



UNIVERZITET U PRIŠTINI - MEDICINSKI FAKULTET

Milutin M. Nenadović

PROPEDEVTIKA PSIHIJATRIJE

PSIHIJATRIJSKE DIJAGNOSTIKE I TERAPIJE

Beograd, 2004.



UNIVERZITET U PRIŠTINI - MEDICINSKI FAKULTET

Milutin M. Nenadović

PROPEDEVTIKA PSIHIJATRIJE

PSIHIJATRIJSKE DIJAGNOSTIKE I TERAPIJE

Beograd, 2004.

Udžbenik izdao



UNIVERZITET U PRIŠTINI - MEDICINSKI FAKULTET

za izdavača

Prof. dr Radivoje Papović, rektor Univerziteta u Prištini

PROPEDEVTIKA PSIHIJATRIJE PSIHIJATRIJSKE DIJAGNOSTIKE I TERAPIJE

Autor	Profesor dr Milutin M. Nenadović neuropsihijatar, vanredni profesor medicinskog fakulteta za nastavne predmete psihijatrija i medicinska etika
Urednik	Profesor dr Milutin M. Nenadović
Recenzenti	Profesor dr Josif Vesel Profesor dr Grozdanko Grbeša Profesor dr Miomir Leštarević
Lektor	dr sci Branislava Marković
Korektor	dr Nenad Nenadović dipl. ing. Miša Čolović
Računarska priprema	dipl. ing. Miša Čolović
Tehnička obrada i dizajn	Silvana Čolović Profesor dr Milutin M. Nenadović
Izdavanje udžbenika pomogli	SPIK (Srpski privredni i kulturni klub) – Beograd
Štampa	BIGRAF – Beograd
Tiraž 2.000 primeraka	

Štampa osnovnog udžbenika za studente medicine PROPEDEVTIKA PSIHIJATRIJE psihijatrijske dijagnostike i terapije, autora Profesora dr Milutina M. Nenadovića, odobrena je Odlukom Nastavno-naučnog veća Medicinskog Fakulteta Univerziteta u Prištini, broj 416 od 28.04.2004.

Oktobar 2004. godine

Sinu Dušanu i ćerki Aleksandri,

Samo ostvarivanje lično postavljenih ambicija i stremljenja
opravdavaju postojanje.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized capital 'O' followed by a cursive 'y'.

Predgovor

Psihijatriji na početku XXI veka niko, pa ni zlonamerno, ne može sporiti naučnost niti osporavati da je isključivo i samo medicinska disciplina, odnosno grana savremene naučne medicine. Definitivno, danas nema mesta zabuni i sporenju oko isključivo medicinskog opusa psihijatrije. **Psihijatrija je klinička, stručna i naučna oblast humane medicine današnjice.** U stručnim medicinskim krugovima, kao i u laičkoj javnosti, o psihijatriji su generisane dileme zbog brojnih razvojnih psihijatrijskih pravaca tokom čitavog XX veka.

Propedeutički, za razumevanje psihijatrije studentima medicine a budućim lekarima, važne su sledeće činjenice.

— Opus psihijatrije kao kliničke medicinske discipline je naučno, stručno i istraživačko bavljenje mentalnim, odnosno psihičkim životom čoveka u smislu objašnjenja i razumevanja mentalnog zdravlja i poželjnog funkcionisanja, ali i u svim situacijama poremećaja i bolesti.

— Razumevanje duševnog života je veoma kompleksno i specifično s naučnog aspekta, filozofskog shvaćanja i sociološkog poimanja. Mističnost ljudskog psihičkog funkcionisanja, a posebno u stanju poremećaja, diktila je istorijski gledano izuzetne teškoće za psihijatriju.

