

UNIVERZITET U BEOGRADU
MULTIDISCIPLINARNE STUDIJE

Mr Viktorija M. Popović

**PRISUSTVO ANTISOCIJALNOG
POREMEĆAJA LIČNOSTI KOD PACIJENATA
OBOLELIH OD BIPOLARNOG AFEKTIVNOG
POREMEĆAJA**

Doktorska disertacija

Beograd, 2016.

UNIVERSITY OF BELGRADE
MULTIDISCIPLINARY STUDIES

Viktorija M. Popović, MSc

**THE PRESENCE OF ANTISOCIAL
PERSONALITY DISORDER IN PATIENTS
WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER**

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2016.

Mentori:

Prof. dr Aleksandar Damjanović, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Prof. dr Miodrag Stošljević, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju,
Univerzitet u Beogradu

Članovi Komisije:

Prof. dr Milanko Govedarica, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Prof. dr Aleksandar Jugović, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju,
Univerzitet u Beogradu

Prof. dr Srđan Milovanović, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Datum odbrane: _____

Δος μοι πα στω και ταν γαν κινήσω

Αρχιμηδης

Dajte mi oslonac i pomeriću svet

Arhimed

PRISUSTVO ANTISOCIJALNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI KOD PACIJENATA OBOLELIH OD BIPOLARNOG AFEKTIVNOG POREMEĆAJA

SAŽETAK

Bipolarni afektivni poremećaj je izuzetno frekventan, težak i klinički najznačajniji afektivni poremećaj. Antisocijalni poremećaj ličnosti je potencijalno najdestruktivniji poremećaj ličnosti. Naše interesovanje za istraživanje ovih poremećaja, posebno prisustva antisocijalnog poremećaja ličnosti kod obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja bilo je podstaknuto brojnim sličnostima u kliničkoj slici ovih poremećaja. Zajednička karakteristika ovih poremećaja je i slična prevalencija, kao i mortalitet usled suicida. Istraživanjem obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti utvrdili smo da klinička slika bipolarnog afektivnog poremećaja opterećena antisocijalnim poremećajem ličnosti je ozbiljna, teška za tretman sa smanjenim šansama za izlečenje. U našem istraživanju kod pacijenata koji boluju od bipolarnog afektivnog poremećaja komplikovanog antisocijalnim poremećajem ličnosti utvrđene su poteškoće u socijalnom funkcionisanju, visok nivo agresivnosti fizičkog i verbalnog tipa, slaba kontrola impulsa. Takođe, kod naše studijske grupe u kojoj je utvrđeno istovremeno prisustvo ovih poremećaja, značajan broj ispitivanog uzorka predstavljali su mlađi muškarci kod kojih je bipolarni poremećaj prvi put registrovan u adolescentnom ili mlađem odraslom dobu. Demografski faktori poput starosti i pola, kao i evidentiran poremećaj ponašanja pre 15. godine, odnosno psihološki faktori poput agresivnog ponašanja utvrđeni su u ovom istraživanju kao statistički značajni prediktori antisocijalnog poremećaja ličnosti kod pacijenata obolelih od bipolarnog poremećaja. Kod pacijenata obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja evidentiraju se intenzivniji simptomi primarnog oboljenja kada imaju i dijagnozu antisocijalnog poremećaja ličnosti, što se često manifestuje antisocijalnim ponašanjem i nepoštovanjem zakonskih normi. Za tretman pacijenata sa komorbiditetom ovih poremećaja potrebna je primena integralnog modela terapije, koji uz farmakoterapiju i psihoterapiju, uključuje i izvesnu društvenu intervenciju. Predviđena integralna reakcija pre svega bi trebala biti usmerena na anuliranje agresivnosti na koju kako se čini svojim prisustvom

antisocijalni poremećaj ličnosti predisponira obolele sa bipolarnim afektivnim poremećajem.

KLJUČNE REČI: bipolarni afektivni poremećaj, antisocijalni poremećaj ličnosti, komorbiditet

NAUČNA OBLAST: psihologija, psihijatrija, defektologija

UŽA NAUČNA OBLAST: psihopatologija

THE PRESENCE OF ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER IN PATIENTS WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

SUMMARY

Bipolar affective disorder is very frequent, heavy and clinically most important affective disorder. Antisocial personality disorder is a potentially most destructive disorder. Our interest in studying these disorders, especially the presence of antisocial personality disorder in patients with bipolar affective disorder, was encouraged by a number of similarities in the clinical picture of these disorders. Common characteristics of these disorders are also similar to the prevalence and mortality due to suicide. Studying the patients with bipolar affective disorder with the presence of antisocial personality disorder, we determined that the clinical picture of bipolar affective disorder with antisocial personality disorder is serious, difficult to treat with reduced chances of being cured. In patients suffering from bipolar affective disorder with complicated antisocial personality disorder we found difficulties in social functioning, a high level of physical and verbal aggression, lack of impulse control. Also, in our study group which considered simultaneous presence of these disorders, a significant number of test samples was represented by young men in whom bipolar disorder was first registered in adolescence or young adulthood. Demographic factors such as age and sex, as well as a registered conduct disorder before the age of 15, or psychological factors such as aggressive behavior, are defined in this study as statistically significant predictors of antisocial personality disorder in patients with bipolar disorder. Patients suffering from bipolar affective disorder have been shown to be additionally burdened with even more distinctive characteristics of the primary disease, and when they have a diagnosis of antisocial personality disorder, it often has a form of serious violations of social and legal norms. Treating patients with co-morbidity of these disorders requires the application of the integral model of the therapy which, alongside pharmacotherapy and psychotherapy, includes a certain social intervention. Intended primarily integral reaction should be directed at annulment of aggression to which antisocial personality disorder seemingly predisposes patients with bipolar affective disorder.

KEY WORDS: bipolar affective disorder, antisocial personality disorder, comorbidity

SCIENTIFIC FIELD: psychology, psychiatry, special education

SPECIFIC SCIENTIFIC FIELD: psychopathology

SADRŽAJ

I Uvod	1
II Antisocijalni poremećaj ličnosti	4
1. Dijagnostičke kontroverze antisocijalnog poremećaja ličnosti	4
1.1. Definisane antisocijalnog poremećaja ličnosti u DSM sistemu	4
1.2. Definisane antisocijalnog poremećaja ličnosti u MKB sistemu	8
2. Epidemiologija antisocijalnog poremećaja ličnosti	10
3. Konceptualne kontroverze antisocijalnog poremećaja ličnosti	11
3.1. Antisocijalni poremećaj ličnosti ili sociopatija	11
3.2. Antisocijalni poremećaj ličnosti ili psihopatija	15
4. Etiologija antisocijalnog poremećaja ličnosti	18
4.1. Biološka osnova antisocijalnog poremećaja ličnosti	18
4.2. Psihološka osnova antisocijalnog poremećaja ličnosti	22
4.3. Socijalna osnova antisocijalnog poremećaja ličnosti	27
4.4. Integralni model etiologije antisocijalnog poremećaja ličnosti	30
III Bipolarni afektivni poremećaj	33
1. Definisane bipolarnog afektivnog poremećaja	33
1.1. Definisane bipolarnog afektivnog poremećaja u DSM sistemu	33
1.2. Definisane bipolarnog afektivnog poremećaja u MKB sistemu	34
2. Epidemiologija bipolarnog afektivnog poremećaja	38
3. Kliničke karakteristike bipolarnog afektivnog poremećaja	40
3.1. Klinička slika depresivne epizode	40
3.2. Klinička slika manične epizode	41
4. Etiopatogeneza bipolarnog afektivnog poremećaja	43
4.1. Biološka osnova bipolarnog afektivnog poremećaja	43
4.2. Psihološka osnova bipolarnog afektivnog poremećaja	45
4.3. Socijalna osnova bipolarnog afektivnog poremećaja	47
IV Prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti kod obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja	50
1. Impulsivnost kao zajednička karakteristika antisocijalnog poremećaja ličnosti i bipolarnog afektivnog poremećaja	54

2. Agresivnost kao zajednička karakteristika antisocijalnog poremećaja ličnosti i bipolarnog afektivnog poremećaja	57
2.1. Biološke teorije agresivnog ponašanja	58
2.2. Psihoanalitičke teorije agresivnog ponašanja	60
2.3. Teorije učenja agresivnog ponašanja	63
2.4. Multifaktorski model agresivnosti	66
3. Suicid i suicidalno ponašanje osoba obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja i antisocijalnog poremećaja ličnosti	71
4. Antisocijalno ponašanje osoba obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja i antisocijalnog poremećaja ličnosti	74
V Ciljevi i hipoteze istraživanja	77
1. Ciljevi istraživanja	77
2. Hipoteze istraživanja	78
VI Metodologija istraživanja	79
1. Dizajn studije	79
2. Selekcija uzorka	79
3. Plan i metode istraživanja	81
4. Statističke metode	81
VII. Rezultati istraživanja	82
1. Struktura ispitivanog uzorka	82
2. Demografski podaci	83
2.1. Distribucija ispitivanog uzorka prema polu	83
2.2. Distribucija ispitivanog uzorka prema starosti	84
2.3. Bračni status ispitivanog uzorka	85
2.4. Potomstvo ispitivanog uzorka	86
2.5. Život sa decom u istom domaćinstvu ispitivanog uzorka	87
2.6. Život sa roditeljima u istom domaćinstvu ispitivanog uzorka	88
2.7. Broj članova porodice u kojoj živi ispitivani uzorak	89
2.8. Stručna sprema ispitivanog uzorka	90
2.9. Zaposlenje ispitivanog uzorka	91
2.10. Socioekonomski status ispitivanog uzorka	92
2.11. Mesto života ispitivanog uzorka	93

3. Karakteristike hospitalizacije	94
3.1. Broj hospitalizacija ispitivanog uzorka	94
3.2. Prva hospitalizacija ispitivanog uzorka u petogodišnjem periodu 2009-2014	95
3.3. Dobrovoljnost hospitalizacije	96
3.4. Starost ispitivanog uzorka prilikom prve hospitalizacije	97
3.5. Evidentiran problem ponašanja pre 15. godine života	98
3.6. Prisustvo stresora kao triger bipolarnog afektivnog poremećaja prilikom prve hospitalizacije	99
4. Psihijatrijski hereditet	101
5. Pokušaj suicida	102
6. Zloupotreba psihoaktivnih supstanci	103
6.1. Konzumacija alkohola	103
6.2. Zloupotreba narkotika	104
6.3. Navika pušenja	105
7. Prisustvo psihotičnosti tokom bolesti	107
8. Prisustvo agresivnog ponašanja	109
8.1. Prisustvo fizičke agresivnosti	109
8.2. Prisustvo verbalne agresivnosti	110
9. Osuđivanost za krivična dela	111
10. Nedostatak kontrole impulsa i antisocijalno ponašanje	112
11. Provera nekih kriterijuma antisocijalnog poremećaja ličnosti prema DSM-V	114
12. Logistička regresija sa antisocijalnim poremećajem ličnosti kao zavisnom varijablom	116
VIII Diskusija	118
IX Zaključak	128
X Literatura	131
XI Biografija	145
Prilozi	146

I. Uvod

Poremećaji raspoloženja i poremećaji ličnosti predstavljaju često isprepletane fenomene koji intenzivno zaokupljaju pažnju stručne javnosti. Ipak, o povezanosti nekih od ovih poremećaja kakvi su bipolarni afektivni poremećaj i antisocijalni poremećaj ličnosti postoji mnoštvo nedoumica i malo istraživanja. Opsežnijih istraživanja odnosa bipolarnog afektivnog poremećaja i antisocijalnog poremećaja ličnosti u našoj populaciji do sada nije bilo. Neka od dosadašnjih istraživanja u stranim stručnim krugovima u najvećem broju slučajeva ukazuju da pacijenti sa bipolarnim afektivnim poremećajem sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti imaju izraženije simptome osnovnog oboljenja, teži tok bolesti, probleme u postizanju remisije i ukupno negativniji ishod lečenja u odnosu na pacijente kod kojih ovaj poremećaj ličnosti nije zabeležen (1, 2).

Prema kriterijumima Desete revizije Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB 10) (3) bipolarni afektivni poremećaj spada u grupu bolesti poremećaja raspoloženja, čije su karakteristike povećana aktivnost i izuzetna energija u fazama manije i hipomanije odnosno sniženo raspoloženje koje odlikuju faze niske aktivnosti i tuge (depresije). Faze manije i depresije se smenjuju u kliničkoj slici bipolarnog afektivnog poremećaja i njegova su osnovna odlika.

Antisocijalni poremećaj ličnosti svrstan je u klaster „B“ poremećaja ličnosti prema dijagnostičkim kriterijumima koje daje Američko udruženje psihijatarata (DSM 5) (4) i najčešće se korisiti prilikom istraživanja, manje u kliničkim uslovima. Antisocijalni poremećaj ličnosti je definisan bihejvioralnim pokazateljima kakvi su kršenje socijalnih i zakonskih normi, agresivnost, impulsivnost, manipulativno ponašanje, nemogućnost planiranja unapred, neodgovornost, nepromišljenost u ponašanju, bezosećajnost.

Prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti kod pacijenata obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja može dovesti do ekstremnih bihejvioralnih manifestacija (5) pogoršavajući ukupnu kliničku sliku i ugrožavajući preduzeti tretman i napor terapeuta, ali i uništiti preostale socijalne potencijale ovih

pacijenata(6). Primećeno je i da relativno visoke stope prevalencije bipolarnog afektivnog poremećaja kod osoba sa antisocijalnim poremećajem ličnosti dovode do dodatnih problema u već otežanom psihološkom, socijalnom i profesionalnom funkcionisanju (2).

Neka istraživanja koja su se bavila poređenjem karakteristika pacijenata sa bipolarnim afektivnim poremećajem kod kojih je dijagnostikovao i antisocijalni poremećaj ličnosti su detektovala poremećaje u kognitivnom funkcionisanju, kao i prisustvo suicidalnih misli u većem procentu u odnosu na grupu pacijenata sa bipolarnim poremećajem ličnosti koji nisu imali dijagnozu antisocijalnog poremećaja ličnosti (7).

Kod pacijenata obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti, u depresivnim fazama česta je manifestacija osećanja ljutnje, gorčine, upućivanja optužbi i napada na okolinu, što je ređe slučaj u depresivnim epizodama pacijenata obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja bez udruženosti sa antisocijalnim poremećajem ličnosti (8, 9). Ovaj oblik hostile depresije karakterističan je za sve oblike poremećaja ličnosti, uključujući i antisocijalni poremećaj ličnosti.

Na opozitnoj strani raspoloženja kakva je manija ustanovljeno je da pacijenti oboleli od bipolarnog afektivnog poremećaja sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti u maničnim fazama pokazuju visok energetske potencijal koji je ekstremno na bihevioralnom nivou, manifestovan najčešće povećanom impulsivnošću i ozbiljnim formama agresivnog ponašanja (10, 11).

Spomenimo i da neka dubinsko psihološka tumačenja ovog problema su ukazivala na povezanost poremećaja raspoloženja i antisocijalnog poremećaja ličnosti sa stresom usled narcističke grandioznosti Ego osoba sa antisocijalnim poremećajem ličnosti koja im u određenom, uglavnom kriznom trenutku biva narušena (12). Bipolarni afektivni poremećaj često sadrži snažne elemente grandioznosti. Grandiozan Ego je i jedna od značajnih karakteristika osoba sa antisocijalnim poremećajem ličnosti, koja je obično tesno povezana sa nedostatkom empatije i eksploatatorskim odnosom prema drugima.

Čitav spektar teškoća kojima antisocijalni poremećaj ličnosti opterećuje obolele od bipolarnog afektivnog poremećaja čini komorbiditet ovih poremećaja značajnim za tretman i prognozu u kliničkoj praksi. Takođe izraženiji simptomi primarnog oboljenja (u našem istraživanju bipolarnog afektivnog poremećaja) i uopšte lošiji ishod lečenja uz opterećujuće delovanje antisocijalnog poremećaja ličnosti uticali su na bavljenje ovim problemom.

Našim istraživanjem prisustva antisocijalnog poremećaja ličnosti kod pacijenata obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja pokušali smo da načinimo iskorak u osvetljavanju fenomena značajnih za posebno frekventan, težak i klinički najznačajniji afektivni poremećaj kakav je bipolarni afektivni poremećaj u situacijama kada je opterećen antisocijalnim poremećajem ličnosti kao potencijalno najrazornijim poremećajem ličnosti.

II. Antisocijalni poremećaj ličnosti

1. Dijagnostičke kontroverze antisocijalnog poremećaja ličnosti

Kontroverze pri proučavanju antisocijalnog poremećaja ličnosti uglavnom se odnose na dijagnostičke kontroverze i distinkciju pojmova antisocijalni poremećaj ličnosti i psihopatija. Izvestan broj stručnjaka ne pravi bitnu razliku između ovih pojmova i koristi ih uglavnom kao sinonime, ipak antisocijalni poremećaj ličnosti je svakako širi, dijagnostički inkluzivniji pojam, koji je fokusiran na socijalno devijantno ponašanje, a ne na osobine ličnosti. Psihopatija s druge strane je dijagnostički restriktivnija, ali konceptualno daleko proširenija jer se zasniva na strukturi i dinamici ličnosti, a ne samo na bihevioralnim indikatorima.

Konfuzija oko upotrebe ovih pojmova dodatno je zakomplikovana aktuelnim klasifikacijama mentalnih poremećaja koje uvode još neke termine. Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti MKB-10 (3) za disocijalni poremećaj ličnosti se navodi da uključuje amoralnu, antisocijalnu, asocijalnu, psihopatsku i sociopatsku ličnost (poremećaj ličnosti).

S druge strane Američko udruženje psihijatara u DSM-V klasifikaciji mentalnih poremećaja (4) definiše antisocijalni poremećaj ličnosti na osnovu posmatranja pristupačnih fenomenoloških obeležja. Kako navode neki kritičari, kriterijumi koje diktira mogu stati u ravan sa prestupništvom, odnosno kriminalnim ponašanjem. Upravo zbog ovih i sličnih kontroverzi, u narednim poglavljima bavićemo se problemom definisanja antisocijalnog poremećaja ličnosti.

1.1. Definisane antisocijalnog poremećaja ličnosti u DSM sistemu

Antisocijalni poremećaj ličnosti prema DSM-V klasifikaciji mentalnih poremećaja iz 2013. godine Američkog udruženja psihijatara (4) svrstan je u Grupu B poremećaja ličnosti, sa dijagnostičkim kodom 301.7 (F60.2). Ova

politetska klasifikacija nudi za svaki poremećaj ličnosti (uključujući i antisocijalni poremećaj ličnosti) više jednakih kriterijuma, od kojih prisustvo određenog broja je neophodno za postavljanje dijagnoze poremećaja ličnosti. U odnosu na prethodnu DSM-IV iz 1994. godine (13), DSM-V ne donosi promene po pitanju antisocijalnog poremećaja ličnosti. Ovaj poremećaj je definisan na osnovu posmatranja pristupačnih fenomenoloških obeležja. Osnovne kritike DSM kategorizacija su upućene kriterijumima za dijagnostikovanje poremećaja koje neki autori (14) smatraju izjednačenim sa prestupništvom, asocijalnim, antisocijalnim i uopšte protivzakonitim oblicima ponašanja.

Antisocijalni poremećaj ličnosti u DSM-V klasifikaciji definisan je bihevioralnim pokazateljima kakvi su:

1. Kršenje socijalnih i zakonskih normi, čest recidivizam
2. Obmanjivanje, laganje, varanje radi sopstvenog profita ili zadovoljstva
3. Impulsivnost ili nemogućnost planiranja unapred
4. Agresivnost i iritabilnost praćene upotrebom fizičke sile i nasiljem
5. Bezobzirno zanemarivanje sigurnosti sebe i drugih
6. Konstantna neodgovornost koja se manifestuje ponovljenim neuspesima u zadržavanju posla odnosno ispunjavanja finansijskih obaveza
7. Nedostatak kajanja, indiferentan stav ili racionalizacija nasilničkog ponašanja

Prvi kriterijum svrstavanja u kategoriju antisocijalni poremećaj ličnosti je ispoljavanje barem tri od navedenih sedam karakteristika, čije manifestacije počinju pre 15. godine života i evidentne su u odraslom dobu. Takođe, dijagnostički kriterijumi DSM –V nalažu da uz navedene karakteristike, sledeći kriterijumi moraju biti zadovoljeni:

- A. Osoba mora imati najmanje 18 godina
- B. Evidentiran poremećaj u ponašanju čiji su simptomi primećeni pre 15. godine života

C. Pojava antisocijalnog ponašanja nije isključivo povezana sa javljanjem tokom psihotičnog procesa shizofrenije, ili kod bipolarnog afektivnog poremećaja

Ovako određen pojam antisocijalnog poremećaja ličnosti predstavlja prilično širok, dijagnostički inkluzivan pojam koji je najvećim delom usmeren na socijalno devijantno ponašanje, sa manjim fokusom na osobine ličnosti pacijenta. Na osnovu ovakvih dijagnostičkih kriterijuma dolazimo do velikog broja osoba u penalnim ustanovama koje manifestnim antisocijalnim i protivzakonitim ponašanjem ispunjavaju gotove sve kriterijume određenja antisocijalnog poremećaja ličnosti na ovaj način.

Još jedan problem DSM-V sistema u pogledu dijagnostike antisocijalnog poremećaja ličnosti odnosi se na napomene uz dijagnostičke kriterijume poremećaja koje govore da je “ovo stanje poznato još kao psihopatija, sociopatija i disocijalni poremećaj ličnosti”. Na ovaj način antisocijalni poremećaj ličnosti koji je kako smo rekli dijagnostički prilično inkluzivan pojam, postaje još inkluzivniji, dopuštajući da se psihopatija, sociopatija i disocijalni poremećaj ličnosti koriste kao sinonimi za ovo stanje. Zbog toga dolazi do čestih nedoumica, ali i neslaganja autora oko korišćenja ovih pojmova, o čemu ćemo više govoriti u poglavlju posvećenom konceptualnim kontroverzama vezanim za antisocijalni poremećaj ličnosti.

Posmatrajući hronološki određenje antisocijalnog poremećaja ličnosti Američkog udruženja psihijatarata u DSM sistemu, možemo zaključiti da su u pitanju kategorijalne klasifikacije koje počivaju na standardima medicinske dijagnostike. Ovim pristupom DSM sistem kroz svoju istoriju je utvrđivao prisustvo ili odsustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti. Adekvatnost ovog načina kategorizacije odnosno kritike koje su joj upućene, uglavnom se baziraju na protivljenju da klasifikacije koje su preporučljive za somatska stanja (bolesti) uopšte mogu da utvrde prisustvo poremećaja ličnosti.

DSM-I klasifikacija nije koristila termin antisocijalni poremećaj ličnosti. Umesto ovog termina koristio se termin “sociopatski poremećaj ličnosti” koji je

uključivao antisocijalne reakcije; disocijalne reakcije; seksualne devijacije i bolesti zavisnosti (alkoholizam i narkomaniju) (15). Uopšte DSM sistem kategorizacija je od prve klasifikacije (1952. godine) zasnovane na kliničkoj tradiciji, svoj kurs je sve više usmeravao na bihevioralne manifestacije i antisocijalno ponašnje.

U DSM-II (16) klasifikaciji terminom "antisocijalna ličnost" označene su nesocijalizovane osobe čije ponašanje ih dovodi u stalni sukob sa društvom. U pitanju su sebične, zavidne, neodgovorne, impulsivne osobe koje ne osećaju kajanje za svoja dela i nisu sposobne da uče iz iskustva. Prag tolerancije na frustracije ovih osoba je izuzetno nizak, što prati i stalna težnja da se okolina okrivljuje za situacije koje su neprijatne za pacijenta, kao i racionalizacija sopstvenog ponašanja koje nije društveno prihvatljivo, a veoma često je i zakonom sankcionisano.

DSM-III klasifikacija iz 1980. godine (17) uvodi termin "antisocijalni poremećaj ličnosti" u zvaničnu upotrebu i daje jasne kriterijume za utvrđivanje ovog poremećaja. Generalni kriterijumi ove klasifikacije su nastanak poremećaja u adolescentnom dobu, dugotrajno trajanje poremećaja (u odraslom dobu), otežana ili nemoguća adaptacija na društvene norme koja dovodi do radikalnih posledica u socioprofesionalnom životu ovih osoba. Pfohl i saradnici (18) u svojoj analizi poremećaja ličnosti u okviru DSM-III kategorizacije, kao i njene revizije iz 1987. godine (DSM-III-R) upućuju nas na problem kriterijuma za utvrđivanje ovih poremećaja. Osnovna kritika se odnosi na dijagnostička preklapanja i izvesne nedoslednosti u datim kriterijumima. U pogledu antisocijalnog poremećaja ličnosti zapaženo je da većina kriterijuma za njegovo utvrđivanje opisuje pojave kakve su kršenje zakona, izvršenje krivičnih dela i kriminalno ponašanje, nepoštovanje socijalnih normi, načela i sveprihvaćenih običaja koji postoje u društvu.

Finalna verzija DSM-IV klasifikacije je predstavljena 1994. godine. Ova klasifikacija u pogledu najnovije DSM-V, je ista po pitanju kriterijuma za utvrđivanje antisocijalnog poremećaja ličnosti. Značaj DSM-IV klasifikacije u

odnosu na prethodne je prevazilaženje nepraktičnih, isuviše dugih kriterijuma koje su propisivale za antisocijalni poremećaj ličnosti. DSM-IV se približava kriterijumima koje proklamuje Svetska zdravstvena organizacija u svojoj ICD-10 klasifikaciji za disocijalni poremećaj ličnosti uvodeći operacionalizovanije i jasnije smernice.

Orijentisanost na bihevioralne manifestacija, pre svega kriminalno, antisocijalno i asocijalno ponašanje je osnovno obeležje DSM sistema, i razlog najvećeg broja kritika ovih klasifikacija. Ovako određen, antisocijalni poremećaj ličnosti predstavlja širok, dijagnostički inkluzivan pojam, što u nekim slučajevima unosi zabunu i kod samih stručnjaka koji se bave ovom oblašću.

1.2. Definisanje antisocijalnog poremećaja ličnosti u MKB sistemu

Deseta revizija Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-10) Svetske zdravstvene organizacije (3), ne koristi termin antisocijalni poremećaj ličnosti. Pojam u MKB-10 koji bi bio odgovarajući antisocijalnom poremećaju ličnosti je „disocijalni poremećaj ličnosti“. U MKB sistemu se susrećemo sa kliničkim karakteristikama i dijagnostičkim uputstvima za procenu disocijalnog poremećaja ličnosti kakve su kontinuirano antisocijalno ponašanje koje je praćeno čestim sukobom sa zakonskim i socijalnim normama. Na neki način i MKB sistem, slično DSM sistemu tretira antisocijalni poremećaj ličnosti odnosno disocijalni poremećaj ličnosti, različitim od svih drugih mentalnih poremećaja, ali sa jasnom naznakom da se razlikuje i od normalnog mentalnog stanja pojedinca.

MKB-10 je kategorijalna klasifikacija koja počiva na klasičnim standardima medicinske dijagnostike, koja utvrđuje određenim kriterijumima prisustvo/odsustvo poremećaja. Disocijalni poremećaj ličnosti pripada grupi specifičnih poremećaja ličnosti i obeležen je šifrom F 60.2. Uopšte poremećaji ličnosti u MKB sistemu su deklarirani kao razvojna stanja sa ranim početkom (u detinjstvu ili adolescenciji) koja se protežu u odraslo doba, nisu posledica mentalnih bolesti, iako je čest njihov komorbiditet sa drugim mentalnim

poremećajima. Poremećaji ličnosti u MKB-10 su kategorizovani prema bihevioralnim manifestacijama koje su karakteristične za određeni poremećaj, odnosno prema dominantnom obliku ponašanja.

Međunarodna klasifikacija bolesti u svojoj desetoj reviziji pod specifičnim poremećajima ličnosti podrazumeva stanja koja karakterišu trajni obrasci ponašanja koji deklarišu pojedinca neprilagođenog društvenom okruženju i nefleksibilnog na čitav spektar ličnih i socijalnih izazova. Ovi snažno ukorenjeni oblici ponašanja su zapravo značajna ili radikalna odstupanja od načina na koji prosečna osoba određenog društva i kulture doživljava svoju socijalnu sredinu, pre svega pravila ponašanja koja su u njoj zastupljena, kao i percepciju mikrosocijalnog okruženja i mogućnosti komunikacije sa istim.

Dijagnostički kriterijumi za disocijalni poremećaj ličnosti prema MKB-10 nas upućuju na poremećaj ličnosti koji izaziva pažnju zbog značajnog neslaganja u ponašanju pojedinca i važećih socijalnih normi. Kriterijumi disocijalnog poremećaja ličnosti prema ovoj klasifikaciji (3) su sledeći:

1. Nepoštovanje društvenih normi i obaveza
2. Gruba nezaintersovanost za tuđe emocije
3. Izražen i trajan stav neodgovornosti i nepoštovanja socijalnih normi, zakona i obaveza
4. Nemogućnost učenja iz iskustva, izmenjeno ponašanje je nemoguće korigovati čak ni kažnjavanjem
5. Nizak prag tolerancije na frustracije i ispoljavanje agresije praćene nasiljem
6. Okrivljavanje drugih za sopstveno neprihvatljivo ponašanje ili racionalizacija ponašanja koja ih dovode u konflikt sa društvom

Dodajmo da u MKB-10 sistemu disocijalni poremećaj ličnosti ima naznaku da poremećaj ponašanja u detinjstvu ili adolescenciji potvrđuje dijagnozu, iako ne mora biti uvek prisutan. Takođe, disocijalni poremećaj ličnosti uključuje amoralni, antisocijalni, psihopatski i sociopatski poremećaj ličnosti, dok isključuje poremećaj ponašanja i emocionalno nestabilni poremećaj ličnosti.

Jedna od osnovnih kritika upućenih MKB-10 sistemu klasifikacije koji se odnosi na disocijalni poremećaj ličnosti je upravo u njegovom određenju koje uključuje između ostalog antisocijalnu, psihopatsku i sociopatsku ličnost. Sličnu situaciju primećujemo i u DSM sistemu, što dovodi do konfuzije u upotrebi ovih priznatih i najkorišćenijih sistema klasifikacije, odnosno do ravnopravnog korišćenja ovih termina.

Napomenimo, da je u Republici Srbiji MKB-10 prihvaćena kao službena klasifikacija, kao i u većini evropskih zemalja.

2. Epidemiologija antisocijalnog poremećaja ličnosti

Osobe sa antisocijalnim poremećajem ličnosti su prisutne u masovnoj populaciji sa oko 3-4% (1, 57, 58, 59). Autori uglavnom pružaju podatke o prevalenci koji se kreću oko 3% muške populacije i 1% ženske populacije do neverovatnih 30% za mušku odnosno 10% za žensku populaciju, što nas vodi zaključku kako naznačava Stout (60) da u najboljem slučaju jedna od dvadesetpet osoba je upravo osoba sa antisocijalnim poremećajem ličnosti.

Kriminalna populacija je specifičnija od masovne, te u penalnim ustanovama primećujemo prisustvo osoba sa antisocijalnim poremećajem ličnosti znatno češće. Neki autori (27, 61) potvrđuju u svojim istraživanjima da oko 15% osuđenika i oko 7.5% osuđenica ima dijagnozu antisocijalnog poremećaja ličnosti. Momirović (62) navodi da 67% osoba u penalnim ustanovama su psihopate.

U pogledu rodnih razlika epidemiološka slika antisocijalnog poremećaja ličnosti je od izuzetne važnosti za dalje istraživanje ovog poremećaja. Prevalenca antisocijalnog poremećaja ličnosti kod žena je drastično niža nego kod muškaraca. Naime, neka od dominantnih obeležja antisocijalnog poremećaja ličnosti su pol i uzrast. Najveći broj istraživanja potvrđuje da su osobe sa antisocijalnim poremećajem ličnosti uglavnom muškarci mlađe životne dobi (63, 64).

Prevalenca antisocijalnog poremećaja ličnosti takođe je razmatrana sa aspekta urbanih i ruralnih razlika. Ustanovljeno je da najveći broj osoba sa antisocijalnim poremećajem ličnosti živi u gradovima, te da je ovaj poremećaj u ruralnim područjima gotovo zanemarljiv (64, 65).

Niži socijalni status je dugo smatran obeležjem antisocijalnog poremećaja ličnosti, pa i njegovim glavnim uzrokom. Robinson (66) u svojoj longitudinalnoj studiji, nije pronašla vezu između nižeg materijalnog statusa i antisocijalnog poremećaja ličnosti, nezavisno od prisustva kriminaliteta kod roditelja, posebno kriminaliteta oca kao bitnog faktora rizika. Vaillant i Vaillant (67) u svojoj longitudinalnoj studiji, zaključuju da je većina osoba koje su odrastale u uslovima siromaštva, kasnije u životu su ulagale napore da prevaziđu takvu materijalnu situaciju i izdignu se na socijalnoj lestvici sopstvenim radom i obrazovanjem, ne manifestujući antisocijalno ponašanje i ne čineći zakonom zabranjena dela.

3. Konceptualne kontroverze antisocijalnog poremećaja ličnosti

3.1. Antisocijalni poremećaj ličnosti ili sociopatija

Proučavanje antisocijalnog poremećaja ličnosti često biva otežano postojanjem brojnih termina koji se koriste kao sinonimi za ovaj pojam. Hare (19) navodi da upravo od upotrebe određenog termina kojim nazivamo psihopatiju (ovo je termin za koji je opredeljen autor) mi zapravo prezentujemo naš kurs u istraživanju ovog fenomena, polazišta o uzrocima i determinantama poremećaja.

Sociopsihološki usmereni autori, ali i brojni autori kriminološke i sociološke orijentacije najčešće se opredeljuju za termin "sociopatija", smatrajući uticaj socijalnih faktora presudnim te snagu najranijih iskustava u zajednici neprikosnovenom.

Sociopatija je često korišćen termin, uglavnom od strane autora sociopsihološke i sociološke orijentacije. Pobornici ovog termina smatraju da u osnovi ovaj poremećaj jeste socijalne geneze, da pokriva širok spektar društvenih, kulturnih i etičkih kategorija, i da je jedinstven po svojim postajanim antidruštvenim, kontrakulturalnim i neetičkim manifestacijama.

Prema nekim definicijama (20) sociopatija je “opšti termin za bilo koju vrstu negativističkog odnosa prema socijalnoj sredini, bilo u individualnom, bilo u grupnom obliku. Podrazumeva se ne samo odstupanje od uobičajenih normi, već i devijantnost ili morbidnost ponašanja. Oblik psihopatije sa izrazitijim antagonističkim odnosom prema društvu.” Upravo zbog isključivog insistiranja na faktorima socijalne sredine kao dovoljnim za nastanak i razvoj sociopatije, ovaj konstrukt je izložen brojnim kritikama stručne javnosti. S druge strane, zagovornici korišćenja termina sociopatija uz podržavanje prosocioloških položaja u pogledu etiologije poremećaja, kao jedan od argumenta uzimaju samu jasnoću pojma. Naime, korišćenjem termina sociopatija nemoguće su greške i mešanje ove pojave sa psihozama ili psihotičnim stanjima što je bio čest slučaj sa daleko korišćenijim pojmom “psihopatija”.

U Oksfordskom psihijatrijskom rečniku (22) sociopatija je definisana kao:

1. Termin koji se generalno koristi za označavanje patološkog stava prema okruženju, uključujući kriminalitet i skitnju kao neke od manifestacija sociopatije
2. Patologija ili abnormalnost čitavog društva ili nekih njegovih segmenata

Opisujući sociopatsku ličnost Reber (21) navodi da je u pitanju ličnost koja prvenstveno nema mogućnost uspostavljanja socijalnih veza što se manifestuje njenim antisocijalnim ponašanjem, te je socijalna komponenta ovog poremećaja od presudnog značaja. Uzimajući snažne uticaje faktora društvene sredine kao neophodne za nastanak ovog poremećaja, sociopatiju nekada možemo posmatrati kao istovremeno stanje većeg broja ljudi, ili kako neki autori (20) navode mogućnost postojanja “grupne sociopatije”. Ukoliko sociopatija ima “grupni oblik”, funkcioniše prema određenim “pravilima” i pokazuje određene

oblike organizovanosti, onda ona svakako postaje patologija društva u celini i predstavlja složen socijalni problem.

Predstavljena na ovaj način sociopatija zaista deluje kao pojam isključivo okrenut socijalnoj genezi poremećaja i objašnjenjenjima da faktori društvene sredine su jedini i neophodni da do ovog poremećaja uopšte dođe.

Od posebne važnosti za dileme vezane za upotrebu termina i uopšte pojam sociopatije je rad David Lykken-a (23), koji razlikuje psihopatiju (uzrokovanu genetskim činiocima) od sociopatije (koja je rezultat faktora sredine, posebno pogubnog uticaja disfunkcionalne porodice). On smatra da je manji broj osoba antisocijalnog ponašanja rođen sa psihopatskim predispozicijama i da su oni samo delić daleko šire slike ovog problema, dok mnogo veći broj osoba „poprima“ karakteristike psihopata usled neadekvatne socijalizacije, nemogućnosti roditelja da obave vaspitačku i socijalizatorsku ulogu, nepotpune porodice, posebno nedostatka oca, neželjenosti i odbacivanja.

Interesujući se za ogroman porast kriminala u Americi, autor se bavio proučavanjem porodice i načinom odrastanja dece u ovoj zemlji. Lykken zapaža da većina dece postaju socijalno neadekvatne odrasle osobe usled neprimernog vaspitanja, ova deca se nikada ne nauče empatiji, altruizmu, odgovornosti. Takođe, poredeći moderne američke porodice sa tradicionalnim, smatra da su ove druge u prednosti jer proces vaspitanja mladih je u njima olakšan zahvaljujući mnogobrojnim rođacima van nuklearne porodice (babama, dedama, tetkama, stričevima, ujacima i drugom rođacima) koji mogu da se posvete detetu, ukoliko roditelji nisu u toj mogućnosti. Deca koja odrastaju samo sa roditeljima koji i sami mogu biti nesocijalizovani i antisocijalni, bez šire porodice, imaju najveću šansu za razvoj sociopatije.

