

## Поремећаји прилагођавања болнички лечених адолесцената – студија надгледања

Смиљка Поповић-Деушић<sup>1,2</sup>, Марија Митковић<sup>1</sup>, Милица Пејовић-Милованчевић<sup>1,2</sup>, Душица Лечић-Тошевски<sup>1,2</sup>, Савета Драганић-Гајић<sup>1,2</sup>, Оливера Алексић-Хил<sup>1</sup>, Јелена Радосављевић-Кирћански<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Институт за ментално здравље, Београд, Србија;

<sup>2</sup>Медицински факултет, Универзитет у Београду, Србија

### КРАТАК САДРЖАЈ

**Увод** Поремећаји прилагођавања су честа дијагностичка категорија, нарочито код адолесцената. Они покривају широк спектар различитих емоционалних и бихејвиоралних проблема.

**Циљ рада** Циљ рада био је да се испитају обележја дијагностичке категорије „поремећаји прилагођавања“ код адолесцената који су први пут болнички лечени у Клиничком одсеку за децу и адолесценте Института за ментално здравље у Београду током пет узастопних година и утврди исход поремећаја током посматраног периода.

**Методе рада** Урађено је ретроспективно испитивање болнички лечених адолесцената са дијагнозом поремећаја прилагођавања у периоду 2000–2004. године. Надгледање је вршено 5-10 година након првог отпуста из болнице.

**Резултати** Током посматраног петогодишњег периода било је 75 болнички лечених адолесцената с поремећајем прилагођавања. Основни узорак чинила су 24 испитаника мушког пола (32%) и 51 женског пола (68%). Након 5-10 година испитана су 52 адолесцента (узорак за надгледање), међу којима 16 младића (30,77%) и 36 девојака (69,23%). Укупно је посматрано 70% основног узорка. Након прве хоспитализације даље психијатријско лечење наставило је 58% адолесцената, а оно се одвијало у виду поновног болничког или диспанзерског лечења.

**Закључак** Током посматраног периода, 5-10 година након првог отпуста из болнице са дијагнозом поремећаја прилагођавања, 38% посматраних адолесцената неколико је пута хоспитализовано. Код њих је исход поремећаја био најгори, јер је током посматраног периода код три четвртине дијагностикован нови поремећај, и то из круга психотичних поремећаја.

**Кључне речи:** поремећаји прилагођавања; адолесценти; болничко лечење; праћење; исход

### УВОД

Поремећаји прилагођавања су честа дијагностичка категорија у клиничкој пракси, али о њој нема довољно поузданих података. Узрок може бити одређени стресни догађаји који покреће психопатолошке манифестације у овом поремећају, при чему је и субјективни фактор веома значајан. Дефиниција овог ентитета заснована је на стресним животним догађајима који доводе до психопатолошких испољавања (без обзира о којем класификационом систему је реч). Поремећај прилагођавања је маладаптиван одговор на стресне животне ситуације, при чему низак ниво адаптације доводи до развоја емоционалних или проблема понашања. Стресни животни догађаји који покрећу психопатолошке манифестације могу бити веома различити: полазак у школу, промена школе, неуспех у школи, свађа са друговима, пријемни испит, нови посао, развод брака, губитак посла, пресељење итд.

Дијагностички и статистички приручник за менталне поремећаје Америчког удружења психолога (*DSM-IV*) из 1994. године дели све поремећаје који су у значајној веза са стресним животним ситуацијама (у зависности од узрока, симптома и трајања по-

ремећаја) на две основне категорије: пост-трауматски стресни поремећај (ПТСП) и поремећај прилагођавања. Први је последица стресних догађаја који могу угрозити живот, док је други последица субјективног доживљаја стресних животних ситуација које значајно мењају њен/његов свет [1].