— Ekspanzivan razvoj nauka u XIX i XX veku uneo je optimističke tonove u pravcu objašnjenja mentalnog funkcionisanja čoveka. Naravno da je optimizam brzo splasnuo zbog nemoći objašnjenja samo zasnovanog na organskim, odnosno biološkim naučnim saznanjima. Pojavom genija Sigmunda Frojda, već iskazanog lekara neurologa u oblasti psihijatrije, pre oko 100 godina, uneta je nova svetlost u oblast psihijatrije. Frojdova objašnjenja dubokog intrapsihičkog i psihoanalitički pristup objašnjenju mentalnog funkcionisanja i nastanku poremećaja, obogatili su psihijatriju, ali i ukupnu medicinu. Nažalost, neki Frojdovi učenici i sledbenici odveli su psihijatriju u prostore filozofije i udaljili je od medicinske nauke temeljeći svoja učenja na psihologiji.

— Shvatio se u naučnoj psihijatriji da nije moguće dati jasne etiološke i etiopatogenetske odgovore za najveći broj psihički poremećenih osoba. Nastale su brojne teorije i pravci u psihijatriji, a pre oko 50 godina postalo je potpuno jasno da na mentalni sklad individue utiče društvena sredina, tj. sredinski faktor.

— Konačno, psihijatrija je ovog momenta bogata brojnim pravcima i brojnim naučnim pristupima.

Problem savremene psihijatrije je podržavanje pojedinih pravaca i isključivost istraživača i naučnika u smislu nepriznavanja drugih stavova, sa potrebom da potpuna objašnjenja ostvare na svom prihvaćenom učenju. Konačno, psihijatrija u XXI veku mora da se razvija na holističkim principima i epistemologiji.

Epistematičnost i poštovanje holističkog principa su poslednjih decenija privilegija psihijatrije u kontekstu ukupne naučne medicine. Psihijatrija je među prvim medicinskim granama primenila naučne sveobuhvatne principe u savremenoj medicini i time stekla značajnu prednost. Ovakva savremena psihijatrija je doprinela i drugim medicinskim oblastima da odustanu od isključivosti u svojoj do nedavnoj dihotomiji somatskog od psihičkog. Psihogeni poremećaji mogu, svakako, izazvati somatske poremećaje i somatske bolesti, ali važnije od toga je jasno

saznanje u današnjoj naučnoj medicini da nema somatske bolesti bez istovremenog poremećaja duševnog sklada. *Somatopsihičko* je novi kvalitet u medicini i predstavlja otvorena vrata pozitivnom uticaju psihijatrije na sve tzv. somatske grane.

Udžbenik **Propedevtika psihijatrije, psihijatrijske dijagnostike i terapije** smatram neophodnom literaturom za studente medicine, ali i potrebnim priručnikom za svakog lekara opšte prakse ili specijalistu bilo koje medicinske struke i svakako, psihijatre. Udžbenik je podeljen na tri poglavlja, kao što i sam naslov opredeljuje.

Prvo poglavlje je najobimnije i obrađuje propedevtički (prethodno poučavajući) šta je to psihijatrija, njen razvoj i postignuća. Poglavlje obrađuje i subpsihijatrijske discipline razvijene u svetu i kod nas. Uvažavajući značaj kliničke psihologije i psihologije uopšte za psihijatriju, vrlo obimno i iscrpno je dat opis psihičkih funkcija prema aktuelnoj podeli i načinu izučavanja, kao i poremećaji psihičkih funkcija pojedinačno. Veoma obimno u prvom poglavlju ovog udžbenika data je tehnika pregleda psihijatrijskog bolesnika, odnosno vrlo iscrpno psihijatrijska istorija bolesti. Ovim segmentom u prvom poglavlju opravdana je i namera da ovaj udžbenik ima vrednost praktikuma u studiranju predmeta psihijatrije na medicinskom fakultetu.

Drugo poglavlje obrađuje propedevtički identifikaciju i savremenu dijagnostiku psihičkih poremećaja i duševnih bolesti. Namera prezentacije propedevtike psihijatrijske dijagnostike je upoznavanje studenata i lekara sa dijagnostičkim poteškoćama u psihijatriji, ali i sa dijagnostičkim mogućnostima psihijatrije korišćenjem dijagnostičkih tehnika savremene medicine.

Treće poglavlje propedevtički obrađuje terapiju u psihijatriji kao kliničkoj medicinskoj disciplini. U skraćenom obliku data je suština terapijskih mogućnosti u situaciji identifikovanog ili dijagnostikovanog psihičkog poremećaja, odnosno duševne bolesti.