Autor koristi termin sociopatija jer opisuje „nesocijalizovani karakter koji je posledica roditeljskih grešaka, daleko češće nego specifičnog temperamenta“ (23). S druge strane, sociopata će skoro sigurno biti loš roditelj i za decu takvih roditelja to će biti dupli hendikep (pogubno antisocijalno okruženje opterećeno sa verovatno „teškim temperamentom“). Na osnovu ovih analiza Lykken iznosi

vrlo originalnu teoriju o reformi porodice, odnosno potrebi za uvođenjem svojevrsne „licence za roditelje“, označavajući time disfunkciju porodice, odnosno roditelja, glavnim krivcima za nastanak sociopatije i sociopatskog kriminala uopšte.

Licenca za roditeljstvo je zapravo pokušaj planiranja poželjnog modela porodice koji uključuje oba roditelja, zrela i stabilna, materijalno obezbeđena, dakle kompetentna u svakom pogledu za odgovorno i uspešno staranje o deci, što bi prema Lykken-ovoj teoriji trebalo da predstavlja stabilno polazište za dalju, uspešnu afirmaciju u budućem društvenom životu.

Pri razmatranju uticaja neposrednog socijalnog okruženja za nastanak sociopatije, Lykken uz poklanjanje najviše pažnje nesocijalizovanim, neodgovornim, indiferentnim roditeljima, upućuje i na uticaj prokriminalnog susedstva, kraja u kojem dete odrasta, uticaju vršnjaka sa psihopatskim ponašanjem i sl. (24).

Pri razlikovanju ova „dva antisocijalna stanja“ (sociopatije i psihopatije), autor govori o odsustvu straha kao glavne karakteristike oba stanja. Iako primarne sociopate, nisu ni anksiozne, ni strašljive, i prilično su teške za socijalizaciju, ipak proces socijalizacije nije nemoguć kod njih. Ovakve osobe uz adekvatne roditelje i dobro vaspitanje mogu postati čak i poželjne za društvo (npr. hrabre, inovativne i socijalizovane). Otuda i nastaje Lykkenova kategorija nekriminalnih (kreativnih sociopata).

Mogli smo da primetimo da se pojam sociopatije više fokusira na devijantno i kriminalno ponašanje usmereno prema društvenoj zajednici, na neki način zapostavljajući osobine ličnosti, njenu strukturu i dinamiku. U odnosu na pojam psihopatije koja je sa etiološkog stanovišta bliža biološkim (naslednim, genetskim) činiocima, etiologija sociopatije je usmerena na faktore socijalne sredine.

Slično nekim segmentima konstrukta antisocijalni poremećaj ličnosti, tako se i konstruktu sociopatija zamera isključivost, ograničenost i česta istraživanja vršena u penalnim institucijama, u kojima prema datim kriterijumima

sociopatije najveći broj osuđenika ispunjava uslove upravo ovog poremećaja, bez osvrta na ličnost proučavanih subjekata.

3.2. Antisocijalni poremećaj ličnosti ili psihopatija

Psihopatija je prvi poremećaj ličnosti prepoznat u psihijatriji, sa dugom istorijom upotrebe ovog termina u medicini i pravu, koja poslednjih decenija postaje nešto ređa. Psihopatija predstavlja dijagnostički restriktivniji pojam od pojma antisocijalni poremećaj ličnosti. Međutim uz bihevioralne pokazatelje ovaj pojam u osnovi se prvenstveno bazira na uzrocima indikativnih bihevioralnih manifestacija za ovaj poremećaj. Dakle, polazišta autora pri proučavanju psihopatije su izučavanje same ličnosti, njene strukture i dinamike.

Prvobitno uzrok psihopatije nije bio povezan sa društvenom sredinom odnosno neadekvatnom socijalizacijom. Usled problematične ili neuspešne socijalizacije dolazi do konflikta sa sredinom koji rezultira antisocijalnim ponašanjem, a koje je već opterećeno nemoralnošću, nedostatkom afekata i smanjenom anksioznošću ovih osoba. Na ovaj način se više približavamo opisu antisocijalnog poremećaja ličnosti, nego psihopatije, iako oba pojma pokrivaju široko polje interakcija ličnosti i posebnih uslova socijalne sredine, sa razlikom kojim faktorima daju prednost kao dominantnim za nastanak ovog poremećaja.

Jedan od vodećih naučnika u istraživanju psihopatije je kanadski psiholog Robert Hare, tvorac jednog od prvih instrumenata za utvrđivanje psihopatije. Hare je inspirisan radom američkog psihijatra Hervey Cleckley i njegovim definisanjem psihopatske ličnosti (25) u poznatoj knjizi objavljenoj prvi put 1941. godine "Maska zdravlja" ("Mask of the Sanity"), konstruisao svojevrstu listu za proveru prisustva psihopatije (PCL - Psychopathy Check List).

Spomenimo da jedan od vodećih istraživača u ovoj naučnoj oblasti kakav je bio Hervey Cleckley u "Maski zdravlja" daje detaljne karakteristike psihopatske ličnosti koje su slobodno možemo reći temelj današnjeg shvatanja psihopatije. Najveći doprinos Cleckley-a u odgonetanju problema psihopatije je njegov

profil psihopata, odnosno opis osnovnih psihopatskih crta: površan društveni šarm; dobra inteligencija; odsustvo sumanutih ideja i drugih znakova iracionalnog mišljenja; nedoslednost; nepouzdanost; neiskrenost; neosećanje krivice; bezrazložno asocijalno ponašanje; nemogućnost učenja iz iskustva; patološka egocentričnost; nesposobnost da vole; neodgovornost; upadljivo, svađalačko i neočekivano ponašanje pri konzumiranju alkohola; emocionalna tupost; neispunjen i neintegrisan lični život (25).

Hare u svojim istraživanjima pravi razliku u terminima antisocijalni poremećaj ličnosti i psihopatija, opredeljujući se za drugi. Hare negira prisustvo socijalnih faktora u genezi psihopatije, posebno kao posledice nefunkcionalnih, neintegrisanih porodica odnosno na globalnom nivou kao posledice velikih društveno-ekonomskih potresa.

Jedan od najznačajnijih dometa ovog autora je izrada alternativnog dijagnostičkog instrumenta za ispitivanje psihopatije u odnosu na postojeće formalne klasifikacije (DSM i ICD (MKB) sisteme) - Psychopathy Check List (PCL). Autor je na osnovu Cleckley-eve liste karakteristika psihopata, odredio 20 ajtema u skali zasnovanoj na podacima iz dokumentacije i intervjuu. Hare-ovu kontrolnu listu psihopatije čine sledeći ajtemi: 1. neiskrenost/površan šarm; 2. prethodne dijagnoze psihopatije; 3. egocentričnost/grandiozan osećaj sopstvene vrednosti; 4. sklonost dosadi; 5. patološka sklonost laganju i varanju; 6. varanje i manipulativnost; 7. oskudica afektivne i emocionalne dubine; 8. nedostatak empatije/bezobzirnost; 9. nedostatak griže savesti i osećaja krivice; 10. parazitski način života; 11. loša kontrola ponašanja, eksplozivnost; 12. promiskuitetno ponašanje; 13. rani problemi u ponašanju; 14. nedostatak realističnih, dugoročnih planova; 15. impulsivnost; 16. neodgovorno ponašanje kao roditelja; 17. nedostatak preuzimanja odgovornosti za sopstvena dela; 18. veliki broj brakova; 19. maloleetnička delinkvencija; 20. kršenje uslovnog otpusta, bekstvo; 21. mnogobrojne i različite kriminalne radnje; 22. zloupotreba droge i alkohola (26).

Hare je kasnije izvršio reviziju svoje liste skrativši je odstranjivanjem ajtema br. 2 i 22 (PCL-R) (27). Hare-ova skala psihopatije će naići na izuzetno dobar prijem stručne javnosti, i imati široku primenu u praksi. U daljim poboljšavanjima skale, nastaće i 12-ajtemska skala (PCL:SV) kao skraćena verzija instrumenta za dijagnostikovanje psihopatije u kliničkim uslovima. Hare i saradnici konstruisaće uz manje modifikacije i skalu za dijagnostikovanje psihopatije kod dece i mladih PCL:YV (12-18 godina) i P-SCAN (od 13 god.) (28). Ove skale pomažu stručnjacima pri distinkciji dece psihopata i dece sa drugim bihevioralnim problemima, uz to zahvaljujući ovakvom testiranju mogu se utvrditi koja to ponašanja i osobine ličnosti koje se primećuju u detinjstvu su indikativna za kasniju, adultnu psihopatiju.

Psihopatija kao termin koji postoji više od dve stotine godine sa sigurnošću je davao smernice čitavim generacijama istraživača ove naučne oblasti sa akcentom na patološki razvijenu ličnost, njenu strukturu i dinamiku. S druge strane pojam antisocijalni poremećaj ličnosti insistira na formiranju ličnosti pod uticajem nepovoljnih socijalnih faktora koji mogu da se nadograde na urođenu patološku osnovu ličnosti, ali dopuštaju mogućnost da i samostalno dovode do patologije. Kritičari ovih polazišta uglavnom navode primere najozbiljnijih oblika psihopatije kod kojih psihopatska ličnost je stvorena uprkos povoljnom socijalnom okruženju.

Kriterijumi za psihopatiju su više usmereni ka kognitivnom i emocionalnom nivou, a manje ka samom ponašanju. Antisocijalni poremećaj ličnosti jeste dijagnostički inkluzivniji pojam od psihopatije, iako je fokusiran na socijalno devijantno ponašanje, posvećen je i ličnosti ispitanika, koja je ključ za razumevanje brojnih bihevioralnih indikatora ovog poremećaja. Takođe, pod pojmom antisocijalni poremećaj ličnosti se u pogledu etiologije podrazumeva i uvažavanje uticaja različitih činilaca poremećaja (bioloških, psiholoških i socioloških) o čemu ćemo reći nešto više u narednom odeljku.

4. Etiologija antisocijalnog poremećaja ličnosti

4.1. *Biološka osnova antisocijalnog poremećaja ličnosti*

Biološki faktori antisocijalnog poremećaja ličnosti uglavnom se odnose na potencijalne genetske, neurofiziološke, neuroanatomske i hormonske činioce ovog poremećaja. Biološki faktori nekada mogu biti prouzrokovani delovanjem sredinskih faktora kakve su virusne i bakterijske infekcije u najmlađem dobu, telesne traume i ponašanje majke u trudnoći koje ugrožava plod.

Najčešća istraživanja urođenih predispozicija ka antisocijalnom poremećaju ličnosti su bihevioralno-genetička istraživanja. Svoju potvrdu ovakva istraživanja su pronalazila u analizama ličnosti blizanaca i usvojene dece. Polazišta brojnih studija blizanaca uglavnom su zasnovana na izučavanju monozigotnih blizanaca zbog njihove identične genetske strukture i dizigotnih blizanaca čija genetske struktura nije identična ali su sredinski uslovi isti, poput onih kod monozigota (29). Hipoteze ovakvih istraživanja su bazirane na pretpostavkama da kod monozigotnih blizanaca su veće korelacije ukoliko postoje nasledni uticaji na osobine ličnosti. Neka od ovih istraživanja su kao rezultat dobijala visoku heritabilnost, poput Baker i sar. (30) sa indeksom 0.96 za heritabilnost simptoma antisocijalnog ponašanja.

Longitudinalna studija iz 1995. godine koju objavljuju Lyons i sar. (31) pratila je 3226 parova muških blizanaca pronađenih u registru osoba koje su služile u američkim oružanim snagama tokom Vijetnamskog rata. Autori su izdvojili osam značajnih simptoma: neprihvatanje socijalnih normi; agresivnost; impulsivnost; neispunjavanje finansijskih obaveza; bezobzirnost; nemogućnost stalnog zaposlenja; poligamija; nedostatak kajanja. Poredeći simptome antisocijalnog poremećaja ličnosti u odraslom dobu i prethodne maloletničke delinkvencije ispitanika, u odraslom dobu korelacija između monozigotnih blizanaca je bila 0,47, a kod dizigotnih blizanaca 0,27. U maloletničkom periodu pokazao se izuzetno mali uticaj genetske osnove na poremećaj ponašanja, jer je

za monozigotne blizance korelacija iznosila -0,38 dok je za dizigotne blizance bila -0,33.

Uticaj gena monoaminooksidaze A na antisocijalni poremećaj ličnosti je potvrđen u istraživanju koje su sproveli Caspi i saradnici (32). Gen monoaminooksidaza A aktivno učestvuje u razgradnji neurotransmitera noradrenalina, dopamina i serotonina osetljivih na stres koji mogu dovesti do agresivnog ponašanja. Rezultati ove studije govore da osobe sa nižim aktivnostima gena monoaminooksidaze A imaju znatno veći rizik za nastanak antisocijalnog poremećaja ličnosti pod uslovom da su bile izložene stresu u ranijem životnom dobu u odnosu na ispitanike sa visokim nivom monoaminooksidaze A, ali koji nisu bili izloženi stresu u ranoj životnoj dobi. Takođe, rezultati ove studije potvrđuju da ispitanici sa niskim aktivnostima monoaminooksidaze A bez izloženosti ranim stresorima ne predstavljaju riziko grupu za razvoj antisocijalnog poremećaja ličnosti. Ovim istraživanjem Caspi i saradnici su potvrdili i snažnu interakciju genetskih predispozicija sa sredinskim faktorima.

Istraživanja genetske osnove antisocijalnog poremećaja ličnosti često se vrše i kroz takozvane studije usvojenja, odnosno proučavanjem usvojene dece. Najčešće ove studije se bave identifikovanjem bioloških roditelja usvojenog deteta, da bi se moglo vršiti dalje poređenje ponašanja usvojene dece, bioloških roditelja kao i roditelja usvojitelja.

Jednu od najvećih longitudinalnih studija usvojenika su sproveli Mednick i saradnici (33). Ova studija je imala uzorak od 14427 svih usvojenih osoba ženskog i muškog pola u Danskoj u periodu 1924-1947. godine. U finalnom uzorku izdvojeno je 4065 muškaraca, kod kojih je utvrđeno da najveći broj usvojenika koji je osuđen za jedno krivično delo je dolazio iz grupe koju su činili usvojenici čiji i biološki i roditelji usvojitelji su potvrđeni kao kriminalci (24,5%). Ovu grupu je sledila sledeća grupa muškaraca koji imaju počinjeno krivično delo, i čiji biološki roditelji su kriminalci, ali ne i usvojitelji (20%). Slede ih usvojenici sa biološkim roditeljima koji nisu osuđivani zbog krivičnih

dela, ali čiji roditelji usvojitelji jesu (14,7%). Najmanja stopa kriminaliteta je bila prisutna kod muških usvojenika čiji ni biološki roditelji, ni roditelji usvojitelji nisu bili kriminalci (13,5%).

Neuroanatomska proučavanja etiologije antisocijalnog poremećaja ličnosti usmerena su najčešće ka pronalaženju veze između ovog poremećaja i povreda frontalnog korteksa. Mnoštvo je istraživanja koja su pokušala da utvrde vezu frontalne patologije i poremećaja ličnosti i ponašanja, uključujući i povezanost sa nastankom antisocijalnog poremećaja ličnosti.

Slučaj pacijenta nazvanog EVR, koji je u trideset petoj godini života operisao tumor na mozgu, u frontalnoj regiji, i kod koga će po uklanjanju tumora (odstranjivanja delova frontalnih režnjeva), se javiti drastične promene u ličnosti i ponašanju je dragocena studija slučaja na kojoj su radili Eslinger i Damasio (34). EVR je pokazivao nemogućnost učenja iz iskustva (na greškama i kaznama), teškoće pri zadržavanju radnog mesta, stalno je menjao seksualne i bračne partnere, katastrofalno je upravljao novcem i imovinom što ga je dovelo do bankrotstva. Pacijent EVR je razvio i niz socijalno neprihvatljivih osobina koje pre intervencije nije pokazivao. Na osnovu ovakvog ponašanja autori uviđaju poklapanje sa sociopatskim poremećajem ličnosti iz tada aktuelne DSM-III klasifikacije, i ovakvo stanje nazivaju „stečenom sociopatijom“ zbog javljanja u odraslom dobu nakon moždanog oštećenja. Damasio (35), ističe razliku između „stečene“ i „razvojne“ sociopatije. Kao glavno obeležje „stečenih sociopata“ autor navodi nekadašnju mogućnost socijalno prihvatljivog ponašanja, koja kod „razvojnih sociopata“ u potpunosti izostaje. Damasio ističe da najviše problema zbog sociopatskog ponašanja imaju stečene sociopate. Za razliku od njih, razvojne sociopate predstavljaju problem za svoju sredinu, dok lično ne doživljavaju svoje stanje kao problematično, pogrešno ili uznemirujuće jer je ono zapravo njihov modus vivendi.

Proučavanja neuroloških aspekata psihopatije često su usmerena ka istraživanju problema funkcionisanja moždanih hemisfera osoba sa antisocijalnim poremećajem ličnosti. Ove studije su uglavnom bile okrenute

utvrđivanju izvesnih abnormalnosti leve moždane hemisfere. Leva moždana hemisfera zadužena je za verbalnu komunikaciju i jezik, kao i analizu primljenih informacija, dok desna hemisfera kontroliše neverbalne funkcije, bitna je za razumevanje, kompleksno shvatanje i obradu primljenih podataka. Verbalna komunikacija osoba sa antisocijalnim poremećajem ličnosti sa posebnim osvrtom na nedoslednost onoga što govore i čine je predmet istraživanja neurološke baze ovih pacijenata sadržajno obrazložen u radovima Hervey Cleckley-a. Cleckley (25) ovu neusaglašenost rečenog i učinjenog, koja deluje kao neraspoznavanje značenja izgovorenih reči, naziva „semantičkom demencijom“.

Sporost moždane aktivnosti sa odloženim kortikalnim sazrevanjem kod pacijenata sa antisocijalnim poremećajem ličnosti, se dovodi u vezu sa antisocijalnim, nasilničkim i agresivnim ponašanjem koje pokazuje tendenciju stagniranja kako osobe koje ga manifestuju postaju starije, što se objašnjava činjenicom da korteks nekih od ovih pacijenata usporenije i kasnije sazreva od mozga pripadnika masovne populacije (36).

Neke od studija iz oblasti psihofiziologije koje su bile usmerene na istraživanje veze anksioznosti i fizioloških problema osoba sa antisocijalnim poremećajem ličnosti ispitivale su galvansku reakciju ovih pacijenata sa emocionalnim pobuđivanjem kožnim draženjem, kao i smanjenu autonomnu aktivnost (37, 38). Potvrđeno je da je kožna provodljivost ovih pacijenata daleko niža u odnosu na masovnu populaciju. Ispitivanjem galvanske reakcije Hare je utvrdio da antisocijalne osobe imaju niži nivo napetosti u stresnim situacijama, i zahvaljujući ovoj adaptiranosti na stres, mnogo bolje podnose ovakve situacije od masovne populacije, i daleko brže se od njih oporavljaju. Zbog toga osobe sa antisocijalnim poremećajem ličnosti u procesu učenja nisu prvenstveno motivisane napetošću i strahom od greške, te stoga teže uče na svojim greškama i nastavljaju da se ponašaju problematično.

U pogledu uticaja hormona na razvoj antisocijalnog poremećaja ličnosti, povišene vrednosti testosterona kod muškaraca su najčešće analizirani

problem. Istraživanja su vršena na prestupničkoj ali i masovnoj populaciji. Zajedničko za ova istraživanja je utvrđen povišeni nivo testosterona kod ispitanika koji su manifestovali agresivno, nasilničko i antisocijalno ponašanje (39).

Kod žena se uticaj delovanja hormona na antisocijalno ponašanje uglavnom proučavao istraživanjem nivoa estrogena, progesterona i prolaktina. Meloy navodi da je većina ispitanica u penalnim ustanovama dela za koja se terete, (najčešće nasilne zločine), činila u predmenstrualnom periodu (40).

4.2. Psihološka osnova antisocijalnog poremećaja ličnosti

Istraživanja psihološke osnove antisocijalnog poremećaja ličnosti bazirana su na proučavanju konativnih i kognitivnih karakteristika ličnosti ispitanika. Kao najčešće izučavana konativna karakteristika izdvaja se agresivnost, dok kod kognitivnih karakteristika najviše istraživanja je usmereno ka smanjenim intelektualnim sposobnostima ispitanika sa antisocijalnim poremećajem ličnosti, ali i procesu učenja. Takođe, ova istraživanja su bila orijentisana i na moguće uticaje najranijih životnih iskustava u porodičnom okruženju na dalje manifestacije ovog poremećaja.

Veza antisocijalnog poremećaja ličnosti i nižeg nivoa inteligencije je potvrđena u nekim istraživanjima (41, 42), uprkos tome postoje brojne studije koje ovu vezu nisu prepoznale ili su došle do dijametralno suprotnih zaključaka koji govore o nadprosečnoj inteligenciji ove populacije (43, 25).

Problem agresivnosti uglavnom je praćen impulsivnošću i psihoticizmom ove populacije. Visok psihoticizam je centralna osobina za izučavanje antisocijalnog poremećaja ličnosti, zbog njegovih karakteristika kakve su agresivnost, impulsivnost, antisocijalno ponašanje, odsustvo osećanja krivice, nepostojanje anksioznosti. Psihoticizam je izuzetno dobar prediktor antisocijalnog ponašanja posebno mladih osoba, a kao objašnjenje se uzima njegova osnovna karakteristika - impulsivnost, koja je najviša kod mlađe populacije, i koja vremenom opada, pa je kod odraslih osoba sa antisocijalnim poremećajem

ličnosti daleko niža (44). Spomenimo da visok psihoticizam može biti prediktor i najtežih oblika kriminala, pre svega ubistava i drugih krvnih i seksualnih zločina.

Engleski psiholog Eysencek je služeći se rezultatima faktorske analize konceptualizovao model koji sadrži tri dominantne dimenzije ličnosti – psihoticizam, neurotizam i ekstraverziju/introverziju (45). Iako je u početku autor smatrao psihoticizam kao osobinu na osnovu koje će se razlikovati psihoze od normalnih stanja, vrlo brzo zapaža da psihoticizam zapravo vrlo uspešno može da predvidi psihopatsko ponašanje.

Centralna osobina za izučavanje antisocijalnog poremećaja ličnosti je visok psihoticizam zbog karakteristika kakve su agresivnost, antisocijalno ponašanje, impulsivnost, odsustvo anksioznosti.

Uz visok psihoticizam, visoka ekstraverzija i visok neuroticizam su dimenzije ličnosti koje su izražene kod osoba sa antisocijalnim poremećajem ličnosti. Visoka ekstraverzija ometa mogućnost procesa učenja, posebno učenja uslovljavanjem što je u direktnoj vezi sa smanjenom mogućnošću inhibicije nepoželjnog ponašanja. Spomenimo da visok neuroticizam izaziva problematične emocionalne reakcije, posebno u kritičnim situacijama kada je kod ovih osoba izuzetno teško uspostaviti ponovnu ravnotežu (45).

Istraživanja orijentisana na porodične uticaje uglavnom su se bavila ranim negativnim iskustvima u porodičnom okruženju, kao i uticajem razvoda braka i samohranog roditeljstva na javljenje antisocijalnog poremećaja ličnosti. Lykken (24) se posebno bavio proučavanjem samohranog roditeljstva, posebno majki koje samostalno odgajaju decu. Autor je zaključio da samohrano roditeljstvo jeste jedan od mogućih faktora rizika za nastanak antisocijalnog poremećaja ličnosti. Uticaj porodice, posebno ako je u pitanju porodica sa jednim roditeljem, kao i zajednice u celini, prema Lykken-u utiče na to da li će osoba sa poteškoćama u društvenom ponašanju postati i antisocijalna. Negativna socijalizacija kao posledica lošeg roditeljstva, doprineće razvoju antisocijalnog poremećaja ličnosti. Kako je autor primetio čak 53% mladih u penalnim

ustanovama potiče iz porodica u kojima bar još jedan član se nalazi u ustanovi ovog tipa ili je u njoj boravio.

Iz perspektive učenja razvoj antisocijalnog poremećaja ličnosti se može proučavati i analizom self koncepta ovih osoba. Naučeni negativni self koncept je jedna od karakteristika osoba sa antisocijalnim poremećajem ličnosti. Pojam o sebi je usko vezan za najraniji period detinjstva i odrastanja, pri kojem je porodica osnovno okruženje koje učestvuje u formiranju self koncepta najmlađih članova. Slično strategijama socijalnog učenja, deca zahvaljujući povratnom odobravanju odnosno neodobravanju okruženja (porodice) formiraju osećanje lične vrednosti i samopouzdanja kao preduslov budućeg samopoštovanja. Dimenzije self koncepta kakve su svest o sebi, vrednovanje sebe i očekivanja od sebe, dalje utiču na formiranje osećaja lične vrednosti i samopouzdanja kao osnovnih komponenti samopoštovanja.

Formiranje identiteta i predstave o sebi započinje veoma rano i značajno je povezano sa identifikacijom sa roditeljima i drugim bliskim osobama. Nisko samopoštovanje je karakteristično za decu koja su izrazito kritikovana u porodičnom, a kasnije i u školskom i vršnjačkom okruženju; fizički kažnjavana; lišena toplog emocionalnog odnosa sa roditeljima (ljubavi, poštovanja i razumevanja) nasuprot koga odrastaju u rigidnoj sredini koja ignoriše, neprimerno kažnjava ili se podsmeva detetu.

Za proučavanje antisocijalnog poremećaja ličnosti posebno je značajan negativan self koncept, čija osnovna odrednica kakva je nisko samopoštovanje može izazvati impulsivne reakcije; agresivno ponašanje; optuživanje drugih (osoba, okolnosti, društva) za ličnu neuspešnost; neempatiju i neprijateljski odnos prema drugima, ali može dovesti i do precenjenog vrednovanja (grandioznog pojma o sebi) koji se često susreće kod pacijenata sa ovim poremećajem.

Disfunkcionalne porodice ne dozvoljavaju ni malo autonomije najmlađima u pogledu oblikovanja sopstvenog identiteta, što je za naš problem indikativno ukoliko je u pitanju disfunkcionalna porodica. S druge strane ukoliko je

formirani self koncept suprotan porodičnim normama (funkcionalnih porodica), očekivano je da je suprotan i društvenim normama, pa je onda u pitanju self koncept koji negira porodične i društvene vrednosti, te ne ostaje samo na nivou „adolescentnog traženja sebe“, ukazujući na izvesne antisocijalne komponente ličnosti najmlađih članova.

Neprihvatanje očekivanja porodice, odbacivanje njenih normi i odbijanje identifikacije sa roditeljima uglavnom je uzrokovano rigidnom porodičnom atmosferom i represijom. Nedostatak identifikacije sa roditeljima, kao i nedorečenost i nedoslednost porodičnih poruka i vrednosti rezultiraju slabim self konceptom, odnosno problemima u vrednovanju sebe, svesti i znanju o sebi i očekivanjima u odnosu na sebe.

Upravo odbačenost i nepripadanje porodičnom okruženju, kao i disfunkcionalna porodica sa nepovoljnim uslovima odrastanja značajno utiču na razvoj nekih od osnovnih odrednica antisocijalnog poremećaja ličnosti kakve su agresivnost, impulsivnost, egoizam, amoralnost. Uz disfunkcionalnu porodicu i njen uticaj, negativan pojam o sebi se uči i kroz insistiranje na uspehu (koji se ne postiže) od strane školskih autoriteta; ali i uticajem problematičnih vršnjaka; pa čak i preuzimanjem skripta da će uvek biti neuspešni, nepoštovani, nevoljeni.

Negativno ili precenjeno vrednovanje sebe, nejasna svest o sebi odnosno očekivanja od sebe, koje podrazumevaju inferioran ili grandiozan self koncept mogu ozbiljno ugrožavati kontakt sa drugima, uključujući i najbliže okruženje; izazivati probleme u tom odnosu; dovoditi često do agresivnog ili autodestruktivnog ponašanja; kršenja zakona; konstantnog optuživanja drugih zbog svojih neuspeha; suprotstavljanja autoritetima; što nas sve navodi da bi negativan self koncept mogao biti značajan za razvoj antisocijalnog poremećaja ličnosti. Problematičan self koncept uglavnom je praćen nepoželjnim ponašanjem kao jednom od komponenti negativnog doživljaja sebe.

Pojam o sebi, tumačenje događaja, interpretacija doživljenog i predikcija onog što tek sledi, povezivanje sopstvenih misli i osećanja, vrednovanje sebe i dalja

očekivanja od sebe, čini se da su kod osoba sa antisocijalnim poremećajem ličnosti prezasićena osećanjima ljutnje, besa i hostilnosti, što dalje rezultira društveno neprihvatljivim ponašanjem. Zanimljivo je dodati da brojni autori (25, 46, 47, 48) smatraju da osobe sa antisocijalnim poremećajem ličnosti uglavnom imaju grandiozan self koncept, potpuno lišen inferiornosti i sniženog samopoštovanja.

Lilienfeld i Fowler (48) smatraju da osobe sa antisocijalnim poremećajem ličnosti sebe doživljavaju u maksimalno pozitivnom svetlu, nerealno vrednuju same sebe i dominantna su im idealizovana očekivanja. Ovaj grandiozan self koncept psihopata karakteriše samopouzdanje; visoko samovrednovanje; racionalizacija i visoko vrednovanje sopstvenih postupaka, čak i kada predstavljaju grubo kršenje prava drugih. Cleckley (25) čak poredi nerealno visok nivo vrednovanja sebe kod psihopata sa shizofrenim osobama i njihovom nemogućnošću samoposmatranja i uopšte adekvatnog doživljaja sebe. Autor naglašava da psihopate nemaju mogućnost doživljaja sebe, na način na koji ih doživljavaju druge osobe, da je taj kapacitet kod njih potpuno nerazvijen, ili posve nerealan.

Steurwald i Kosson (49) osećanje grandioznosti, visoko samopouzdanje i osećaj lične vrednosti tumače strahom od neuspeha koji imaju osobe sa antisocijalnim poremećajem ličnosti. Strah maskiran osećanjem grandioznosti je nekada odgovoran za agresivna pražnjenja psihopata koja nastaju usled nesklada realnog i idealizovanog sebe.

Nemogućnost osoba sa antisocijalnim poremećajem ličnosti da realno vrednuju sebe pominje i Millon (47) razmatrajući njihovo problematično poimanje stvarno pozitivnog self koncepta u pogledu adekvatne svesti i znanja o sebi, vrednovanju i očekivanju od sebe. Millon zastupa polazište da grandiozni self koncept osoba sa antisocijalnim poremećajem ličnosti odnosno psihopata, je zapravo agresivna forma narcističkog poremećaja ličnosti, uz neke različitosti kakve su upadljivo odsustvo savesti, nedostatak morala i dominacija agresivnosti koje su prisutne kod psihopatije. Drugi istraživači podržavaju vezu

negativnog self koncepta i osoba sa antisocijalnim poremećajem ličnosti, bez obzira da li se radi o niskom samopoštovanju i inferiornosti ili o grandioznom self konceptu koji je lišen osećanja promašenosti i bezvrednosti (46).

4.3. Socijalna osnova antisocijalnog poremećaja ličnosti

Proučavanja socijalnih faktora antisocijalnog poremećaja ličnosti su verovatno najosporovaniji segment izučavanja ovog fenomena, usled brojnih ograničenja ali i kritika ovog pristupa. Najviše zamerki se upućuje svođenju psihičkih fenomena na nivo društvenih dešavanja i socijalnih uticaja. S druge strane pristalice ovog pristupa smatraju da je makro i mikrosocijalno okruženje od esencijalne važnosti za razvoj zdrave ali i patološke ličnosti.

Uticaj socijalnih faktora na nastanak antisocijalnog poremećaja ličnosti se uglavnom istražuje na nivou mikrosocijalnih i makrosocijalnih činilaca. Kao dominantni mikrosocijalni faktori antisocijalnog poremećaja ličnosti najčešće se spominju porodica kao faktor rizika; uticaj škole i obrazovanja; uticaj vršnjačkih grupa, kao i uticaj medija masovne komunikacije.

Makrosocijalni faktori baziraju se na izučavanju velikih društvenih potresa odnosno njihovog uticaja na pojedinca (ekonomske krize, privredne depresije, krize izazvane ratom, društvena i kulturna tranzicija), kao i na analizi kulturnih faktora (kroskulturalne razlike, intrakulturne razlike, smena tradicionalnih modernim društvima, vrednosne orijentacije u društvu). Kao najčešće izučavani demografski faktori izdvajaju se demografska obeležja populacije sa antisocijalnim poremećajem ličnosti (pol, starost, socijalni status), odnosno demografska kretanja stanovništva i eventualni sociodemografski činioci odgovorni za mogućnost javljanja antisocijalnog poremećaja ličnosti kakve su urbano-ruralne razlike, urbanizacija i migracija (50).

Ekonomski faktori koji su najviše razmatrani kao mogući činioci antisocijalnog poremećaja ličnosti odnose se na ekonomsku stabilnost pojedinca i društva u celini. Kao faktori rizika uglavnom se navode nestabilni ekonomski uslovi, krah privrede, tranzicija, velike ekonomske razlike između društvenih slojeva,

divljanje tržišta, korupcija. Ekonomska stabilnost zapravo pomaže postizanju željenih ciljeva, koji se uz zadovoljenje materijalnih potreba odnose i na zadovoljstvo samim sobom, koje izostaje u situacijama ekonomske nestabilnosti. Siromaštvo nije utvrđeno kao faktor antisocijalnog poremećaja ličnosti, pa ipak socioekonomski status pojedinca (uz dve dominantne demografske odlike - pol i uzrast (muški pol i mlađi uzrast)) su neke od značajnih obeležja psihopata, doduše najčešće izučavanih u zavodskim uslovima (50).

Bliski ekonomskoj nestabilnosti su i faktori koji nastaju u toku ratnih dejstava utičući na javljanje brojnih pojava značajnih za nastanak antisocijalnog poremećaja ličnosti. Ratno stanje pre svega uključuju velike ekonomske i društvene poremećaje koji utiču na celokupno stanovništvo. Brojni riziko faktori su u porastu - ekspanzija kriminala, osiromašenje čitavih naroda, velike migracije i javljanje besa i frustracija kod većeg dela stanovništva. Funkcionisanje u ratu je dezorganizovano, od najužeg mikrokruženja kakva je oslabljena porodica do globalnog nivoa koji se odnosi na upravljanje državom.

Društvena dezorganizacija je još jedan od faktora antisocijalnog poremećaja čija se polazišta pronalaze u teoriji anomije francuskog sociologa Emila Dirckema. Neprilagođeno i antisocijalno ponašanje pripisuje se socijalno dezintegrisanim zajednicama za koje je karakteristična kulturna konfuzija, sekularizam, migracije, brze društvene promene, asocijalno i antisocijalno ponašanja u zajednici, manjak društvene saradnje i socijalne kontrole (51).

U pogledu kulturnih razlika i njihovog mogućeg uticaja na antisocijalni poremećaj ličnosti najzastupljenija su razmatranja o kroskulturnim obeležjima i incidenci javljanja poremećaja. Istraživanjem različitih kultura prikupljeno je mnoštvo dokaza o nejednakoj zastupljenosti antisocijalnog poremećaja ličnosti u različitim kulturnim sredinama (52). Kao objašnjenje nesrazmerne distribucije poremećaja uglavnom se kao faktori rizika za veću učestalost navode moderna društva koja favorizuju individualizam i takmičarski duh

naspram tradicionalnih zajednica u kojima preovladavaju kolektivne vrednosti i duh zajedništva.

Rizik za nastanak antisocijalnog poremećaja ličnosti je povećan u situacijama neslaganja između ličnosti i kulturnih vrednosti, sukoba sa matičnom kulturom, pripadnosti potkulturnim ili kontrakulturnim grupama. Primetimo da u nekim situacijama idiocentrični pripadnici zajednice koja neguje tradicionalne i kolektivističke vrednosti mogu biti označeni kao neprilagođeni i antisocijalni, iako to u suštini nisu.

Način shvatanja dominantne kulture dovodi do posebnih obrazaca kulturalnog ponašanja, interakcije sa matičnom kulturom i može dovesti do obrazovanja različitih potkulturnih i kontrakulturnih grupa ukoliko ovim odnosom dominira nezadovoljstvo nekih društvenih slojeva. Eysenck (53) je u svom istraživanju utvrdio da su razlike u ličnosti pojedinaca u istom društvenom sistemu veće od razlika utvrđenih između pripadnika različitih društveno-kulturnih zajednica. Polazeći od Eysenck-ovih rezultata, heterogenost jedne kulture možemo posmatrati kao faktor rizika za javljanje antisocijalnog poremećaja ličnosti, posebno u kontekstu potkulturnih i kontrakulturnih grupa sa sopstvenim sistemom vrednosti koji je često antagonističan dominantnoj kulturi i vrednosnom sistemu koji ona promoviše. Upravo zbog toga je kontrakulturni milje značajan za razvoj antisocijalnog poremećaja ličnosti jer svoj permanentni i uglavnom potpuni konflikt sa dominantnom kulturom i njenim vrednostima prenosi na svoje pripadnike.

Savremeno društvo sa svim svojim osobenostima je uglavnom individualističko, urbano, često kulturno protivrečno i heterogeno sa mnoštvom potkulturalnih grupa koje u njemu egzistiraju kao produkt neadekvatne ili negativne socijalizacije. Društvene deprivacije uočljivije su u modernim zajednicama, kao i brojne manifestacije nezadovoljstva koje moderna društva izazivaju. Kao posledica ovakvog stanja u društvenoj zajednici dolazi do negativne ili neadekvatne socijalizacije koja predstavlja jedan od dominantnih riziko faktora

okruženja u kome pojedinac odrasta i živi za razvoj antisocijalnog poremećaja ličnosti.