Међународна класификација болести, повреда и узрока смрти Светске здравствене организације (МКБ-10) из 1992. године наводи сличне дијагностичке критеријуме: емоционални поремећаји настају у периоду прилагођавања на значајне животне промене; почетак је обично током месец дана од појаве стресног догађаја; трајање симптома ретко је дуже од шест месеци, осим када је у питању продужена депресивна реакција; симптоми се могу разликовати према облику и интензитету; предиспозиција или индивидуална вулнерабилност играју велику улогу у настанку симптома, већу него код других поремећаја из исте групе (*F43*) [2, 3]. Према овој класификацији, поремећаји прилагођавања се сврставају у дијагностичку категорију *F43.2*, у оквиру које постоји неколико поткатегорија, у зависности од симптома који доминирају клиничком сликом (краткотрајна депресивна реакција; продужена депресивна реакција;

### Correspondence to:

Smiljka POPOVIĆ-DEUŠIĆ  
Institut za mentalno zdravlje  
Palmotićeва 37, 11000 Beograd  
Srbija  
s.popovicdeusic@imh.org.rs  
s.deusic@gmail.com

мешовита анксиозно-депресивна реакција; с претежним поремећајем других емоција; с претежним поремећајем понашања; с мешовитим поремећајем емоција и понашања).

Ова дијагноза је на неки начин у контрадикцији с основним принципима савремених психијатријских класификационих система – избегавање етиологије или патогенезе као обавезних сегмената за постављање дијагнозе и заснивање дијагнозе на феноменологији поремећаја [4, 5]. И тако, у директној контрадикцији с овим атеоријским приступом, поремећаји изазвани стресом (па и поремећај прилагођавања) захтевају укључивање стресора као етиолошког фактора. Штраин (*Strain*) и Дифенбахер (*Diefenbacher*) [6] истичу да дијагностичким критеријумима, а нарочито реакцијом на значајан стресор, маладаптацијом на стресор са дисфункцијом у социјалним и радним активностима, те поремећајима расположења, понашања, анксиозности, нису дата квантитативна својства, што може довести у питање објективност и валидност ове дијагнозе. С друге стране, тај недостатак специфичности заправо дозвољава препознавање раних или пролазних менталних поремећаја, када је клиничка слика недовољно јасна, а патологија већа него што би се очекивало. И управо то је један од разлога што се ова дијагноза често поставља код адолесцената (синоними: тешкоће прилагођавања, адолесцентна криза), покривајући широк спектар емоционалних и проблема понашања, често штитећи адолесцента од постављања „тешке” дијагнозе први пут (избегавање стигматизације). Спорна питања код ове дијагностичке категорије су и: а) нејасна разлика између нормалне адаптивне реакције и разних манифестација поремећаја прилагођавања; б) проблем преклапања са другим дијагнозама (обе класификације покушавају да превазиђу овај проблем наглашавањем да, ако постоје критеријуми за други поремећај, дијагноза поремећаја прилагођавања се не поставља) [5].

Највећем броју великих епидемиолошких истраживања опште популације недостају подаци за поремећаје прилагођавања. Та истраживања укључују: Епидемиолошку студију захваћене територије (*Epidemiological Catchment Area Study*), Амерички национални преглед коморбидитета (*U.S. National Comorbidity Survey*), Британски национални преглед психијатријског морбидитета (*U.K. National Psychiatric Morbidity Survey*) [7, 8, 9]. Ипак, реч је о значајној дијагностичкој категорији, често примењиваној у психијатријској пракси, нарочито у примарној здравственој заштити одраслих и консултативној психијатрији одраслих [10, 11].

Постоје подаци који указују на то да је поремећај прилагођавања друга по учесталости психијатријска дијагноза међу непсихотичним ванболнички леченим адолесцентима [12]. Сматра се да се код чак 70% деце и младих током болничког лечења постави ова дијагноза, у великој мери ради избегавања стигме у вези с осталим психијатријским поремећајима [13].

Дијагностиковање поремећаја прилагођавања је посебан изазов за клиничке лекаре, јер не постоје спе-

цифични упитници за испитивање симптома у оквиру овог поремећаја. Дијагноза се заснива на клиничкој процени широког спектра емоционалних и бихејвиоралних симптома. То овај поремећај разликује од ПТСП и акутног стресног поремећаја, као и чињеница да се стресор код ова друга два поремећаја дефинише као екстремни са специфичним обликом симптома, док код поремећаја прилагођавања стресор може бити било који догађај који је за особу значајан, при чему поремећај може имати различите облике код различитих пацијената. Пошто је већина проблема у оквиру поремећаја прилагођавања предмет субјективног доживљаја и процене (стресор, маладаптивна реакција, пратећи поремећаји расположења, повезаност стресора и одговора), дијагностиковање ових поремећаја је веома деликатан посао, а врши се без одговарајућих упитника [14]. Заснива се на детаљној психијатријској процени и разговору с пацијентом и породицом. Посебна пажња обраћа се на личну анамнезу, животне догађаје, емоције, понашања и утврђивање стресног догађаја.