Udžbenička psihijatrijska literatura imponuje po obimu u aktuelnoj ponudi studentima i specijalizantima. Naravno da obimni udžbenici psihijatrije zastrašuju studente, pa oni izbegavaju da ih koriste iako je često njihov kvalitet nesporan i visok. Smatrao sam zbog toga potrebnim na ovaj način koncipiran udžbenik. Studentima ostaje obaveza da svoje znanje za sam ispit iz psihijatrije prošire literaturom koja iscrpno obrađuje pojedine duševne bolesti i psihijatrijske entitete.

Propedevtika psihijatrije, psihijatrijske dijagnostike i terapije treba da olakša studentima i praćenje praktične nastave, da ih uvede u oblast psihijatrije i uveri u značaj psihijatrije u okviru ukupne savremene naučne medicine. Danas su poremećaji psihičkog života individue izuzetno učestala pojava i po svim statističkim saznanjima u svetu i kod nas oko 50% svih bolesnika koji zatraže uopšte pomoć lekara su bolesnici sa psihijatrijskim poremećajima.

Pravu ocenu koncepcije i kvaliteta ovog udžbenika daće svakako tek njegovi korisnici – studenti, lekari i posebno kolege psihijatri i neuropsihijatri. Zahvaljujem se brojnim kolegama na pomoći i sugestijama, posebno mojim profesorima iz neuropsihijatrije, a izuzetno Prof. dr Josifu Veselu koji me je trajno opredelio u prostor psihijatrije još na prvim studentskim praktičnim vežbama na "F" Klinici Medicinskog fakulteta u Beogradu.

Beograd, Oktobar, 2004.

Prof. dr Milutin M. Nenadović

Uvod

Psihijatrija se na medicinskim fakultetima u našoj zemlji kao nastavni predmet izučava sa drugim kliničkim oblastima tokom IV godine studija. Posebnost i različitost studiranja psihijatrije danas su uočljive. Studiranje psihijatrije na medicinskim fakultetima je neujednačeno u svetu. Razlikuje se u okviru država, ali i između univerziteta u okviru iste zemlje. Udžbenička literatura iz oblasti psihijatrije takođe je neujednačena. Razlog za to su svakako nastavnici koji podržavaju pojedine važeće psihijatrijske pravce. Na našem jeziku studentima je dostupan veliki broj kvalitetnih udžbenika psihijatrije. Osnovni nedostatak ukupne psihijatrijske literature je u dominaciji redukcionističke* interpretacije psihijatrije, i kao nauke i kao stručne discipline.

Obim psihijatrijske oblasti, a time i udžbenika, ima odraz na pravilno i adekvatno razumevanje psihijatrije i njene suštine u okviru savremene naučne medicine. Propedevtička potreba studenata medicine a budućih lekara, za pojednostavljenjem udžbeničke literature uočena je davno u svetu, kao i na našim univerzitetima. Pre više od tri decenije nastavnici Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu profesor Dimitrije Milovanović i profesor Maksim Šternić napravili su prvo poboljšanje u okviru nastavnog predmeta psihijatrija koncepcijom "Dijagnostičko-terapijski psihijatrijski praktikum". Za ono vreme su veoma kvalitetno dali udžbenički uvod u izuzetno kompleksnu i široku oblast psihijatrije. Do danas je bilo još pokušaja uvodnog razmatranja psihijatrije za studentski nivo nastave.

Uvažavajući današnje domete psihijatrije, stavove lekara, specijalista psihijatrije i potrebe studenata medicine, odvažio sam se na pokušaj priređivanja propedevtički konceptualizovanog udžbenika o psihijatriji, psihijatrijskoj dijagnostici i psihijatrijskoj terapiji. Ponuđeni tekst je pokušaj da se na malo prostora ravnopravno obrade sva dodanašnja dostignuća u psihijatriji i otklone nedoumice i nejasnoće o suštini ove kliničke medicinske discipline. Osnovna ideja je da student stekne znanja i prihvati psihijatriju kao bitnu oblast medicine i ne distancira se od psihijatrijskog bolesnika u praktičnom lekarskom radu. Poremećaj ljudske mentalne skladnosti nije, niti treba da bude, misterija za lekara, niti suverena privilegija samo psihijataru.