4.4. Integralni model etiologije antisocijalnog poremećaja ličnosti

Istraživanjima socijalnih faktora antisocijalnog poremećaja ličnosti najčešće su pridružena istraživanja drugih faktora rizika poput psiholoških i bioloških činilaca poremećaja. Integralnim pristupom proučavanja, sve prednosti biopsihosocijalnih učenja tvore nov model za istraživanje etiologije antisocijalnog poremećaja ličnosti. Polazišta integralnog modela ne favorizuju nijedan samostalni faktor, niti eksplicitno govore o njihovom uticaju, već su usmerena na pronalaženje strukturalne povezanosti i dinamičkog delovanja različitih faktora (54). Prema ovom modelu ne postoje određeni uzroci antisocijalnog poremećaja ličnosti, već samo izvesni biološki, psihološki i socijalni faktori koji u složenoj interakciji pojavu antisocijalnog poremećaja ličnosti čine više ili manje verovatnom (50).

Paris (55) je ukazao da biološki faktori utiču na specifičnost poremećaja ličnosti koji će se razviti kod nekoga, dok su psihološki i socijalni faktori uslovi i povodi, a ne uzroci antisocijalnog poremećaja ličnosti. Navodeći brojne mogućnosti kombinacije ovih faktora, autor smatra da interakcije bioloških i socijalnih faktora, nisu dovoljne da bi samostalno uzrokovale antisocijalni poremećaj ličnosti. Prema Parisovom biopsihosocijalnom učenju ista socijalna sredina može pozitivno, ali i negativno uticati na različite osobe sa različitim osobinama ličnosti. Kao poseban faktor rizika, autor navodi situaciju kada su osobine ličnosti pojedinca u upadljivom neskladu sa socijalnim očekivanjima (55).

Pristup „multinivoa zaštitnih faktora“ je takođe jedno od sveobuhvatnijih etioloških razmatranja antisocijalnog poremećaja ličnosti. U suštini ovaj pristup je proistekao iz integralnog modela razmatranja uzroka poremećaja. Na osnovu istraživanja različito orijentisanih autora prema pitanju etiologije antisocijalnog poremećaja ličnosti, Losel i Bender (56) predstavljaju pristup multinivoa zaštitnih faktora, u kome su objedinili mnoštvo diferentnih polazišta

i orijentacija, na taj način tvoreći i niz zaštitnih biopsihosocijalnih faktora (Tabela 1).

Tabela 1. Multinivo zaštitinih faktora

Genetički faktori	Nedevijantni bliski srodnici, odsustvo molekularno-genetičkih deficita
Prenatalni i perinatalni faktori	Majka antialkoholičar i nepušač u toku trudnoće, porođaj bez komplikacija
Psihofiziološki faktori	Visoko pobuđivanje, nizak testosteron, normalno neurološko funkcionisanje
Faktori temperamenta/ličnosti	Fleksibilnost, inhibicija, ego-rezilijantnost
Faktori kognitivnih sposobnosti	Inteligencija, verbalne veštine, mogućnost planiranja budućnosti
Faktori interakcijskih sposobnosti	Self-kontrola, nedevijantno rešavanje konflikata
Faktori emocija	Kontrola agresivnosti, osećanje krivice, stabilna emocionalna povezanost sa drugima
Faktori motivacije	Motivisanost ka školovanju i radnom angažovanju, specifična interesovanja i hobiji, nezainteresovanost za opijate
Faktori socijalnog razumevanja	Neagresivan odgovor na socijalna traženja, odsustvo neprijateljskih osobina, negativna evaluacija antisocijalnog ponašanja
Faktori samospoznaje	Mogućnost realne samoprocene, efikasnost u prosocijalnom ponašanju, osećaj za zajedništvo
Porodični faktori	Prisutni pozitivni porodični modeli ponašanja, briga, doslednost, sklad, prihvatanje, kontinuiranost u staranju, odsustvo porodičnog odbacivanja

Nastavak Tabele 1. na str. 32.

Faktori škole i obrazovanja	Školski uspeh, prihvatanje školskih obaveza, organizacija, nadzor u obrazovnim ustanovama
Faktori vršnjačke grupe	Nedelinkventni vršnjaci, podrška bliskih prosocijalnih prijatelja
Faktori intimnog partnera	Prosocijalan partner, partnerska podrška, skladna veza/brak
Faktori duhovnosti	Moralnost, religiozna orijentacija
Ekonomski faktori	Srednja klasa, ekonomska stabilnost, smanjena nejednakost između bogatih i siromašnih slojeva stanovništva
Faktori zajednice	Dobar socioekonomski milje, integrisano i neviolentno komšijsko okruženje
Faktori medija masovne komunikacije	Niska izloženost agresivnim sadržajima iz medija, praćenje medija uz porodičan dogovor i nadzor
Faktori socijalne kontrole	Postojanje formalne i neformalne socijalne kontrole, pojačana zaštita stanovništva, podrška žrtvama
Faktori zakona	Pojačana kontrola vatrenog oružja i droge, efikasno sankcionisanje krivičnih dela
Kulturalni faktori	Tradicija prosocijalnih vrednosti; orijentacija na razvijanje odgovornosti, osećanja krivice i srama; moralnost; nizak nivo nasilja i agresivnog ponašanja

Losel i Bender (56) su ovako koncipiranim multinivoom zaštitnih faktora zapravo predstavili biopsihosocijalni okvir za proučavanje etiologije antisocijalnog poremećaja ličnosti. Sva etiološka polazišta predstavljena kroz genetički i fiziološki, odnosno nivo ličnosti i nivo uže i šireg društvenog okruženja, prezentuju snažnu povezanost različitih faktora koji mogu imati uticaj na antisocijalni poremećaj ličnosti.

III. Bipolarni afektivni poremećaj

1. Definisanje bipolarnog afektivnog poremećaja

Bipolarni afektivni poremećaj spada u široku grupu bolesti poremećaja raspoloženja. Prema navodima Svetske zdravstvene organizacije (3) poremećaji raspoloženja zauzimaju četvrto mesto na listi najurgentnijih zdravstvenih problema opšte populacije. Za razliku od unipolarne depresije za koju je karakteristična isključivo epizoda sniženog raspoloženja, bipolarni afektivni poremećaj se sastoji od faza depresije i faza manije. Za bipolarni afektivni poremećaj su karakteristične epizode povišenog raspoloženja, povećane aktivnosti i energije (manija i hipomanija) i sniženog raspoloženja sa fazama tuge i smanjene aktivnosti (depresije) koje se smenjuju.

Za ovu patologiju raspoloženja karakteristično je smenjivanje epizoda povišenog i sniženog raspoloženja uz prisutnu promenu nagonskih dinamizama, volje i mišljenja (68). Smenjivanje epizoda manije i depresije može predstavljati kontinuum kada izostaju periodi stabilnog raspoloženja, već ove krajnosti nastaju jedna iz druge, ali češće postoje mirni periodi između faza manije i depresije, ili periodi mirovanja koji nastupaju nakon ovih faza (69).

1.1. Definisanje bipolarnog afektivnog poremećaja u DSM sistemu

Postavljanje dijagnoze bipolarni afektivni poremećaj prema klasifikaciji Američkog udruženja psihijatara DSM -V (4) temelji se na osnovu utvrđivanja određenih kriterijuma koji predstavljaju izvesne simptome oboljenja, dužinu trajanja tih simptoma, kao i eventualno prisustvo drugih simptoma čije bi postojanje moglo da ovu dijagnozu isključi. Na osnovu kriterijuma koje pruža DSM - V kategorizacija (4) bipolarni afektivni poremećaj uključuje bipolarni poremećaj tip I, bipolarni poremećaj tip II, ciklotimiju i nedefinisani bipolarni poremećaj (prema DSM - IV klasifikaciji (13) nespecificovani bipolarni poremećaj).

Bipolarni poremećaj tip I je klasifikovan na: bipolarni poremećaj tip I sa poslednjom depresivnom epizodom; bipolarni poremećaj tip I sa poslednjom hipomaničnom epizodom; bipolarni poremećaj tip I sa poslednjom mešanom epizodom; bipolarni poremećaj tip I sa jednom maničnom epizodom. Na osnovu ovih kriterijuma možemo zaključiti da bipolarni poremećaj tip I uključuje najmanje jednu maničnu epizodu sa ili bez depresije.

Bipolarni poremećaj tip II na osnovu kriterijuma Američkog udruženja psihijatara u DSM-V klasifikaciji (4) uključuje najmanje jednu hipomaničnu epizodu sa prisustvom depresije.

Na osnovu kriterijuma DSM-V (4) klasifikacije bipolarnog afektivnog poremećaja podrazumeva se da ovaj poremećaj karakterišu najmanje dve ponovljene epizode u toku kojih raspoloženje pacijenta je značajno promenjeno. Depresivne epizode su uglavnom dugotrajnije od maničnih epizoda, dok njihova učestalost kao i remisija variraju kod pacijenata.

Tabela 2. Bipolarni poremećaj u DSM-V sistemu

Bipolarni poremećaj tip I	Najmanje 1 manična epizoda +/- depresivna epizoda
Bipolarni poremećaj tip II	Najmanje 1 hipomanična epizoda + depresivna epizoda
Ciklotimija	Dugotrajni depresivni simptomi + hipomanija

1.2. Definisanje bipolarnog afektivnog poremećaja u MKB sistemu

Međunarodna klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja Svetske zdravstvene organizacije u svojoj aktuelnoj verziji MKB-10 (3) bipolarni afektivni poremećaj svrstava u grupu poremećaja raspoloženja i obeležava ga šifrom F31.

Uz bipolarni afektivni poremećaj klasifikacija MKB-10 u grupu poremećaja raspoloženja uključuje i manične epizode, depresivne epizode, rekurentni depresivni poremećaj, stalne poremećaje raspoloženja – ciklotimiju i distimiju, kao i nedefinirani poremećaj raspoloženja.

Prema navodima MKB-10 (3) fundamentalna patologija u kategoriji poremećaja raspoloženja su upravo izmenjeni afekti ili raspoloženja koje raspoznajemo na osnovu kliničke slike, ali i težine poremećaja. Težina poremećaja je najčešće izražena epizodama koje se skaliraju od blagih, umereno jakih do teških sa psihotičnim simptomima. Takođe prisutne su i epizode koje nisu praćene psihotičnim simptomima.

Za bipolarni afektivni poremećaj je karakteristično ponavljanje epizoda u toku kojih je raspoloženje i aktivnost značajno izmenjena. Potrebno je minimum dve ponovljene epizode kako bi se zadovoljili kriterijumi za ovu dijagnozu. Tokom bolesti faze povišenog i sniženog raspoloženja se smenjuju, te tako iz stanja aktivnosti i energije koja su karakteristika manije ili hipomanije osoba zapada u stanje neaktivnosti, tuge i bezrazložne žalosti što su obeležja depresije.

Dijagnostički kriterijumi koji su postavljeni za depresivnu odnosno maničnu dijagnozu su od ključnog značaja za postavljanje dijagnoze bipolarnog afektivnog poremećaja. Kao neophodni kriterijum potrebno je da je u prošlosti postojala bar jedna afektivna epizoda.

Dijagnoza manične epizode u okviru bipolarnog afektivnog poremećaja je deskriptivnog karaktera, sa akcentom da povišeno raspoloženje kompromituje socijalno funkcionisanje pojedinca. Ovakvo raspoloženje varira od blago povišenog raspoloženja do radikalnog uzbuđenja koje potpuno onemogućava osobu da obavlja uobičajene profesionalne i socijalne aktivnosti. Ukoliko je trajanje ovakvih epizoda kraće, ne duže od nekoliko dana, ovakvo stanje se označava kao hipomanija. Hipomanija je prema MKB-10 (3) označena kao poremećaj za koji je karakteristično povišeno raspoloženje slično maničnom ali ne tako snažnog intenziteta, pojačana aktivnost i energija, kao i izražena želja za socijalnim kontaktima. U situacijama kada ovakvo stanje potraje nešto duže

(minimum nedelju dana) obeležava se kao manija bez psihotičnih simptoma. Kada je reč o maniji sa psihotičnim simptomima, ova dijagnoza se određuje kada su evidentirane sumanute ideje (najčešće su prisutne ideje grandioznosti) ili halucinacije (obično akustične). Klinička slika manije sa psihotičnim simptomima u MKB – 10 sistemu je izuzetno teška i takođe uključuje ekstremnu uzbuđenost, pojačanu motornu aktivnost, značajno oštećenu koncentraciju, što sve za rezultat ima otežanu ili čak nemoguću komunikaciju sa ovim osobama.

Intenzitet i vrsta simptomatologije kod manične epizode su prema MKB – 10 (3) ključ dijagnostikovanja ovih stanja. Predstavljeni su gradacijom simptoma od blažih formi (hipomanije) do najtežih stanja u okviru bipolarnog afektivnog poremećaja koja se manifestuju pri maničnim epizodama sa psihotičnim simptomima.

Dijagnostička uputstva MKB – 10 za depresivnu epizodu u sklopu bipolarnog afektivnog poremećaja takođe se zasnivaju na intenzitetu i vrsti simptomatologije. MKB-10 sistem razlikuje blagu ili umerenu depresivnu epizodu, tešku depresivnu epizodu bez psihotičnih simptoma i tešku depresivnu epizodu sa psihotičnim simptomima.

Zajednički simptomi za sve depresivne epizode su osećanje tuge za koju uglavnom ne postoji razlog ili reakcija osobe koja manifestuje ovaj simptom daleko prevazilazi objektivni razlog. Gubitak intersovanja, pad fizičke energije i nezainteresovanost za okolinu su takođe karakteristike depresivne epizode. Od intenziteta i vrste ovih simptoma zavisi i klasifikovanje epizoda u blage, umerene ili teške bez prisustva ili sa prisustvom psihotičnih simptoma (koje mogu pratiti sumanute ideje i halucinacije).

U okviru bipolarnog afektivnog poremećaja prema MKB – 10 (3) postoji mogućnost dijagnostikovanja i mešane epizode. Dijagnoza mešane epizode se određuje kada su prisutni simptomi i manične i depresivne epizode ili se ovi simptomi ubrzano smenjuju.

Tabela 3. Bipolarni afektivni poremećaj u MKB – 10 sistemu

F31.0	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda hipomanična
F31.1	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda manična bez psihotičnih simptoma
F31.2	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda manična sa psihotičnim simptomima
F31.3	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda depresivna (blaga ili umerena)
F31.4	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda depresivna (teška) bez psihotičnih simptoma
F31.5	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda depresivna (teška) sa psihotičnim simptomima
F31.6	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda mešana
F31.7	Bipolarni afektivni poremećaj, sada u remisiji
F31.8	Drugi bipolarni afektivni poremećaj
F31.9	Neodređeni bipolarni afektivni poremećaj

2. Epidemiologija bipolarnog afektivnog poremećaja

Smatra se da veliki broj osoba sa bipolarnim afektivnim poremećajem, ne prepoznaje i zanemaruje svoje stanje, odlažući na taj način početak lečenja. Takođe, primarna zdravstvena zaštita kao ulaz u čitav zdravstveni sistem često ne prepoznaje i ne tretira bipolarni afektivni poremećaj, što je posebno slučaj sa mlađim pacijentima, ali i pacijentima starije dobi.

Bipolarni poremećaj se ređe javlja od unipolarnog, sa životnom prevalencom od oko 1% u masovnoj populaciji (prema kriterijumima DSM-IV koji se odnose na bipolarni poremećaj tip I i tip II) odnosno dodatnih 2,4% za nespecificovani bipolarni poremećaj (73). U zavisnosti od definisanja hipomanije prevalenca poremećaja se može kretati između 1% - 6% (64, 78). Prve manifestacije bipolarnog afektivnog poremećaja se primećuju uglavnom u mlađoj životnoj dobi (pre 30 godine), sa srazmernom učestalošću kod muškaraca i žena (64, 128).

Hereditet predstavlja značajan faktor rizika za bipolarni afektivni poremećaj. Smatra se da je u pitanju oboljenje koje može biti i nasledno, jer je u brojnim studijama utvrđeno da znatan broj subjekata koji su ispitivani ima nekog u porodici ko je oboleo od bipolarnog afektivnog poremećaja (73). Najčešće su u pitanju najbliži rođaci, pre svega roditelji, koji i sami imaju poremećaj raspoloženja.

Viši društveni sloj i socioekonomski status se u nekim radovima povezuju sa pojavom bipolarnog afektivnog poremećaja (70, 73). S druge strane spomenimo i studije koje upućuju na povezanost nižeg socioekonomskog statusa sa razvojem bipolarnog poremećaja (74, 75). U pitanju su studije koje su se bavile nivoom obrazovanja i socioekonomskim statusom osoba koje pate od bipolarnog afektivnog poremećaja u poređenju sa edukativnim nivoom i socioekonomskim statusom opšte populacije. Uglavnom ovakve studije nisu pronalazile značajniju razliku između nivooa obrazovanja osoba sa bipolarnim afektivnim poremećajem i opšte populacije.

Trajanje bipolarnog afektivnog poremećaja nije ograničeno, ono uglavnom ima tendenciju doživotnog manifestovanja. Depresivne epizode su po trajnosti dominantne u okviru bipolarnog afektivnog poremećaja i razlog su funkcionalnih oštećenja, što doprinosi i povećanoj smrtnosti ovih pacijenata uzrokovanoj samoubistvima. Stopa suicida koji osobe sa bipolarnim afektivnim poremećajem realizuju je visoka, prema nekim istraživanjima oko 8% u odnosu na stopu suicida kod opšte populacije - 0.72% za muškarce odnosno 0.26% za žene (76). Najveći rizik za izvršenje suicida imaju muškarci oboleli od bipolarnog poremećaja koji imaju istoriju namernog samopovređivanja i taj procenat je izuzetno visok - 17.08 (76).

3. Kliničke karakteristike bipolarnog afektivnog poremećaja

Bipolarni afektivni poremećaj kao epizodični poremećaj raspoloženja karakteriše smenjivanje povišenog (manična epizoda) i sniženog (depresivna epizoda) raspoloženja. Ponavljanjem najmanje dve epizode poremećenog raspoloženja utvrđujemo bipolarni afektivni poremećaj.

3.1. Klinička slika depresivne epizode

Depresivna epizoda u okviru bipolarnog afektivnog poremećaja često predstavlja uvod u ovo oboljenje manifestujući simptome koji su vrlo slični ostalim depresivnim poremećajima (98). Ključni simptomi depresivne epizode su osećanja tuge i žalosti koja nemaju realnu osnovu ili je razlog nastanka ovih emocija znatno preuveličan. Uz bezrazložnu tugu prisutan je i gubitak interesovanja, nezadovoljstvo, snižena aktivnost, stalni umor, nedostatak energije.

Iako suštinu depresije predstavljaju poremećaji emocija, u depresiji su uvek poremećeni i mišljenje, volja i nagoni kao posledica uticaja patološkog raspoloženja na ostale funkcije (70). Depresivna epizoda se može javiti naglo ili razvijati postepeno. Svest i inteligencija pacijenta su očuvani, kao i delimično uvid u sopstveno stanje.

Usporeno mišljenje i snižena aktivnost prate depresivnu epizodu. Osoba je negativna prema sebi, okolini i svemu čemu je nekad težila. Osećanje krivice je sveprisutno. Orijehtacija ka budućnosti je iskrivljena, prebojena promašenošću, negativizmom i besperspektivnošću. Anksioznost je prisutna u oko 90% slučajeva (70).

Svi nagoni su primetno poremećeni. Gubitak apetita, poremećaj spavanja, snižen seksualni nagon predstavljaju vegetativne simptome depresije (70, 98). Poremećaji spavanja se manifestuju kod najvećeg broja bolesnika, najčešće nesanicom, ranim buđenjem ili isprekidanim snom.

Epizode depresije sa psihotičnim simptomima mogu biti praćene halucinacijama i sumanutim idejama. Mitchell i saradnici (71) napominju da depresija sa psihotičnim simptomima je češća kod mlađih pacijenata kao i neke atipične karakteristike depresivne epizode poput hipersomnije.

Spoljašnji izgled pacijenata u toku depresivne epizode karakteriše klonulost, slaba pokretljivost, često zapušten izgled. Misaoni tok je usporen, kao i govor za koji su karakteristični kratki odgovori.

Heterogena klinička slika depresivne epizode manifestuje se različitim intenzitetom koji varira od blagih preko umerenih sve do teških formi depresivne epizode sa ili bez psihotičnih simptoma.

3.2. Klinička slika manične epizode

Manična epizoda u okviru bipolarnog afektivnog poremećaja obično nastaje naglo. Manifestuje se neuobičajeno povišenim ili prekomernim raspoloženjem. Utvrđivanje dijagnoze manične epizode zasniva se na prepoznavanju simptoma kakvi su povišeno raspoloženje i ushićenost; neobična razdražljivost; smanjena potreba za snom; grandiozne ideje; povećana mentalna i fizička aktivnost; povišen seksualni nagon; snažna potreba za mnoštvom socijalnih kontakata; logoreja; ubrzan misaoni tok često praćen sumanutim idejama veličine; nesnalaženje u raspolaganju novcem i imovinom; antisocijalno ponašanje.

Simptomi manije moraju biti prisutni barem nedelju dana ili kraće ukoliko je u tom periodu osoba hospitalizovana zbog ozbiljnosti manifestovane epizode, da bi se dijagnostički utvrdila manična epizoda (71).

Mišljenje pacijenta u toku manične faze je preplavljeno idejama veličine i svemoći. Tri četvrtine obolelih manifestuje sumanute ideje koje su usaglašene sa povišenim raspoloženjem (72). Najčešće su prisutne sumanute ideje veličine, bogatstva, moći, talenta.

Svest je kod većine obolelih očuvana kao i inteligencija. Percepcija je uglavnom uredna, izuzev u maničnim epizodama sa psihotičnim simptomima kada mogu biti prisutne halucinacije ili iluzije.

Vizuelno manični pacijenti su izuzetno upadljivi zbog odeće, šminke i frizura koje nose. Oboleli u maničnim epizodama često nose odevne predmete jarkih boja, interesantnog ili nesvakidašnjeg kroja, neobično ukombinovane, što je posebno primetno kod žena. Boja kose, tip frizure i šminka su upadljivi (intenzivne boje kose, zanimljive frizure, gotovo scenska šminka), kao i detalji poput nakita i drugih često nepotrebnih predmeta koji se kombinuju sa odećom.

Hipomanične epizode karakteriše povišeno raspoloženje, bezrazložna ushićenost i razdražljivost koje su primetne, ali ne remete u značajnoj meri socijalno funkcionisanje pojedinca. Klinička slika hipomaničnih epizoda je zapravo najsličnija kliničkoj slici maničnih epizoda ali je slabijeg intenziteta, i nije praćena sumanutim idejama ili halucinacijama.

Slično depresivnoj epizodi, klinička slika manične epizode je heterogena i manifestuje se različitim intenzitetom. Tako, razlikujemo najblaža stanja kakve su hipomanične epizode, zatim manične epizode bez psihotičnih simptoma i najteže forme kakva je manična epizoda sa psihotičnim simptomima.

4. Etiopatogeneza bipolarnog afektivnog poremećaja

4.1. Biološka osnova bipolarnog afektivnog poremećaja

Genetski činioci predstavljaju jedan od najznačajnijih faktora za nastanak bipolarnog afektivnog poremećaja. Stepem učestalosti bipolarnog afektivnog poremećaja u porodicama bolesnika pruža podršku mišljenju da je bipolarni afektivni poremećaj genetski uslovljen. Takođe brojne studije monozigotnih i dizigotnih blizanaca podržavaju tezu da je ovaj poremećaj genetski uzrokovan.

Oboljevanje roditelja od bipolarnog afektivnog poremećaja znatno povećava šanse za manifestaciju poremećaja i kod potomstva. Prema nekim autorima (77) prvostepeni rođaci (roditelji, deca, braća i sestre) bolesnika imaju 15 puta veći rizik da obole od bipolarnog afektivnog poremećaja. Ako su oba roditelja obolela, rizik za oboljevanje potomstva dostiže 50-75% (70).

Način genetskog prenošenja bipolarnog afektivnog poremećaja se utvrđuje i na osnovu identifikovanja gena koji bi mogli biti odgovorni za nasleđivanje ovog oboljenja. Dominantni autozomni geni bez odgovarajuće penetrantnosti bi mogli biti odgovorni za nasleđivanje bipolarnog afektivnog poremećaja, uključujući mogućnost da bi prenos mogao biti i poligeniski odnosno heterogeniski (77). U novijim studijama navode se različiti lokusi na hromozomima 21, 6, 18, hromozomu 4 kao i na X hromozomu kao mogući način genetičkog prenosa (70).

Studije blizanaca su potvrdile da je bipolarni afektivni poremećaj daleko češći kod monozigotnih blizanaca u odnosu na dizigotne, sa stopom do 80% konkordantnosti (73). Spomenimo i da su studije usvojene dece pružile neke podatke u prilog teze o genetičkom nasleđivanju bolesti. Analizom usvojenika čiji su biološki roditelji imali poremećaj raspoloženja, i koji su stasavali uz roditelje usvojitelje koji ga nisu imali, odrastajući u okruženju zdravih i stabilnih porodica, šansa za manifestovanjem bipolarnog afektivnog poremećaja kod ovih ispitanika je bila ipak znatno veća u odnosu na opštu populaciju.

Poremećaji određenih moždanih struktura su povezani sa manifestacijom poremećaja raspoloženja, koja se mogu kretati od depresivnih do maničnih. Disfunkcija određenih moždanih oblasti, pre svega tzv. "afektivnog" mozga može dovesti do različitih promena afektivnog života. Patologija "afektivnog" (visceralnog) mozga, pre svega limbičkog sistema kao centra emocionalnog života bi mogla biti odgovorna za disharmoniju afektivnog života i nastanak bipolarnog afektivnog poremećaja.

Hormonalne promene, pre svega poremećaj hormona hipofize, štitaste žlezde, nadbubrega i gonada mogu uticati na afekte kod svake osobe, a kod pojedinih prouzrokovati drastičnije promene raspoloženja, kakve su intenzivnija osećanja sreće ili tuge, brza smena raspoloženja, dugotrajniji periodi tugovanja. Neke studije slučaja (79, 80) su pokazale da žene obolele od bipolarnog afektivnog poremećaja u maničnim epizodama manifestuju značajne promene menstrualnog ciklusa i poremećaje libida koji su bili tretirani hormonskom terapijom (najčešće estrogenskom terapijom), što je davalo dobre rezultate u poboljšanju opšteg zdravstvenog stanja.

Jedna od starijih teorija koje su razmatrale etiologiju bipolarnog poremećaja je teorija koja je u središte interesovanja postavila kateholamin i njegov nedostatak na određenim receptorskim lokacijama u mozgu (81). "Kateholaminska teza" je značajna za izučavanje etiologije bipolarnog afektivnog poremećaja, jer se istraživanjem kateholamina i njegovih sniženih vrednosti pokušavao utvrditi nastanak depresije. Inhibitori monoaminoooksidaze (antidepresivi) suzbijaju delovanje monoaminoooksidaze čime zapravo dižu nivo kateholamina. Istraživanja značaja neurotransmitera za nastanak bipolarnog poremećaja su uglavnom bazirana na proučavanju noradrenalina, dopamina, serotonina i acetilholina kao neurotransmitera za koje se smatra da ostvaruju vezu sa razvojem poremećaja raspoloženja (70, 77).

4.2. Psihološka osnova bipolarnog afektivnog poremećaja

Osnivač psihoanalize Sigmund Freud je smatrao da izvesni poremećaji u oralnoj fazi razvoja predstavljaju bazu za depresiju u odraslom dobu. Poremećaji u oralnoj fazi psihoseksualnog razvoja pre svega nastaju zbog nedostatka ljubavi majke prema detetu, nemogućnosti razvijanja osećanja pripadnosti, emotivnog odbijanja od drugih bliskih osoba. Stalni strah od napuštanja prati ove osobe tokom života, čineći ih vulnerabilnijim za razvoj nekih mentalnih poremećaja, pre svega onih bipolarnog spektra.

Psihička nestabilnost osoba sa fiksacijama u oralnoj fazi psihoseksualnog razvoja može se manifestovati depresivnim epizodama koje nastaju usled gubitka realnog ili zamišljenog objekta. Po pravilu u pitanju je objekat za koji je osoba snažno vezana i na neki način od njega izrazito zavisna. U praksi te objekte najčešće predstavljaju bračni ili emocionalni partneri, roditelji, braća, sestre.

Osećanja ljubavi i mržnje prema objektu se smenjuju do trenutka njegovog gubitka. Međutim, nakon gubitka objekta sva ova osećanja se reflektuju na osobu koja ih je manifestovala. Dalji razvoj ove patologije prema psihoanalitičarima je u mehanizmu inkorporiranja kojim osoba pokušava da objekat na neki način sačuva, makar u sebi, jer ga realno više nema. Međutim, kako kaže uvaženi autor Kecmanović (77) „kao posledica introjeksije objekta senka objekta pada na subjektov ego, tako da dolazi do poistovećivanja subjekta sa izgubljenim objektom“. Posledica ove introjeksije je osećanje nestajanja sopstevnog Ega kod ovih osoba, a osećanje gubitka Ega je karakteristično za pacijente u toku depresivnih epizoda bipolarnog afektivnog poremećaja. Česte pokušaje samoubistva kod depresivnih bolesnika možemo takođe tumačiti ovom burom ambivalentnih osećanja koje osoba usmerava na sebe.

Razmatranje manije od strane psihoanalitičara zasniva se na shvatanjima da je manija zapravo odbrana od depresije. Ovaj jedinstven oblik poricanja depresije

predstavlja zaštitu od sopstvenog nezadovoljstva, koje se u maničnom smeru pretvara u zadovoljstvo sobom.

Učenje o afektivnom vezivanju (attachment) John Bowlby-ija predstavlja još jedan značajan psihoanalitički pristup proučavanju bipolarnog afektivnog poremećaja. U osnovi ove teorije je biološka predispozicija za reagovanje na socijalne draži. „Vezivanje“ se u ovom slučaju odnosi pre svega na odnos majke i deteta, i ono može predstavljati prototip kasnijih bliskih odnosa u odraslom dobu. Prema Bowlby-iju (82) dominantni efekti ranih emocionalnih iskustava su na relaciji majka-dete, i ukoliko su oni nepotpuni, neadekvatni ili negativni odražavaće se na ličnost i moguće buduće afektivne probleme. Izuzev primarnih potreba, dete ima potrebu i za drugim socijalnim kontaktima, pre svega sa majkom, kao i drugim osobama iz neposrednog okruženja. Ova „programiranost“ od samog rođenja deteta za uspostavljanje kontakta sa osobama iz neposredne okoline se objašnjava nagonom za preživljavanjem.

Ipak, primarna potreba deteta za vezivanjem sa majkom nije isključivo fiziološke prirode, i ne predstavlja samo potrebu deteta za hranom, skloništem i zaštitom, već jednu sasvim posebnu emocionalnu potrebu. Ova emocionalna potreba, je upravo potreba za vezivanjem (attachment-om u teoriju Bowlby-ja), za uspostavljanjem i održavanjem veze deteta sa majkom ili osobom koja se o njemu stara. Bowlby (82) smatra da je uspešnost uspostavljanja ovog odnosa od najveće važnosti za sazrevanje i razvoj brojnih interpersonalnih i intrapsihičkih funkcija.

Problem vezivanja nastaje u situacijama kada je briga o emocionalnim potrebama deteta nedovoljna ili sasvim izostaje. Ova deprivacija vezivanja sa majkom dovodi do otežanog povezivanja sa drugim osobama, emocionalne otuđenosti, neshvatanja ili nepoštovanja socijalnih normi. U kasnijem razvoju neke dugoročnije posledice neuspeha u vezivanju se mogu manifestovati kao poremećaji raspoloženja, depresija, snižena inteligencija, pojačana agresivnost, delinkvencija, afektivna psihopatija (83).

„Uspešnost“ vezivanja za majku, snaga i kvalitet te veze, nisu samo temelj budućih vezivanja za druge osobe, već način na koji će osoba u budućnosti moći da se snalazi u različitim situacijama, da uspostavlja kontrolu nad situacijom u kojoj se nalazi, istovremeno kontrolišući svoje emocije.

4.3. Socijalna osnova bipolarnog afektivnog poremećaja

Poremećaji raspoloženja, posebno depresija češći su u tradicionalnim zajednicama koje karakteriše visok stepen unutrašnje integracije i snažan osećaj individualne obaveze prema zajednici. Istraživanja moguće sociokulturne baze bipolarnog poremećaja najčešće se baziraju na poređenju zapadnih i istočnih kultura i uticaju koje imaju na svoje pripadnike, analizirajući tradicionalna i moderna društva odnosno porodice koje žive u njima.

Murphy (84) u svojoj kroskulturnoj studiji navodi da izražavanje emocija u tradicionalnim i modernim društvima nije isto. Tolerancija ili netolerancija određenih emocija značajno utiče na svaku ličnost. Porodice u tradicionalnim društvima često onemogućavaju pokazivanje bilo kakvih emocija, za razliku od modernih društava gde je ekspresija osećanja mnogo izraženija, što za posledicu može imati ekspresiju i nepoželjnih emocija kako za samu osobu tako i za njeno okruženje.

Individualizam modernih zajednica promoviše samopotvrđivanje, ulaganje napora za dostizanje ciljeva, samostalnost ali i socijalnu izolaciju. Socijalna izolacija i izopštenost iz društvenog života koji je sveden na elektronsku komunikaciju i virtualno proživljavanje dešavanja iz svakodnevnog života, dovode do osećaja izgubljenosti, bespomoćnosti i straha.

S druge strane tradicionalno okruženje nudi snažnu socijalnu podršku, osećaj pripadnosti i sigurnosti. Ipak, ono sa svojim karakteristikama takođe može biti uzrok razvoja depresivnih simptoma, pre svega izazivati preterani strah, nesigurnost i zebnju zbog neispunjavanja očekivanja grupe.

Najznačajnije vrednosti tradicionalnih društava, kakve su favorizovanje pripadnosti grupi, kolektivni duh i konformizam, u odnosu na individualistički način života i autonomiju modernog čoveka, doprinose lakšem snalaženju njihovih pripadnika koji pod pritiskom, ali i sa podrškom grupe lakše dostižu određene i namenjene im socijalne uloge poštujući jasno postavljene norme koje ih prate u ovom procesu (50).

Osobe koje stasavaju u tradicionalnim društvima su mnogo osetljivije na socijalno odbacivanje, nezadovoljstvo grupe, probleme koji postoje u zajednici. Zbog toga se pripadnici tradicionalnih društava i tradicionalnih porodica teže snalaze u modernim, individualističkim kulturama. Osobe iz tradicionalnih okruženja u za njih novim situacijama kakve su individualistička okruženja u modernom tipu društva mogu postati anksiozne, tužne i nepredvidljivog ponašanja.

Depresija nije isključivo oblik reakcije pojedinaca u tradicionalnim sredinama usled nemogućnosti da odgovori na očekivanja zajednice, već može i biti reakcija osoba u modernim, individualističkim društvima usled nesnalaženja u ovakvom okruženju. Za razliku od njih, individue u modernim sistemima često se susreću sa normama koje su klizeće i nejasne, grupa pruža daleko manju podršku, a ostvarenje socijalnih uloga je zbog toga otežano, nekada nedostižno. Hedonizam, želja za stalnim pobuđivanjem (avanturam, stimulativnim iskustvima različite vrste), egoizam, snažan takmičarski duh, nisu samo neke od karakteristika članova modernih društava, već potreba i zahtev ovakvog okruženja zbog čega ono može uticati na razvoj brojnih poremećaja, pre svega poremećaja ličnosti i poremećaja raspoloženja.

Porodica u modernom društvu je drugačija od tradicionalne, njena dezorganizacija i nefunkcionalnost nastale usled sve slabije interakcije roditelja i dece, ali i drugih članova zajednice, manjka kontrole i discipline, oslobađa nesmetane provale nezadovoljstva i uopšte impulsivnog ponašanja (50). Kontrola impulsa je niska, porodična i uopšte grupna kohezija nestaje, podrška i sigurnost koju pruža grupa ne postoji. Individualnost se nameće kao jedina

mogućnost uspešnog postojanja, koju ne mogu svi pripadnici ovakvih društava da isprate na adekvatan način.

Moderno društvo vrši pritisak socijalne selekcije diktirajući individualizam, autonomiju, ambicioznost kao pozitivne crte. Lasch (85) objašnjava da je moderno društvo „apsolutno narcističko i radikalno individualističko“ i usled toga ne može da obezbedi osećaj pripadnosti, posebno svojim najmlađim članovima, koji su najugroženiji u savremenom društvu.

Ovi savremeni oblici „dobrovoljne izolacije“ i ohrabrivanja radikalnog takmičenja se sve češće u savremenoj psihijatriji proučavaju kao jedan od značajnih faktora rizika za mnoga oboljenja, posebno za poremećaje raspoloženja poput bipolarnog afektivnog poremećaja i poremećaje ličnosti kakav je antisocijalni poremećaj ličnosti.

IV. Prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti kod obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja

Antisocijalni poremećaj ličnosti kao jedna od najdestruktivnijih promena ličnosti svojim prisustvom može značajno pogoršati tok bipolarnog afektivnog poremećaja (10, 86). Za oba poremećaja je karakteristična povišena impulsivnost, komorbiditet sa bolestima zavisnosti, sklonost suicidu kao i povećan rizik za antisocijalno ponašanje koje rezultira hapšenjem i izdržavanjem zatvorskih kazni ovih osoba (1).

Bipolarni afektivni poremećaj je posebno frekventan, težak i klinički najznačajniji afektivni poremećaj. Antisocijalni poremećaj ličnosti je potencijalno najteži poremećaj ličnosti. Naša interesovanje za istraživanje ovih poremećaja, posebno prisustva antisocijalnog poremećaja ličnosti kod pacijenta sa bipolarnim afektivnim poremećajem, podstaknuto je brojnim sličnostima u kliničkoj slici ovih poremećaja kao i podataka iz literature (2, 8, 10, 86, 94, 95) da prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti kod pacijenata sa bipolarnim afektivnim poremećajem značajno otežava tok i ishod primarnog oboljenja.

Uz nesumnjive sličnosti i mogućnost da prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti dodatno otežava tok i ishod bolesti kakva je bipolarni afektivni poremećaj primećene su i relativno visoke stope prevalencije bipolarnog afektivnog poremećaja kod osoba sa antisocijalnim poremećajem ličnosti koje dovode do dodatnih problema u već otežanom psihološkom, socijalnom i profesionalnom funkcionisanju ovih osoba (2).