Исход поремећаја прилагођавања одраслих особа углавном је повољан, јер је код већине пролазне природе. Студија Андреасена (*Andreasen*) и Хенка (*Hoenk*) [15] показала је да је пет година након постављања почетне дијагнозе код 71% одраслих испитаника исход био добар, без повратка симптома; код 21% испитаника развили су се велики депресивни поремећај или алкохолизам, док је 8% испуњавало критеријуме за антисоцијални поремећај личности. Добар исход забележен је и код деце узраста 8-13 година. Међутим, код адолесцената исход поремећаја пет година након постављања дијагнозе био је много гори, јер се код 43% њих развио нови, тежи психијатријски поремећај (схизофренија, схизоафективни поремећај, поремећај расположења, злоупотреба психоактивних супстанци, поремећај личности). Очигледно, за разлику од одраслих, бихејвиорални симптоми код адолесцената и врста поремећаја прилагођавања предвиђају будуће менталне поремећаје [15, 16].

Код болнички лечених адолесцената, нарочито када је у питању прво лечење, ову дијагнозу клинички лекари често постављају. Она допушта и даје простора да једном настали поремећај прође и адолесцент се успешно опорави, што се врло често догађа у овој специфичној популационој групи. Примећено је, међутим, да поновне хоспитализације адолесцената којима је при првом болничком лечењу дијагностикован поремећај прилагођавања указују на појаву тежих психијатријских поремећаја (често из психотичног спектра).

Предмет нашег истраживања били су адолесцентни лечени у Институту за ментално здравље у Београду. У савременој организацији Института постоји Клиника за децу и омладину, коју чине: Клинички одсек за децу и адолесценте, Дневна болница за децу, Дневна болница за адолесценте и Служба за специјалистичко-консултативне прегледе (диспансер). У оквиру Клиничког одсека (стационара) болнички се лече деца и адолесценти узраста до 18 година. Специфич-

ност ове организационе јединице јесте у томе што се на истом простору лече млади различитог узраста и пола и различитих дијагностичких категорија. Капацитет Клиничког одсека је 20 пацијената, а годишње се лечи око 250 пацијената који имају тешке психијатријске поремећаје за које су неопходни стални надзор и клиничко праћење.

## ЦИЉ РАДА

Циљ рада је био да се испитају обележја дијагностичке категорије „поремећаји прилагођавања” код адолесцената који су први пут болнички лечени у Клиничком одсеку за децу и адолесценте Института за ментално здравље у Београду током пет узастопних година, те утврди исход тих поремећаја током периода надгледања (5-10 година након отпуста из болнице).

## МЕТОДЕ РАДА

Урађено је ретроспективно епидемиолошко испитивање адолесцената из Београда који су први пут болнички лечени у Клиничком одсеку за децу и адолесценте Института за ментално здравље у Београду са дијагнозом поремећаја прилагођавања. Испитивани петогодишњи период трајао је од 31. децембра 1999. до 31. децембра 2004. године. Студија клиничког праћења вршена је 5-10 година након првог отпуста из болнице и трајала је током новембра и децембра 2009. године.

Током посматраног петогодишњег периода под дијагнозом поремећаја прилагођавања лечено је 75 адолесцената. Они су чинили основни узорак, међу којима је било 24 испитаника мушког пола (32%) и 51 женског пола (68%). Након пет година формиран је узорак за клиничко праћење, који су чинила 52 адолесцента – 16 младића (30,77%) и 36 девојака (69,23%), што је 69,33% основног узорка.

У периоду истраживања извори података били су одељењски протоколи лечених болесника, историје болести, отпусне листе и диспанзерски картони. Током периода клиничког праћења обављен је поновни психијатријски преглед и извршен увид у постојећу ме-

дицинску документацију (диспанзерски картони) или историје болести (уколико су били на поновном болничком лечењу). Дијагностиковање поремећаја вршено је на основу критеријума МКБ-10 уз примену скала за процену њиховог актуелног функционисања: Кратке психијатријске скале за процену (енгл. *Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS*) [17] и Скале позитивних и негативних симптома за шизофренију (енгл. *Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia – PANSS*) [18].