Oktoibar, 2004.

Milutin M. Nenadović

* Redukcionistički model razmišljanja psihijataru je njihova indoktrinacija zbog fiksiranosti za različite psihijatrijske orijentacije. Epistemološka koncepcija kroz holistički pristup u savremenoj psihijatriji je već njena prednost i perspektiva psihijatrije ali i ukupne medicine.

Sadržaj

Predgovor	i	Involutivni period	41
Uvod	iii	Senescencija	43
Poglavlje 1		Psihičke funkcije i njihovi poremećaji . . .	45
Propedeutika psihijatrije	1	Opažanje	47
Šta je psihijatrija	3	Poremećaji opažanja	50
Razvoj psihijatrije	5	Agnozije	50
Prenaučna epoha psihijatrije	6	Iluzije	51
Animističko-magijska faza	6	Paraidolije	51
Empirijska faza	7	Halucinacije	51
Naučna epoha psihijatrije	11	Pažnja	53
Udžbenička literatura u oblasti		Poremećaji pažnje	56
psihijatrije	12	Rasejanost	56
Perspektive i budućnost psihijatrije	13	Pamćenje	57
Normalnost i psihijatrija	15	Učenje	59
Psihijatrija kao grana naučne medicine . . .	17	Poremećaji pamćenja	60
Biološke osnove čovekove mentalne		Kvantitativni poremećaji pamćenja . . .	60
ukupnosti i poremećaja	21	Kvalitativni poremećaji pamćenja	62
Psihološko-filozofske osnove čovekove		Poremećaji pamćenja vremenskog	
mentalne ukupnosti i poremećaja	23	toka događaja	62
Sociološke osnove čovekove mentalne		Mišljenje	63
ukupnosti i poremećaja	25	Poremećaji mišljenja	67
Genetika u psihijatriji	27	Poremećaji mišljenja po formi	67
Razumevanje čovekove mentalne		Poremećaji mišljenja po sadržaju	68
ukupnosti u evropskoj tradiciji	29	Afekti	73
Konativno	29	Strah	78
Emocionalno	30	Poremećaji afektivnog života	79
Kognitivno	30	Kvantitativni poremećaji afekata	79
Razvoj mentalne ukupnosti čoveka	31	Kvalitativni poremećaji afekata	80
Detinjstvo kao faza psihičkog razvoja	34	Volja i voljne delatnosti	81
Adolescencija kao faza psihičkog		Poremećaji volje i voljnih radnji	83
razvoja	37	Kvantitativni poremećaji volje	83
Doba mentalne zrelosti	39	Kvalitativni poremećaji volje	83
		Inteligencija	85
		Oštećenje inteligencije	88
		Oligofrenije — primarna slaboumnost . .	88
		Demencije — sekundarna	
		slaboumnost	89