Neki autori navode da grupa B poremećaja ličnosti i bipolarni afektivni poremećaj bi mogli biti delovi istog kontinuma (1), odnosno predstavljati poremećaje koji poseduju neke zajedničke simptome, mogu manifestovati sličnu kliničku sliku, ali ipak imaju drugačije mehanizme nastajanja patologije.

Mnoštvo studija se bavilo komorbiditetom poremećaja raspoloženja i poremećaja ličnosti. Ova veza je pokušala da se utvrdi između graničnog poremećaja ličnosti i bipolarnog afektivnog poremećaja, kao i drugih

poremećaja ličnosti i bipolarnog poremećaja (87). Bolesti zavisnosti, pre svega alkoholizam i narkomanija se dovode u najbližu vezu sa bipolarnim afektivnim poremećajem jer su često istovremeno prisutne sa ovim oboljenjem.

Hiperaktivni poremećaj i nedostatak pažnje kod dece (ADHD) je takođe analiziran kao moguća početna tačka razvoja poremećaja raspoloženja u odraslom dobu. Značaj ovih studija za našu temu ogleda se u rezultatima koji su potvrdili da su poremećaji raspoloženja, pre svega bipolarni afektivni poremećaj, kao i antisocijalni poremećaj ličnosti imali različite manifestacije iste porodične forme hiperaktivnog poremećaja (ADHD) kod ispitanika studije (88) o prisustvu bipolarnog afektivnog poremećaja i antisocijalnog poremećaja ličnosti u porodicama dece sa hiperaktivni poremećajem i nedostatkom pažnje.

Bipolarni afektivni poremećaj i antisocijalni poremećaj ličnosti imaju sličnu prevalencu, kao i mortalitet usled suicida (1). Antisocijalni poremećaj ličnosti se ranije javlja od bipolarnog afektivnog poremećaja, prema nekim autorima ADHD je u suštini preteča ovog poremećaja, koji se kasnije prema dijagnostičkim kriterijumima određuje sa obaveznim uslovom da osoba mora imati minimum 18. godina (4). Zapravo obe najčešće korišćene klasifikacije (MKB - 10 i DSM - V) za dijagnostikovanje antisocijalnog poremećaja ličnosti navode evidentiran poremećaj u ponašanju čiji su simptomi primećeni pre 15. godine života odnosno evidentiran poremećaj ponašanja u detinjstvu i adolescenciji (4, 3).

Prevalencija oba poremećaja u opštoj populaciji je slična (oko 3-4%) (64, 69, 89) tako da ako ih posmatramo kao nezavisne fenomene bez ikakve interakcije, očekivali bismo da je mogućnost njihove kombinacije izuzetno retka (0,09%) (1). Međutim, kombinacija ovih poremećaja je znatno češća. Swann (1) navodi da oko 10% osoba sa bipolarnim afektivnim poremećajem ima i antisocijalni poremećaj ličnosti, što predstavlja čak tri puta više od očekivanog.

Poređenjem karakteristika osoba sa bipolarnim afektivnim poremećajem kod kojih je dijagnostikovan i antisocijalni poremećaj ličnosti detektovani su poremećaji u kognitivnom funkcionisanju, kao i prisustvo suicidalnih misli u

većem procentu u odnosu na grupu osoba sa bipolarnim afektivnim poremećajem koje nisu imale dijagnozu antisocijalnog poremećaja ličnosti (7).

Podsetimo da su neka dubinsko psihološka tumačenja ovog problema ukazivala na povezanost poremećaja raspoloženja i antisocijalnog poremećaja ličnosti sa stresom. Stres prema ovim tumačenjima nastaje usled narcističke grandioznosti Ega osoba sa antisocijalnim poremećajem ličnosti koja im u određenom kriznom trenutku biva narušena (12). Grandiozan Ego je često prisutan kod antisocijalnog poremećaja ličnosti kao i kod bipolarnog afektivnog poremećaja, čineći ove osobe neempatičnim, rezervisanim i koristoljubivim.

Prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti kod osoba sa bipolarnim afektivnim poremećajem doprinosi javljanju dodatnih problema u psihološkom, socijalnom i profesionalnom životu. U našem istraživanju pažnju smo između ostalog poklonili osnovnim demografskim faktorima, kao i nekim faktorima porodičnog i socijalnog funkcionisanja osoba obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti. Prikupljeni podaci su dalje analizirani u odnosu na izabrane varijable koje smo predstavili u Rezultatima. U skladu sa prethodno rečenim pošli smo od pretpostavke postojanja mogućih razlika u nekim demografskim, psihološkim i socijalnim karakteristikama populacije pacijenata obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja sa i bez prisustva antisocijalnog poremećaja ličnosti.

Velike epidemiološke studije poput ECA studije (Epidemiological Catchment Area study) i Edmonton studije utvrdile su relativno visoke stope komorbiditeta bipolarnog afektivnog poremećaja i antisocijalnog poremećaja ličnosti. ECA studija (8) istraživala je ukupno 19182 osobe na pet lokacija, od kojih je za 628 utvrđeno da imaju antisocijalni poremećaj ličnosti, što je iznosilo 3,3% od ukupnog uzorka. ECA studija je potvrdila izuzetno visok nivo komorbiditeta antisocijalnog poremećaja ličnosti i bipolarnog afektivnog poremećaja. Prevalencija bipolarnog poremećaja je bila daleko viša kod žena sa antisocijalnim poremećajem ličnosti i iznosila je 20.9%, a za muškarce 10.3% (8).

U Edmonton studiji (95) procenat osoba sa antisocijalnim poremećajem ličnosti bio je sličan i iznosio je 3,8%. Kod 90,4% ispitanika sa utvrđenim antisocijalnim poremećajem ličnosti manifestovao se u životu barem još jedan psihijatrijski poremećaj. U ovom istraživanju takođe je utvrđen komorbiditet bipolarnog afektivnog poremećaja sa antisocijalnim poremećajem ličnosti, ali je taj procenat daleko niži nego u ECA studiji i primećen je u 6,8% slučajeva (total rezultat) (95).

U studiji Coid-a iz 1992. godine na 243 ispitanika (kriminalnih psihopata) utvrđena je istovremena dijagnoza bipolarnog afektivnog poremećaja kod 16% ispitanika (96). U poduzorku žena sa graničnim poremećajem ličnosti, koje su takođe zadovoljavale kriterijume za dijagnozu antisocijalnog poremećaja ličnosti registrovano je 25% sa bipolarnim poremećajem ili atipičnim bipolarnim poremećajem (97).

Mehanizam nastanka bipolarnog afektivnog poremećaja i antisocijalnog poremećaja ličnosti kako smo već spomenuli se razlikuju uprkos sličnim simptomima odnosno manifestacijama ovih poremećaja, pre svega povišenom impulsivnošću, agresivnošću, bolestima zavisnosti, stopom suicida i antisocijalnim ponašanjem, o kojima će biti nešto više reči u narednim odeljcima.

1. Impulsivnost kao zajednička karakteristika antisocijalnog poremećaja ličnosti i bipolarnog afektivnog poremećaja

Impulsivnost je osobina ličnosti koja predstavlja jednu od osnovnih karakteristika antisocijalnog poremećaja ličnosti, kao i bipolarnog afektivnog poremećaja. Sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti kod osoba obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja impulsivnost se povećava (10, 86). Impulsivno ponašanje je slabo kontrolisano i teško predvidivo kod osoba sa antisocijalnim poremećajem ličnosti i bipolarnim afektivnim poremećajem (90).

Impulsivnost najčešće definišemo kao tendenciju da se na dati stimulus reaguje odmah ili bez potpune procene što dovodi do nemogućnosti da se neka organska, psihološka ili socijalna reakcija prilagodi određenoj situaciji, što dalje u razmatranju našeg problema vodi ka agresivnom ponašanju, suicidu, zloupotrebi opijata, antisocijalnom ponašanju sa oslabljenom mogućnošću da se posledice takvih ponašanja sagledaju.

Nemogućnost odlaganja zadovoljstva i postizanje momentalne satisfakcije sadržina su trenutnog impulsa koji tera osobe sa antisocijalnim poremećajem ličnosti i bipolarnim afektivnim poremećajem na nekontrolisanu i najčešće iracionalnu aktivnost. Nemogućnost planiranja unapred, kako DSM – V klasifikacija (4) "pojašnjava" impulsivnost kod antisocijalnog poremećaja ličnosti, potvrđena je u praksi kao nesposobnost ovih osoba da odlože zadovoljstvo odnosno nepostojanje mogućnosti za procenom sopstvenog ponašanja (90). Procena sopstvenog ponašanja najčešće ne postoji ili je bitno ugrožena i kod pacijenata sa bipolarnim afektivnim poremećajem, a njihova orijentacija na sadašnjost (u maničnim epizodama) odnosno na prošlost (u depresivnim epizodama) čini ih nedovoljno spremnim ili nesposobnim za razmišljanje o budućnosti, ili mogućnosti da se nešto planira za neko buduće vreme, kako bi se sa izvesnim odlaganjem tada i realizovalo.

Očigledna razlika u prisustvu odnosno nedostatku impulsivnog ponašanja kod različitih psihijatrijskih oboljenja koja u smernicama za određenje psihijatrijskih dijagnoza nije uvek jasno prikazana može dovesti do zabune. Na primer ukoliko pratimo kriterijum impulsivnosti kako je predviđen u DSM - V klasifikaciji i odnosi se na antisocijalni poremećaj ličnosti možemo primetiti da postoji izvesno variranje u stepenu impulsivnosti kod ovih osoba. Prema ovom kriterijumu impulsivno ponašanje odnosno nemogućnost planiranja unapred je prisutno kod osoba koje pate od antisocijalnog poremećaja ličnosti, ali nije neophodni kriterijum za utvrđivanje ovog poremećaja (4).

U razmatranjima poremećaja raspoloženja Moeller (90) navodi da je gotovo nemoguće zamisliti maničnu epizodu u okviru bipolarnog afektivnog poremećaja bez prisustva impulsivnog ponašanja. U pogledu depresivnih epizoda u okviru bipolarnog afektivnog poremećaja takođe postoji mišljenje da je impulsivnost dominantni pratilac ovih epizoda pre svega kada u toku njihovog trajanja postoji pokušaj suicida, ili realizovano samoubistvo (91).

Impulsivnost može biti i posledica delovanja visokog nivoa noradrenalina. Kao jedan od hormona stresa noradrenalin sa adrenalinom i dopaminom pripada grupi kateholamina. U stresnim situacijama aktivira se simpatički sistem i započinje lučenje noradrenalina. Noradrenalin izaziva dve primarne reakcije u organizmu – pripremu za borbu ili beg. Ovaj neurotransmiter aktivira moždane strukture, fokusira pažnju, ubrzava rad srca, dovodi do suženja krvnih sudova, pojačavanja tonusa mišića, reguliše ritam spavanja i za nas najvažnije – reguliše raspoloženje.

U svojim istraživanjima bipolarnog afektivnog poremećaja Swann (92) je utvrdio visok nivo impulsivnosti kod pacijenata sa bipolarnim afektivnim poremećajem u odnosu na ispitanike iz kontrolne grupe. U toku maničnih epizoda visok nivo impulsivnosti je utvrđen u grupi pacijenata sa bipolarnim afektivnim poremećajem i taj nivo je bio konstantno visok, dok je u periodima između maničnih i depresivnih epizoda pacijenta iz posmatrane grupe nivo impulsivnosti i dalje bio primetno viši od onog utvrđenog u kontrolnoj grupi.

Swann i saradnici (2) koristeći Baratt-ovu skalu impulsivnosti (BIS – 11) su utvrdili visok nivo impulsivnosti u grupi ispitanika sa antisocijalnim poremećajem ličnosti (0.5-0.8), kao i u grupi ispitanika sa bipolarnim poremećajem ličnosti (1.45). Najviši nivo impulsivnosti utvrđen je u grupi ispitanika sa istovremenim prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti i bipolarnog afektivnog poremećaja, posebno na skorovima za varijable pokušaj samoubistva i upotreba opijata. Nivo impulsivnosti u ovom istraživanju je u grupi osoba sa bipolarnim afektivnim poremećajem sa ili bez prisustva antisocijalnog poremećaja ličnosti bio viši nego u grupi pacijenata sa antisocijalnim poremećajem ličnosti bez prisustva bipolarnog afektivnog poremećaja. Značajno je spomenuti da je jedan od rezultata Swann-ovog istraživanja (2) bio i da je prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti kod osoba sa bipolarnim afektivnim poremećajem značajno uticalo na povećan broj maničnih i depresivnih epizoda kod ovih pacijenata, otežavajući na taj način primarno oboljenje.

Impulsivnost bi mogla biti jedan od najboljih prediktora antisocijalnog poremećaja ličnosti i bipolarnog afektivnog poremećaja. Teškoće u kontroli impulsa, poremećaji kontrole impulsa, rani poremećaji impulsa prisutni kod hiperaktivnosti i poremećaja pažnje (ADHD) mogu predstavljati uvod u antisocijalni poremećaj ličnosti što je potvrđeno u nekim prospektivnim studijama (44).

Prvi simptomi bipolarnog afektivnog poremećaja u mlađem životnom dobu koji mogu biti u vezi sa impulsivnošću su u korelaciji sa maloletičkom delinkvencijom i povišenim rizikom za hapšenje i izdržavanje zatvorske kazne osoba obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja (93).

Preklapanje antisocijalnog poremećaja ličnosti i bipolarnog afektivnog poremećaja u kliničkoj slici ovih poremećaja je kako smo videli dodatno opterećeno impulsivnošću kao osobinom ličnosti koja je njihova zajednička karakteristika.

2. Agresivnost kao zajednička karakteristika antisocijalnog poremećaja ličnosti i bipolarnog afektivnog poremećaja

Agresivnost je ključna crta ličnosti kod osoba sa antisocijalnim poremećajem ličnosti i bipolarnim afektivnim poremećajem. U psihološkoj i medicinskoj literaturi agresivnost predstavlja izuzetno širok pojam koji se odnosi na čitav spektar različitih oblika ponašanja.

Eron (99) agresivnost definiše kao tendenciju u ponašanju da se naškodi drugoj osobi. Pojam agresivnosti je često zamenjen pojmom nasilje, ili se termini agresivno i nasilničko ponašanje koriste kao sinonimi. Američko udruženje psihologa (100) daje definiciju prema kojoj nasilje predstavlja ponašanje osobe prema drugoj osobi koje sadrži pretnje, napade ili oba u cilju nanošenja fizičke ili psihičke štete. Takođe termin nasilje podrazumeva „neposredne ili ponovljene situacije koje rezultiraju povredama psihološkog, fizičkog ili socijalnog blagostanja pojedinca ili grupe“ (100). Većina stručnjaka pod agresivnošću podrazumeva svako ponašanje koje se preduzima sa namerom da se druga osoba povredi, dok ona pokušava da izbegne ovo ponašanje, odnosno posledice preduzetog agresivnog ponašanja prema njoj (101).

Stepen i učestalost agresivnog ponašanja kod pacijenata sa antisocijalnim poremećajem ličnosti i bipolarnim afektivnim poremećajem je slična. Osnova funkcionisanja osoba sa antisocijalnim poremećajem ličnosti je agresivno ponašanje, koje je i najčešća manifestacija ovog poremećaja. Kao generator antisocijalnog poremećaja ličnosti, agresivnost svoje korene pretpostavlja se da ima u najranijem uzrastu ove populacije. Kod dece i mladih dijagnoza hiperaktivnog poremećaja i poremećaja pažnje (ADHD) je često prva dijagnoza koja se u odraslom dobu ovih pacijenata zamenjuje dijagnozom antisocijalnog poremećaja ličnosti odnosno psihopatije.

Kod bipolarnog afektivnog poremećaja, posebno u maničnim epizodama agresivno ponašanje je jedan od čestih simptoma. Energetski potencijal u toku maničnih epizoda nekada je ogroman i lako može dovesti do različitih oblika

agresivnih pražnjenja. Depresivne epizode takođe mogu obilovati agresivnim ponašanjem, što se može primetiti pri manifestacijama hostile depresije. Tip hostile depresije se znatno češće može utvrditi kada postoji komorbiditet bipolarnog afektivnog poremećaja sa nekim od poremećaja ličnosti, pre svega antisocijalnim poremećajem ličnosti.

Kako bismo sadržajnije predstavili značaj agresivnosti kao ključne karakteristike antisocijalnog poremećaja ličnosti i bipolarnog afektivnog poremećaja navešćemo neke od najznačajnijih bioloških i psihoanalitičkih teorija agresivnosti, kao i teorije učenja agresivnog ponašanja. Takođe, predstavimo i multifaktorsko gledište koje nudi Opšti model agresivnosti, kao integralni teoretski pristup agresivnosti, koji je od izuzetnog značaja za fenomene kojima se bavimo u ovom radu.

2.1. Biološke teorije agresivnog ponašanja

Mc Guffin-ovo (102) istraživanje genetske osnove antisocijalnog poremećaja ličnosti, bazira se na studijama životinja, koje su utvrdile da neki segmenti temperamenta, uključujući emocionalnost i agresivnost, imaju naslednu bazu. Oslanjajući se na etološka polazišta Mc Guffin posmatra agresivnost kao urođeni instinkt jedinstven za ljude i životinje. Urođeno agresivno ponašanje životinja ima za cilj odbranu svih resursa neophodnih za preživljavanje (hrana, izvori vode, teritorija, partneri za reprodukciju). Međutim, ovo ponašanje nema za cilj fizičko uništavanje protivnika, već njegovo teranje, odnosno pokazivanje superiornosti i nadmoći.

Etološka teorija agresivnosti zapravo nam govori da čovek ili nije evoluirao u dovoljnoj meri po pitanju inhibicije agresivnog ponašanja ili je preskočio ovaj proces, te da se ovakvo ponašanje kod ljudi i dalje manifestuje uništavanjem odnosno eliminisanjem pretećeg objekta. Ovako opisan tip razarajućeg agresivnog ponašanja svojstvenog čoveku, često je karakterističan za kriminalne psihopate (40), odnosno osobe sa antisocijalnim poremećajem ličnosti.

Slično psihoanalitičkom učenju i etološka teorija podrazumeva da su instinkti baza agresivnog ponašanja. Agresivni impulsi koji se gomilaju uz izvesne spoljašnje podsticaje dovode do provale akumulirane energije. Ukoliko ne bude povoljnih okolnosti za njeno ispoljavanje, pojedinac će sam tražiti ili stvarati situacije za pražnjenje nagomilane agresije (50). Prema ovoj teoriji u pogledu agresivnih pražnjenja koja se mogu primetiti kod obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja u određenim fazama bolesti, osoba u nedostatku adekvatnih okolnosti za ispoljavanje agresivnih impulsa, „pribegava“ rasterećenju agresivne energije najčešće u maničnim epizodama bolesti prepuštena silama nagona.

Uz već razmatrane teorije o genetskoj podlozi antisocijalnog poremećaja ličnosti i bipolarnog afektivnog poremećaja (studije blizanaca, studije usvojene dece, prisustva oboljenja u primarnoj porodici); hormonalnoj podlozi kao i o ulozi izvesnih neurotransmiterskih sistema u patogenezi ovih poremećaja, koje smo prikazali kroz raznovrsna objašnjenja etiopatogeneze, u nastavku ćemo pridružiti i neka neuroanatomska objašnjenja ovih fenomena, s posebnim osvrtom na agresivno ponašanje ove populacije.

Teorije o neuroanatomskoj uslovljenosti antisocijalnog poremećaja ličnosti i poremećaja raspoloženja se baziraju na proučavanju patologije frontalnog korteksa. Jedna od najpoznatijih je svakako teorije stečena sociopatije Eslingera i Damasia (34, 35). Prema ovoj teoriji antisocijalni poremećaj ličnosti (sociopatija) može biti stečen usled povreda frontalne regije odnosno odstranjivanja delova frontalnih režnjeva usled tumoroznih tvorevina i sličnih operacija na mozgu. Kod ovih pacijenata u nekim slučajevima primećene su radikalne promene ličnosti. Zapažene promene ličnosti su odgovarale dijagnostičkim kriterijumima za antisocijalni poremećaj ličnosti iz tada aktuelne DSM-III klasifikacije (17). Ovi fenomeni su uključivali promene na konativnom i kognitivnom nivou. Od konativnih karakteristika se pre svega izdvajala agresivnost, impulsivnost i amoralnost. U pogledu kognitivnih karakteristika autori su utvrdili snižene intelektualne sposobnosti. Maladaptacija sa sniženim subjektivnim i socioprofesionalnim posledicama kao

ključni kriterijumi za dijagnostikovanje antisocijalnog poremećaja ličnosti prema DSM-III kategorizaciji je zapažena kao glavno oboležje “stečenih” sociopata. Damasio (35) je smatrao da postoji razlika između stečenih i razvojnih sociopata, podrazumevajući da razvojne sociopate imaju urođen poremećaj, da nikada nisu ni znale da se socijalno prihvatljivo ponašaju, za razliku od stečenih koje su nekada imale mogućnost da funkcionišu u svom socijalnom okruženju na adekvatan način, ali su tu moć izgubili, zbog čega nesumnjivo pate.

Problem frontalne patologije su takođe istraživali Blumer i Benson (103), beležeći da povrede frontalne regije mozga ili operativni zahvati u ovom području u određenim slučajevima dovode do izmenjenih stanja ličnosti koje oni nazivaju pseudodepresijom i pseudopsihopatijom.

Pseudodepresija nastala usled trauma frontalnih struktura mozga manifestuje se apatijom, snižavanjem nagona i slabom emocionalnošću. Pseudopsihopatija predstavlja drugi pol ovog kontinuuma, i u nekim slučajevima je gotovo izjednačena sa pseudomanijom. Pseudopsihopatski sindrom karakteriše agresivno i impulsivno ponašanje, iritabilnost, egoizam. Iako pseudodepresivni i pseudopsihopatski sindromi imaju identične manifestacije kao poremećaji raspoloženja i antisocijalni poremećaj ličnosti, te ih možemo razlikovati samo po etiologiji, Blumer (103) navodi da podmuklost psihopata je jedna od ključnih osobina koja nedostaje kod pseudopsihopatskog sindroma.

2.2. Psihoanalitičke teorije agresivnog ponašanja

Generalno gledište klasičnih psihoanalitičara o agresivnosti je da je u pitanju urođeno ponašanje, te da je čovek prirodno agresivno biće. Stalna borba instinkta smrti i instinkta života je rezervoar agresivnosti kod čoveka. Eros i Tanatos kao dva suprotstavljena principa nikada ne mogu uskladiti porive za opstankom, uživanjem i životnim zadovoljstvom sa jedne i nesvesnim porivom za smrću i nestajanjem sa druge strane. Upravo instinkt smrti tera ljude da se upuštaju u rizične i destruktivne situacije, da budu autodestruktivni ili da

energiju Tanatosa usmeravaju ka spolja što dovodi do agresivnosti, nasilja i antisocijalnog ponašanja.

Prema psihoanalitičarima ove nesvesne pulzije se manifestuju verbalnom i fizičkom agresivnošću koje nastupaju usled provala nagomilane agresije. Katarza ili oslobađanje od agresivne energije je zapravo poželjno stanje ukoliko se vrši na društveno poželjan način (sportom, radom), što u slučaju poremećaja raspoloženja i poremećaja ličnosti često nije moguće.

Teorija objektnih odnosa u okviru psihoanalitičkih razmatranja agresivnosti počiva na učenju o motivacionom sistemu koji se zasniva na nagonima. Melanie Klein tvorac ove teorije je svoja saznanja pre svega preuzimala iz rada sa decom, odnosno uviđajući u njihovoj igri konstantnu borbu deteta da razori objekte i snažnu potrebu da ih sačuva (104). Kritikujući Frojdov koncept primarnog narcizma kao fazu kada objekti ne postoje, zastupala je mišljenje da je dete od rođenja svesno objekata, da je prvi objekat majka prema kojoj ono razvija ambivalentna osećanja ljubavi i mržnje.

Usled nedostatka ili manjkavosti odnosa sa prvim objektom (majkom), ali i kod adekvatnog odnosa sa majkom koji je po svojoj prirodi opterećen ljubavlju i mržnjom, fantazijama i strahovima, dolazi do ispoljavanja prvih depresivnih simptoma u tzv. "depresivnoj poziciji" razvoja deteta. "Depresivna pozicija" je normalna faza, međutim ona bi trebala biti prevaziđena odnosno adaptirana za faze kasnijeg razvoja, što usled neadekvatnog odnosa sa objektom može predstavljati problem koji će se u kasnijim fazama zadržati, a u odraslom dobu manifestovati kao moguća depresija ili depresivna epizoda u okviru bipolarnog afektivnog poremećaja. Zapravo, depresivna pozicija kao ekvivalent Frojdovoj edipalnoj situaciji, nemaju svoj kraj u prvoj godini života ili ranom detinjstvu, već se pronalaze u svakoj novoj životnoj situaciji, na svakom nivou razvoja, i sa svakim dodatkom iskustvu ili saznanju.

Psihoanalitička teorija Melanie Klein, sadrži za nas dragocene smernice i u pogledu razmatranja agresivnog ponašanja kao bitne karakteristike poremećaja kojima se bavimo. Prihvativši Frojdovo učenje o instinktima života i

smrti, i primenjujući ga u svojoj teoriji, posebno se bavila Tanatosom koji je prepoznala "preko ekscesivne surovosti ranog superega koju manifestuje dečja igra" (104). Agresivna deca provociraju agresivne reakcije svog okruženja, koje na taj način učvršćuje njihovo nepoželjno ponašanje.

Nešto drugačija od klasične psihoanalitičke škole i "nagonske" psihoanalize Melanie Klein, je teorija afektivnog vezivanja John Bowlby-ja. Bowlby je ovu teoriju zasnovao na zapažanjima iz kliničke prakse, trudeći se da svoja saznanja potkrepi empirijskim dokazima, precizno definiše pojmove i ponudi hipoteze koje se mogu dodatno razmatrati i proveravati.

U osnovi teorije afektivnog vezivanja je povezivanje deteta sa majkom. Za razliku od klasične psihoanalitičke škole Bowlby smatra da je vezivanje primarna potreba deteta, poput potrebe za hranom. Kako bi se distancirao od emocionalne zavisnosti deteta autor predlaže pojam vezivanja (attachment), čija funkcija je uspostavljanje i održavanje kontakta sa osobom koja se brine o detetu, a za cilj ima dobijanje zaštite od nje.

Kako smo već naglasili za teoriju vezivanja u odeljku posvećenom psihološkim faktorima bipolarnog afektivnog poremećaja uspešnost uspostavljanja ovog odnosa je neprocenjiva za kasniji razvoj i sazrevanje mnoštva interpersonalnih i intrapsihičkih funkcija. Sledstveno tome poremećaji afektivne povezanosti vode do problema u kasnijem razvoju, jer delimično predstavljaju prototip budućih interpersonalnih odnosa.

Patologija afektivnog povezivanja najčešće nastaje kao odsustvo vezanosti usled nemogućnosti da se u najranijem period života dete veže za neku figure. To su obično ekstremne situacije koje se mogu uočiti kod zanemarene i zlostavljane dece, kao i kod nezbrinute dece u domovima kojima se suviše često menja osoba koja brine o njima. Zajedničko za ovu decu je da nisu imala figuru za koju bi se afektivno vezala, te proces vezivanja kod njih nije nikada realizovan.

Slično depresivnoj poziciji u Klajnijanskoj školi, afektivno vezivanje nije uzrasno specifična kategorija. Ovaj doživljaj bazične vezanosti i poverenja

predstavlja temelj ličnosti i ostvaruje bitan uticaj na buduće interpersonalne odnose i socijalnu kompetentnost uopšte. S obzirom da afektivno vezivanje postoji u svim fazama razvoja, i nastavlja se odraslom dobu, menja se način ovog oblika vezivanja. Kod odraslih osoba cilj nije više fizički kontakt (vezanost) već dostupnost odnosno saznanje da je figura vezivanja za nas dostupna i spremna da se odazove ukoliko smo u stanju određene potrebe.

Mary Ainsworth je na osnovu Bowlby-jeve teorije afektivnog vezivanja osmislila eksperimentalnu proceduru "stresne situacije" čiji cilj je proučavanje odnosa vezanosti i ponašanja u uslovima stresa (105). Prema načinu ponašanja Ainsworth (105, 106) je utvrdila sledeće tipove afektivne vezanosti: 1. sigurna afektivna vezanost (majka je baza sigurnosti za istraživanje nepoznate situacije); 2. izbegavajući nesigurni obrazac (bez potrebe za uspostavljanjem kontakta sa majkom u nepoznatoj situaciji, aktivno izbegavanje roditelja); 3. ambivalentni nesigurni obrazac (otežano uspostavljanje kontakta sa majkom u stresnoj situaciji, potreba za kontaktom i odbacivanje kontakta koji se smenjuju); 4. dezorganizovani oblik vezanosti (bez jasne i postojeće strategije ponašanja u stresnoj situaciji, dezorijentisano ponašanje).

Za dezorganizovani i ambivalentni oblik uspostavljanja veze se pretpostavlja da bi na odraslom nivou mogli imati najviše veze sa poremećajima raspoloženja, pre svega depresivnim epizodama. Izbegavajući nesigurni obrazac se najčešće povezuje sa psihopatskom strukturom ličnosti u adultnom periodu (manifestovanje agresivnog, impulsivnog i antisocijalnog ponašanja).

2.3. Teorije učenja agresivnog ponašanja

Teorije učenja agresivnog ponašanja su nastale iz teorija socijalnog učenja polovinom dvadesetog veka. Ove teorije su svoja saznanja preuzimale uglavnom iz bihejviorizma i kognitivne psihologije.

Značajan doprinos shvatanjima razvoja agresivnosti predstavlja rad „Frustracija i agresivnost” grupe psihologa sa Jejla tridesetih godina prošlog veka, koje je predvodio John Dollard. Glavni zaključak grupe sa Jejla je da u

stanjima frustracije čovek postaje agresivan (107). Sama agresija je rezultat frustracije jer frustracija neizbežno dovodi do nekog oblika agresivnosti. Za razliku od psihoanalitičara Dollard smatra da agresivnost nije urođena, niti prirodna odlika čoveka, već stanje isprovocirano frustracijom. Reagujući na frustraciju osoba usmerava svoje agresivno ponašanje na direktan izvor frustracije ili ga pomera na osobe i objekte koji je nisu izazvali. Broj frustracija i stepen tolerancije frustracije uticaće na agresivno ponašanje. Ukoliko je prag tolerancije frustracije niži, a broj frustracija veći i intenzivniji, osoba češće i burnije reaguje na osujećenje svojih ciljeva.

Kritičari Dollardove teorije frustracije uglavnom su zamerali polazište da frustracija isključivo dovodi do agresivnog ponašanja, kao i da je svako agresivno ponašanje rezultat frustracije (99). Frustracija može dovesti do različitih odgovora ličnosti, agresivnost je svakako jedan od njih, međutim postoji i mnoštvo drugih odgovora kakvi su zamena osujećenog cilja novim dostupnijim ciljem, ulaganje dodatnih napora da bi se cilj realizovao, apatija, kao i mnogi drugi.

Problem agresivnog ponašanja je nakon Dollard-ove teorije postao značajna tema istraživanja. Brojna kasnija istraživanja su se bazirala na mišljenju da agresivno ponašanje može biti naučeno kao bilo koji drugi oblik ponašanja. Središte ovih teorije je u opservacionom učenju i brojnim stimulusima iz okruženja koji pogoduju nastanku agresivnog ponašanja, pre svega socijalna sredina koja podstiče i ohrabruje ovakvo ponašanje.

Agresivno ponašanje kao naučeno ponašanje kroz različita društvena iskustva koja se smenjuju i uslovljeno nasumičnim usvajanjem i kaznom odnosno odobravanjem su osnova teorije učenja agresivnog ponašanja Alberta Bandure (108). „Nagrađivanje“ agresivnog ponašanja u Bandurinoj teoriji rezultira usvajanjem ovog oblika ponašanja a zavisi od kognitivnih faktora ličnosti, ponašanja i socijalnih stimulansa. Ohrabrivano ponašanje biće ponavljano, te u ovom slučaju agresivno ponašanje prihvaćeno usled pozitivnog podržavanja. Prema Banduri svako ponašanje mora biti motivisano, a osnovni motivatori su:

telesni faktori kakvi su hrana, tečnost, polni nagon; senzorni ili stimulativni; materijalni; socijalni i motiv za samopotvrđivanjem.

Za razliku od drugih bihejviorista Burrhus Skinner u svojoj teoriji operantnog uslovljavanja uvodi mogućnost da je organizam u stanju da generiše reakcije, umesto da prosto reaguje na stimulanse iz spoljašnje sredine (109). Uz obrazac stimulans – reakcija (S-R), Skinner uvodi obrazac stimulans – organizam – reakcija (S-O-R). Operantno ponašanje je spontano i slobodno delovanje individue u vezi sa poznatim i vidljivim podražajem (109). Za razliku od respondentnog ponašanja koje predstavlja reakciju na spoljašnji nadražaj, operantno nema neposredni uzrok u poznatoj situaciji ili pojavi, već isključivo u predviđanju posledica nekog akta.

Skinner uvodi i nov način uslovljavanja koji će nazvati instrumentalnim ili operantnim kondicioniranjem, smatrajući da će „organizam uvek reagovati na isti način u istoj ili sličnoj situaciji, te će operantno ponašanje biti predvidivo na relaciji uzrok – posledica“ (109). Dakle, ukoliko bismo uspeali da kontrolišemo posledice, imali bismo mogućnost da kontrolišemo ili predviđamo agresivno ponašanje.

Agresivnost kao naučeno ponašanje, pre svega u najmlađem uzrastu osnovno je polazište teorije agresivnog ponašanja Leonarda Erona. Prema Eronu (99) osobe koje ispoljavaju agresivno ponašanje su programirane da odgovaraju na ovaj način na osnovu prethodnih iskustava i učenja. S obzirom da autor prihvata multifaktorsko delovanje (genetičkih, psihodinamičkih i socijalnih faktora) na pojavu agresivnosti, mišljenja je da je u pitanju dugotrajan proces jer „niko ne postaje naprasno i odjednom agresivan, niti „dobija agresivnost““ (99).

Alternativno ponašanje agresivnom nije naučeno ili je proces učenja potvrdio agresivno ponašanje kao adekvatno, te se zbog toga ono manifestuje kao oblik interpersonalne komunikacije. Eron (99) je potvrdio u svojoj višedecenijskoj longitudinalnoj studiji da agresivna deca koja bivaju kažnjavana za svoje ponašanje postaju još agresivnija, izuzev one koja imaju snažnu identifikaciju sa

svojim očevima, kod kojih kažnjavanje je dalo rezultate u smeru snižavanja agresivnog ponašanja.

Dragoceni podaci za shvatanje agresivnog ponašanja iz perspektive učenja koje je utvrdila Eron-ova (99) studija su sledeći: a) fizičko kažnjavanje dece u najvećem broju slučajeva dovodi do agresivnog ponašanja van kuće i kao model ponašanja u odraslom dobu; b) posmatranje fizičkog nasilja u porodičnom okruženju je takođe model za buduće agresivno ponašanja; c) sama izloženost deteta agresivnim modelima ponašanja utvrđuje i povećava agresivno ponašanje; d) agresivno ponašanje koje se plasira putem medija utiče na razvoj i osnaživanje agresivnosti kod dece.

Usvajanje agresivnog ponašanja učenjem na najmlađem uzrastu rezultat je posmatranja odraslih koji na nefunkcionalan način rešavaju međusobne nesuglasice i probleme, te tako ovaj model ponašanja i sami uče da koriste u nejasnim, problematičnim i konfliktnim situacijama.

Teorije učenja agresivnog ponašanja uglavnom počivaju na učenju posmatranjem ponašanja drugih, nagrađivanjem i ohrabrivanjem agresivnog ponašanja ili pozicijom žrtve agresije koja kasnije i sama počinje agresivno da se ponaša. S obzirom da smo više puta ukazali da osobe obolele od bipolarnog afektivnog poremećaja i antisocijalnog poremećaja ličnosti dele agresivnost kao zajedničku karakteristiku, mogli bismo pretpostaviti da bi mogli imati i zajednička iskustva iz najranijih faza razvoja po ugledu na model usvajanja agresivnog ponašanja koji nude teorije učenja agresivnog ponašanja.

2.4. Multifaktorski model agresivnosti

Na osnovu razmatranja da je agresivno ponašanje proizvod uticaja širokog spektra faktora, od genetičkih, neuroanatomskih, endokrinoloških i fizioloških do uticaja društva, porodice, vršnjačkih grupa, zloupotrebe opijata, nastala je jedna od najznačajnijih multifaktorskih teorija agresivnosti pod nazivom Opšti model agresivnosti (General Aggression Model), u literaturi prepoznatljiva kao GAM teorija.

Teorija opšteg modela agresivnosti nastala je zalaganjem Anderson i Carnagey-ja na osnovu razmatranja mnoštva faktora koji doprinose agresivnom ponašanju (110). Ova teorija je razvijena kao dinamički, socijalno kognitivni, razvojni model koji uključuje situacione, individualne i biološke varijable, a zasnovan je na teorijama socijalnog učenja i socijalno kognitivnim teorijama, kao i na osnovu velikog broja teorijskih i empirijskih argumentacija autora koji su se bavili proučavanjem agresivnosti (111).

Sa polazišta proučavanja komorbiditeta antisocijalnog poremećaja ličnosti i bipolarnog afektivnog poremećaja Opšti model agresivnosti je od izuzetne važnosti jer obuhvata široko naučno područje koje se bavi proučavanjem agresivnog ponašanja što je ujedno i osnovna odrednica komorbiditeta izučavanih poremećaja u našem radu.

Anderson i Carnagey (110) smatraju nasilje odnosno agresivno ponašanje kao različito u različitim društvima po parametrima kakvi su: dostupnost oružja; različite kulturne norme o agresivnom ponašanju; globalno zagrevanje; izloženost medijima koji propagiraju ovakva ponašanja (internet, televizija, kompjuterske igrice). Međutim, nijedan od ovih faktora nije u mogućnosti da samostalno objasni fenomen nasilja i agresivnog ponašanja. Autori su mišljenja da se agresivno ponašanje javlja u multirizičnom okruženju kakva je sredina koja nudi mnoštvo agresivnih modela ponašanja (za ugledanje i učenje); frustrirajuće i viktimizirajuće okruženje; sredina koja podstiče agresivno ponašanje i uči ljude da je agresivno ponašanje prihvatljivo, poželjno i da simboliše uspeh (110).