Од статистичких метода у истраживању су примењен  $\chi^2$ -тест и коефицијент контингенције.

## РЕЗУЛТАТИ

### Обележја основног узорка испитаника

У основном узорку било је више адолесценткиња, а однос испитаника женског и мушког пола био је 2:1. Узраст у којем су се појавиле прве сметње се разликовао између младића и девојака, као и узраст када је затражена стручна помоћ и обављен пријем у болницу (Табела 1).

Највећи број поремећаја почео је у 15. години, код 14 адолесцената (18,67%), а потом подједнако у 14. и 16. години, код по 13 испитаника (17,33%). Ређи почеци су забележени између 6. и 12. године, те после 18.

Највећи број пријема обављен је у 17. години, код 18 болесника (24%), потом у 16, код 17 болесника (22,67%), па у 18. години, код 14 адолесцената (18,67%). Средња дужина диспанзерског лечења пре пријема била је  $0,72 \pm 1,89$  година.

Породична структура је указала на то да је највећи број младих из основног узорка потицао из потпуних породица (50 адолесцената; 66,67%) или породица које су најчешће имале четири члана (31 испитаник; 41,33%). Оба родитеља су најчешће имала средњу стручну спрему.

Када је реч о школовању, 45 адолесцената (60%) похајало је средњу школу, 25 (25%) основну, док је пет испитаника (6,67%) исписано из школе. Највећи број младих постигао је недовољан успех – укупно 26 испитаника (37,14%) – без обзира на то да ли су ишли у основну или средњу школу. На другом месту по учесталости био је добар успех, који је остварило 18 адолесцената (25,71%), подједнако у групи основаца и средњошколаца. Довољан успех у школи постигало је 12 испитаника (17,14%), а врло добар успех 10 (14,28%). Најмањи број младих и у основној и у средњој школи, свега четворо (5,71%), постигао је одличан успех.

Распоред дијагноза из групе поремећаја прилагођавања након првог отпуста из болнице приказан је на графикону 1.

### Одлике испитаника током периода надгледања

Надгледање је вршено 5-10 година након прве хоспитализације и отпуста из болнице у посматраном петого-

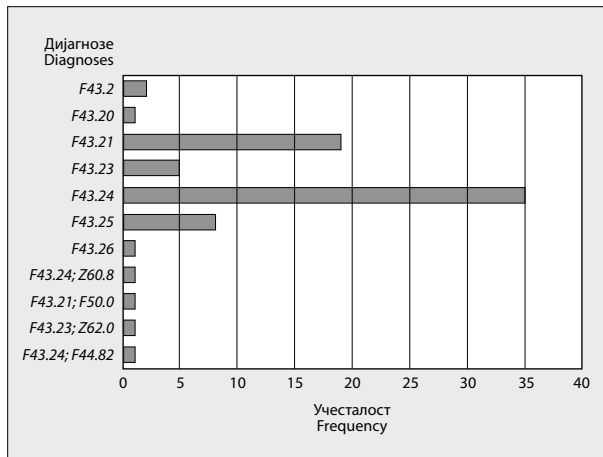
**Табела 1.** Узраст при почетку сметњи, првом прегледу и пријему у болницу

**Table 1.** Age at first symptoms, first examination and hospitalization

Узраст (године) Age (years)	Почетак сметњи First symptoms	Први преглед First examination	Пријем у болницу Hospitalization
$\bar{X} \pm SD$	13.69 $\pm$ 2.69	14.74 $\pm$ 2.63	15.65 $\pm$ 1.79
Min	3	3.5	10.25
Max	18	18.67	19.58
Var	7.25	6.9	3.19
SE	0.31	0.31	0.2

$\bar{X}$  – средња вредност;  $SD$  – стандардна девијација;  $Min$  – најмања вредност;  $Max$  – највећа вредност;  $Var$  – варијанса;  $SE$  – стандардна грешка