Nagoni	91	Posebni poremećaji psihičkih funkcija	112
Vitalni nagoni	92	Psihopatologija i poremećaji mentalne	
Socijalni nagoni	93	skladnosti	113
Poremećaji nagona	94	Aktuelna objašnjenja nastanka	
Kvantitativni	94	mentalnih poremećaja	116
Kvantitativni poremećaji nagona		Mentalni poremećaji razvrstani na	
samoodržanja	94	osnovu patološko–anatomskog	
<i>Kvantitativni poremećaji nagona</i>		supstrata	116
<i>za življenjem</i>	94	Mentalni poremećaji razvrstani na	
<i>Kvantitativni poremećaji</i>		osnovu kauzaliteta	117
<i>nutricionog nagona</i>	95	Razvrstavanje psihičkih poremećaja	
Kvantitativni poremećaji nagona		prema kliničkoj fenomenologiji	
održanja vrste	96	njihovog ispoljavanja	117
<i>Kvantitativni poremećaji</i>		Neuroze — neurotični poremećaji	
<i>seksualnog nagona</i>	96	mentalne skladnosti	119
<i>Kvantitativni poremećaji</i>		Fobični anksiozni poremećaji — F40.xx	120
<i>roditeljskog nagona</i>	97	Agorafobija — F40.0	121
Kvalitativni	97	Socijalne fobije — F40.1	121
Kvalitativni poremećaji nagona		Specifične – izolovane fobije —	
samoodržanja	97	F40.2	121
<i>Kvalitativni poremećaji nagona</i>		Drugi anksiozni poremećaji — F41.xx	122
<i>za življenjem</i>	97	Panični poremećaji — F41.0	122
<i>Kvalitativni poremećaji</i>		Generalizovani anksiozni	
<i>nutricionog nagona</i>	97	poremećaj — F41.1	122
Kvalitativni poremećaji nagona		Mešoviti anksiozni i depresivni	
održanja vrste	98	poremećaj — F41.2	122
<i>Kvalitativni poremećaji</i>		Opsesivno–kompulzivni poremećaj	
<i>seksualnog nagona</i>	98	— F42.xx	123
<i>Kvalitativni poremećaji</i>		Pretežno opsesivne misli ili	
<i>roditeljskog nagona</i>	101	ruminacije — F42.0	123
Poremećaji socijalnih nagona	102	Pretežno kompulzivne radnje	
Moralnost	103	— F42.1	123
Poremećaji moralnosti	104	Reakcija na težak stres i poremećaj	
Poremećaji moralnosti po formi	104	prilagođavanja — F43.xx	124
Poremećaji moralnosti po sadržaju	104	Akutna stresna reakcija — F43.0	124
Svest	105	Posttraumatski stresni	
Poremećaji svesti	106	poremećaj — F43.1	124
Kvantitativni poremećaji svesti	107	Poremećaji prilagođavanja — F43.2	124
Kvalitativni poremećaji svesti	107	Kratkotrajna depresivna	
Orijentacija	109	reakcija — F43.20	125
Poremećaji orijentacije	109	Produžena depresivna	
Kvantitativni poremećaji orijentacije	110	reakcija — F43.21	125
Kvalitativni poremećaji orijentacije		Konverzivni (disocijativni)	
— dezintegracija ličnosti	110	poremećaji — F44.xx	125

Disocijativna amnezija — F44.0	126	Intelektualni deficiti	139
Disocijativna fuga — F44.1	126	Psihosomatski poremećaji — F45	141
Disocijativni stupor — F44.2	126	Zavisnost od alkohola	
Stanje transa i poremećaji		i poremećaji — F10	143
zaposednutosti — F44.3	126	Akutna alkoholna intoksikacija — F10.0	144
Disocijativni poremećaji		Sindrom zavisnosti od alkohola —	
motorike — F44.4	126	F10.2	145
Disocijativne konvulzije — F44.5	127	Alkoholne psihoze — F10.5-F10.9	146
Disocijativna anestezija i senzorni		Zavisnost od psihoaktivnih supstanci –	
gubitak — F44.6	127	droga — F11-F19	147
Mešoviti disocijativni–konverzivni		Opijatska zavisnost — F11	149
poremećaji — F44.7	127	Psihoze izazvane drogama — F1x.5	151
Ganserov sindrom — F44.80	127	Sindrom posle prekida uzimanja	
Poremećaji u vidu višestruke		droge — F11.3	
ličnosti — F44.81	127	(Apstinencijski sindrom)	151
Somatoformni poremećaji — F45.xx	128	Paranoidna i/ili halucinatorna stanja	
Somatizacioni poremećaji — F45.0	128	izazvana drogama — F1x.51 i F1x.52	152
Nediferencirani somatoformni		Kanabinoidi — F12	152
poremećaj — F45.1	128	Stimulansi centralnog nervnog	
Hipohondrijski poremećaj — F45.2	128	sistema — F14 i F15	153
Somatoformna disfunkcija		Akutno trovanje kokainom i	
vegetativnog nervnog sistema		amfetaminom — F14.0 i F15.0	153
— F45.3	129	Kofein — F15	153
Perzistentni somatoformni bolni		Halucinogeni — F16	153
poremećaji — F45.4	129	Nikotin — F17	154
Neurastenija — F48.0	129	Isparljivi rastvarači — F18	154
Drugi specifikovani neurotski		Fenciklidin — F19	154
poremećaji — F48.8	129	Urgentna stanja u psihijatriji	
Psihodinamsko objašnjenje neurotičnog		– reakcija na težak stres i poremećaje	
nivoa poremećaja psihičkog života	130	prilagođavanja — F43	155
Snovi	132	Granična stanja – Borderline - mešoviti	
Psihoze	133	i drugi poremećaji ličnosti — F61	157
Endogene psihoze	134	Psihijatrijski poremećaji u detinjstvu i	
Shizofrenija — F20-F20.8	134	adolescenciji — F80 - F98	159
Manijako–depresivna psihoza		Psihički poremećaji u	
— F30-F39	135	detinjstvu — F80-F89	160
Shizoafektivne psihoze — F25	135	Psihički poremećaji u	
Sumanute psihoze – paranoja		adolescenciji — F90-F98	162
— F22-F22.9	136	Gerontopsihijatrija	163
Egzogene psihoze	137	Forenzička psihijatrija	165
Reaktivne psihoze — F23 (akutni i		Sudskopsihijatrijsko veštačenje	166
prolazni psihotični poremećaji)	137	Veštačenje psihijatra u krivičnom	
Indukovane psihoze — F24	137	postupku	166
Simptomatske psihoze — F04-F09	137		