U ovom višedimenzionalnom modelu agresivnosti izdvajaju se sledeće dimenzije agresivnosti: stepen neprijateljstva; automatizam; stepen u kojem je primarni cilj povrediti žrtvu u odnosu na korist koju ima vinovnik; stepen shvatanja posledica.

Smatrajući da postoje neposredni i posredni uzročni faktori agresivnosti, Anderson i Carnagey (110) kao neposredne faktore vide ličnost i situaciju, a kao posredne socijalno okruženje i biološke razlike. Prvi su aktuelni i aktivni u

tekućim socijalnim situacijama, drugi ističu svoj uticaj posle dužeg vremenskog perioda. Posredni faktori utiču na jačanje neposrednih faktora koji dovode do agresivnog ponašanja, ili utiču na umanjivanje onih neposrednih faktora koji inhibiraju agresivnost. Posredni faktori utiču na individualnu spremnost ka realizaciji agresivnog ponašanja.

Tabela 4. Neposredni uzročni faktori u Modelu opšte agresivnosti

Ličnost	Situacija
Nerealno visoka samoprocena	Socijalni stres
Narcizam	Provokacija
Egoizam	Frustracija
Nepostojanje dugoročnih ciljeva	Bol / Nelagodnost
Mogućnost razlikovanja agresivnog i neagresivnog ponašanja	Loše raspoloženje
Prisustvo normativnih uverenja o agresivnosti i pozitivnih stavova uopšte o agresivnosti i nasilju	Posedovanje i dostupnost oružja
Usmerenost ka nasilju	Nasilne scene
Neprijateljstvo i hostilna očekivanja i percepcije	Agresivnost u medijima
Agresivne skripte	Buka
Dehumanizacija drugih	Visoka spoljna temperatura
Kulturni stereotipi	Preteći ili zastrašujući stimulansi
Poremećaji moralnog rasuđivanja	Alkohol
Neprihvatanje odgovornosti	Droga

Prema: Anderson CA, Carnegey NL. 2005.

U nekim razmatranjima agresivnog ponašanja čoveka (112) može se primetiti da neki biološki i sredinski činioci se smenjuju kao posredni i kao neposredni

faktori, što bi moglo pomoći u istraživanjima etiologije agresivnosti kod pacijenata sa komorbiditetom antisocijalnog poremećaja ličnosti i bipolarnog afektivnog poremećaja.

Tabela 5. Posredni uzročni faktori u Modelu opšte agresivnosti

Sredinski faktori	Biološki faktori
Maladaptivne porodice i disfunkcionalno roditeljstvo	Nizak nivo pobuđivanja
Nasilnički komšiluk	Nizak serotonin
Kulturne norme koje podržavaju nasilje	ADHD
Viktimizacija	Hormonski disbalans
Deprivacija	Deficit funkcija izvršavanja
Teški uslovi života	
Konflikti u grupi	
Traumatični događaji	
Nedostatak lica koja reaguju u situacijama nasilja	
Difuzija odgovornosti	
Izloženost nasilju iz medija	
Antisocijalno okruženje	

Prema: Anderson CA, Carnegey NL. 2005.

Kao posredne uzročne faktore Anderson spominje sredinske i biološke činioce. Kao sredinski činioci izdvajaju se: maladaptivna porodica; disfunkcionalno roditeljstvo; susedstvo koje karakteriše nasilje, prisustvo gangova; kulturne norme koje podržavaju i ohrabruju agresiju i nasilje; iskustvo viktimizacije; deprivacija; teški uslovi života; konflikti u grupi; traumatični događaji; nedostatak lica koja bi reagovala u nasilničkim situacijama; difuzija odgovornosti; izloženost agresivnosti i nasilju sa medija; druženje i kontakt sa

antisocijalnim i problematičnim osobama. Biološki činioci se odnose na nizak nivo pobuđivanja; nizak serotonin; prisustvo ADHD (hiperaktivni poremećaj nedostatka pažnje); hormonski disbalans; kao i deficit funkcija izvršavanja (110, 112).

Učenja mnogobrojnih teoretičara o agresivnosti (113, 114, 115, 116, 117) su sadržana u Opštem modelu agresivnosti. Kroz ovaj model se istovremeno javljaju faktori ličnosti i faktori socijalnog okruženja koji nisu suprotstavljeni već se dopunjuju. GAM uključuje i biološke činioce koji zajednički sa socijalnim okruženjem pripremaju ličnost da agresivno deluje u određenoj situaciji. Opšti model agresivnosti prezentuje na koji način mnogostruki nivoi nabrojanih faktora agresivnosti mogu delovati na osobu. GAM na neki način usmerava autore koji se bave etiologijom agresivnog ponašanja na određene faktore istovremeno insistirajući na ranoj prevenciji.

Prisustvo agresivnog i nasilničkog ponašanja kod pacijenta sa komorbiditetom antisocijalnog poremećaja ličnosti i bipolarnog afektivnog poremećaja moglo bi biti na vreme uočeno i moguće delimično prevenirano korišćenjem Opšteg modela agresivnosti. Ovaj koncept je značajan jer na osnovu objedinjenih modela agresivnosti i višestrukih nivoa faktora agresivnog ponašanja ukazuje na modus delovanja riziko faktora ne samo kod vulnerabilnih grupa kakvi su pacijenti sa komorbiditetom ovih poremećaja, već i kod masovne populacije.

Mnogi pacijenti sa komorbiditetom antisocijalnog poremećaja ličnosti i bipolarnog afektivnog poremećaja su prihvatili agresivnost kao model ponašanja iz direktnih izvora kakvi su porodica, škola, vršnjaci, kao i nekih indirektnih kakvi su na primer mediji masovne komunikacije, ta agresivnost je dalje samo nadograđena patologijom njihove ličnosti i već prisutnim biološkim faktorima. Direktne posledice agresivnosti kao modela ponašanja a ne samo patologije ličnosti su između ostalog i povećan broj zakonom sankcionisanih radnji koje izvršavaju ove osobe.

3. Suicid i suicidalno ponašanje osoba obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja i antisocijalnog poremećaja ličnosti

Bipolarni afektivni poremećaj i antisocijalni poremećaj ličnosti su poremećaji kod kojih postoji visok rizik za suicidalno ponašanje. Ovaj rizik se značajno povećava sa komorbiditetom ova dva poremećaja (122). Kao zajednička karakteristika bipolarnog afektivnog poremećaja i antisocijalnog poremećaja ličnosti suicidalnost se najčešće dovodi u vezu sa depresivnim epizodama bipolarnog afektivnog poremećaja odnosno nedostatkom bihevioralne kontrole osoba sa antisocijalnim poremećajem ličnosti. Impulsivnost kao dominantna crta oba poremećaja predstavlja jedan od najvećih faktora rizika (94, 118).

Usled komorbiditeta bipolarnog afektivnog poremećaja i antisocijalnog poremećaja ličnosti koji znatno povećava rizik za suicidalno ponašanje (94, 119), najčešće su kao suicidalno krizne situacije utvrđivane depresivne epizode kod osoba sa istovremenim prisustvom ovih poremećaja koje mogu dovesti do suicidalnog ponašanja, što je u nekim istraživanjima (119, 120, 122) dovođeno i u vezu sa zloupotrebom psihoaktivnih supstanci, pre svega ekscesivnom konzumacijom alkohola. Takođe, maladaptivne porodice i uopšte disfunkcionalno okruženje kakvo često susrećemo kod ovih pacijenata mogu značajno doprineti suicidalnost usled odsustva bilo kakvog oblika podrške.

Slaba kontrola impulsa koja dovodi do problema na bihevioralnom nivou, sklonost dosadi, rizični oblici ponašanja, nemogućnost planiranja unapred, nepostojanje dugoročnih ciljeva predstavljaju ključne karakteristike osoba sa antisocijalnim poremećajem ličnosti koje zajednički sa epizodama bipolarnog afektivnog poremećaja dodatno povećavaju teret ovih bolesti, uslođavajući kliničku sliku i povećavajući rizik za suicid kod osoba kod kojih su ovi fenomeni istovremeno prisutni.

Epidemiološka istraživanja u psihijatriji pokazuju da oko 0,2% populacije izvršava suicid. Rezultati govore da oko 50% ovih osoba nikada nije psihijatrijski tretirano, kao i da polovina osoba koje izvrše suicid ili ga pokušaju su osobe koje boluje od različitih oblika depresije (121).

Suicidalne ideje i sam suicid su zajednička odrednica svih depresivnih stanja, depresivnih epizoda, depresivnosti uopšte. Kecmanović (77) napominje da postoji nekoliko vrsta suicidalnog ponašanja pacijenata koji manifestuju depresiju. Pre svega ova podela se odnosi na uspešno izvršen suicid, neuspešan suicid i parasuicid odnosno parasuicidalno ponašanje.

Spomenimo i da najveći broj samoubica recidivista su osobe koje manifestuju psihopatiju (antisocijalni poremećaj ličnosti), a zatim slede pacijenti sa histeričnim poremećajima, bolestima zavisnosti, pre svega alkoholizmom (77).

U nekim istraživanjima poput Marttunen-ove studije (123) je utvrđeno da izuzetno povišen rizik za nefatalno suicidalno ponašanje imaju osobe sa antisocijalnim poremećajem ličnosti (45% ispitanika i 33% ispitanica koji nisu realizovali suicid je ispunjavalo kriterijume za antisocijalni poremećaj ličnosti). U drugim istraživanjima takođe su empirijski podržani stavovi da je suicidalno ponašanje mnogo češće kod osoba sa antisocijalnim poremećajem ličnosti, poremećajima raspoloženja, i posebno komorbiditetom ovih poremećaja (124).

Studije prevalencije i komorbiditeta mentalnih poremećaja kod osoba koje su imale ozbiljne pokušaje samoubistva se pridružuju opštem stavu o povećanom riziku za suicidalno ponašanje i izvršen suicid kod osoba sa istovremenim prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti i bipolarnog afektivnog poremećaja (122, 124).

Istražujući fenomen suicida, Beautrais i saradnici (124) zaključuju da je rizik od ozbiljnih pokušaja suicida čak 3.7 puta veći kod osoba koje imaju antisocijalni poremećaj ličnosti ili komorbiditet ovog poremećaja sa nekim poremećajem raspoloženja, nego kod ispitanika bez prisustva ovog poremećaja. Kada su grupu koju su istraživali sveli na uzorak osoba muškog pola koje imaju manje od 30 godina, rizik za ozbiljno suicidalno ponašanje je porastao čak devet

puta za osobe sa antisocijalnim poremećajem ličnosti u odnosu na one ispitanike kod kojih antisocijalni poremećaj nije registrovan. Kod žena rizik za ozbiljno suicidalno ponašanje bio je 2.3 puta veći u odnosu na ispitanice bez antisocijalnog poremećaja ličnosti u Beautrais-ovoj studiji (124).

S druge strane postoje i empirijske potvrde da bipolarni afektivni poremećaj ima težu kliničku sliku između ostalog praćenu suicidom i suicidalnim ponašanjem ukoliko postoji prisustvo i antisocijalnog poremećaja ličnosti (122). Uz impulsivnost kao zajedničku karakteristiku antisocijalnog poremećaja ličnosti i bipolarnog afektivnog poremećaja, utvrđeno je da povećan rizik medicinski ozbiljnog suicidalnog ponašanja za obolele od bipolarnog afektivnog poremećaja predstavlja: prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti; češće depresivne epizode; godine života; broj pokušaja samoubistva (122).

4. Antisocijalno ponašanje osoba obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja i antisocijalnog poremećaja ličnosti

Antisocijalno ponašanje predstavlja veliki broj različitih aktivnosti koje ugrožavaju ili povređuju pojedinca, grupu ili zajednicu u celini. U pitanju nije samo ponašanje koje nije u skladu sa zakonom utvrđenim pravilima ponašanja, već se odnosi na kršenje običajnih i moralnih normi, te ga na najuopšteniji način nazivamo antidruštvenim.

Često između antisocijalnog ponašanja i kriminaliteta postoji znak jednakosti i u uobičajenom govoru se ovi pojmovi koriste sinonimno. Međutim, nije svako antisocijalno ponašanje i zakonom sankcionisano, iako može nanositi veliku štetu drugima. Takođe, čest je slučaj da se osobe sa antisocijalnim poremećajem ličnosti poistovećuju sa nasilnim kriminalcima, iako one ne moraju neminovno pripadati kriminalnom miljeu. Prokriminalna orijentacija osoba sa antisocijalnim poremećajem ličnosti je česta, ali ne uvek potvrđena.

Slično antisocijalnom poremećaju ličnosti i bipolarni afektivni poremećaj je učestaliji u populaciji koja se nalazi u zavodskim ustanovama na izdržavanju propisanih sankcija nego u masovnoj populaciji, kod kojih su evidentirane i češće manične epizode i veći broj hospitalizacija (125).

Antisocijalno i kriminalno ponašanje osoba koje boluju od bipolarnog afektivnog poremećaja je najčešće vezano komorbiditetom sa antisocijalnim poremećajem ličnosti. Utvrđeno je da istovremeno prisustvo ovih poremećaja povećava impulsivnost koja je njihova zajednička karakteristika, što značajno doprinosi manifestovanju društveno neprihvatljivog i zakonom sankcionisanog ponašanja ovih osoba (5). Takođe, primećeno je da zloupotreba psihoaktivnih supstanci, pre svega ekscesivna konzumacija alkohola značajno podiže ionako visok rizik za antisocijalno ponašanje kod pacijenata sa istovremenim prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti i bipolarnoga afektivnog poremećaja (9, 126).

Faktor rizika za antisocijalno ponašanje pacijenata sa istovremenim prisustvom ovih poremećaja takođe predstavlja česta pojava maničnih epizoda kod ovih pacijenata koja svojom učestalošću povećava rizik za pojavu neprihvatljivog ponašanja, kao i za njegovo ponavljanje (5). Manične epizode kod ove populacije mogu biti praćene povišenom razdražljivošću, agresivnim i nasilničkim ponašanjem, neočekivanim napadima besa, manifestovanjem ekstremnog neprijateljstva prema neposrednom okruženju, ozbiljnim i alarmantnim izlivima agresije prema okolini koja pokušava da ih obuzda i primiri.

Kriminalno ponašanje pacijenata sa bipolarnim afektivnim poremećajem je u čvrstoj vezi sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti. Kao dodatni faktori rizika uz spomenute bolesti zavisnosti i učestalost maničnih epizoda, navode se i muški pol koji je značajan faktor nasilničkog ponašanja ove populacije (127), niži nivo obrazovanja i istorija višestrukih pokušaja samoubistva (5). Bračni status se takođe pokazao kao dobar prediktor delinkventnog ponašanja osoba sa bipolarnim poremećajem, naime pojedina istraživanja navode da osobe koje su razvedene, razdvojene od svojih partnera ili kojima je partner preminuo vrše zakonom sankcionisane radnje mnogo češće (127).

Najčešći oblici inkriminiranih radnji koje vrše osobe sa istovremenim prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti i bipolarnog afektivnog poremećaja su u pogledu kriminaliteta koji ne podrazumeva nasilničko ponašanje – imovinski kriminalitet (krađe, nepoštovanje privatnosti tuđeg poseda), prevare, posedovanje i prodaja droge (5). U pogledu violentnih krivičnih dela izdvajaju se dela protiv života i tela, pre svega napadi sa povređivanjem (nanošenje telesnih povreda) i razbojništva (5) odnosno nasilje u porodici, seksualni napadi i opiranje pri hapšenju (125). Zanimljivo je dodati da u Swann-ovom istraživanju (5) nije utvrđen viši nivo impulsivnosti kod osoba sa istovremenim prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti i bipolarnog afektivnog poremećaja u pogledu težine inkriminisanog dela. Visoka impulsivnost je utvrđena kod obe grupe, ali nije bila veća kod osoba koje su

izvršavale teža krivična dela. Naime, ispitanici koji su bili osuđeni za nasilne zločine nisu bili impulsivniji od ispitanika sa komorbiditetom ovih poremećaja koji su bili osuđeni za manje društveno opasne delikte.

V. Ciljevi i hipoteze istraživanja

1. Ciljevi istraživanja

Ciljevi našeg istraživanja su:

1. Ispitivanje prisustva antisocijalnog poremećaja ličnosti kod pacijenata obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja
2. Utvrđivanje prediktora antisocijalnog poremećaja ličnosti kod pacijenata obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja.

U analizi prediktora razmatrali smo: demografska obeležja; karakteristike hospitalizacije; psihijatrijski hereditet; postojanje nekog stresora kao okidača za prvo javljanje simptoma bolesti; prisustvo psihotičnosti; antisocijalno ponašanje; osuđivanost; zloupotrebu psihoaktivnih supstanci; suicidalno ponašanje; agresivno i impulsivno ponašanje kod pacijenata obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti u odnosu na pacijente obolele od bipolarnog afektivnog poremećaja bez prisustva antisocijalnog poremećaja ličnosti.

Opredelili smo se za ove ciljeve jer smo na osnovu kliničke prakse zapazili da kod pacijenata obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja često postoji prisutan neki od poremećaja ličnosti. Pregledom obimne istraživačke literature zapazili smo da je antisocijalni poremećaj ličnosti relativno često prisutan kod ove kategorije pacijenata na šta nam je ukazivao podatak da određeni broj pacijenata sa bipolarnim afektivnim poremećajem u fazama manije i hipomanije koje prati ionako visok energetska potencijal, razvijaju i ekstremne forme impulsivnog i agresivnog ponašanja, koje je često u sukobu sa socijalnim i zakonskim normama.

U mnogobrojnim istraživanjima koja su predstavljena u teorijskom delu našeg rada je zapaženo da antisocijalni poremećaj ličnosti kod pacijenata sa bipolarnim afektivnim poremećajem se manifestuje atipično patološki razvijenom ličnošću za koju je karakteristična slaba ego kontrola, impulsivne

reakcije kao produkt smanjenih kapaciteta za podnošenje unutrašnje napetosti i vrlo često dominantan princip zadovoljstva, što sve bitno odudara od karakteristika ličnosti koju srećemo kod poremećaja raspoloženja, pre svega bipolarnog afektivnog poremećaja bez komorbiditeta, a koja počiva na bazi konflikt-odbrana-manifestacija simptoma.

2. Hipoteze istraživanja

Hipoteze od kojih kreće naše istraživanje su:

1. Kod pacijenata obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja relativno često se evidentira prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti
2. Potencijalni prediktori nastanka antisocijalnog poremećaja ličnosti kod pacijenata obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja su: demografske karakteristike; prisutan veći broj hospitalizacija; istorija rane evidencije poremećaja ponašanja; psihijatrijski hereditet; postojanje nekog stresora kao okidača za prvo javljanje simptoma bipolarnog afektivnog poremećaja; prisustvo psihotičnosti; antisocijalno ponašanje; osuđivanost; zloupotreba psihoaktivnih supstanci; suicidalno ponašanje; agresivno ponašanje, slaba kontrola impulsa.

VI. Metodologija istraživanja

1. Dizajn studije

Istraživanje je dizajnirano po tipu studije preseka. Studija je obuhvatila prikupljanje podataka iz medicinske dokumentacije (nalaza i mišljenja ordinirajućih lekara i nalaza i mišljenja psihologa) pacijenata obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja koji su tokom akutne faze bolesti bili hospitalizovani na Klinici za psihijatriju Kliničkog centra Srbije u petogodišnjem periodu od januara 2009. do januara 2014. godine. Studija je realizovana na Klinici za psihijatriju Kliničkog centra Srbije u periodu maj 2014. – februar 2015. godine.

Protokol istraživanja je odobren Odlukama donetim od strane stručnog Kolegijuma Klinike za psihijatriju Kliničkog centra Srbije br. 158 od 13.02.2014. godine i Etičkog odbora Kliničkog centra Srbije br. 262/1 od 20.03.2014. godine.

2. Selekcija uzorka

Studija je obuhvatila istorije bolesti 215 ispitanika koji su imali utvrđenu dijagnozu bipolarnog afektivnog poremećaja i bili na bolničkom lečenju na Klinici za psihijatriju Kliničkog centra Srbije u petogodišnjem periodu od 2009. do 2014. godine. Kriterijumi za uključivanje dokumentacije u studiju su bile utvrđene zvanične dijagnoze za bipolarni afektivni poremećaj (prema Međunarodnoj klasifikaciji mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja MKB-10) Svetske zdravstvene organizacije obeležene šiframa F31.0 – F31.9.

S obzirom da je u Republici Srbiji MKB-10 prihvaćena kao službena klasifikacija, zvanično za antisocijalni poremećaj ličnosti se koristi termin disocijalni poremećaj ličnosti sa oznakom F60.2, o čemu smo opširno diskutovali u uvodnim delovima rada. Disocijalni poremećaj ličnosti uključuje amoralnu, antisocijalnu, psihopatsku i sociopatsku ličnost prema MKB-10 (3),

što nam je dalo mogućnost da ove termine koristimo kao sinonime, a naše utvrđivanje antisocijalnog poremećaja ličnosti kod obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja proširimo uz utvrđene dijagnoze ordinirajućih lekara, i na nalaze i mišljenja psihologa kod ove grupe pacijenata. U izveštajima psihologa pacijenti iz ispitivanog uzorka sa bipolarnim afektivnim poremećajem i prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti koji su bili psihološki testirani i opservirani tokom hospitalnog tretmana na Klinici za psihijatriju Kliničkog centra Srbije u periodu od 2009. do 2014. godine bili su označeni kao: antisocijalne ličnosti i psihopatske ličnosti. Primenjene tehnike uz psihološki intervju su bile MCMI, PAI, CLJF i Roršah test.

Tabela 6. Struktura ispitivanog uzorka prema dijagnozi bipolarnog afektivnog poremećaja

Dg	n	%
F31.0	12	5,6
F31.1	23	10,7
F31.2	25	11,6
F31.3	21	9,8
F31.4	43	20
F31.5	14	6,5
F31.6	39	18,1
F31.7	8	3,7
F31.8	22	10,2
F31.9	8	3,7
Ukupno	215	100,0

3. Plan i metode istraživanja

Istraživanje je realizovano prikupljanjem podataka iz medicinske dokumentacije pacijenata iz uzorka kako bi se odredila studijska grupa koju su činili pacijenti oboleli od bipolarnog afektivnog poremećaja sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti odnosno kontrolna grupa koju su činili pacijenti oboleli od bipolarnog afektivnog poremećaja bez prisustva antisocijalnog poremećaja ličnosti. Prikupljeni materijal je dalje analiziran u odnosu na izabrane varijable predstavljene u odeljku Rezultati.

Dovoljan broj jedinica posmatranja za ocenu učestalosti antisocijalnog poremećaja ličnosti (ASPL) u populaciji obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja (BAP) sa preciznošću od 0,05, koeficijentom pouzdanosti od 0,95 i pretpostavljenom učestalošću ispitivane pojave od 10% (prema rezultatima Swann-a iz 2011. godine (1)) za ovu studiju iznosi 139 ispitanika.

4. Statističke metode

Za analizu primarnih podataka koristiće se deskriptivne statističke metode, metode za testiranje statističkih hipoteza, metode za ispitivanje zavisnosti i metode za analizu odnosa ishoda i potencijalnih prediktora.

Od deskriptivnih statističkih metoda koristiće se mere centralne tendencije (aritmetička sredina, medijana), mere varijabiliteta (standardna devijacija) i relativni brojevi (pokazatelji strukture). Od metoda za testiranje statističkih hipoteza koristiće se: hi – kvadrat test i t – test.

Od metoda za analizu zavisnosti upotrebiće se Pearson-ov koeficijent linearne korelacije i Spearman-ov koeficijent korelacije ranga. Kao metode za analizu odnosa binarnih ishoda i potencijalnih prediktora koristiće se logistička regresija. Statističke hipoteze su testirane na nivou statističke značajnosti (alfa nivo) od 0,05.

VII. Rezultati istraživanja

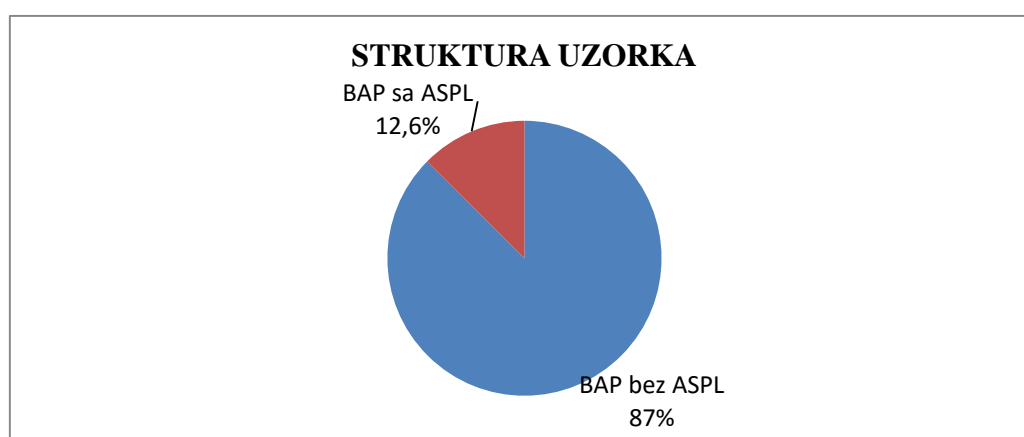
1. Struktura ispitivanog uzorka

Od ukupnog broja ispitanika koji boluju od bipolarnog afektivnog poremećaja uključenih u istraživanje, kod 188 (87,4%) nije utvrđeno prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti. Kod 27 (12,6%) ispitanika je evidentirano prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti.

Tabela 7. Struktura uzorka u istraživanju

Uzorak	n	%
BAP bez ASPL	188	87,4
BAP sa ASPL	27	12,6
Ukupno	215	100,0

BAP=bipolarni afektivni poremećaj, ASPL=antisocijalni poremećaj ličnosti

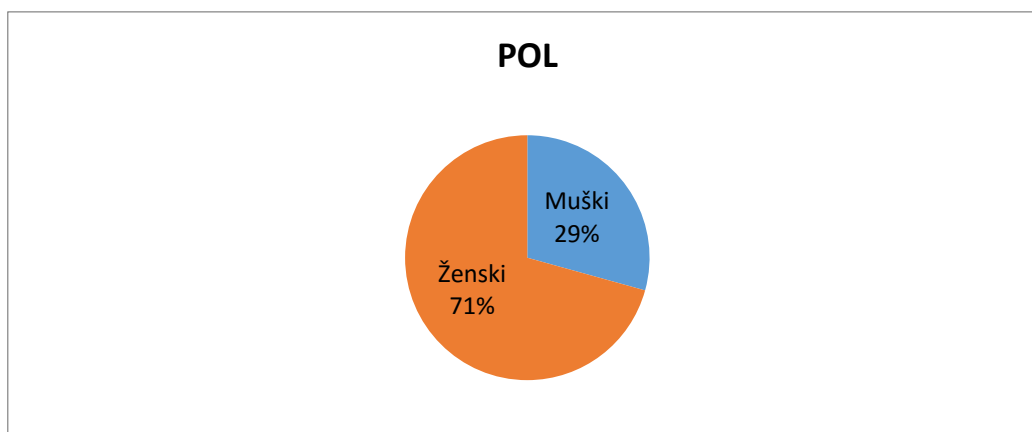


Grafikon 1. Struktura uzorka u istraživanju

2. Demografski podaci

2.1. Distribucija ispitivanog uzorka prema polu

Od ukupnog broja ispitanika uključenih u istraživanje 63 (29,3%) bilo je muškog, a 152 (70,7%) ženskog pola.



Grafikon 2. Distribucija ukupnog broja ispitanika po polu

Tabela 8. Distribucija ispitanika prema polu s obzirom na prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti

POL	BAP bez ASPL		BAP sa ASPL		Ukupno	
	n	%	n	%	n	%
Muški	48	76,2	15	23,8	63	100,0
Ženski	140	92,1	12	7,9	152	100,0
Ukupno	188	87,4	27	12,6	215	100,0

Utvrđena je statistički značajna razlika u učestalosti pola između ispitivanih grupa (Hi-kvadrat=10,273; $p=0,001$). Muškarci oboleli od bipolarnog afektivnog poremećaja značajno češće imaju prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti.

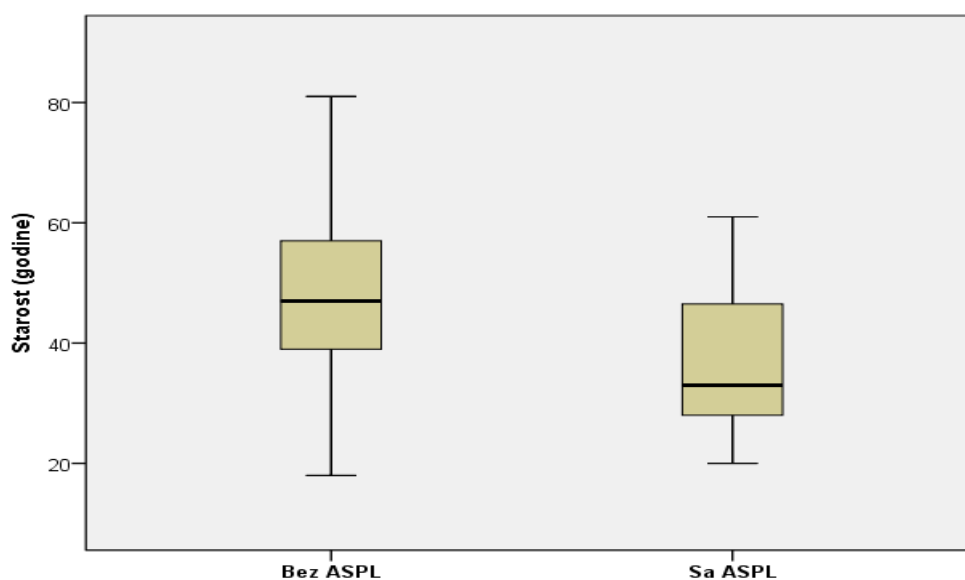
2.2. Distribucija ispitivanog uzorka prema starosti

Prosečna starost ispitanika koji boluju od bipolarnog afektivnog poremećaja bez prisustva antisocijalnog poremećaja ličnosti iznosi $47,2 \pm 12,2$ godine. Najmlađi ispitanik je imao 18,0 godina, a najstariji 81,0 godinu.

Tabela 9. Starost ispitanika u istraživanju

Starost (godine)	n	\bar{x}	sd	med	min	max
BAP bez ASPL	188	47,2	12,2	47,0	18,0	81,0
BAP sa ASPL	27	37,3	12,7	33,0	20,0	61,0
Ukupno	215	46,0	12,7	46,0	18,0	81,0

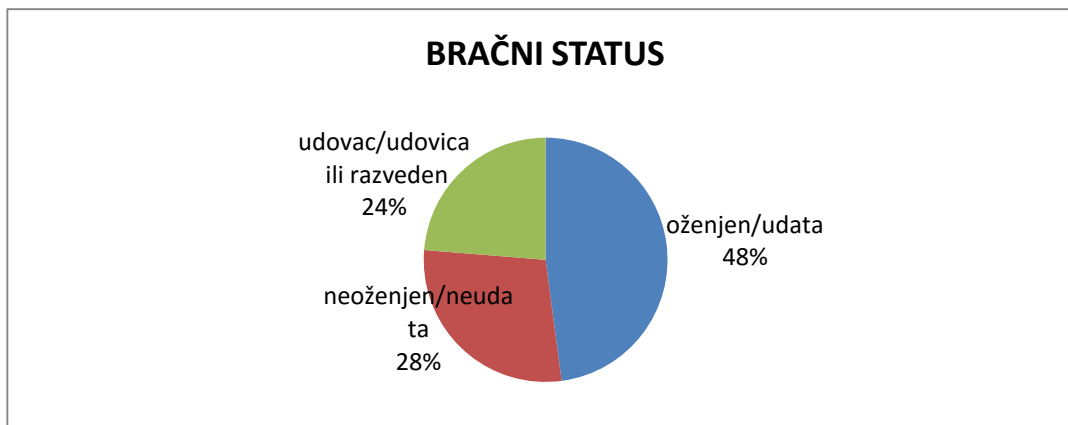
Prosečna starost ispitanika sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti iznosila je $37,3 \pm 12,7$ godina. Postoji statistički značajna razlika u prosečnoj starosti između ispitivanih grupa ($t=3,939$; $p<0,001$). Ispitanici sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti su značajno mlađi.



Grafikon 3. Starost ispitanika u istraživanju

2.3. Bračni status ispitivanog uzorka

Od ukupnog broja ispitanika uključenih u istraživanje evidentirano je 103 ispitanika (47,9%) koji su oženjeni/udate, 61 (28,4%) neoženjeni/neudate, i 51 (23,7%) koji su razvedeni ili udovaci/udovice.



Grafikon 4. Distribucija ispitanika prema bračnom statusu

Tabela 10. Distribucija ispitanika prema bračnom statusu s obzirom na prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti

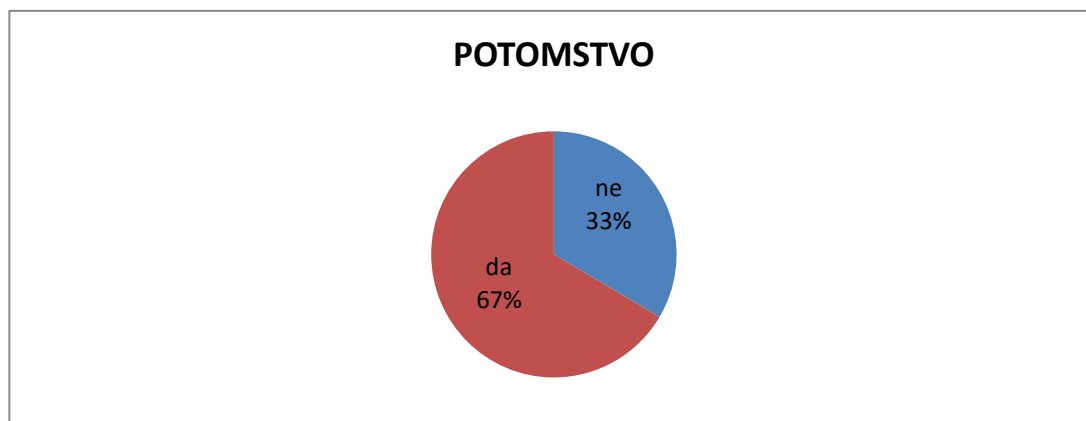
BRAČNI STATUS	BAP bez ASPL		BAP sa ASPL		Ukupno	
	n	%	n	%	n	%
Oženjen/udata	95	92,2	8	7,8	103	100,0
Neoženjen/neudata	46	75,4	15	24,6	61	100,0
Udovac/udovica ili razveden(a)	47	92,2	4	7,8	51	100,0
Ukupno	188	87,4	27	12,6	215	100,0

Od svih ispitanika uključenih u istraživanje, u pogledu bračnog statusa prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti je imalo 7,8% oženjenih/udatih, 24,6% neoženjenih/neudatih i 7,8% udovac/a ili razveden/a. Postoji statistički značajna razlika u vezi bračnog statusa između ispitivanih grupa (Hi-

kvadrat=11,228; p=0,004). Neoženjeni/neudate značajno češće su uz bipolarni afektivni poremećaj manifestovali i antisocijalni poremećaj ličnosti.

2.4. Potomstvo ispitivanog uzorka

Od ukupnog broja ispitanika uključenih u istraživanje 72 (33,5%) nije imalo potomstvo, dok 143 (66,5%) jeste imalo potomstvo.



Grafikon 5. Distribucija ispitanika prema potomstvu

Tabela 11. Distribucija ispitanika prema potomstvu s obzirom na prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti

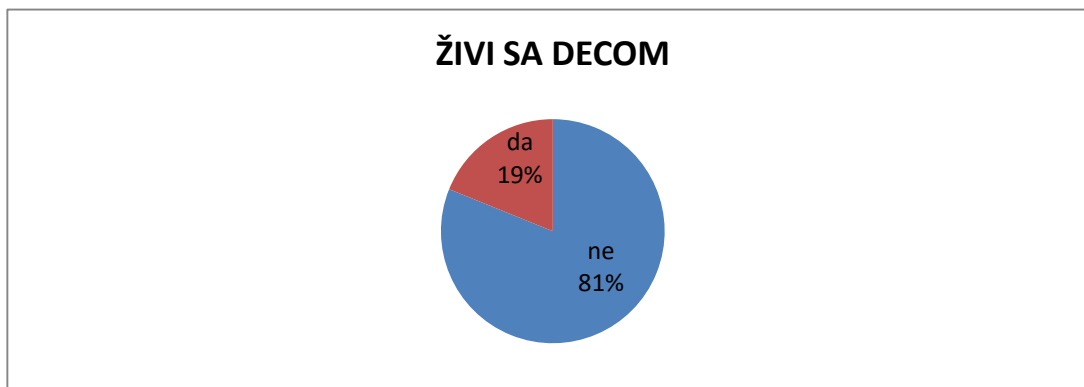
POTOMSTVO	BAP bez ASPL		BAP sa ASPL		Ukupno	
	n	%	n	%	n	%
Bez potomstva	56	77,8	16	22,2	72	100,0
Sa potomstvom	132	92,3	11	7,7	143	100,0
Ukupno	188	87,4	27	12,6	215	100,0

Od svih ispitanika uključenih u istraživanje antisocijalni poremećaj ličnosti je prisutan kod 22,2% ispitanika bez potomstva i 7,7% sa potomstvom.

Postoji statistički značajna razlika u učestalosti postojanja potomstva između ispitivanih grupa (Hi-kvadrat=9,207; p=0,002). Ispitanici koji nemaju potomstvo značajno češće uz bipolarni afektivni poremećaj manifestuju i antisocijalni poremećaj ličnosti.