$\bar{X}$  – mean value;  $SD$  – standard deviation;  $Min$  – minimal value;  $Max$  – maximal value;  $Var$  – variance;  $SE$  – standard error



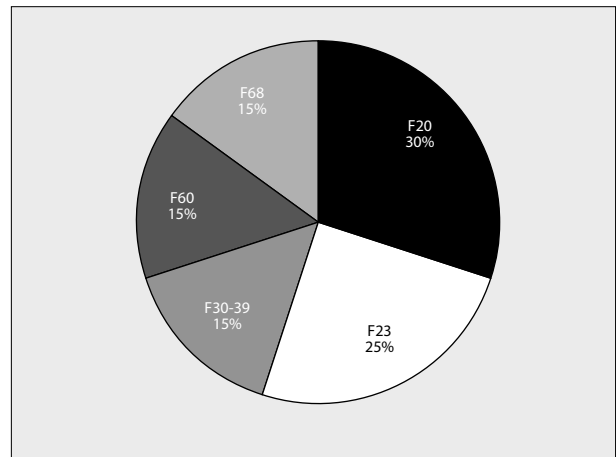
**Графикон 1.** Дијагнозе при првом отпушту из болнице  
**Graph 1.** Discharge diagnoses at first hospitalization

F43.2 – Поремећаји прилагођавања;  
F43.20 – Краткотрајна депресивна реакција;  
F43.21 – Продужена депресивна реакција;  
F43.23 – Са претежном поремећеношћу других емоција;  
F43.24 – Са претежним поремећајем понашања;  
F43.25 – Са мешовитим поремећајем емоција и понашања;  
F43.26 – Са другим спецификованим симптомима;  
F43.24 + Z60.8 – Са претежним поремећајем понашања + други проблеми повезани са социјалном средином;  
F43.21 + F50.0 – Продужена депресивна реакција + *Anorexia nervosa*;  
F43.23 + Z62.0 – Са претежном поремећеношћу других емоција + неадекватан родитељски надзор;  
F43.24 + F44.82 – Са претежним поремећајем понашања + пролазни дисоцијативни поремећај у детињству и адолесценцији  
F43.2 – Adjustment disorders;  
F43.20 – Brief depressive reaction;  
F43.21 – Prolonged depressive reaction;  
F43.23 – With predominant disturbance of other emotions;  
F43.24 – With predominant disturbance of conduct;  
F43.25 – With mixed disturbance of emotions and conduct;  
F43.26 – With other specified symptoms;  
F43.24 + Z60.8 – With predominant disturbance of conduct + other specified problems related to social environment;  
F43.21 + F50.0 – Prolonged depressive reaction + *anorexia nervosa*;  
F43.23 + Z62.0 – With predominant disturbance of other emotions + Inadequate parental supervision and care;  
F43.24 + F44.82 – With predominant disturbance of conduct + Transient dissociative disorders occurring in childhood and adolescence

годишњем периоду. Средњи узраст испитаника током периода клиничког праћења био је  $22,8 \pm 16,21$  годину (од 16,5 до 27 година). Након прве хоспитализације даље психијатријско лечење наставило је 30 болесника (58%) из основног узорка, док су контакт с психијатријском службом прекинула 22 адолесцената (42,3%). Психијатријски третман се одвијао кроз поновно болничко лечење, којем је подвргнуто 20 болесника (38,5%), и ванболничко (диспанзерско) лечење, које је примењено код десет младића и девојака (19,2%).

Свим адолесцентима који су неколико пута болнички лечени у тренутку клиничког праћења дијагностикован је нови поремећај. Код чак 75% ових болесника дијагностикован је поремећај из круга психотичних поремећаја (Графикон 2).