Psihijatrijsko veštačenje u oblasti građanskog i porodičnog prava	167	Privremeni psihijatrijski zaključak	202
<i>Oduzimanje poslovne sposobnosti</i>	167	Prognoza toka bolesti	202
<i>Testatorska sposobnost</i>	167	Plan daljeg ispitivanja	203
<i>Psihijatrijsko veštačenje radi</i> <i>dodele deteta jednom roditelju</i>	168	Plan lečenja	203
Etičko–pravni aspekti i problemi u savremenoj psihijatriji	169	Decursus morbi (nastavak toka bolesti)	203
Suština etičko-pravnih aspekata i etičko- pravnih problema psihijatrije	170	Definitivni psihijatrijski zaključak (definitivna psihijatrijska dijagnoza pri otpustu)	204
Havajska deklaracija svetskog udruženja psihijatara	172	Indeks psihijatrijske terminologije	205
Psihijatrijska istraživanja	173		
Vrste psihijatrijskih istraživanja	174	Poglavlje 2	
Savremena klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja	175	Propedevtika psihijatrijske	
Razvoj psihijatrijskih klasifikacija	176	dijagnostike	209
Savremena klasifikacija u psihijatriji.	178	Uvod	211
Skrraćena međunarodna verzija DSM-IV za psihijatriju	179	Pravna pitanja u psihijatrijskoj praksi	213
Lekarski pregled psihijatrijskog bolesnika	188	Etičkopravna posebnost relacije pacijent - lekar u psihijatriji	216
Istorija bolesti	189	Dijagnostički metodi u savremenoj psihijatriji	217
Anamneza	190	Dijagnostički postupci lekara –psihijatra	219
Generalije (Opšti podaci o bolesniku)	190	Opservacija kao dijagnostički metod u psihijatriji.	219
Glavni razlog hospitalizacije – glavne tegobe	191	Vrednost mimike bolesnika u psihijatrijskoj dijagnostici.	220
Sadašnja bolest	191	Dijagnostika svesne psihike	221
Raniji psihijatrijski poremećaji i dosadašnje bolesti.	191	Dijagnostika nesvesne psihike	221
Lična anamneza	191	Psihijatrijski intervju kao dijagnostički metod u psihijatriji	222
Porodična anamneza	193	Psihijatrijske skale procene psihičkog stanja bolesnika	224
Materijalno – socijalni status bolesnika	193	Fizički dijagnostički pregledi i metode	225
Status praesens (sadašnji nalaz pri lekarskom pregledu)	193	Opšti lekarski pregled	225
Status somaticus.	193	Neurološki pregled	225
Status neurologicus.	194	Neurofiziološki dijagnostički metodi u psihijatriji.	226
Status psychicus – psihički status	195	Elektroencefalografija (EEG)	226
Psihijatrijski intervju (Tehnika psihijatrijskog pregleda)	195	Poligrafske neurofiziološke tehnike	226
Psihijatrijski nalaz ili psihijatrijski rezime	200	Poligrafsko registrovanje spavanja	227
		Kompjuterizovana analiza	227