2.5. Život sa decom u istom domaćinstvu ispitivanog uzorka

Od svih ispitanika uključenih u istraživanje koji su imali potomstvo (143), za 116 je evidentirano da žive u istom domaćinstvu sa svojom decom (81,1%), dok za 27 ispitanika uključenih u istraživanje evidentirano je da ne žive (18,9%).



Grafikon 6. Distribucija ispitanika prema životu u istom domaćinstvu sa decom

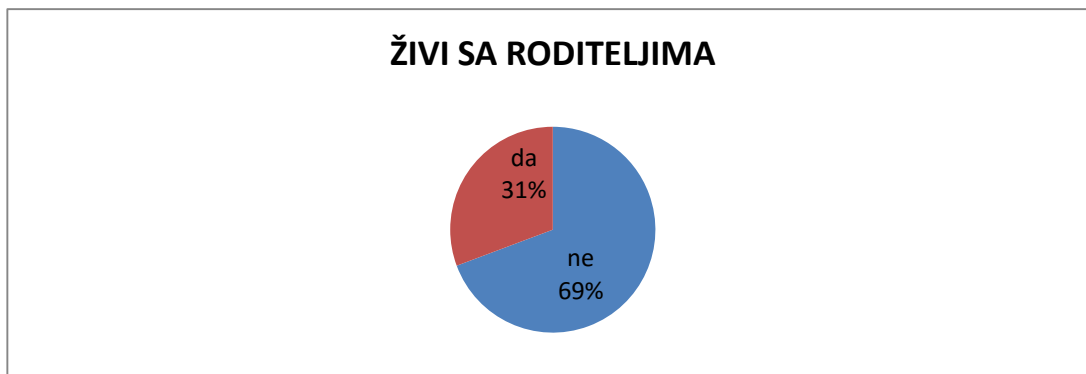
Tabela 12. Distribucija ispitanika prema životu u istom domaćinstvu sa decom s obzirom na prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti

ŽIVOT U ISTOM DOMAĆINSTVU SA DECOM	BAP bez ASPL		BAP sa ASPL		Ukupno	
	n	%	n	%	n	%
Ne	113	85,6	3	27,3	116	81,1
Da	19	14,4	8	72,7	27	18,9
Ukupno	132	100,0	11	100,0	143	100,0

Postoji statistički značajna razlika u učestalosti života u istom domaćinstvu sa decom između ispitivanih grupa (Fišerov test tačne verovatnoće, $p < 0,001$).

2.6. Život sa roditeljima u istom domaćinstvu ispitivanog uzorka

Od svih ispitanika uključenih u istraživanje 149 (69,3%) ne živi sa roditeljima, a 66 (30,7%) živi sa roditeljima u istom domaćinstvu.



Grafikon 7. Distribucija ispitanika prema životu u istom domaćinstvu sa roditeljima

Tabela 13. Distribucija ispitanika prema životu u istom domaćinstvu sa roditeljima s obzirom na prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti

ŽIVOT U ISTOM DOMAĆINSTVU SA RODITELJIMA	BAP bez ASPL		BAP sa ASPL		Ukupno	
	n	%	n	%	n	%
Ne	135	90,6	14	9,4	149	100,0
Da	53	80,3	13	19,7	66	100,0
Ukupno	188	87,4	27	12,6	215	100,0

Postoji statistički značajna razlika u učestalosti života u istom domaćinstvu sa roditeljima između ispitivanih grupa (Hi-kvadrat=4,420; p=0,036). Ispitanici koji žive sa roditeljima češće imaju prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti.

2.7. Broj članova porodice u kojoj živi ispitanici uзорак

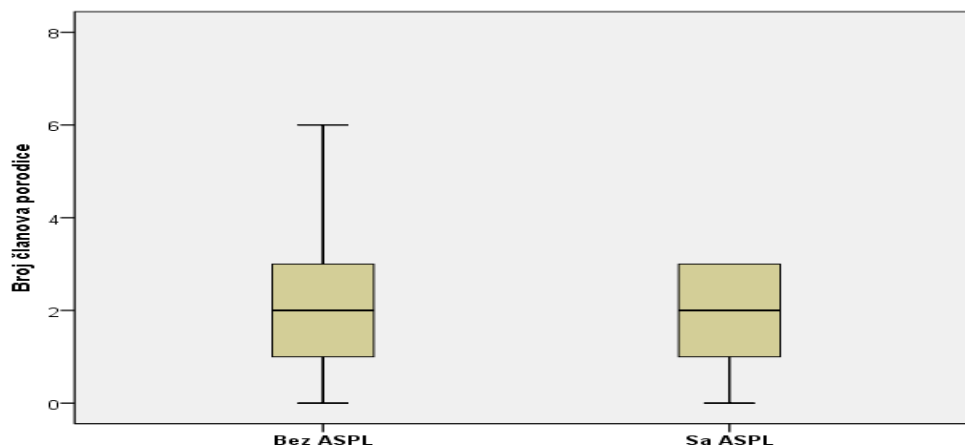
Medijana broja članova porodice svih ispitanika uključenih u istraživanje iznosi 2,0 (opseg, 0,0-10,0).

Tabela 14. Broj članova porodice ispitanika s obzirom na prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti

Broj članova porodice	n	\bar{x}	sd	med	min	max
BAP bez ASPL	188	2,1	1,6	2,0	0,0	10,0
BAP sa ASPL	27	1,9	1,1	2,0	0,0	3,0
Ukupno	215	2,1	1,5	2,0	0,0	10,0

Medijana broja članova porodice ispitanika bez prisutnog antisocijalnog poremećaja ličnosti iznosi 2,0 (opseg, 0,0-10,0), dok je medijana broja članova porodice ispitanika sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti 2,0 (opseg, 0,0-3,0)

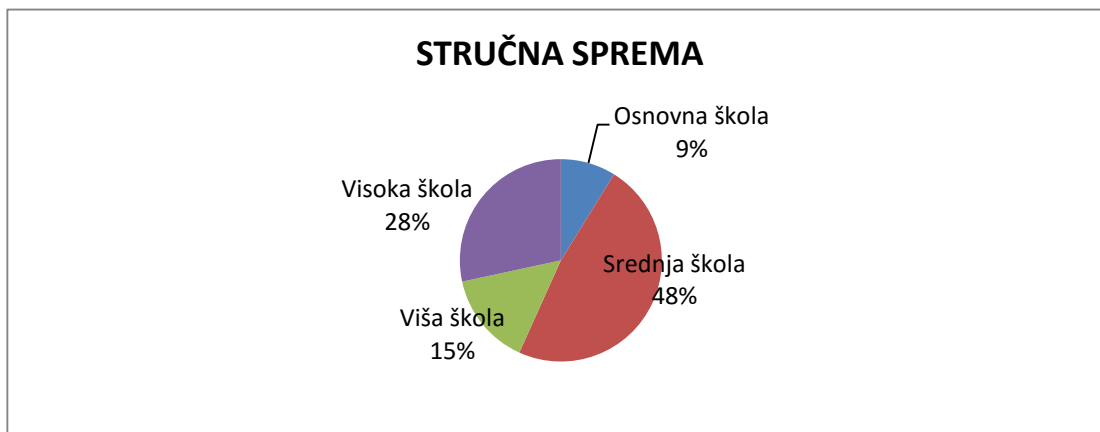
Ne postoji statistički značajna razlika u medijanama broja članova porodice između ispitivanih grupa ($U=2527,5$; $p=0,972$).



Grafikon 8. Broj članova porodice ispitanika s obzirom na prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti

2.8. Stručna sprema ispitivanog uzorka

Od svih ispitanika uključenih u istraživanje, osnovnu školu je imalo 19 (8,8%), srednju 103 (47,9%), višu 32 (14,9%) i visoku školu je imalo 61 (28,4%) ispitanika.



Grafikon 9. Distribucija ispitanika prema stručnoj spremi

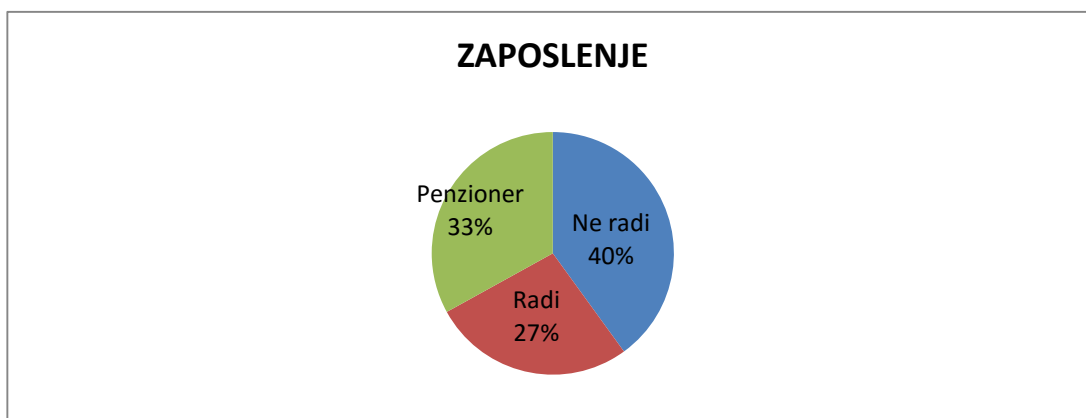
Tabela 15. Distribucija ispitanika prema stručnoj spremi s obzirom na prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti

STRUČNA SPREMA	BAP bez ASPL		BAP sa ASPL		Ukupno	
	n	%	n	%	n	%
Osnovna škola	17	89,5	2	10,5	19	100,0
Srednja škola	90	87,4	13	12,6	103	100,0
Viša škola	29	90,6	3	9,4	32	100,0
Visoka škola	52	85,2	9	14,8	61	100,0
Ukupno	188	87,4	27	12,6	215	100,0

Nije utvrđena statistički značajna razlika u stepenu stručne spreme između ispitivanih grupa ($U=2430,05$; $p=0,702$).

2.9. Zaposlenje ispitivanog uzorka

Od svih ispitanika uključenih u istraživanje 86 (40,0%) nije bilo zaposleno, 58 (27,0%) je bilo zaposleno, a 71 (33,0%) ispitanika su bili penzioneri. Veliki broj penzionera je prisutan usled odlaska u invalidsku penziju ove populacije, a manje zbog godina života ili staža.



Grafikon 10. Distribucija ispitanika prema zaposlenju

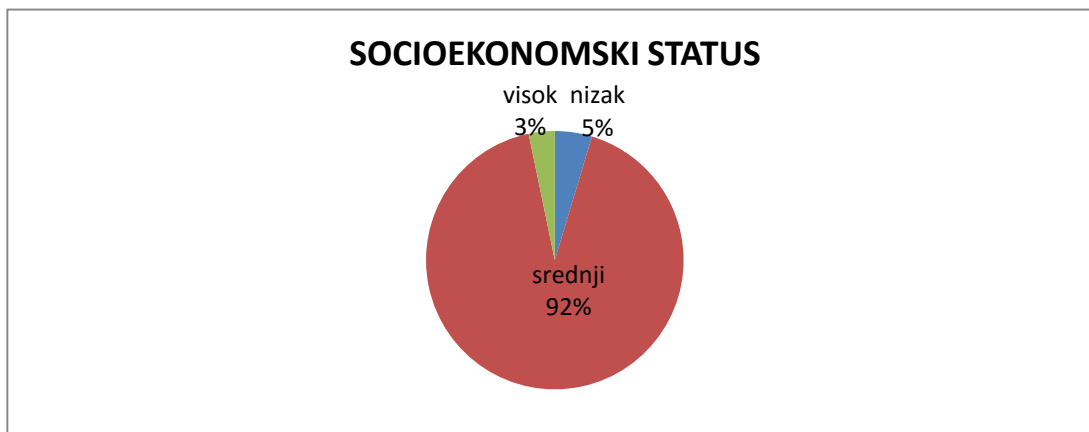
Tabela 16. Distribucija ispitanika prema zaposlenju s obzirom na prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti

ZAPOSLENJE	BAP bez ASPL		BAP sa ASPL		Ukupno	
	n	%	n	%	n	%
Ne	66	76,7	20	23,3	86	100,0
Da	55	94,8	3	5,2	58	100,0
Penzioner	67	94,4	4	5,6	71	100,0
Ukupno	188	87,4	27	12,6	215	100,0

Utvrđena je statistički značajna razlika u učestalosti zaposlenja između ispitivanih grupa (Hi-kvadrat=14,944; $p=0,001$). Ispitanici koji ne rade češće uz bipolarni afektivni poremećaj imaju prisustvo i antisocijalnog poremećaja ličnosti.

2.10. Socioekonomski status ispitivanog uzorka

Najveći broj ispitanika (198) imao je srednji socioekonomski status (92,1%). Od ostalih ispitanika uključenih u istraživanje, nizak socijalni status imalo je 10 (4,7%), dok je visok socijalni status imalo 7 (3,3%).



Grafikon 11. Distribucija ispitanika prema socioekonomskom statusu

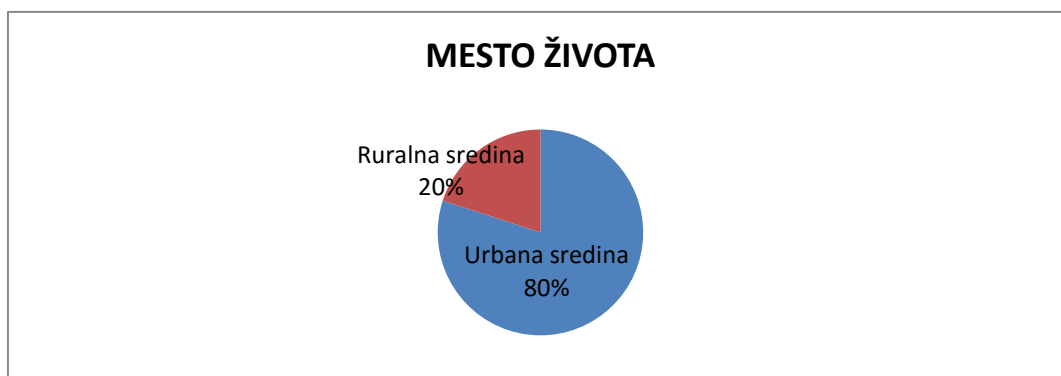
Tabela 17. Distribucija ispitanika prema socioekonomskom statusu s obzirom na prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti

SOCIJALNO EKONOMSKI STATUS	Bez ASPL		Sa ASPL		Ukupno	
	n	%	n	%	n	%
Nizak	9	4,8	1	3,7	10	4,7
Srednji	174	92,6	24	88,9	198	92,1
Visok	5	2,7	2	7,4	7	3,3
Ukupno	188	87,4	27	12,6	215	100,0

Ne postoji statistički značajna razlika u stepenu socioekonomskog statusa između ispitivanih grupa ($U=2396,5$; $p=0,317$).

2.11. Mesto živanja ispitivanog uzorka

Od svih ispitanika uključenih u istraživanje 172 (80,0%) je živelo u urbanoj sredini, a 43 (20,0%) u ruralnoj. Rezultat možemo tumačiti i kao blizinu bolnice uglavnom urbanim područjima, s obzirom da je ustanova u kojoj su naši ispitanici bili hospitalizovani u samom jezgru velikog grada, mada u nju dolaze i pacijenti iz cele zemlje.



Grafikon 12. Distribucija ispitanika prema mestu živanja

Tabela 18. Distribucija ispitanika prema mestu živanja s obzirom na prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti

MESTO ŽIVOTA	BAP bez ASPL		BAP sa ASPL		Ukupno	
	n	%	n	%	n	%
Urbana sredina	148	86,0	24	14,0	172	100,0
Ruralna sredina	40	93,0	3	7,0	43	100,0
Ukupno	188	87,4	27	12,6	215	100,0

Ne postoji statistički značajna razlika u mestu življenja između ispitivanih grupa (Hi-kvadrat=1,525; p=0,217).

3. Karakteristike hospitalizacije

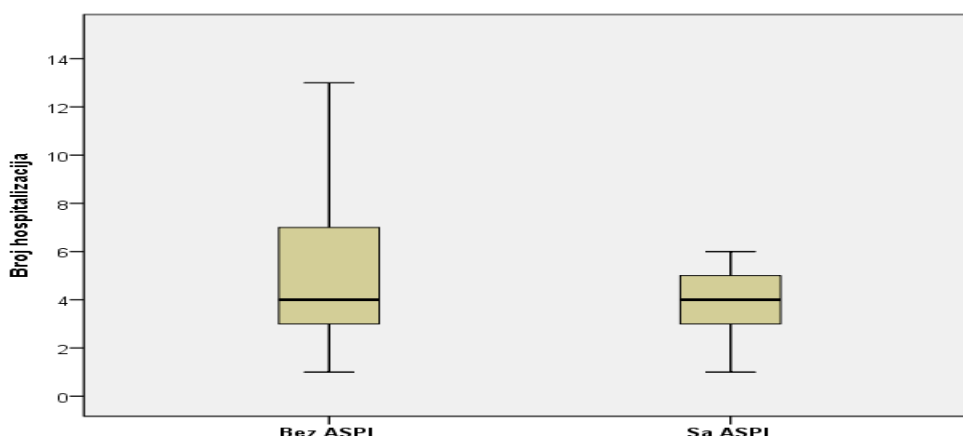
3.1. Broj hospitalizacija ispitivanog uzorka

Medijana broja hospitalizacija ispitanika obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja bez prisustva antisocijalnog poremećaja ličnosti iznosi 4,0 (opseg, 1,0-40,0), dok je medijana broja hospitalizacija ispitanika sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti 4,0 (opseg, 1,0-17,0).

Ne postoji statistički značajna razlika u medijanama broja hospitalizacija između ispitivanih grupa ($U=2400,0$; $p=0,646$).

Tabela 19. Broj hospitalizacija ispitanika s obzirom na prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti

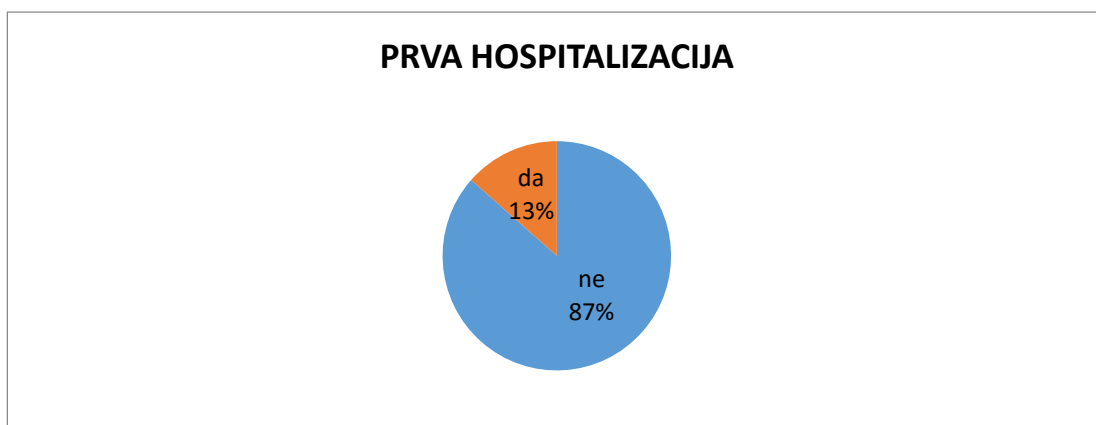
Broj hospitalizacija ispit.	n	\bar{x}	sd	med	min	max
Bez ASPL	188	5,6	4,6	4,0	1,0	40,0
Sa ASPL	27	4,8	3,2	4,0	1,0	17,0
Ukupno	215	5,5	4,5	4,0	1,0	40,0



Grafikon 13. Broj hospitalizacija ispitanika s obzirom na prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti

3.2. Prva hospitalizacija ispitivanog uzorka u petogodišnjem periodu 2009-2014.

Od svih ispitanika uključenih u istraživanje, za 189 pacijenata (86,5%) nije bila prva hospitalizacija, dok je 29 (13,5%) ispitanika prvi put hospitalizovano u posmatranom periodu.



Grafikon 14. Distribucija ispitanika prema prvoj hospitalizaciji

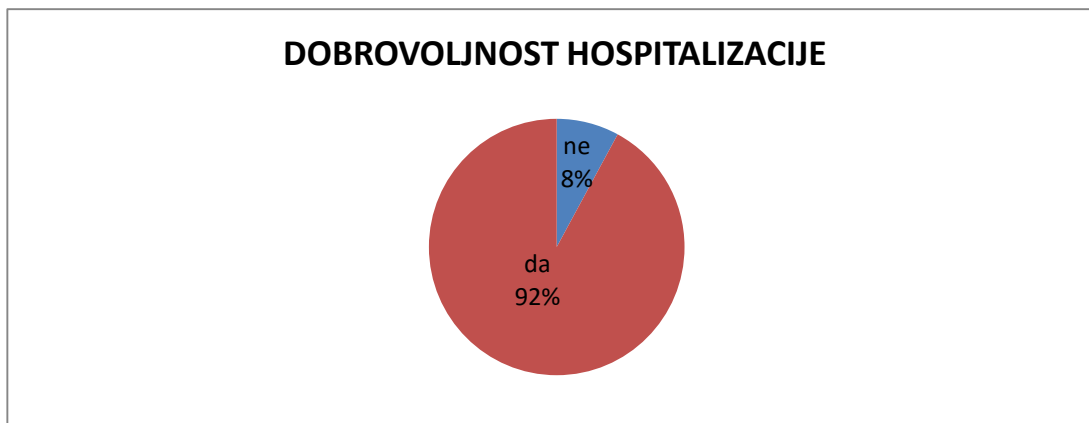
Tabela 20. Distribucija ispitanika prema prvoj hospitalizaciji s obzirom na prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti

PRVA HOSPITALIZACIJA	BAP bez ASPL		BAP sa ASPL		Ukupno	
	n	%	n	%	n	%
Ne	160	85,1	26	96,3	186	86,5
Da	28	14,9	1	3,7	29	13,5
Ukupno	188	100,0	27	100,0	215	100,0

Ne postoji statistički značajna razlika u učestalosti prve hospitalizacije između ispitivanih grupa (Fisherov test tačne verovatnoće, $p=0,139$).

3.3. Dobrovoljnost hospitalizacije

Od svih ispitanika uključenih u istraživanje 17 (7,9%) je bilo prisilno hospitalizovano na tada aktuelni boravak u bolnici, a 198 (92,1%) je dobrovoljno prihvatilo hospitalizaciju.



Grafikon 15. Distribucija ispitanika prema dobrovoljnoj hospitalizaciji

Tabela 21. Distribucija ispitanika prema dobrovoljnoj hospitalizaciji s obzirom na prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti

DOBROVOLJNA AKTUELNA HOSPITALIZACIJA	BAP bez ASPL		BAP sa ASPL		Ukupno	
	n	%	n	%	n	%
Ne	10	5,3	7	25,9	17	7,9
Da	178	94,7	20	74,1	198	92,1
Ukupno	188	100,0	27	100,0	215	100,0

Postoji statistički značajna razlika u učestalosti dobrovoljnosti hospitalizacije između ispitivanih grupa (Fisherov test tačne verovatnoće, $p=0,002$).

3.4. Starost ispitivanog uzorka prilikom prve hospitalizacije

Mnogobrojna istraživanja su utvrdila da se prve manifestacije bipolarnog afektivnog poremećaja primećuju u mlađoj životnoj dobi (pre 30 godine), sa srazmernom učestalošću kod muškaraca i žena. Takođe, veliki broj istraživanja potvrđuje da su osobe sa antisocijalnim poremećajem ličnosti prve simptome poremećaja manifestovale u ranoj mladosti, najčešće adolescentnom periodu ili periodu detinjstva.

U našem istraživanju smo primetili da je procentualno mali broj ispitanika u petogodišnjem periodu koji smo analizirali prvi put hospitalizovan. Zbog toga nas je interesovalo kada je bila prva hospitalizacija uopšte kod ispitivanog uzorka obolelog od bipolarnog afektivnog poremećaja, i da li je prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti uticalo na raniju manifestaciju simptoma.

Tabela 22. Starost ispitivanog uzorka prilikom prve hospitalizacije s obzirom na prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti

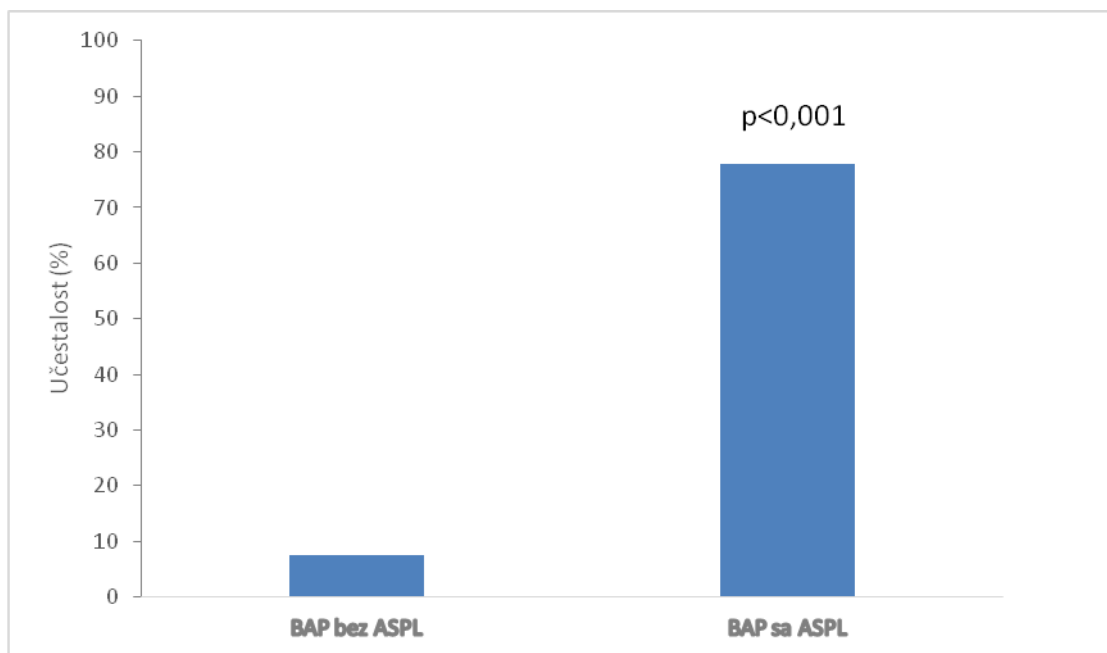
STAROST ISPITIVANOG UZORKA PRILIKOM PRVE HOSPITALIZACIJE	n	\bar{x}	sd	med	min	max
BAP bez ASPL	188	31,1	11,0	29,0	0,0	58,0
BAP sa ASPL	27	25,5	9,7	23,0	14,0	55,0
Ukupno	215	30,4	11,0	28,0	0,0	58,0

Postoji statistički značajna razlika u medijanama vremena od javljanja prvih simptoma bipolarnog afektivnog poremećaja do trenutne hospitalizacije između ispitivanih grupa ($U=1682,5$; $p=0,005$).

3.5. Evidentiran problem ponašanja pre 15. godine života

U skladu sa jednim od ključnih kriterijuma za dijagnostikovanje antisocijalnog poremećaja ličnosti prema vodećim klasifikacijama bolesti MKB-10 i DSM-V kao i brojnim empirijskim argumentacijama o prvim simptomima antisocijalnog poremećaja ličnosti u detinjstvu i adolescentnom periodu odlučili smo se da utvrdimo u kojoj meri je kod ispitanika uključenih u naše istraživanje bio evidentiran poremećaj ponašanje pre 15. godine života.

Prema našim rezultatima, evidentiran poremećaj ponašanja pre 15. godine manifestovalo je 7,4% ispitanika obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja bez prisustva antisocijalnog poremećaja ličnosti i 77,8% sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti, što predstavlja statistički značajnu razliku (Fišerov test tačne verovatnoće, $p < 0,001$).



Grafikon 16. Evidentiran problem ponašanja pre 15. godine života kod obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja bez/sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti

3.6. Prisustvo stresora kao trigeru bipolarnog afektivnog poremećaja prilikom prve hospitalizacije

Prema autoanamnestičkom i heteroanamnestičkom izveštavanju ispitivanog uzorka i njihovih bližnjih u gotovo polovini slučajeva kod ispitanika iz ove studije postojao je neki stresor nakon koga su se manifestovali prvi simptomi bipolarnog afektivnog poremećaja, nakon čega je usledila i prva hospitalizacija.

Heterogenost stresora je izuzetna, stoga smo u rezultatima predstavili postojanje stresora kao okidača bipolarnog afektivnog poremećaja prema izveštavanju ispitanika i/ili nekog od članova njihovih porodica. Takođe prisustvo stresora kao trigeru bipolarnog afektivnog poremećaja smo predstavili i s obzirom na prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti kod ovih pacijenata.

Kao najčešće prijavljivani fizički, psihički i socijalni stresori u dokumentaciji ispitanika iz naše studije evidentirani su gubitak posla, konflikti u porodici, konflikti sa osobama iz šireg okruženja, trudnoća i postporođajni period, konzumacija narkotika i/ili alkohola, fizičke traume, psihička iscrpljenost (priprema ispita, veliki stresovi na poslu), gubitak bliskih osoba.

Od svih ispitanika uključenih u istraživanje 114 (53,0%) nije imalo stresor koji bi se mogao povezati sa nastankom bipolarnog afektivnog poremećaja, dok kod 101 (47,0%) je postojao neki stresni događaj koji je prema autoanamnestičkim i heteroanamnestičkim podacima prethodio pojavi poremećaja.

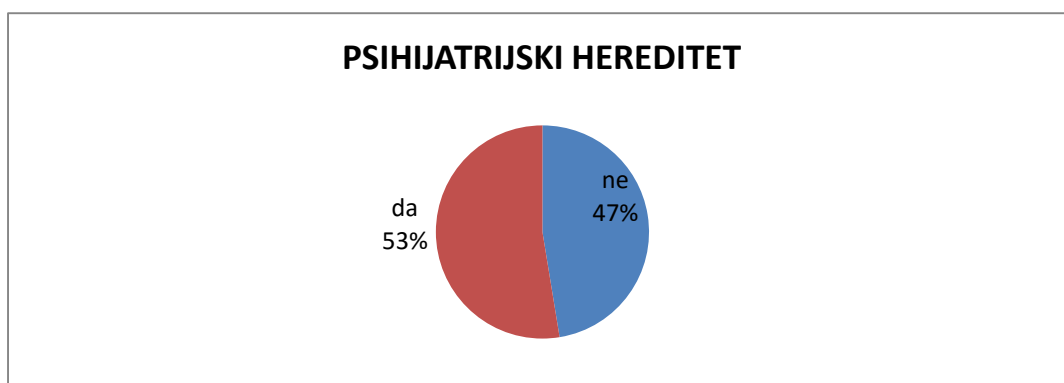
Tabela 23. Distribucija ispitanika prema postojanju stresora kao trigeru bipolarnog afektivnog poremećaja s obzirom na prisustvo ASPL

POSTOJANJE STRESORA KAO TRIGERA BAP	BAP bez ASPL		BAP sa ASPL		Ukupno	
	n	%	n	%	n	%
Bez stresora	94	50,0	20	74,1	114	53,0
Sa stresorom	94	50,0	7	25,9	101	47,0
Ukupno	188	100,0	27	100,0	215	100,0

Postoji statistički značajna razlika u učestalosti postojanja nekog od stresora kao trigera bipolarnog afektivnog poremećaja između ispitivanih grupa (Hi-kvadrat=5,493, $p=0,019$). Primetimo da kod pacijenata sa istovremenim prisustvom bipolarnog afektivnog poremećaja i antisocijalnog poremećaja ličnosti postojanje nekog od stresora kao okidača za manifestovanje bipolarnog afektivnog poremećaja je u daleko manjoj meri evidentirano nego kod pacijenata bez prisutva antisocijalnog poremećaja ličnosti.

4. Psihijatrijski hereditet

Mnoštvo argumenata zasnovanih na empirijskoj evidenciji koje smo naveli u prethodnim segmentima rada govori o nasleđu kao faktoru rizika za razvoj bipolarnog afektivnog poremećaja kao i antisocijalnog poremećaja ličnosti. Od celog ispitivanog uzorka uključenog u naše istraživanje 101 (47,4%) pacijent nije imao psihijatrijski hereditet, a 112 (52,6%) jeste.



Grafikon 17. Distribucija ispitanika prema psihijatrijskom hereditetu

Tabela 24. Distribucija ispitanika prema psihijatrijskom hereditetu s obzirom na prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti

PSIHIJATRIJSKI HEREDITET	BAP bez ASPL		BAP sa ASPL		Ukupno	
	n	%	n	%	n	%
Ne	88	47,3	13	48,1	101	47,4
Da	98	52,7	14	51,9	112	52,6
Ukupno	186	100,0	27	100,0	213	100,0

Ne postoji statistički značajna razlika u učestalosti psihijatrijskog herediteta između ispitivanih grupa (Hi-kvadrat = 0,007; $p=0,935$).

5. Pokušaj suicida

Visok rizik za suicidalno ponašanje prisutan je kod bipolarnog afektivnog poremećaja, kao i kod antisocijalnog poremećaja ličnosti. Komplikacije bipolarnog afektivnog poremećaja koje stvara prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti su u mnogobrojnim studijama evidentirane i kao faktor rizika za suicidalno ponašanje ovih osoba.

Od svih ispitanika uključenih u istraživanje kod 150 (69,8%) nije evidentiran pokušaj suicida, dok kod njih 65 (30,2%) je potvrđen bar jedan pokušaj suicida.

Tabela 25. Distribucija ispitanika prema pokušaju suicida s obzirom na prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti

POKUŠAJ SUICIDA	BAP bez ASPL		BAP sa ASPL		Ukupno	
	n	%	n	%	n	%
Ne	132	70,2	18	66,7	150	69,8
Da	56	29,8	9	33,3	65	30,2
Ukupno	188	100,0	27	100,0	215	100,0

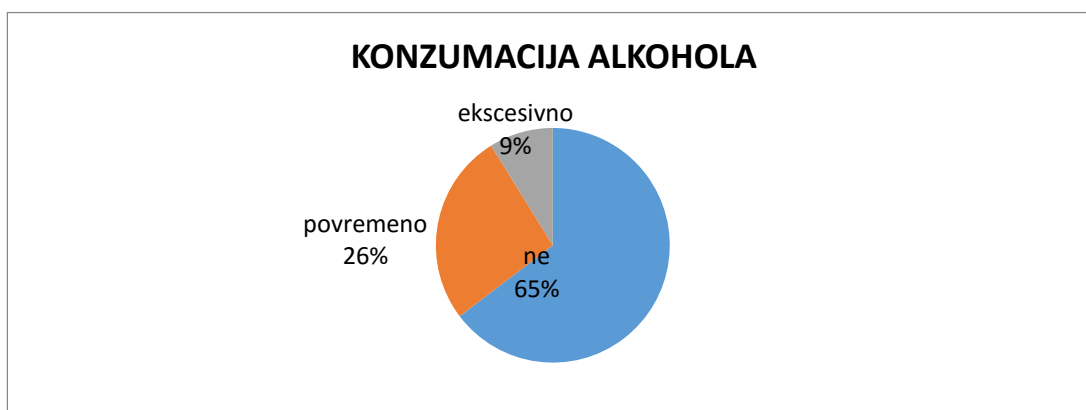
Prema rezultatima našeg istraživanja ne postoji statistički značajna razlika u učestalosti pokušaja suicida između ispitivanih grupa (Hi-kvadrat=0,141; p=0,708). Očekivalo se da će pokušaj suicida biti češći u grupi pacijenata sa istovremenim prisustvom oba poremećaja, gde bi antisocijalni poremećaj ličnosti predstavljao otežavajući faktor. Međutim nije utvrđena značajnija razlika između grupa pacijenata obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja sa ili bez prisustva antisocijalnog poremećaja ličnosti u učestalosti pokušaja suicida.

6. Zloupotreba psihoaktivnih supstanci

Zloupotreba psihoaktivnih supstanci je još jedna od zajedničkih karakteristika bipolarnog afektivnog poremećaja i antisocijalnog poremećaja ličnosti. Zavisnost od droge, ekscesivna konzumacija alkohola, zloupotreba opijata, kao i navika pušenja najčešće se spominju kao dominantni problemi upotrebe psihoaktivnih supstanci kod ove populacije.

6.1. Konzumacija alkohola

Od svih ispitanika uključenih u istraživanje, 139 (64,7%) nije konzumiralo alkohol, 57 (26,5%) je konzumiralo povremeno, a 19 (8,8%) ekscesivno.



Grafikon 18. Distribucija ispitanika prema konzumaciji alkohola

Tabela 26. Distribucija ispitanika prema konzumaciji alkohola s obzirom na prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti

KONZUMACIJA ALKOHOLA	BAP bez ASPL		BAP sa ASPL		Ukupno	
	n	%	n	%	n	%
Ne	132	95,0	7	5,0	139	100,0
Povremeno	45	78,9	12	21,1	57	100,0
Ekscesivno	11	57,9	8	42,1	19	100,0
Ukupno	188	87,4	27	12,6	215	100,0

Postoji statistički značajna razlika u učestalosti konzumacije alkohola između ispitivanih grupa (Hi-kvadrat=26,013; $p < 0,001$).

6.2. Zloupotreba narkotika

Pacijenti sa bipolarnim afektivnim poremećajem ličnosti su prema dostupnim podacima iz literature često konzumenti narkotika. Najčešće se spominje zloupotreba opijata i zavisnost tipa kanabis. Međutim kod ove populacije se viđaju i snažne heroinske adikcije, kao i politoksikomanija.

U našem istraživanju ni jedan pacijent nije evidentiran kao trenutni zavisnik od “teških droga”, ali prema evidenciji ordinirajućih lekara kod njih 26 je utvrđen neki oblik zloupotrebe narkotika (najčešće pušenje marihuane i hašiša, politoksikomanija, udisanje hemijskih isparenja). Kod preostalih 189 (87,9%) pacijenata u istraživanju nije naglašeno da imaju istoriju konzumiranja narkotika.