Након отпушта из болнице десет болесника (19,2%) наставило је психијатријско лечење повременим посетама диспанзеру. При поновном прегледу (и увидом у медицинску документацију) код њих су дијагностиковани нови, непсихотични поремећаји, док је психотични поремећај утврђен само код једног болесника. Распоред дијагноза био је следећи: поремећај личности (F60) код три болесника (30%), поремећај понашања одраслих (F68) код два болесника (20%), без пси-



**Графикон 2.** Дијагнозе током клиничког праћења код адолесцената с вишеструким хоспитализацијама  
**Graph 2.** Follow-up diagnoses in adolescents with multiple hospitalizations

F20 – Шизофренија; F23 – Акутни пролазни психотични поремећај;  
F30-39 – Поремећаји расположења (афективни поремећаји);  
F60 – Поремећај личности; F68 – Поремећај понашања одраслих  
F20 – Schizophrenia; F23 – Acute and transient psychotic disorders;  
F30-F39 – Mood disorders; F60 – Personality disorders; F68 – Disorders of adult personality and behaviour

хијатријског поремећаја (СМП) код два адолесцената (20%), употреба канабиноида (F12) код такође два болесника (20%) и акутни психотични поремећај (F23) код једног адолесцената (10%).

Поновним прегледом 22 болесника (29,33%) који су након првог отпушта из болнице прекинули даље лечење установљено је да се код 19 (86,4%) не испољавају значајније сметње у области менталног здравља. Само код троје дијагностикован је нови поремећај: поремећај личности (F60.3), поремећај исхране – булимички (F50.2) и дистимија (F34.1). У овој категорији бивших пацијената било је много више здравих него са психијатријским поремећајима. Чак и код испитаника код којих је постојао поремећај у питању су биле категорије блажих (лакших) облика поремећаја (за разлику од групе бивших пацијената који су неколико пута болнички лечени, код којих су током периода клиничког праћења најчешће дијагностиковане психозе). Ове налазе потврђује и статистичка анализа, којом је доказана статистички значајна разлика у исходу болести између адолесцената који су диспанзерски лечени и оних који су неколико пута хоспитализовани ( $\chi^2=13,81$ ;  $DF=1$ ;  $p=0,0001$ ). Такође, висока вредност коефицијента контингенције ( $C=0,84$ ) доказује врло значајну повезаност вишеструких хоспитализација и лошег исхода поремећаја.

## ДИСКУСИЈА

Поремећаји прилагођавања су честа дијагностичка категорија код адолесцената која обухвата широк спектар различитих емоционалних и бихејвиоралних проблема. Истраживања у свету и код нас истичу учесталост ове дијагнозе при пријему адолесцената у болницу и њену честу повезаност са суицидним идејама

[13, 20, 21]. Нажалост, литература о овом поремећају, како код деце и адолесцената, тако и код одраслих особа, оскудна је [23, 24]. Недовољна заинтересованост за ову дијагностичку категорију у супротности је с њеном преваленцијом и назначеним занимањем за сличне поремећаје (као што је ПТСП). Наше истраживање бавило се обележјима поремећаја прилагођавања адолесцената по отпусту с првог болничког лечења и након пет, односно десет година. Даље лечење је после првог отпуста из болнице, од укупног броја болесника који су обухваћени клиничким праћењем (52), наставило 30 адолесцената. Значајна је чињеница да је код свих болесника који су више пута хоспитализовани исход поремећаја током посматраног периода био најгори. Код 75% њих је чак дијагностикован нови поремећај из круга психотичних поремећаја: шизофренија (F20), акутни пролазни психотични поремећај (F23) и поремећај расположења (F30-39).

Резултати нашег истраживања слични су налазима малобројних студија које су се бавиле истим поремећајем, у којима је такође показано да је код адолесцената исход поремећаја током периода клиничког праћења много лошији, јер се код више од 40% испитаника развио нови, тежи психијатријски поремећај (шизофренија, схизоафективни поремећај, поремећај расположења, злоупотреба психоактивних супстанци, поремећај личности) [15, 16]. Гринберг (*Greenberg*) и сарадници [20] испитивали су поремећаје прилагођавања као пријемну дијагнозу. Њихово истраживање је указало на то да је више од 30% адолесцената и свега 7% одраслих при пријему у болницу имало ову дијагнозу. Из болнице је 40% болесника отпуштено с неком другом дијагнозом, а међу њима највише је било адолесцената, који су најчешће отпуштени са дијагнозом поремећаја понашања.