Farmakoelektroencefalografija	227	Mentalna higijena	243
Evocirani potencijali	227	Primarna prevencija psihičkih poremećaja	
Mireoencefalografija	227	i mentalna higijena u psihijatriji	243
Ultrazvučni dijagnostički metodi u		Opšte mere primarne psihijatrijske	
psihijatrijskoj dijagnostici	228	prevencije	244
Ultrazvučno snimanje pomeranja		Specifične mere primarne	
struktura u endokranijumu	228	psihijatrijske prevencije	244
Ehoencefalografija	228	Sekundarna psihijatrijska prevencija . . .	245
Dupleks doppler	228	Tercijarna psihijatrijska prevencija . . .	246
Transkranijalni doppler	229	Metodi biološke terapije	247
Radioizotopi u psihijatrijskoj		Psihofarmakoterapija	247
dijagnostici	229	Klasifikacija savremenih	
Scintigrafija	229	psihofarmaka ili psihotropnih lekova .	248
Scintilaciona gama kamera	229	Neuroleptici (Antipsihotici)	248
Imidžing metodi u psihijatrijskoj		Klasifikacija neuroleptika	
dijagnostici	230	(Antipsihotika) prema hemijskom	
Radiografija	230	sastavu	248
Kompjuterizovana tomografija	230	Anksiolitici (Anksiolitički sedativi) .	250
Magnetna nuklearna rezonanca		Antidepresivi	252
(MNR, NR ili MR)	231	Psihostimulansi	254
Pozitronska emisiona tomografija		Psihodisleptici (Psihodelici)	254
(PET)	231	Antiparkinsonici	254
SPECT	231	Ostali lekovi	255
Psihološki dijagnostički metodi	233	Psihofarmakogenetika	255
Psihometrija u psihijatrijskoj		Neurofarmakološki metodi biološke	
dijagnostici	233	terapije u psihijatriji	256
Psihološki testovi u identifikaciji i		Konvulzivna terapija u psihijatriji . . .	256
dijagnostici psihičkih poremećaja	234	Farmakološka konvulzivna terapija .	256
Testovi i testiranje inteligencije	234	<i>Kardiazolski šok</i>	256
Socijalna dijagnostika u psihijatriji	236	<i>Konvulzije izazvane indoklonom</i> .	257
Biološke dijagnostičke metode	237	<i>Acetilholinski konvulzivni šok</i> . .	257
Laboratorija u psihijatrijskoj dijagnostici .	237	<i>Lečenje psihijatrijskih bolesnika</i>	
Hematološke laboratorijske analize . .	237	<i>insulinskim komama</i>	257
Biohemijski humoralni status	237	Elektrokonvulzivna terapija u	
Biološki markeri psihičkih poremećaja . .	238	psihijatriji — EKT	257
Biopsije tkiva mozga i nervnog sistema . .	238	Lečenje psihijatrijskih bolesnika	
		snom	257
		Lečenje svetlom ("Phototherapy" ili	
		"Light therapy")	258
		Ugljendioksid u lečenju mentalnih	
		poremećaja	258
		Pneumoterapija psihičkih poremećaja .	259
		Vitaminsko lečenje (Megavitaminska	
		terapija duševnih bolesnika)	259