Tabela 27. Distribucija ispitanika prema zloupotrebi narkotika s obzirom na prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti

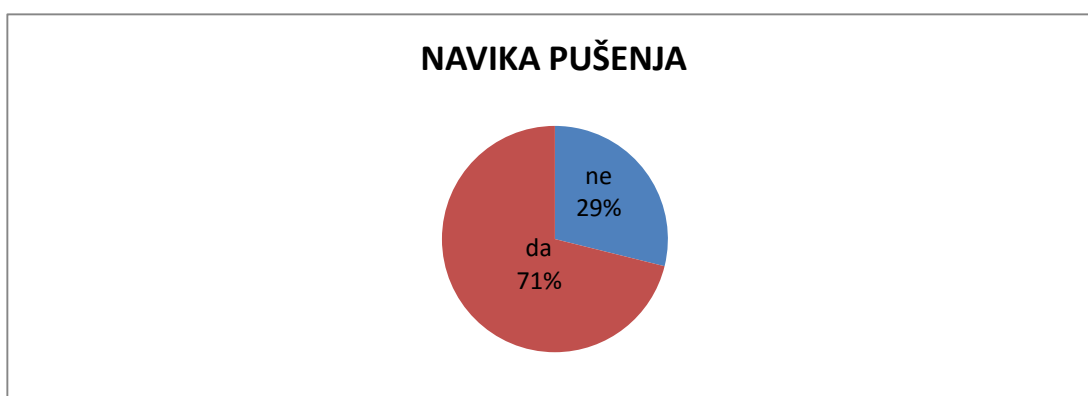
ZLOUPOTREBA NARKOTIKA	BAP bez ASPL		BAP sa ASPL		Ukupno	
	n	%	N	%	n	%
Ne	174	92,5	15	55,6	189	87,9
Da	14	7,5	12	44,4	26	12,1
Ukupno	188	100,0	27	100,0	215	100,0

Postoji statistički značajna razlika u učestalosti zloupotrebe narkotika između ispitivanih grupa (Fišerov test tačne verovatnoće, $p < 0,001$). Pacijenti kod kojih postoji komorbiditet bipolarnog afektivnog poremećaja i antisocijalnog poremećaja ličnosti u značajno većoj meri (44,4%) zloupotrebljavaju narkotike

u odnosu na grupu pacijenata sa bipolarnim afektivnim poremećajem bez komorbiditeta(7,5%).

6.3. Navika pušenja

Od svih ispitanika uključenih u istraživanje 58 (28,9%) nije imalo naviku pušenja, a 143 (71,1%) jeste.



Grafikon 19. Distribucija ispitanika prema navici pušenja

Tabela 28. Distribucija ispitanika prema navici pušenja s obzirom na prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti

PUŠAČ	BAP bez ASPL		BAP sa ASPL		Ukupno	
	n	%	n	%	n	%
Ne	53	30,3	5	19,2	58	28,9
Da	122	69,7	21	80,8	143	71,1
Ukupno	175	100,0	26	100,0	201	100,0

Ne postoji statistički značajna razlika u učestalosti pušačkih navika između ispitivanih grupa (Hi-kvadrat=1,348; p=0,246).

Takođe ni prema broju dnevno popušanih cigareta nije ustanovljena razlika između ispitivanog uzorka sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti uz bipolarni afektivni poremećaj i pacijenata bez prisustva ovog poremećaja ličnosti.

Tabela 29. Broj cigareta/dan ispitanika u istraživanju sa i bez prisutnog antisocijalnog poremećaja ličnosti

Broj cigareta/dan	n	\bar{x}	sd	med	min	max
BAP bez ASPL	99	27,9	14,9	20,0	5,0	60,0
BAP sa ASPL	15	31,3	14,6	20,0	20,0	60,0
Ukupno	114	28,4	14,9	20,0	5,0	60,0

Ne postoji statistički značajna razlika u medijanama broja cigareta/dan između ispitivanih grupa ($U=626,5$; $p=0,288$)

7. Prisustvo psihotičnosti tokom bolesti

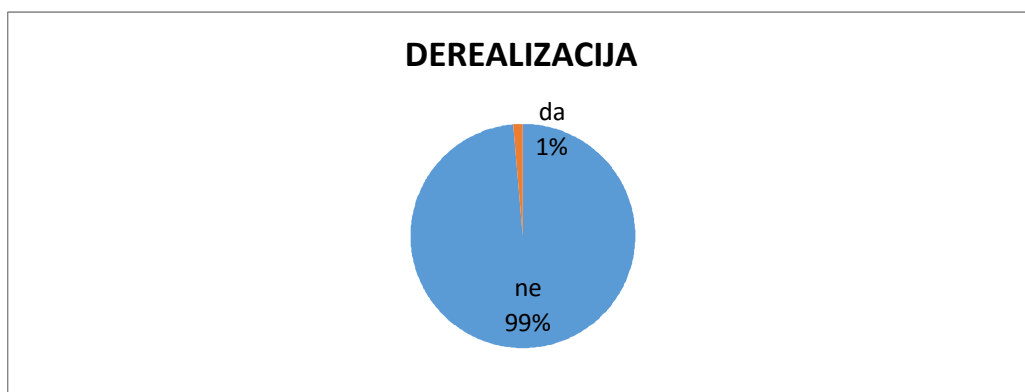
Proverom medicinske evidencije ispitivanog uzorka, s posebnim akcentom na prisustvo fenomena depersonalizacije i derealizacije, kao i utvrđenim auditivnim i optičkim perceptivnim obmanama pokušali smo da utvrdimo nivo prisustva psihotičnih simptoma kod pacijenata obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja sa i bez prisustva antisocijalnog poremećaja ličnosti.



Grafikon 20. Distribucija ispitanika prema depersonalizaciji

Od svih ispitanika uključenih u istraživanje 212 (98,6%) nije manifestovalo fenomen depersonalizacije, dok 3 (1,4%) jeste. Takođe, nije utvrđena statistički značajna razlika u učestalosti depersonalizacije između grupa pacijenata sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti i bez prisustva kod obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja (Fisherov test tačne verovatnoće, $p=1,000$).

U pogledu prisutne derealizacije dobili smo identične podatke, naime od svih ispitanika uključenih u istraživanje kod 212 (98,6%) nije postojala pojava derealizacije, a kod 3 (1,4%) jeste. Nije primećena statistički značajna razlika u učestalosti derealizacije između ispitivanih grupa (Fisherov test tačne verovatnoće, $p=0,333$).



Grafikon 21. Distribucija ispitanika prema derealizaciji

U pogledu postojanja optičkih i akustičnih obmana, rezultati su nešto drugačiji. Na ovom mestu treba napomenuti da optičke i akustične obmane nisu svojstvene samo psihotičnosti, već ih susrećemo i kod drugih brojnih stanja.

Od svih ispitanika uključenih u istraživanje, za 201 ispitanika (93,5%) nisu evidentirane optičke perceptivne obmane, dok u 14 slučajeva (6,5%) jesu. Nisu utvrđene statistički značajne razlike u učestalosti optičkih perceptivnih obmana između ispitivanih grupa pacijenata sa bipolarnim afektivnim poremećajem sa ili bez prisustva antisocijalnog poremećaja ličnosti (Fišerov test tačne verovatnoće, $p=0,690$).

Kada su u pitanju auditivne obmane od svih ispitanika uključenih u istraživanje 182 ispitanika (84,7%) nije obavestavalo o postojanju auditivnih obmane, dok 33 ispitanika (15,3%) obavestava o njihovom prisustvu. Slično rezultatima o učestalosti optičkih obmana, i kod auditivnih nije utvrđena statistički značajna razlika u učestalosti auditivnih obmana između ispitivanih grupa pacijenata obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja koji su opterećeni prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti odnosno pacijenata kod kojih ovaj poremećaj ličnosti nije utvrđen (Fišerov test tačne verovatnoće, $p=0,389$).

8. Prisustvo agresivnog ponašanja

Kod bipolarnog afektivnog poremećaja, posebno u maničnim epizodama agresivno ponašanje je jedan od čestih simptoma. Agresivnost je takođe jedan od glavnih simptoma antisocijalnog poremećaja ličnosti. Kao veoma širok pojam, agresivnost može imati mnogobrojne oblike, ipak najčešća podela agresivnosti je na agresivnost fizičkog i agresivnost verbalnog tipa.

8.1. Prisustvo fizičke agresivnosti

Prisustvo fizičke agresivnosti u ispitivanom uzorku se registrovalo na osnovu nalaza i mišljenja ordinirajućih lekara odnosno izveštaja psihologa o prisustvu fizički agresivnog ponašanja prilikom prijema, u toku boravka na odeljenju, kontaktu sa drugim pacijentima i osobljem, kao i podacima o istoriji fizički agresivnih ispada ovih pacijenata.

Kod 176 (81,9%) od svih ispitanika uključenih u istraživanje nije utvrđena fizička agresivnost, dok kod 39 (18,1%) jeste.

Međutim, utvrđena je statistički značajna razlika u učestalosti fizičke agresivnosti između ispitivanih grupa pacijenata obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja sa i bez prisustva antisocijalnog poremećaja ličnosti (Fisherov test tačne verovatnoće, $p < 0,001$).

Tabela 30. Distribucija ispitanika prema fizičkoj agresivnosti s obzirom na prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti

PRISUTNA FIZIČKA AGRESIVNOST	BAP bez ASPL		BAP sa ASPL		Ukupno	
	n	%	n	%	n	%
Ne	174	92,6	2	7,4	176	81,9
Da	14	7,4	25	92,6	39	18,1
Ukupno	188	100,0	27	100,0	215	100,0

8.2. Prisustvo verbalne agresivnosti

Prisustvo verbalne agresivnosti u ispitivanom uzorku se registrovalo na osnovu nalaza i mišljenja ordinirajućih lekara odnosno izveštaja psihologa o prisustvu verbalno agresivnog ponašanja prilikom prijema, u toku boravka na odeljenju, kontaktu sa drugim pacijentima i osobljem, kao i podacima o istoriji verbalnih agresivnih ispada ovih pacijenata.

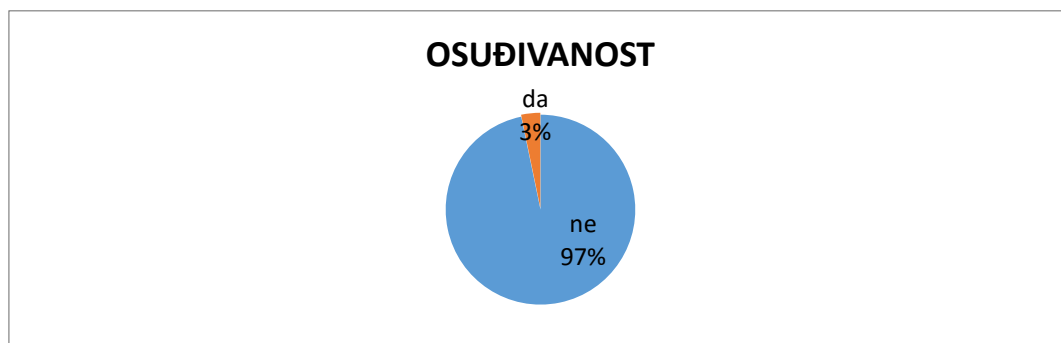
Tabela 31. Distribucija ispitanika prema verbalnoj agresivnosti s obzirom na prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti

PRISUTNA VERBALNA AGRESIVNOST	BAP bez ASPL		BAP sa ASPL		Ukupno	
	n	%	N	%	n	%
Ne	125	66,5	1	3,7	126	58,6
Da	63	33,5	26	96,3	89	41,4
Ukupno	188	100,0	27	100,0	215	100,0

Od svih ispitanika uključenih u istraživanje 126 pacijenata (58,6%) nije manifestovalo verbalnu agresivnost, dok 89 (41,4%) jeste. Utvrđena je i statistički značajna razlika u učestalosti verbalne agresivnosti između ispitivanih grupa pacijenata obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti i bez prisustva ovog poremećaja (Hi-kvadrat=38,364; $p < 0,001$).

9. Osuđivanost za krivična dela

Od ukupnog ispitivanog uzorka kod 7 ispitanika je evidentirana osuđivanost za krivična dela (3,3%), dok 208 (96,7%) nije bilo osuđivano. Ispitanici su bili osuđivani pravosnažnim presudama za krivična dela protiv imovine (3) i krivična dela protiv života i tela (4).



Grafikon 22. Distribucija ispitanika prema osuđivanosti za krivična dela

Tabela 32. Distribucija ispitanika prema osuđivanosti za krivična dela s obzirom na prisustvo antisocijalnog pomećaja ličnosti

OSUĐIVANOST	BAP bez ASPL		BAP sa ASPL		Ukupno	
	n	%	n	%	n	%
Ne	187	99,5	21	77,8	208	96,7
Da	1	0,5	6	22,2	7	3,3
Ukupno	188	100,0	27	100,0	215	100,0

Postoji statistički značajna razlika u učestalosti osuđivanosti između ispitivanih grupa (Fišerov test tačne verovatnoće, $p < 0,001$).

10. Nedostatak kontrole impulsa i antisocijalno ponašanje

Smatrajući impulsivnost ključnom crtom ličnosti osoba obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja i antisocijalnog poremećaja ličnosti, želeli smo da u ispitivanom uzorku utvrdimo u kojoj meri je postojala ili nedostajala kontrola impulsa, sa posebnim interesovanjem za grupu pacijenata kod koje je bipolarni afektivni poremećaj bio komplikovan antisocijalnim poremećajem ličnosti. Na osnovu obimne medicinske dokumentacije, pre svega nalaza i mišljenja lekara kao i izveštaja psihologa mogli smo da utvrdimo da li su ispitanici kontrolisali impulse odnosno manifestovali nedostatak kontrole impulsa.

Tabela 33. Distribucija ispitanika prema nedostatku kontrole impulsa s obzirom na prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti

Nedostatak kontrole impulsa, n (%)	BAP bez ASPL (n=188)	BAP sa ASPL (n=27)	p
	150 (79,8%)	27 (100,0%)	0,006

Nedostatak kontrole impulsa manifestovalo je 79,8% ispitanika u grupi obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja i 100,0% ispitivanog uzorka iz grupe pacijenata sa istovremenim prisustvom bipolarnog afektivnog poremećaja i antisocijalnog poremećaja ličnosti, što je statistički značajna razlika (Fišerov test tačne verovatnoće, $p=0,006$).

Sledeći ove rezultate, želeli smo da saznamo i u kojoj meri je antisocijalno ponašanje prisutno kod ove populacije. Pod antisocijalnim ponašanjem u ovom istraživanju smo ubrojali: vandalsko i nasilničko ponašanje prema drugim licima ili imovini, prevare, nanošenje povreda drugim osobama, verbalne konflikte (u porodici, na poslu, na javnom mestu) zbog kojih je intervenisala policija, ali koje nije bilo krivično procesuirano.

Tabela 34. Distribucija ispitanika prema antisocijalnom ponašanju s obzirom na prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti

Antisocijalno ponašanje, n (%)	BAP bez ASPL (n=188)	BAP sa ASPL (n=27)	p
	2 (1,1%)	25 (92,6%)	<0,001

Antisocijalno ponašanje je manifestovalo 1,1% ispitanika obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja bez prisutnog antisocijalnog poremećaja ličnosti i 92,6% sa prisutnim antisocijalnim poremećajem ličnosti, što je statistički značajna razlika (Fišerov test tačne verovatnoće, $p < 0,001$). Ovi podaci nedvosmisleno idu u prilog našoj tezi da prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti kod obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja doprinosi njihovom antisocijalnom ponašanju.

11. Provera nekih kriterijuma antisocijalnog poremećaja ličnosti prema DSM-V

Prateći smernice Američke asocijacije psihijatara u kategorizaciji DSM-V, pokušali smo da neke od bihevioralnih pokazatelja ili kriterijuma za dijagnostikovanje antisocijalnog poremećaja ličnosti analiziramo u odnosu na izabrane varijable iz našeg istraživanja, za koje smo se opredelili na osnovu definisanih kriterijuma pomenute klasifikacije.

Tabela 35. Kriterijumi antisocijalnog poremećaja ličnosti u DSM-V

Kriterijumi ASPL u DSM-V	BAP bez ASPL (n=188)	BAP sa ASPL (n=27)	p
Problem ponašanja pre 15. godine života, n (%)	14 (7,4%)	21 (77,8%)	<0,001
Antisocijalno ponašanje, n (%)	2 (1,1%)	25 (92,6%)	<0,001
Nedostatak kontrole impulsa, n (%)	150 (79,8%)	27 (100,0%)	0,006
Fizička agresivnost, n (%)	14 (7,4%)	25 (92,6%)	<0,001
Verbalna agresivnost, n (%)	63 (33,5%)	26 (96,3%)	<0,001
Nemogućnost zadržavanja posla, n (%)	67 (36,8%)	21 (84,0%)	<0,001

Evidentiran poremećaj ponašanja pre 15. godine života imalo je 7,4% ispitanika sa bipolarnim afektivnim poremećajem bez prisustva antisocijalnog poremećaja ličnosti i 77,8% ispitanika sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti, što predstavlja statistički značajnu razliku (Fišerov test tačne verovatnoće, $p < 0,001$).

Antisocijalno ponašanje koje je evidentirano kao svako zabeleženo ponašanje ispitivanog uzorka koje je rezultiralo kršenjem nekih socijalnih, zakonskih, moralnih ili običajnih normi a koje je navedeno u medicinskoj dokumentaciji,

manifestovalo se kod gotovo svih ispitanika iz grupe pacijenata obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti (92,6%), dok je u drugoj grupi bilo daleko ređe (1,1%), što predstavlja statistički značajnu razliku (Fišerov test tačne verovatnoće, $p < 0,001$).

Nedostatak kontrole impulsa je u medicinskoj dokumentaciji evidentirana kod 79,8% ispitanika bez prisustva antisocijalnog poremećaja ličnosti i kod 100,0% pacijenata sa istovremenim prisustvom bipolarnog afektivnog poremećaja i antisocijalnog poremećaja ličnosti, što predstavlja statistički značajnu razliku (Fišerov test tačne verovatnoće, $p = 0,006$).

Fizičku agresivnost je manifestovalo 14 ispitanika (7,4%) bez prisustva antisocijalnog poremećaja ličnosti i 25 (92,6%) sa prisutnim antisocijalnim poremećajem ličnosti, što je statistički značajna razlika (Fišerov test tačne verovatnoće, $p < 0,001$).

Verbalna agresivnost je evidentirana kod 63 ispitanika (33,5%) bez prisustva antisocijalnog poremećaja ličnosti i 96,3% (26 ispitanika) sa istovremenim prisustvom bipolarnog afektivnog poremećaja i antisocijalnog poremećaja ličnosti, što predstavlja statistički značajnu razliku (Fišerov test tačne verovatnoće, $p < 0,001$).

Problem sa zadržavanjem posla je utvrđen kod 67 pacijenata (36,8%) iz ispitivanog uzorka bez prisustva antisocijalnog poremećaja ličnosti i kod 21 pacijenta (84,0%) sa prisutnim antisocijalnim poremećajem ličnosti, što je statistički značajna razlika (Hi-kvadrat=20,026, $p < 0,001$).

12. Logistička regresija sa antisocijalnim poremećajem ličnosti kao zavisnom varijablom

U model multivarijantne logističke regresije uključili smo one prediktore koji su u modelima univarijantne logističke regresije bili statistički značajni na nivou značajnosti od 0,05 i za koje smo, na osnovu prethodnih istraživanja, smatrali da mogu biti značajni za javljanje antisocijalnog poremećaja ličnosti kod osoba obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja.

Model sadrži 4 prediktora koji su upoređeni na 215 ispitanika. Ceo model (sa svim prediktorima) bio je statistički značajan ($p < 0,001$). Ne postoji značajna multikolinearnost između prediktora.

Tabela 36. Prediktori antisocijalnog poremećaja ličnosti kod obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja

Nezavisna varijabla	B	p	OR	95% interval poverenja	
				donja granica	gornja granica
Starost (godine)	0,002	0,956	1,00	0,95	1,06
Pol	0,020	0,980	1,02	0,22	4,64
Agresivnost	4,316	<0,001	74,91	13,28	422,62
Evidentiran poremećaj ponašanja pre 15. godine	2,702	<0,001	14,91	3,35	66,31

B= koeficijent nagiba; p= vrednost p; OR=odnos šansi

U modelu multivarijantne logističke regresije, statistički značajni prediktori javljanja antisocijalnog poremećaja ličnosti su: agresivnost ($B=4,316$; $p < 0,001$) i evidentiran poremećaj ponašanja pre 15 godine ($B=2,702$; $p < 0,001$).

Varijabla agresivnost ima $OR=74,9$ što pokazuje da ispitanici koji ispoljavaju agresivnost imaju skoro 75 puta veću šansu za pojavu antisocijalnog poremećaja ličnosti, uz kontrolu svih ostalih faktora u modelu.

Varijabla evidentiran poremećaj ponašanja pre 15. godine ima $OR=14,91$ što pokazuje da pacijenti sa ranim bihevioralnim problemima (pre 15. godine) imaju skoro 15 puta veću šansu za antisocijalnim poremećajem ličnosti, uz kontrolu svih ostalih faktora u modelu.

VIII. Diskusija

Na osnovu teorijskog istraživanja odnosa bipolarnog afektivnog poremećaja i antisocijalnog poremećaja ličnosti koje smo predstavili u prvom delu rada pokušali smo da odgovorimo na neka od značajnih pitanja koja su vezana za ovu problematiku. Pre svega, predstavili smo dijagnostičke i pojmovne kontroverze ovih poremećaja, i obrazložili u pogledu termina antisocijalni poremećaj ličnosti, sinonimno korišćenje pojmova psihopatija, sociopatija i disocijalni poremećaj ličnosti, što je za naše istraživanje bilo od velikog značaja, posebno u pogledu razmatranja kliničke procene ispitivanog uzorka od strane ordinirajućih lekara i psihologa za koji je uvrđena neka od ovih dijagnoza.

Etiologija oba poremećaja je u nekim aspektima slična, a biološki, psihološki i socijalni faktori, kako se pokazalo u teorijskim razmatranjima daju najviši nivo eksplanacije upravo sjedinjeni u integralnim modelima koji su svaki na svoj način prihvatljivi za objašnjenje nastanka i razvoja poremećaja raspoloženja i poremećaja ličnosti, sa doduše različitim mehanizmima nastanka.

Kako je prevalencija antisocijalnog poremećaja ličnosti i bipolarnog afektivnog poremećaja slična, kao i mortalitet usled suicida, pokušali smo da predstavimo još neke sličnosti koje bi mogle biti posmatrane kao zajedničke karakteristike ovih poremećaja. Na osnovu razmatranja koja su antisocijalni poremećaj ličnosti i bipolarni afektivni poremećaj posmatrala kao delove istog kontinuma (1), iako se mehanizmi njihovog nastanka razlikuju uprkos sličnim simptomima, najviše pažnje smo obratili na povišen stepen impulsivnosti i agresivnosti, suicidalno ponašanje i antisocijalno ponašanje.

Impulsivnost kao zajednička karakteristika bipolarnog afektivnog poremećaja i antisocijalnog poremećaja ličnosti koji se podudaraju u nekim kliničkim manifestacijama i ponašanju obolelih, u brojnim istraživanjima je definisana kao nemogućnosti da se neka organska, psihološka ili socijalna reakcija prilagodi određenoj situaciji. Impulsivnost kao zajednička osobina ličnosti kod istraživanih poremećaja se dodatno intenzivira sa prisustvom antisocijalnog

poremećaja ličnosti kod osoba obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja (86, 140).

Fenomenu agresivnosti u našem radu smo posvetili posebnu pažnju, kao najčešće proučavanom obliku ponašanja koji je zajednički za oba poremećaja koji su predmet našeg interesovanja. Razmatrajući ga kao tendenciju da se naškodi drugima pokušali smo da kroz pregled bogate teorijske i empirijske građe sagledamo poreklo ove osobine. Zbog toga smo u ovom delu rada analizirali brojne teorije koje obrađuju problem agresivnosti pre svega one koje se odnose na genetsku podlogu agresivnosti i teorije učenja ovakvog ponašanja kao najzastupljenije u eksplanaciji njenog porekla. Tome smo pridružili i neka psihološka gledišta, pre svega psihoanalitičke teorije agresivnosti i sve zastupljeniji multifaktorski model agresivnosti, koji bi mogao da bude veoma značajan za naš problem istraživanja sa polazišta preventivnog delovanja.

Razmatranje suicida i suicidalnog ponašanja bilo je zasnovano na podacima iz literature o postojanju visokog rizika za suicid kod oba poremećaja, kao i slične stope mortaliteta usled realizovanog suicida. Takođe, postoje snažni dokazi o izuzetno visokom riziku za suicidalno ponašanje i suicid kod osoba sa komorbiditetom antisocijalnog poremećaja ličnosti i nekog od poremećaja raspoloženja (141) koje često prate bolesti zavisnosti pre svega alkoholizam i zloupotrebe drugih psihoaktivnih supstanci (119, 120, 131, 132, 133, 134). Zbog svega navedenog uvrstili smo varijablu pokušaj suicida u naše istraživanje.

Antisocijalno ponašanje je u populaciji osoba sa antisocijalnim poremećajem ličnosti trajno i postojano ponašanje koje počinje na ranom uzrastu i uglavnom traje celog života. Uz kršenje zakonskih propisa ono uključuje i nepoštovanje socijalnih, običajnih i moralnih normi.

Antisocijalno ponašanje osoba koje boluju od bipolarnog afektivnog poremećaja je najčešće vezano komorbiditetom sa antisocijalnim poremećajem ličnosti. Manične epizode pacijenata sa komplikacijama izazvanim

antisocijalnim poremećajem ličnosti svojom učestalošću povećavaju rizik za pojavu antisocijalnog ponašanja i njegovo ponavljanje.

Kao najrizičnije za manifestaciju antisocijalnog ponašanja kod osoba sa komorbiditetom ovih poremećaja utvrđeno je istovremeno prisustvo zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, pre svega ekscesivne upotrebe alkohola (126). Pri razmatranju antisocijalnog ponašanja ove populacije primetna je visoka impulsivnost koja prati ovakve oblike ponašanja, i prema nekim autorima je jedna od najznačajnijih osobina ličnosti koja utiče na povezanost ovih osoba sa antisocijalnim ponašanjem (5).

U empirijskom delu našeg istraživanja utvrđeno je 12,6 % pacijenata koji su imali bipolarni afektivni poremećaj komplikovan antisocijalnim poremećajem ličnosti. S obzirom na malo informacija o ovoj populaciji, pokušali smo makar delom da otkrijemo neke njihove karakteristike koje mogu biti relevantne za njihovo bolje upoznavanje.

Demografski faktori poput pola i starosti su se pokazali značajnim za izučavanje ovog problema. Uprkos tome što su muškarci činili manji deo ukupnog ispitivanog uzorka (29,6%), kod istovremenog prisustva bipolarnog afektivnog poremećaja i antisocijalnog poremećaja ličnosti osobe muškog pola obolele od bipolarnog afektivnog poremećaja značajno češće su imale prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti. Takođe, postoji statistički značajna razlika u prosečnoj starosti između ispitivanih grupa, ispitanici sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti su značajno mlađi (u proseku deset godina mlađi).

Bračni status se takođe izdvojio kao značajan za naše istraživanje, jer neoženjeni / neudate iz našeg ispitivanog uzorka su utvrđeni kao najčešći nosioci oba poremećaja. U pogledu bračnog statusa od svih ispitanika uključenih u istraživanje, prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti je imalo 7,8% oženjenih / udatih, 24,6% neoženjenih / neudatih i 7,8% udovaca / udovica ili razvedenih. Napomenimo, da je u nekim istraživanjima utvrđeno da su za samostalan antisocijalni poremećaj ličnosti karakteristične kratke

emotivne veze, neuspešni brakovi, porodično nasilje (137, 138). S druge strane za bipolarni afektivni poremećaj u zavisnosti od aktuelne epizode, a posebno u slučajevima maničnih epizoda, karakterističan je promiskuitet i hiperseksualnost (139).

Analiziranjem postojanja potomstva ispitivanog uzorka dobili smo rezultate da pacijenti oboleli od bipolarnog afektivnog poremećaja opterećenog antisocijalnim poremećajem ličnosti češće nemaju potomstvo. Ovaj rezultat bi se mogao povezati sa prethodnim o češćem nestupanju u brak ove populacije. Međutim, s obzirom na površne partnerske odnose i veliki broj seksualnih veza koje ostavaruju osobe sa antisocijalnim poremećajem ličnosti bez komorbiditeta, a koje često rezultiraju neplanskim potomstvom, pitanje je da li brak i ozakonjenje emotivne veze ima značaja za populaciju osoba sa istovremenim prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti i bipolarnog afektivnog poremećaja u pogledu stvaranja potomstva.

Razmatranje broja članova porodice sa kojima ispitanici žive nije pokazalo postojanje razlike između ispitivanih grupa, dok ispitivan život sa decom odnosno roditeljima je pokazao da postoji statistički značajna razlika. Ispitanici koji žive sa roditeljima češće imaju prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti, što je utvrđeno i za ispitanike koji žive u istom domaćinstvu sa decom, a imaju istovremeno prisustvo oba poremećaja.

Razlika u stepenu stručne spreme ispitivanog uzorka se nije pokazala statistički značajnom između ispitivanih grupa pacijenata. Najveći broj naših ispitanika u celokupnom uzorku je imao završenu srednju školu, kao i u obe posmatrane grupe.

Pokušali smo da setom varijabli poput pomenute stručne spreme, zaposlenja i socioekonomskog statusa ispitanika, analiziramo u kojoj meri prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti utiče na ove sfere života obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja, odnosno postoji li razlika između posmatranih grupa. Međutim nije utvrđena statistički značajna razlika između ispitivanih grupa ni u pogledu socioekonomskog statusa naših ispitanika.

Najveći broj ispitanika je pripadao srednjem staležu, dok je pripadnost visokom i niskom socioekonomskom staležu bila zanemarljiva. Jedina statistički značajna razlika između ispitivanih grupa u ovom segmentu istraživanja utvrđena je kod zaposlenja ispitivanog uzorka. Naime, od svih ispitanika uključenih u istraživanje najveći broj su bili nezaposleni (86 ispitanika) penzionera je bilo 71, a radno angažovanih najmanje (58 ispitanika). Kako smo u komentarima rezultata već primetili, veliki broj penzionera iz našeg uzorka je posledica odlaska u invalidsku penziju ispitanika upravo zbog njihovog psihijatrijskog oboljenja, a znatno manje je u pitanju odlazak u starosnu penziju ili penziju posle protoka određenog broja godina radnog staža. Dodajmo, i da je utvrđena statistički značajna razlika u učestalosti zaposlenja između ispitivanih grupa jer nezaposleni ispitanici češće uz bipolarni afektivni poremećaj imaju prisustvo i antisocijalnog poremećaja ličnosti, kao i da je u grupi ispitanika opterećenih antisocijalnim poremećajem ličnosti broj zaposlenih i penzionera gotovo jednak. Kao izuzetno važan podatak se izdvojio rezultat u vezi mogućnosti zadržavanja posla (broj ispitanika koji su ostali bez posla što je prema autoanamnestičkim i heteroanamnestičkim podacima posledica njihovog oboljenja). Problem sa zadržavanjem posla je utvrđen kod 67 pacijenata iz ispitivanog uzorka bez prisustva antisocijalnog poremećaja ličnosti i kod čak 21 pacijenta sa prisutnim antisocijalnim poremećajem ličnosti.

Karakteristike hospitalizacije su razmatrane kroz istraživanje broja hospitalizacija, njihove dobrovoljnosti, starosti prilikom prve hospitalizacije kao i eventualnih stresora (okidača) koji su uzrokovali prvu hospitalizaciju. Medijana broja hospitalizacija ispitanika obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja bez prisustva antisocijalnog poremećaja ličnosti bila je jednaka medijani broja hospitalizacija ispitanika sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti. Mimo naših očekivanja nije utvrđena statistički značajna razlika u medijanama broja hospitalizacija između ispitivanih grupa. Međutim, u pogledu dobrovoljnosti hospitalizacije postojala je statistički značajna razlika između posmatranih grupa, kako smo pretpostavljali u grupi pacijenata sa

prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti utvrđena je veća učestalost prisilnih hospitalizacija.

Primetili smo da je manji broj ispitanika u petogodišnjem periodu koji smo analizirali prvi put hospitalizovan (13,5% od ukupnog broja ispitanika), stoga smo pokušali da utvrdimo kada je bila prva hospitalizacija uopšte kod ispitivanog uzorka obolelog od bipolarnog afektivnog poremećaja, i da li je prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti uticalo na raniju manifestaciju simptoma. Pokazalo se da pacijenti sa bipolarnim afektivnim poremećajem komplikovanim antisocijalnim poremećajem ličnosti jesu bili mlađi od grupe ispitanika bez komorbiditeta pri prvoj hospitalizaciji, i njihova prosečna starost kada su se javili prvi simptomi je bila 23,0 godine.

Spomenimo i da evidentiran poremećaj ponašanja pre 15. godine života imalo je 7,4% ispitanika obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja bez prisustva antisocijalnog poremećaja ličnosti i 77,8% sa komplikacijama antisocijalnog poremećaja ličnosti, što je u skladu sa jednim od ključnih kriterijuma za dijagnostikovanje antisocijalnog poremećaja ličnosti prema vodećim klasifikacijama bolesti (3, 4), i indikativan podatak o uticaju prisustva antisocijalnog poremećaja ličnosti na javljanje poremećaja raspoloženja u ranijem životnom dobu.

Postojanje stresora koji su bili okidači prve epizode bipolarnog afektivnog poremećaja je skoro u polovini slučajeva ukupnog uzorka razlog prve hospitalizacije. Prema autoanamnestičkim i heteroanamnestičkim podacima iz medicinske dokumentacije ispitivanog uzorka kao najčešći stresori nakon kojih su se manifestovali simptomi bolesti koji su doveli do prve hospitalizacije izdvojili su se: gubitak posla, sukobi u porodici, sukobi sa osobama iz šireg okruženja, trudnoća i postporođajni period, konzumacija narkotika i/ili alkohola, fizičke traume, psihička iscrpljenost (priprema ispita, veliki stresovi na poslu), gubitak bliskih osoba. Dodajmo i da postojanje nekog od stresora kao okidača za manifestovanje bipolarnog afektivnog poremećaja je u daleko manjoj meri evidentirano u grupi pacijenata sa prisustvom antisocijalnog

poremećaja ličnosti nego kod pacijenata bez prisutva ovog poremećaja, što se može tumačiti da samo prisustvo antisocijalnog poremećaja dovoljno otežava i provocira kliničku sliku bipolarnog poremećaja, mimo eventualnih stresora.

Vodeći se brojnim istraživanjima psihijatrijskog herediteta kao mogućeg faktor rizika za razvoj bipolarnog afektivnog poremećaja (70, 77, 129) kao i antisocijalnog poremećaja ličnosti (30, 66, 130), utvrdili smo u pogledu celog ispitivanog uzorka uključenog u istraživanje da je hereditet psihijatrijske bolesti prisutan kod 112 pacijenata (52,6%), dok kod 101 pacijenta to nije bio slučaj. Nismo utvrdili statistički značajnu razliku za prisustvo herediteta između ispitivanih grupa.

Povećan rizik za suicidalno ponašanje prisutan je kod oba poremećaja koji su bili tema našeg istraživanja. Neka istraživanja su utvrdila da prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti kod osoba obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja dodatno povećava rizik za suicidalno ponašanje ove populacije (122). Istražujući broj pokušaja suicida kao dominantnog obeležja suicidalnog ponašanja, u našem celokupnom ispitivanom uzorku utvrdili smo da 150 pacijenata nije imalo evidentiran pokušaj suicida, dok je kod 65 ispitanika evidentiran barem jedan pokušaj. Iako smo očekivali da pokušaj suicida bude češći u grupi ispitanika sa istovremenim prisustvom bipolarnog afektivnog poremećaja i antisocijalnog poremećaja ličnosti, to nije bio slučaj. Nije utvrđena razlika između ovih grupa pacijenata u učestalosti pokušaja suicida.

Problem zloupotrebe psihoaktivnih supstanci kod osoba obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja i antisocijalnog poremećaja ličnosti je obrađivan u mnogobrojnim naučnim raspravama i istraživanjima (11, 122, 131, 132, 133, 134). Uglavnom je utvrđeno da bolesti zavisnosti, posebno alkoholizam i narkomanija su ključni problemi zloupotrebe psihoaktivnih supstanci koje susrećemo kod ovih osoba. U pogledu alkoholizma kod celokupnog ispitivanog uzorka u našem istraživanju utvrđeno je 19 ispitanika koji su ekscesivno konzumirali alkohol duži vremenski period. Značajno je da je od ovog broja čak njih 8 imalo istovremeno prisustvo oba poremećaja, što čini 42,1% grupe

pacijenata sa bipolarnim afektivnim poremećajem komplikovanim antisocijalnim poremećajem ličnosti.

Slični rezultati su dobijeni i u pogledu zloupotrebe narkotika, pacijenti kod kojih postoji istovremeno prisustvo bipolarnog afektivnog poremećaja i antisocijalnog poremećaja ličnosti u značajno meri (44,4%) su zloupotrebljavali narkotike u odnosu na grupu pacijenata sa bipolarnim afektivnim poremećajem bez komorbiditeta gde je taj slučaj utvrđen u 7,5% slučajeva.

Razmatrajući postojanje psihotičnih simptoma, naše interesovanje je bilo pre svega usmerno na prisustvo fenomena depersonalizacije i derealizacije, kao i doživljavanje optičkih i auditivnih obmana u celokupnom istraživanom uzorku, i posebno u grupama s obzirom na postojanje antisocijalnog poremećaja ličnosti. Rezultati međutim pokazuju da ne postoji statistički značajna razlika u učestalosti pojave depersonalizacije niti derealizacije između grupa pacijenata sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti i bez prisustva ovog poremećaja kod obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja. Samo prisustvo ovih fenomena kod svih ispitanika uključenih u istraživanje utvrđeno je kod 1% ispitivanog uzorka. U pogledu optičkih i auditivnih obmana, dobili smo slične rezultate koji pokazuju da nije utvrđena statistički značajna razlika u učestalosti optičkih i auditivnih obmana između ispitivanih grupa pacijenata obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja koji su opterećeni prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti i pacijenata bez komorbiditeta.