Поремећаји прилагођавања, било као пријемна или отпусна дијагноза, јесу честа, али недовољно поуздана дијагностичка категорија, како због непостојања валидних инструмената за процену појединих симптома, тако и због субјективности при одређивању стресора, маладаптивне реакције, повезаности између стресора и одговора. Некада се на отпусној листи деце и адолесцената не уписује дијагноза добијена клиничком експертизом, већ се шифрирају дијагнозе из круга поремећаја прилагођавања. Разлог томе је то што се код многих младих приликом пријема и боравка у болници, у клиничком смислу и по феноменологији, испољавају озбиљни психијатријски поремећаји или

се манифестује јасан поремећај понашања, али с обзиром на то да је реч о младим људима и првом болничком лечењу, сматра се да уписивање ове недовољно специфичне дијагнозе на отпусним листама спречава потенцијалну стигматизацију и следствену дискриминацију којој су млади с тешким проблемима менталног здравља изложени. Овакав начин размисљања није увек и правило, што доводи до неуједначености при дијагностиковању поремећаја прилагођавања. У нашем истраживању смо на основу анализе историја болести и друге документације установили да је код 24% узорка дијагноза поремећаја прилагођавања била у колизији с описаном клиничком сликом, а да су код 76% критеријуми били задовољени. Сличан однос према овој дијагнози потврђују и истраживачи у свету [5, 19-22].

## ЗАКЉУЧАК

Тешкоће прилагођавања су честа завршна дијагноза болнички лечених адолесцената. Сматра се да чак 70% деце и младих током боравка у болници добије ову дијагнозу, у великој мери ради избегавања стигме у вези с осталим психијатријским поремећајима [13]. Овом дијагнозом често се покушава да се заштите адолесценти који се први пут хоспитализују [19, 20, 21]. То се чини узимајући у обзир узраст када се поремећај појављује, што оставља могућност за добар и потпун опоравак ове младе особе. У нашем истраживању је после пет, односно десет година од првог отпуста из болнице утврђено да је 38% болесника било неколико пута хоспитализовано. Код њих је исход лечења био најгори, јер је код чак 75% њих дијагностикован нови и тежи поремећај (из круга психотичних поремећаја). Исход првобитног поремећаја код ванболнички лечених адолесцената био је много бољи, јер је психоза дијагностикована само код 10% болесника. Најбољи исход забележен је код испитаника који су прекинули даљи контакт са психијатријском службом након првог отпуста из болнице. Код њих нису дијагностиковане психозе, а код више од 85% узорка при клиничком праћењу нису се испољавали проблеми у области менталног здравља.

Будући да је реч о честој, али недовољно прецизној и валидној дијагностичкој категорији, сматрамо да су потребна даља истраживања у нашој средини, уз потребе резултата са сличним студијама у свету.

## ЛИТЕРАТУРА

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
2. Svetska zdravstvena organizacija. МКБ-10 класификација менталних поремећаја и поремећаја понашања. Клинички описи и дијагностичка упутства. Београд: Завод за удџбенике и наставна средства; 1992.
3. Поповић-Деушић С. Класификација психичких поремећаја деце и оmlадине у светлу нове МКБ-10 класификације. Психијатрија данас. 1992; 24(3-4):317-28.
4. Casey P. Adult adjustment disorder: a review of its current diagnostic status. J Psychiatr Pract. 2001; 7(1):32-40.
5. Casey P, Dowrick C, Wilkinson G. Adjustment disorders. Faultline in the psychiatric glossary. Br J Psychiatry. 2001; 179:479-81.
6. Strain JJ, Diefenbacher A. The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses. Compr Psychiatry. 2008; 49(2):121-30.

