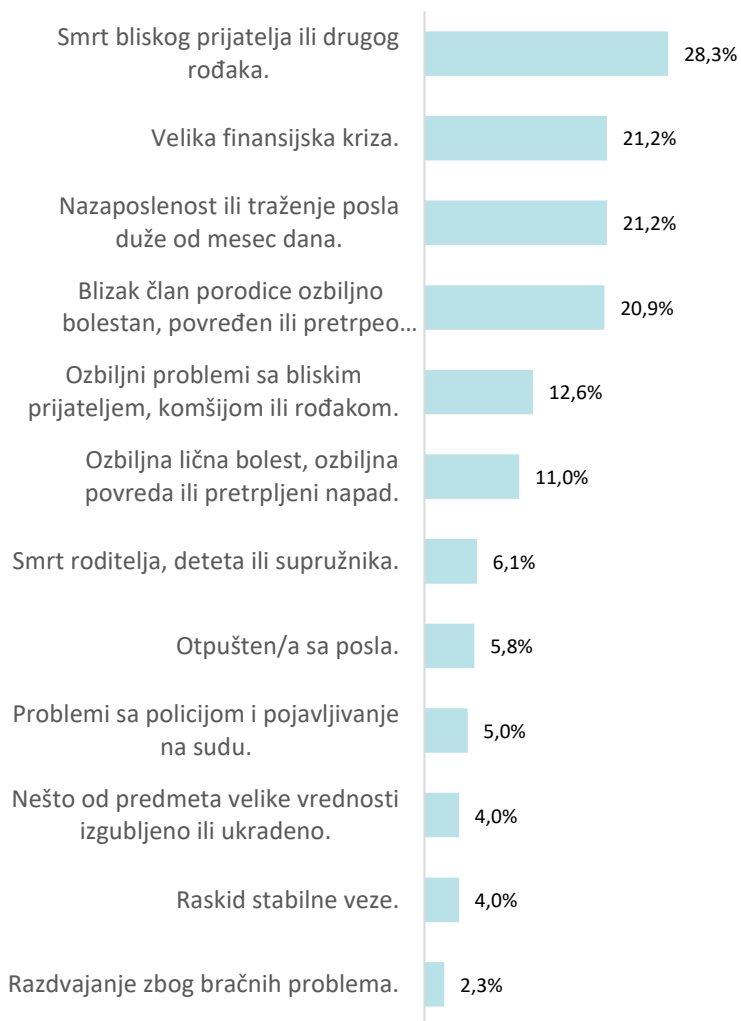
Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988) – $\alpha = .95$