Rukovodeći se definisanim kriterijumima DSM-V kategorizacije (4) za antisocijalni poremećaj ličnosti, želeli smo da neke od bihejvioralnih kriterijuma za ovaj poremećaj proverimo i na celokupnom ispitivanom uzorku našeg istraživanja. Pre svega smo posvetili pažnju agresivnosti (verbalnoj i fizičkoj), i utvrdili da od svih ispitanika uključenih u istraživanje 126 pacijenata nije manifestovalo verbalnu agresivnost, dok 89 jeste. U pogledu fizičke agresivnosti, od svih ispitanika uključenih u istraživanje 176 pacijenata nije manifestovalo fizičku agresivnost, dok 39 jeste. Značajno je da su gotovo svi ispitanici iz grupe pacijenata opterećenih antisocijalnim poremećajem ličnosti

manifestovali oba oblika agresivnosti, njih 25 je pokazivalo fizičku agresivnost odnosno 26 ispitanika je manifestovalo verbalnu agresivnost (evidentirano u medicinskoj dokumentaciji kao prisustvo fizički i verbalno agresivnog ponašanja prilikom prijema u bolnicu, u toku boravka na odeljenju, kontaktu sa drugim pacijentima i osobljem, kao i podacima o istoriji fizičkih i verbalnih agresivnih ispada ovih pacijenata).

Još jedna ključna crta ličnosti pacijenata sa istovremenim prisustvom oba poremećaja po našem mišljenju bi mogla biti impulsivnost, koja je takođe definisana kriterijumima DSM-V kategorizacije za antisocijalni poremećaj ličnosti. Na osnovu dostupnih nalaza i mišljenja lekara i izveštaja psihologa o kontroli ili nedostatku kontrole impulsa, utvrdili smo da je nedostatak kontrole impulsa manifestovalo 79,8% ispitanika u grupi obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja i 100,0% ispitivanog uzorka iz grupe pacijenata sa istovremenim prisustvom bipolarnog afektivnog poremećaja i antisocijalnog poremećaja ličnosti.

Nedostatak kontrole impulsa je nedvosmisleno potvrđen kao direktno povezan sa antisocijalnim ponašanjem osoba sa komorbiditetom bipolarnog afektivnog poremećaja i antisocijalnog poremećaja ličnosti (5), što je bio slučaj i u našem istraživanju. Sledeći ovakve i slične rezultate istraživanja, kao i kriterijume DSM-V klasifikacije sa odrednicama za dijagnostikovanje antisocijalnog poremećaja ličnosti razmatrali smo i pojavu antisocijalnog ponašanja kod celokupnog ispitivanog uzorka.

Antisocijalno ponašanje smo utvrđivali s obzirom na postojanje u medicinskoj dokumentaciji evidencije o vandalskom i/ili nasilničkom ponašanju prema drugim licima ili imovini, prevare, nanošenje povreda drugim osobama, verbalne konflikte (u porodici, na poslu, na javnom mestu) zbog kojih je intervenisala policija, ali koje nije bilo krivično procesuirano. Utvrdili smo da se antisocijalno ponašanje manifestovalo kod skoro svih ispitanika iz grupe pacijenata obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja sa prisustvom

antisocijalnog poremećaja ličnosti (92,6%), dok je u drugoj grupi bilo neuporedivo manje (1,1%).

Kriterijume za antisocijalno ponašanje razlikovali smo po stepenu društvene opasnosti koju je ovakvo ponašanje izazivalo, odnosno prema krivičnom procesuiranju ispitivanog uzorka. Model krivičnog procesuiranja i osuđivanosti nam je poslužio kao reper za antisocijalno ponašanje (uslovno rečeno) slabijeg intenziteta i antisocijalno ponašanje koje je istovremeno i kriminalno (zadovoljen kriterijum osuđivanosti za krivične delikte). Zbog toga smo antisocijalno ponašanje i osuđivanost u našem istraživanju posebno razmatrali.

Osuđivanost je utvrđena kod 7 od svih ispitanika uključenih u istraživanje. Svih 7 su bili osuđivani pravosnažnim presudama za krivična dela protiv imovine (3 ispitanika) i krivična dela protiv života i tela (4 ispitanika). Od ovog broja 6 ispitanika je imalo bipolarni afektivni poremećaj sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti, dok kod jednog ispitanika to nije bio slučaj.

Najzad, u modelu multivarijantne logističke regresije uključili smo one prediktore koji su u modelima univarijantne logističke regresije bili statistički značajni na nivou značajnosti od 0,05 i za koje smo, na osnovu prethodnih istraživanja, smatrali da mogu biti značajni za javljanje antisocijalnog poremećaja ličnosti kod osoba obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja (9, 66, 97, 127, 135, 136). Ceo model sa svim prediktorima bio je statistički značajan ($p < 0,001$). Takođe, nije bila utvrđena značajna multikolinearnost između prediktora.

U modelu multivarijantne logističke regresije, statistički značajni prediktori javljanja antisocijalnog poremećaja ličnosti su: agresivnost i evidentiran poremećaj ponašanja pre 15 godine. Uz kontrolu svih ostalih faktora u modelu utvrđeno je da ispitanici oboleli od bipolarnog afektivnog poremećaja koji ispoljavaju agresivnost imaju skoro 75 puta veću šansu za istovremeno prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti, kao i da pacijenti sa ranim bihevioralnim problemima, pre 15. godine života imaju skoro 15 puta veću šansu za pojavu antisocijalnog poremećaja ličnosti.

IX. Zaključak

Pacijenti oboleli od bipolarnog afektivnog poremećaja sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti predstavljaju primetnu i kritičnu kategoriju u psihijatriji. Komplikacije kojima antisocijalni poremećaj ličnosti opterećuje obolele od bipolarnog afektivnog poremećaja čini komorbiditet ovih poremećaja klinički značajnim i relevantnim za istraživanje.

Na osnovu brojnih teorijskih razmatranja i dostupnih empirijskih istraživanja čijom smo se analizom bavili u uvodnim delovima našeg rada zaključili smo da je prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti u populaciji obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja fenomen koji karakterišu izraženiji simptomi primarnog oboljenja i lošija prognoza za izlečenje.

Ključ za shvatanje ovog fenomena je u rekogniciji antisocijalnog poremećaja ličnosti u populaciji obolele od bipolarnog afektivnog poremećaja, i razumevanju njihovih dominantno antisocijalnih karakteristika.

Prema rezultatima empirijskog dela našeg istraživanja pacijenti oboleli od bipolarnog afektivnog poremećaja sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti, znatno su opterećeni pojačanim intenzitetom simptoma bipolarnog afektivnog poremećaja, pre svega slabom kontrolom impulsa i agresivnim ponašanjem. Uglavnom su u pitanju osobe koje su egocentrične, a usled dominirajućeg principa zadovoljstva pokazuju nisku toleranciju na frustraciju. Izostanak odlaganja želja i potreba kod ovakvog tipa ličnosti postaje obrazac ponašanja koji u nekom trenutku biva destabilizovan što ovakve ličnosti dovodi u stanja kada postaju ogorčeni i besni što najčešće rezultira agresivnim ponašanjem.

Agresivnost koja je u našem istraživanju analizirana kroz evidentirano verbalno i fizičko agresivno ponašanje, je utvrđena kod gotovo svih pacijenata obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti (verbalna agresivnost u 96,3%, fizička u 92,6% slučajeva). Nedvosmisleno u pitanju su eksplozivne osobe koje često manifestuju hostilnu

emocionalnost, odsustvo anksioznosti i revanšizam. Dominacija besa, impulsivnosti i emocionalne labilnosti dovode ove osobe do agresivnog i drugog visokorizičnog ponašanja kakvo je konzumacija psihoaktivnih supstanci, kao i antisocijalno i zakonom sankcionisano ponašanje.

Antisocijalno ponašanje i osuđivanost su u najvećem broju slučajeva bili prisutni kod ispitanog uzorka sa komorbiditetom, kao i prisustvo zloupotrebe psihoaktivnih supstanci (ekscesivne konzumacije alkohola i korišćenja narkotika). Antisocijalni obrazac ponašanja predstavlja nemogućnost konformiranja socijalnim normama, na bihevioralnom nivou se ogleda u neodgovornosti u odnosu na sebe i druge, agresivnom i nepromišljenom ponašanju, na kognitivnom nivou primetna je nemogućnost planiranja unapred. Osuđivanost kao radikalnija forma antisocijalnog ponašanja bila je prisutna kod svega 7 pacijenata iz celog ispitanog uzorka, od kojih 6 pacijenata je imalo prisutan antisocijalni poremećaj ličnosti.

Takođe, utvrđena su značajno različita demografska obeležja u odnosu na grupu pacijenata koja nije bila opterećena antisocijalnim poremećajem ličnosti. Bitne demografske razlike ove populacije ogledaju se u polu i godinama ispitanika. Pouzdano je utvrđeno da većinu ispitanika sa komorbiditetom predstavljaju mlađi muškarci. Kod ove grupe ispitanika je evidentiran u većem broju slučajeva i utvrđen problem u ponašanju u adolescentnom periodu (pre 15. godine života).

Karakteristike osoba obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti su prema našim rezultatima pre svega neprilagođeni obrasci ponašanja, negativizam prema socijalnim normama i pravilima, česta pojava zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, evidencija poremećaja u ponašanju u mlađem uzrastu.

Hronična neprilagođenost ove populacije, kao i visok rizik za agresivno ponašanje dovode nas do zaključka da je prisustvo antisocijalnog poremećaja ličnosti kod obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja opterećujuće za stanje ovih pacijenata.

Neophodno je istaći da je za tretman pacijenata obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti usled svih njihovih specifičnosti potrebna primena integralanog modela terapije i multidisciplinarni pristup koji uz farmakoterapiju i psihoterapiju, uključuje i izvesnu društvenu intervenciju u mikrosocijalnom okruženju pacijenta, kao i angažovanje stručnjaka različitih profila (lekara, psihologa, defektologa, pravnika, socijalnih radnika..)

Multidisciplinarnim pristupom je moguće stvoriti uslove u kojima bi bio olakšan rad na korekciji i modifikaciji agresivnog i impulsivnog ponašanja pacijenata obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja sa prisustvom antisocijalnog poremećaja ličnosti u društveno prihvatljivo, na taj način prevazilažeći socijalnu neprilagođenost ovih osoba i jačajući njihove preostale kvalitete.

X. Literatura

1. Swann AC. Antisocial personality and bipolar disorder: Interactions in impulsivity and course of illness. *Neuropsychiatry-Lond* 2011; 1:599-610.
2. Swann AC, Lijffijt SD, Lane SD, Steinberg JL, Moeller FG. Interactions between bipolar disorder and antisocial personality disorder in trait impulsivity and severity of illness. *Acta Psychiat Scand* 2010; 121: 453-61.
3. Međunarodna statistička klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. Deseta revizija. Knjiga 1. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“; 2010.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013. p. 659-663.
5. Swann AC, Lijffijt M, Lane SD, Kjome KL, Steinberg JL, Moeller FG. Criminal conviction, impulsivity, and course of illness in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*. 2011; 13:173–181.
6. Morriss R, Scott J, Paykel E, Bentall R, Hayhurst HTJ. Social adjustment based on reported behaviour in bipolar affective disorder. *Bipolar Disorders*. 2007; 9:53–62.
7. Fan AH, Hassell J. Bipolar disorder and comorbid personality psychopathology: a review of the literature. *J. Clin. Psychiatry*. 2008; 69(11):1794–1803.
8. Robins LN, Regier DA. *Psychiatric Disorders in America*. New York: Free Press; 1991.
9. Fazel S, Lichtenstein P, Grann M, Goodwin GM, Langstrom N. Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67(9): 931–938.

10. Dunayevich E, Sax KW, Keck PE, McElroy SL, Sorter MT, McConville BJ et al. Twelve-month outcome in bipolar patients with and without personality disorders. *J Clin Psychiat.* 2000; 61: 134-139.
11. Mueser, KT, Gottlieb JD, Cather C, Glynn SM, Zarate R, Smith MF et al. Antisocial Personality Disorder in People with Co-Occurring Severe Mental Illness and Substance Use Disorders: Clinical, Functional and Family Relationship Correlates. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches.* 2012; 4(1): 52-62.
12. Nastović I. Psihopatologija Ega. Gornji Milanovac: Dečje novine; 1988.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994. Available at [http:// www.psychiatryonline.com /DSMPDF/dsm-iv.pdf](http://www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-iv.pdf)
14. Hare RD, Hart SD, Harpur TJ. Psychopathy and the DSM – IV criteria for antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology.* 1994; 100:391–399.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 1st ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1952. Available at [http:// www.turkpsikiyatri.org /arsiv/dsm-1952.pdf](http://www.turkpsikiyatri.org/arsiv/dsm-1952.pdf)
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2nd ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1968. Available at <http://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2015/08/DSM-II.pdf>
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1980. Available at <http://www.psych.org.com>
18. Pfohl B, Coryell W, Zimmerman M. DSM–III Personality disorders diagnostic overlap and internal consistency. *American Journal of Psychiatry.* 1988; 145: 573–577.

19. Hare RD. Without Conscience: The disturbing world of the psychopaths among us. New York: The Guilford Press; 1999. p. 170-177.
20. Krstić D. Psihološki rečnik. Beograd: Savremena administracija; 1991. p. 458, 536.
21. Reber AS. Dictionary of Psychology. London: Pengu Books; 1995. p. 584, 693.
22. Campbell RJ. Campbell's Psychiatric Dictionary. New York: Oxford University Press; 2003. p. 582-583.
23. Lykken DT. The Antisocial Personalities. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1995. p. 193-212.
24. Lykken DT. The Case of Parental Licensure. In: Millon T, Simonsen E, Birket-Smith M, Davis RD. Psychopathy – Antisocial, Criminal and Violent Behavior. New York – London: The Guilford Press; 2003. p. 122 – 144.
25. Cleckley H. Mask of Sanity, Fifth edition: private printing for non – profite educational use. 1988. Available at http://www.cix.co.uk/~klockstone/sanity_1.pdf
26. Hart SD, Cox DN, Hare RD. The Hare Psychopathy Checklist: Screening Version. Toronto, ON: Multi-Health Systems; 1995.
27. Hare RD. Manual for the Revised Psychopathy Checklist, 2nd ed. Toronto, ON: Multi-Health Systems; 2003.
28. Forth A, Kosson D, Hare RD. Hare Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL:YV). Toronto ON: Multi – Health Systems; 2003.
29. Waldman ID, Rhee SH. Genetic and environmental influences on psychopathy and antisocial behavior. In: Patrick CJ. Handbook of the psychopathy. New York: Guilford Press. 2006. p. 205-229.
30. Baker LA, Jacobson KC, Raine A, Lozano DI, Bezdjian S. Genetic and environmental bases of childhood antisocial behavior: A multi-informant twin study. Journal of Abnormal Psychology. 2007; 116: 219-223.

31. Lyons M. Differential Heritability of Adult and Juvenile Antisocial Traits. *Archives of General Psychiatry*. 1995; 52: 906 – 915.
32. Caspi A, McClay J, Moffitt T, Mill J, Martin J, Craig IW. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*. 2002; 297: 851-854.
33. Mednick S, Gabrielli W, Hutchings B. Genetic influences in criminal convictions: Evidence from an adoption cohort. *Science*. 1984; 224: 891 – 894.
34. Eslinger PJ, Damasio AR. Severe disturbance of higher cognition after bilateral frontal lobe ablation: Patient EVR. *Neurology*. 1985; 35: 1731 – 1741.
35. Damasio AR, Tranel D, Damasio HC. (1990), Individuals with sociopathic behavior caused by frontal damage fail to respond autonomically to social stimuli. *Behavior Brain Research*. 1990; 41: 81 – 94.
36. Mednick S, Volavka J, Gabrielli W, Itil T. EEG as predictor of antisocial behavior. *Criminology*. 1981; 19: 219 – 231.
37. Hare RD, Quinn M. Psychopathy and autonomic conditioning. *Journal of Abnormal Psychology*. 1971; 77: 223 – 235.
38. Raine A, Lencz T, Bihrlle S, LaCasse L, Colletti P. Reduced Prefrontal Gray Matter Volume and Reduced Autonomic Activity in Antisocial Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2000; 57: 119–129.
39. Brennan PA, Rain A, Schulsinger F. et al. Psychophysiological Protective Factors for Male Subjects at High Risk for Criminal Behavior. *American Journal of Psychiatry*. 1997; 154: 853–855.
40. Meloy JR. *The Psychopathic Mind: Orgins, Dynamics and Treatment*. Lanham, MD: Rowan & Littlefield. 2004. p. 20 – 38.
41. Salekin RT, Neumann CS, Leistico AM, Zalot AA. Psychopathy in youth and intelligence: An investigation of Cleckley's hypothesis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2004; 33: 731–742.

42. Nijman H, Merckelbach H, Cima M. Performance intelligence, sexual offending and psychopathy. *Journal of Sexual Aggression*. 2009; 15: 319–330.
43. Johansson P, Kerr M. (2005). Psychopathy and intelligence: A second look. *Journal of Personality Disorders*. 2005; 19: 357–369.
44. Farrington DP. Advancing Knowledge About the Early Prevention of Adult Antisocial Behavior. In: Farrington DP, Coid J. *Early Prevention of Adult Antisocial Behavior*. Cambridge, UK: Cambridge University Press 2003. p. 1 – 31.
45. Eysenck HJ. Personality and Crime. In: Millon T, Simonsen E, Birket – Smith M, Davis, RD. *Psychopathy – Antisocial, Criminal and Violent Behavior*. New York – London: Guilford Press. 2003. p. 40 – 49.
46. Dorr D. Psychopathy in the Pedophile. In: Millon T, Simonsen E, Birket – Smith M, Davis, RD. *Psychopathy – Antisocial, Criminal and Violent Behavior*. New York-London: Guilford Press. 2003. p. 304 – 320.
47. Millon T, Davis RD. Ten Subtypes of Psychopathy. In: Millon T, Simonsen E, Birket – Smith M, Davis RD. *Psychopathy – Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*. New York – London: Guilford Press. 2003. p. 161 – 170.
48. Lilienfeld SO, Fowler KA. The self report assessment of psychopathy. In: Patrick CJ. *Handbook of Psychopathy*. New York: Guilford Press. 2006. p. 107 – 132.
49. Steuerwald BL, Kosson DS. Emotional Experiences of the Psychopath. In: Gacono BS. *The Clinical and Forensic Assessment of Psychopathy: A Practitioner's Guide*. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 2000. p. 111-136.
50. Joksimović V. *Socijalni faktori antisocijalnog poremećaja ličnosti (magistarski rad)*. Beograd: Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju; 2013.
51. Cvjetičanin V, Supek R. *Emile Durkheim i francuska sociološka škola*. Zagreb: Naklada Ljevak. 2004.

52. Cooke D. Cross-Cultural Aspects of Psychopathy. In: Millon T, Simonsen E, Birket-Smith M, Davis RD. Psychopathy – Antisocial, Criminal and Violent Behavior. New York – London: Guilford Press. 2003. p. 260 – 277.
53. Eysenck HJ, Gudjonsson GH. The Causes and Cures of Criminality. New York: Springer – Verlag. 1989. p. 91 – 108.
54. Pardini DA, Loeber R, Farrington DP, Stouthamer-Loeber M. Identifying Direct Protective Factors for Nonviolence. American Journal of Preventive Medicine. 2012; 43: 28 – 40.
55. Paris J. Social factors in the personality disorders: A biopsychosocial approach to etiology and treatment. New York: Cambridge University Press. 1996. p. 110–133.
56. Losel F, Bender D. Protective Factors and Resilience. In: Farrington DP, Coid J. Early Prevention of Adult Antisocial Behavior, Cambridge UK: Cambridge Un. Press. 2003. p. 130 - 204.
57. Bland RC, Newman SC, Orn H. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1988; 77: 1 – 80.
58. Barry K. Conduct disorder and Antisocial personality in adult primary care patients. Journal of Family Practice. 1997; 45: 151 – 158.
59. Mattia JI, Zimmerman M. Epidemiology. In: Livesley WJ. Handbook of personality disorders. New York: Guilford. 2001. p. 107 - 123.
60. Stout M. The Sociopath next door: The Ruthless Versus the Rest of Us. New York: Broadway Books. 2006. p. 1 – 17.
61. Cunningham MD, Reidy TJ. Antisocial personality disorder and psychopathy: diagnostic dilemmas in classifying patterns of antisocial behavior in sentencing evaluations. Behavioral sciences and the Law. 1998; 16: 333 – 351.
62. Momirović K, Hošek A, Radulović D, Radovanović D. Osobine ličnosti normalnih i psihopatskih kriminalaca. U: Momirović K, Popović D. Psihopatija i kriminal. Leposavić: Univerzitet u Prištini. 2002. p. 77 – 92.

63. Grann M. The PCL-R and gender. *European Journal of Psychological Assessment*. 2000; 16: 147 – 149.
64. Kessler RC, Zhao S. Overview of Descriptive Epidemiology of Mental Disorders. In: Aneshensel CS, Phelan JC. *Handbook of the Sociology of Mental Health*. New York: Springer. 2006. p. 127 – 150.
65. Srole L, Fischer AK. (1980), The Midtown Manhattan Longitudinal Study vs. „The Mental Paradise Lost Doctrine“. *Archives of General Psychiatry*. 1980; 37: 209 – 218.
66. Robins LN. Sturdy Childhood Predictors of Adult Antisocial Behavior: Replications from longitudinal Studies. *Psychological Medicine*. 1978; 8: 611 – 622.
67. Vaillant GE, Vaillant CO. Natural history of male psychological health: Work as a predictor of positive mental health. *American Journal of Psychiatry*. 1981; 138: 1433 – 1438.
68. Goodwin GM. Bipolar disorder. *Medicine*. 2012; 40: 596 – 598.
69. Belmaker RH. Bipolar disorder. *New England Journal of Medicine*. 2004; 351: 476 – 486.
70. Timotijević I, Draganić Gajić S. Poremećaji raspoloženja. U: Jašović Gašić M, Lečić Toševski D. *Psihijatrija*. Beograd: Medicinski fakultet UB. 2014. p. 145.
71. Mitchell PB, Goodwin GM, Johnson GF, Hirschfeld RMA. Diagnostic guidelines for bipolar depression: a probabilistic approach. *Bipolar Disorders*. 2008; 10:144-152.
72. Timotijević I, Jašović Gašić M. Terapijske smernice za lečenje bipolarnog afektivnog poremećaja. Beograd: Srpsko lekarsko društvo. 2004.
73. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, Kessler RC. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*. 2007; 64: 543 – 552.
74. Schoeyen HK, Birkenaes AB, Vaaler AE, Auestad BH, Malt UF, Andreassen OA, Morken G. Bipolar disorder patients have similar levels of education

- but lower socio-economic status than general. *Journal of Affective Disorders*. 2011; 129: 68 – 74.
75. Christensen MV, Kyvik KO, Kessing LV. Subclinical psychopathology and socio-economic status in unaffected twins discordant for affective disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 2007; 41: 229 – 238.
 76. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2011; 68: 1058-1064.
 77. Kecmanović D. Maničko-depresivna psihoza. U: Kecmanović D. *Psihijatrija*. Beograd – Zagreb: Medicinska knjiga. 1989. p. 411 - 443.
 78. Judd L, Akiskal HS. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: Re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *Journal of Affective Disorders*. 2003; 73: 123–131.
 79. Chouinard G, Steinberg S, Steiner W. Estrogen-progesterone combination: another mood stabilizer? Letter to Editor. *American Journal of Psychiatry*. 1987; 144: 826.
 80. Chouinard G. Advances in the management of acute mania and bipolar manic-depressive illness. In: *New Concepts in Mania and Panic Disorder: Focus on Clonazepam*. MEDICINE Publishing Foundation Symposium Series, 20. Toronto: MES Medical Education Services. 1986. p. 1 - 14.
 81. Goodwin FK, Sack RL. Affective disorders: The catecholamine hypothesis revisited. *Biochemical Pharmacology*. 1974; 23: 969-976.
 82. Bowlby J. By ethology out of psycho-analysis: An experiment in interbreeding. *Animal Behaviour*. 1980; 28: 649-656.
 83. Rutter M. Maternal deprivation, 1972-1978: New findings, new concepts, new approaches. *Child Development*. 1979; 50: 283-305.
 84. Murphy JM. Psychiatric labelling in cross – cultural perspective. *Science*. 1976; 191: 1019 – 1028.
 85. Lasch C. *The Culture of Narcissism: American Life in a Age of Diminishing Expectations*. New York: Warner Books. 1979. p. 187 – 189.

86. Kay JH, Altshuler LL, Ventura J, Mintz J. Impact of axis II comorbidity on the course of bipolar illness in men: A retrospective chart review. *Bipolar Disorder*. 2002; 4: 237 – 242.
87. Zanarini MC, Barison LK, Frankenburg FR, Reich DB, Hudson JI. Family history study of the familial coaggregation of borderline personality disorder with axis I and nonborderline dramatic cluster axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*. 2009; 23: 357 - 369.
88. Faraone SV, Biederman J, Mennin D, Russell R. Bipolar and antisocial disorders among relatives of ADHD children: parsing familial subtypes of illness. *American Journal of Medical Genetics*. 1998; 81: 108 - 116.
89. Hare RD, Neumann CS. Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2008; 4:217–246.
90. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*. 2001; 158: 1783–1793.
91. Corruble E, Damy C, Guelfi JD. Impulsivity: A relevant dimension in depression regarding suicide attempts? *Journal of Affective Disorders*. 1999; 53: 211 - 215.
92. Swann AC, Anderson JC, Dougherty DM, Moeller FG: Measurement of inter-episode impulsivity in bipolar disorder. *Psychiatry Research*. 2001; 101: 195 – 197.
93. Barzman DH, DelBello MP, Fleck DE, Lehmkuhl H, Strakowski SM. Rates, types, and psychosocial correlates of legal charges in adolescents with newly diagnosed bipolar disorder. *Bipolar Disorder*. 2007; 9: 339 – 344.
94. Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Bipolar disorder with comorbid cluster B personality disorder features: Impact on suicidality. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2005; 66: 339 – 345.
95. Swanson MCJ, Bland RC, Newman SC. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. *Antisocial personality disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994; 89: 63 – 70.

96. Coid, JW. DSM-III diagnosis in criminal psychopaths: A way forward. *Criminal Behavior and Mental Health*. 1992; 2: 78 - 94.
97. Dahl, AA. Psychopathy and Psychiatric Comorbidity. In: Millon T, Simonsen E, Birket-Smith M, Davis RD. *Psychopathy-Antisocial, Criminal and Violent Behavior*. New York - London: The Guilford Press. 2003. p. 291 - 303.
98. Yatham LN, Malhi GS. *Bipolar disorder*. Oxford: Oxford University Press. 2011.
99. Eron LD. The Development of Antisocial Behavior From Learning Perspective. In: Stoff DM, Breiling J, Masser JD. *Handbook of Antisocial Behavior*. New Jersey: Wiley. 1997. p. 140 - 147.
100. American Psychological Association. Report of the APA Commission on Violence and Youth. Vol. I. 1993. Available at <http://www.apa.org/pi/prevent-violence/resources/violence-youth.pdf>
101. Baron RA, Richardson D. *Human aggression*. New York: Plenum Press. 1994.
102. McGuffin P, Thapar A. Genetics and Antisocial Personality Disorder. In: Millon T, Simonsen E, Birket - Smith M, Davis RD. *Psychopathy - Antisocial, Criminal and Violent Behavior*. New York - London: Guilford Press. 2003. p. 215 - 230.
103. Blumer D, Benson DF. Personality changes with frontal and temporal lobe lesions. In: Benson DF, Blumer D. *Psychiatric aspects of Neurologic Disease*. New York: Grune and Stratton. 1975. p. 151 - 169.
104. Spillius BE. Some developments from the work of M. Klein. *International Journal of Psychoanalysis*. 1983; 18: 321-332.
105. Ainsworth M, Witting BA. Attachment and exploratory behavior of one year olds in a strange situation. In: Foss BM. *Determinants of infant behavior*. London: Methuen. 1996. p.129 - 173.
106. Ainsworth M. "Epilogue" in *Attachment in the Preschool Years*. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM. Chicago IL: Chicago University Press. 1990. p. 463 - 488.

107. Dollard J, Doob LW, Miller NE, Mowrer OH, Sears RR. The Frustration-Aggression Hypothesis. *Psychological Review*. 1941; 48: 337 - 342. In: Green CD. *Classics in the History of Psychology*. Available at <http://psychclassics.yorku.ca/FrustAgg/miller.htm>
108. Bandura A. *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall. 1973.
109. Skinner BF. *Nauka i ljudsko ponašanje*. Cetinje: Obod. 1969.
110. Anderson CA, Carnegey NL. Violent Evil and the General Aggression Model. In: Miller AG. *The Social Psychology of Good and Evil*. New York: Guilford Press. 2005. p. 168 - 192.
111. Popović V, Banjanin N, Milanović M, Damjanović A. The relationship between general aggression model and comorbidity of antisocial personality disorder and bipolar affective disorder. *Medicinska istraživanja*. 2016; 50: 30-34.
112. Anderson CA, Bushman BJ. Human Aggression. *Annual Review of Psychology*. 2002; 53: 27- 51.
113. Berkowitz I. Frustration-aggression hypothesis: Examination and reformulation. *Psychological Bulletin*. 1989; 106: 59 - 73.
114. Huesmann IR. Observational learning of violent behavior: Social and biosocial processes. In: Raine A, Farrington DP, Brennen PO, Mednick SA. *The biosocial basis of violence*. New York: Plenum Press. 1997. p. 69 - 88.
115. Lindsay JJ, Anderson CA. From antecedent conditions to violent actions: A general affective aggression model. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2000; 26: 533 - 547.
116. Mischel W, Shoda Y. A Cognitive-affective system theory of personality: Reconceptualizing situations, dispositions, dynamics and invariance in personality structure. *Psychological Review*. 1995; 102: 246 - 268.
117. Tremblay RE. The development of aggressive behavior during childhood: What have we learned in the past century? *International Journal of Behavioral Development*. 2000; 24: 129 - 141.

118. Verona E, Patrick CJ. Suicide risk in externalizing syndromes: Temperamental and neurobiological underpinnings. In: Joiner T, Rudd MD. *Suicide science: Expanding the boundaries*. Norwell: Kluwer Academic Publishers. 2000. p. 137 – 174.
119. Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, Suppes T. et al. Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2003; 64: 506 – 515.
120. Links PS, Gould B, Ratnayake R. Assessing suicidal youth with antisocial, borderline and narcissistic personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2003; 48: 301 – 310.
121. Lester D. Decades of suicide research: Wherefrom and whereto? In: Joiner T, Rudd MD. *Suicide science: Expanding the boundaries*. Norwell: Kluwer Academic Publishers. 2000. p. 9 – 16.
122. Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius J, Ulrich R. Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1994; 151: 1316 – 1323.
123. Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lonnqvist JK. Antisocial behaviour in adolescent suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994; 89: 167-173.
124. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *American Journal of Psychiatry*. 1996; 153: 1009 – 1014.
125. Kemp DE, Hirschfeld RM, Ganocy SJ, Elhaj O, Slembariski R, Bilali S, Conroy C, Pontau J, Findling RL, Calabrese JR. Screening for bipolar disorder in a county jail at the time of criminal arrest. *Journal of Psychiatry Research*. 2008; 42(9):778 - 786.
126. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol

- and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*. 2009; 66:152–161.
127. Graz C, Etschel E, Schoech H, Soyka M. Criminal behaviour and violent crimes in former inpatients with affective disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2009; 117:98–103.
 128. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*. 2011; 68(3): 241 - 251.
 129. Meiser B, Mitchell PB, McGirr H, Van Herten M, Schofield PR. Implications of genetic risk information in families with high density of bipolar disorder: an exploratory study. *Social Science and Medicine*. 2005; 60: 109-118.
 130. Berryessa CM, Martinez-Martin NA, Allyse MA. Ethical, legal and social issues surrounding research on genetic contributions to antisocial behavior. *Aggression and Violent Behavior*. 2013; 18 (6): 605-610.
 131. Lagerberg TV, Ickick R, Andreassen OA, Ringen PA, Etain B, Aas M, Henry C, Bjella TD, Melle I, Bellivier F. Cannabis use disorder is associated with greater illness severity in tobacco smoking patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2016; 190: 286-293.
 132. Jonovska S, Sendula Jengic V, Soldo Bagaric S. Comorbidity of Addiction of Opioids and Bipolar Disorder: Justification of Substitution. *European Psychiatry*. 2015; 30: 525.
 133. Hardoon SL, Khadjesari Z, Nazareth I, Hamilton FL, Petersen I. Monitoring of alcohol consumption in primary care among adults with bipolar disorder: A cross-sectional and retrospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*. 2016; 198: 83 -87.
 134. Hopley AAB, Brunelle C. Personality mediators of psychopathy and substance dependence in male offenders. *Addictive Behaviors*. 2012; 37: 947 – 955.

135. Simonoff E, Elander J, Holmshaw J, Pickles A, Murray R, Rutter M. Predictors of antisocial personality: Continuities from childhood to adult life. *British Journal of Psychiatry*. 2004; 184: 118-127.
136. Tremblay RE, Pihl RO, Vitaro F. Predicting early onset of male antisocial behavior from preschool behavior. *Archives of General Psychiatry*. 1994; 51: 732 – 739.
137. Stroud CB, Durbin CE, Saigal SD, Knobloch-Fedders LM. Normal and abnormal personality traits are associated with marital satisfaction for both men and women: An Actor–Partner Interdependence Model analysis. *Journal of Research in Personality*. 2010; 44(4): 466 – 477.
138. Dutton DG, Kerry G. Modus operandi and personality disorder in incarcerated spousal killers. *International Journal of Law and Psychiatry*. 1999; 22: 287 – 299.
139. Kopeykina I, Kim HJ, Khatun T, Boland J, Haeri S, Cohen LJ, Galynker II. Hypersexuality and couple relationships in bipolar disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*. 2016; 195: 1-14.
140. Swann AC, Lijffijt M, Lane SD, Steinberg JL, Moeller FG. Interacting mechanisms of impulsivity in bipolar disorder and antisocial personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 2011; 45(11): 1477 – 1482.
141. Rich CL, Runeson BS. Similarities in diagnostic comorbidity between suicide among young people in Sweden and United States. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1992; 86: 335 – 339.

XI. Biografija

Viktorija Popović je rođena u Beogradu 1975. godine gde je završila osnovnu i srednju školu. Diplomirala je na Defektološkom fakultetu Univerziteta u Beogradu (sada Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju Univerziteta u Beogradu) na smeru prevencija i resocijalizacija lica sa poremećajima u društvenom ponašanju stekavši stručni naziv diplomirani specijalni pedagog. Magistrirala je na Fakultetu za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju Univerziteta u Beogradu, naučno područje prevencija i tretman poremećaja ponašanja odbranivši magistarsku tezu „Socijalni faktori antisocijalnog poremećaja ličnosti“.

Zaposlena je na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu na kome obavlja poslove stručnog saradnika Katedre za opštu medicinu, sekretara naučnog časopisa Medicinskog fakulteta „Medicinska istraživanja“ i sekretara tradicionalnog simpozijuma Medicinskog fakulteta „Stremljenja i novine u medicini“.

Autor je i koautor većeg broja radova u vodećim časopisima nacionalnog značaja. Govori engleski i ruski jezik.

Прилог 1.

Изјава о ауторству

Потписани-а Мр Викторија Поповић

број индекса _____

Изјављујем

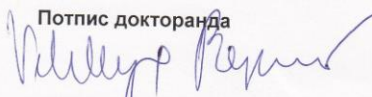
да је докторска дисертација под насловом

«Присуство антисоцијалног поремећаја личности код пацијената оболелих од биполарног афективног поремећаја»

- резултат сопственог истраживачког рада,
- да предложена дисертација у целини ни у деловима није била предложена за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио интелектуалну својину других лица.

У Београду, 01.06.2016.

Потпис докторанда



Мр Викторија Поповић

Прилог 2.

**Изјава о истоветности штампане и електронске
верзије докторског рада**

Име и презиме аутора Мр Викторија Поповић

Број индекса _____

Студијски програм _____

Наслов рада "Присуство антисоцијалног поремећаја личности код пацијената
оболелих од биполарног афективног поремећаја"

Ментори Проф. др Александар Дамјановић, Проф. др Миодраг Стошљевић

Потписани/а Викторија Поповић

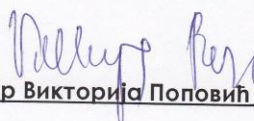
Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла за објављивање на порталу **Дигиталног репозиторијума Универзитета у Београду**.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

У Београду, 01.06.2016

Потпис докторанда


 Мр Викторија Поповић

Прилог 3.

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

"Присуство антисоцијалног поремећаја личности код пацијената оболелих од биполарног афективног поремећаја"

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

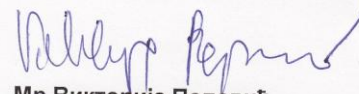
Моју докторску дисертацију похрањену у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство
2. Ауторство - некомерцијално
3. Ауторство – некомерцијално – без прераде
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима
5. Ауторство – без прераде
6. Ауторство – делити под истим условима

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је на полеђини листа).

У Београду, 01.06.2016.

Потпис докторанда



Мр Викторија Поповић

1. Ауторство - Дозвољавање умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце, чак и у комерцијалне сврхе. Ово је најслободнија од свих лиценци.

2. Ауторство – некомерцијално. Дозвољавање умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела.

3. Ауторство - некомерцијално – без прераде. Дозвољавање умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела. У односу на све остале лиценце, овом лиценцом се ограничава највећи обим права коришћења дела.

4. Ауторство - некомерцијално – делити под истим условима. Дозвољавање умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада.

5. Ауторство – без прераде. Дозвољавање умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела.

6. Ауторство - делити под истим условима. Дозвољавање умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада. Слична је софтверским лиценцама, односно лиценцама отвореног кода.