7. Myers JK, Weissman MM, Tischler GL, Holzer CE, Leaf PJ, Orvaschel H, et al. Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities 1980 to 1982. *Arch Gen Psychiatry*. 1984; 41:959-67.
8. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995; 52(12):1048-60.
9. Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, et al. The National Psychiatric Morbidity survey of Great Britain – initial findings from the household survey. *Psychol Med*. 1997; 27:775-89.
10. Strain JJ, Smith GC, Hammer JS. Adjustment disorder: a multi-site study of its utilization in the consultation setting. *Gen Hosp Psychiatry*. 1998; 20:139-49.
11. Jones R, Yates WR, Williams S, Zhou M, Hardman L. Outcome for adjustment disorder with depressed mood: comparison with other mood disorders. *J Affect Disord*. 1999; 55(1):55-61.
12. Pelkonen M, Marttunen M, Henriksson M, Lönnqvist J. Adolescent adjustment disorder: precipitant stressors and distress symptoms of 89 outpatients. *Eur Psychiatry*. 2007; 22(5):288-95.
13. Popović-Deušić S. Kliničko-epidemiološka istraživanja psihičkih poremećaja dece i omladine u urbanoj sredini [doktorska disertacija]. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu; 1994.
14. Benton TD, Lynch J. Adjustment disorders. *Emedicine*. Available from: <http://www.emedicine.com/Med/topic3348.htm> (August 2005).
15. Andreasen NC, Hoenk PR. The predictive value of adjustment disorders: a follow-up study. *Am J Psychiatry*. 1982; 139(5):584-90.
16. Bronish T. Adjustment reactions: a long term prospective and retrospective follow-up of former patients in a crisis intervention ward. *Acta Psychiatr Scand*. 1991; 84:86-93.
17. Hedlund JL, Vieweg BW. The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): a comprehensive review. *J Operat Psychiatry*. 1980; 11:48-65.
18. Kay S, Fiszbein A, Opler L. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987; 13:261-75.
19. Fard F, Hudgens RW, Welner A. Undiagnosed psychiatric illness in adolescents. A prospective and seven year follow-up. *Arch Gen Psychiatry*. 1979; 35:279-81.
20. Greenberg WM, Rosenfeld DN, Ortega EA. Adjustment disorders as an admission diagnosis. *Am J Psychiatry*. 1995; 152:459-61.
21. Carta MG, Balestrieri M, Murru A, Hordoy MC. Adjustment disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2009; 5:15.
22. Laugharne J, van der Watt G, Janca A. It is too early for adjusting the adjustment disorder category. *Curr Opin Psychiatry*. 2009; 22(1):50-4.
23. Strein G, Wilkinson G. *Seminars in General Adult Psychiatry*. Volumes 1 & 2. London: Gaskell; 1998.
24. Newcorn JH, Strain J. Adjustment disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992; 31:318-27.

## Adjustment Disorders in Hospital Treated Adolescents: A Follow-up Study

Smiljka Popović-Deušić<sup>1,2</sup>, Marija Mitković<sup>2</sup>, Milica Pejović-Milovančević<sup>1,2</sup>, Dušica Lečić-Toševski<sup>1,2</sup>, Saveta Draganić-Gajić<sup>1,2</sup>, Olivera Aleksić-Hil<sup>2</sup>, Jelena Radosavljev-Kirćanski<sup>2</sup>

<sup>1</sup>School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia;

<sup>2</sup>Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

### SUMMARY

**Introduction** Adjustment disorders represent a frequent diagnostic entity especially among adolescents. They involve a wide spectrum of various emotional and behaviour problems.

**Objective** The aim was to investigate characteristics of diagnostic category known as adjustment disorders among hospital treated adolescents for the first time at the Clinical Department for Children and Adolescents of the Institute of Mental Health in Belgrade, during five consecutive years, as well as to investigate the outcome of the disorder in follow-up period.

**Methods** We conducted a retrospective investigation of the first time hospital treated adolescents from Belgrade with discharge diagnosis of adjustment disorders during 2000–2004. The follow up was conducted 5-10 years after a first discharge from the hospital.

**Results** During the investigated period 75 adolescents from Belgrade were hospitalized for the first time with diagno-

sis adjustment disorder. From the studied patients the main sample was formed that included 24 (32%) males and 51 (68%) females. After 5-10 years a follow-up of 52 patients was conducted (sample at follow-up) which included 16 (30.77%) males and 36 (69.23%) females. Of the main sample, 70% of the patients were under follow-up. After the first hospitalization 58% of adolescents continued with further psychiatric treatment, either as rehospitalized or out-of-hospital patients.

**Conclusion** Our findings showed that 38% of adolescents under follow-up for 5-10 years after the first discharge from hospital with the diagnosis adjustment disorders had multiple hospitalizations. The outcome of the disorder among these patients was the worst, because three-quarters of the patients were re-diagnosed in the follow-up period with a new psychiatric disorder, often from psychotic spectrum.

**Keywords:** adjustment disorders; adolescents; hospital treatment; follow-up; outcome

Примљен • Received: 20/12/2010

Прихваћен • Accepted: 18/01/2011