Brief COPE (Carver, 1997) – $\alpha = .70 - .84$

The Brief Resilience Scale (Smith et al., 2008) – $\alpha = .87$

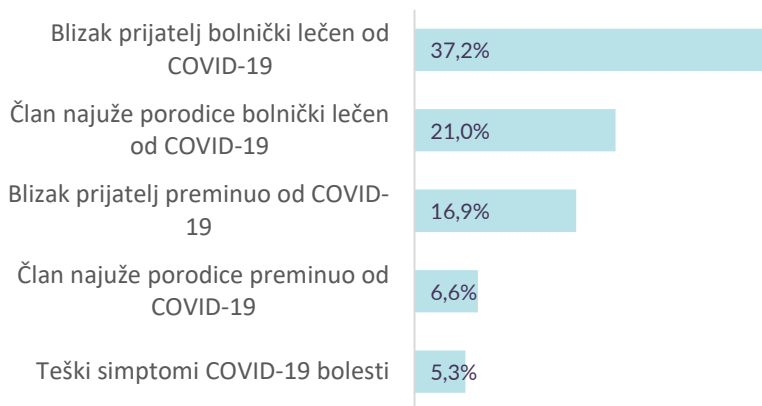
PRILOG 2

Učestalost stresnih i ugrožavajućih iskustava u poslednjih 12 meseci



PRILOG 3

Učestalost stresnih u vezi sa pandemijom COVID-19



PRILOG 4

Korelacija između ugrožavajućih iskustava i težine simptoma

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ozbiljna lična bolest, ozbiljna povreda ili pretrpljeni napad.	.144	.060	.029	.121	.232	.117	.179	.150	.128
Blizak član porodice ozbiljno bolestan, povređen ili pretrpeo napad	.109	.111	-.002	.035	.084	.136	.158	.093	.015
Smrt roditelja, deteta ili supružnika	.096	.086	-.042	.017	.092	.068	.092	.076	.037
Smrt bliskog prijatelja ili drugog rođaka	.177	.164	.156	.064	.146	.096	.220	.143	.098
Razdvajanje zbog bračnih problema	.050	.057	-.008	.056	.019	.037	.034	.063	.083
Raskid stabilne veze	.221	.188	.364	-.014	.120	.005	.152	-.003	.162
Ozbiljni problemi sa bliskim prijateljem, komšijom ili rođakom	.199	.194	.055	.221	.155	.113	.208	.144	.221
Nazaposlenost ili traženje posla duže od mesec dana	.243	.206	.215	.119	.161	.116	.193	.077	.104
Otpušten/a sa posla	.084	.093	.008	.079	.012	-.007	.060	.046	.110
Velika finansijska kriza	.209	.181	.053	.175	.191	.066	.187	.190	.147
Problemi sa policijom i pojavljivanje na sudu	.253	.171	.316	.039	.177	.064	.202	.147	.182
Nešto od predmeta velike vrednosti izgubljeno ili ukradeno	.041	.000	.028	.088	-.004	.010	-.017	.014	.106
Blizak prijatelj bolnički lečen od COVID-19	.106	.106	.128	.048	.076	.088	.155	.016	.045
Blizak prijatelj preminuo od COVID-19	.081	.095	.162	.032	.158	.057	.133	.096	.045
Član najuže porodice bolnički lečen od COVID-19	.139	.129	.170	.022	.017	.093	.148	.001	.015
Član najuže porodice preminuo od COVID-19	.156	.156	.258	-.043	.093	.076	.140	.024	.071


Napomena. 1 – depresija; 2 – anksioznost; 3 – suicidalnost; 4 – opsesivno-kompulsivna simptomatologija; 5 – somatizacija; 6 – simptomi poremećaja ishrane; 7 – PTSP; 8 – simptomi psihotičnog spektra; 9 – disocijativni simptomi; Vrednosti ispisane masnim slovima su statistički značajne ($p < .05$)

PRILOG 5

Korelacija između doživljenih traumatskih iskustava i težine simptoma

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Prirodna katastrofa	.200	.165	.201	.061	.192	.112	.276	.187	.101
Požar ili eksplozija.	.167	.117	.259	-.003	.124	.031	.180	.049	.057
Saobraćajna nesreća	.026	.011	-.022	.010	-.026	.028	.063	-.024	-.036
Ozbiljna nesreća na poslu, kod kuće ili tokom rekreativnih aktivnosti	.067	.003	-.021	.056	.154	.041	.116	.086	.088
Izlaganje opasnim supstancama	-.019	-.021	-.040	.018	.087	.009	.103	.025	-.021
Pretrpljen fizički napad	.237	.174	.222	.019	.180	.080	.281	.169	.148
Pretrpljen napad oružjem	.065	.025	-.005	-.047	.073	.024	.050	.056	.038
Pretrpljen seksualni napad	.266	.181	.428	.021	.211	.131	.265	.106	.150
Drugo neželjeno ili neprijatno seksualno iskustvo	.230	.156	.325	.044	.218	.173	.296	.131	.117
Borba ili izloženost ratnim dejstvima	.018	-.013	-.063	-.022	-.029	.006	.100	.070	-.063
Zarobljeništvo (npr. kidnapovanje, otmica, držanje kao taoca, ratno zarobljeništvo)	.105	-.005	.003	.072	.007	.136	.106	.049	.106
Životno ugrožavajuća bolest ili povreda	.106	.087	-.024	.073	.090	.102	.146	.076	.035
Teška ljudska patnja	.297	.265	.251	.041	.264	.110	.365	.110	.119
Iznenadna nasilna smrt (npr. ubistvo ili samoubistvo)	.020	-.016	-.029	-.007	-.007	.009	.015	.068	.029
Iznenadna slučajna smrt	.081	.064	-.053	.007	.138	.050	.121	.166	.073
Ozbiljna povreda ili smrt druge osobe koju ste vi prouzrokovali	.044	.010	-.006	.083	-.017	.089	.065	.051	.077

Napomena. 1 – depresija; 2 – anksioznost; 3 – suicidalnost; opsesivno-kompulsivna simptomatologija; 5 – somatizacija; 6 – simptomi poremećaja ishrane; 7 – PTSP; 8 – simptomi psihotičnog spektra; 9 – disocijativni simptomi; Vrednosti ispisane masnim slovima su statistički značajne ($p < .05$)



Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH
Usluge socijalne zaštite za osetljive grupe
Terazije 23/V sprat
11000 Beograd, Srbija

E info@giz.de
I www.giz.de/serbia