Poglavlje 3

Propedeutika terapije u psihijatriji

239

Shvatanje zdravlja i bolesti u	
savremenoj psihijatriji	241

Ishrana kao terapijski suport u psihijatriji	259	Humanistička (neoanalitička) grupna psihoterapija	269
Psihohirurgija u lečenju mentalnih poremećaja i bolesti	259	Grupe susretanja	269
Psihoterapija	261	Psihoterapijska tehnika konfrontacije pacijenta sa problemom	269
Grupna psihoterapija	263	Psihoterapija putem direktnog odlučivanja	270
Porodična psihoterapija	263	Logoterapija	270
Bračna psihoterapija	264	Hipnoza	270
Balintove grupe	264	Socioterapija	271
Individualna psihoterapija	265	Terapijska zajednica	271
Dubinska psihoterapija	266	Radna terapija	272
Površinski psihoterapijski metodi	266	Rekreativna terapija	272
Bihevioralna psihoterapija	267	Socioterapijski klubovi	272
Kognitivna psihoterapija	268		
Ostali psihoterapijski metodi	269	Indeks	275
Geštalt psihoterapija	269	Literatura	293
Rogersova nedirektivna psihoterapija usmerena ka klijentu	269		
Transakciona psihoanaliza	269		

POGLAVLJE I

PROPEDEVTIKA PSIHIJATRIJE



ŠTA JE PSIHIJARIJA

"Početak je najvažniji deo posla." Platon

Pravi je poduhvat, izuzetno odgovoran i nimalo jednostavan, da se definicijom na početku trećeg milenijuma odškrinu vrata ogromnog prostranstva psihijatrije.

Psihijatrija je grana naučne medicine.

Savremena psihijatrija je samostalna naučna i stručna disciplina u okviru humane medicine i spada u njene mlađe kliničke grane.

Etimološki reč **psihijatrija** potiče od grčkih reči **psihe**, što znači *duša*, i **iatreia**, što znači *lečenje*. Dakle, psihijatrija je veština lečenja.

Psihijatrija je, istorijski gledano, instituisana pre oko 200 godina kao posebna naučna i stručna oblast humane medicine, a savremeno je profilisana tek u poslednjih nekoliko decenija. Paradoksalno je, ali ipak istinito, da psihijatrija u našoj civilizaciji još uvek ima status najzapostavljene grane u medicini.

— Možda je opravdanje za to u istini da naučna osnova psihijatrije nije definitivno utemeljena, a opterećena je brojnim protivrečnim hipotezama filozofskih i socioloških objašnjenja ljudske psihe, duše.

— Razlog je i do danas nedovoljno istražena etiologija i patogeneza većine duševnih bolesti, uprkos dostignutom razvoju genetike, neurobiohemije, neuro i psihoendokrinoimunologije itd.

— Razlog je i činjenica da su psihijatrija i lekari protagonisti psihijatrijskog rada, kao i njihovi bolesnici, oduvek bili distancirani od ne samo zdravog dela populacije već i od zdrav-

stvenih službi. To je i danas vidljivo i kod nas, i u svim zemljama sveta.

Psihijatrijske bolnice i ustanove su i danas, i svugde u svetu, izdvojene i udaljene od gradskih naselja. Još uvek postoje namerni i nenaamerni otpori prema psihijatriji i umno poremećenom čoveku, ne samo u društvenoj zajednici već, nažalost, i među lekarima.

Nepravedno bi bilo ne istaći da psihijatrija u odnosu na druge grane medicine ima i brojne i značajne prednosti i time sigurnu perspektivu naučnog razvoja, posebno u budućnosti. Trajan doprinos savremene psihijatrije ukupnoj humanoj naučnoj medicini je da su pod njenim uticajem sve tzv. somatske grane medicine počele da se bave sociološkim i psihološkim aspektima i problemima u okviru svoje delatnosti i vezano za svakog pacijenta ponasob. Tako su *zahvaljujući psihijatriji nastala i multidisciplinarna timska angažovanja* u recimo, **pedijatrijskim službama**, zatim **na odeljenjima psihosomatskih bolesti, jedinicama intenzivne nege, svim ustanovama za hronične somatske bolesti**, a posebno **u onkološkim zdravstvenim institucijama**. Ovakva orijentacija daje šansu somatskim granama medicine da se brže i ekspanzivnije naučno i stručno razvijaju u savremenim uslovima ostvarivanja zdravstvene zaštite.

Propedevtički i didaktički je važno za studenta medicine, a budućeg lekara, da sledeća znanja iz nastavnog predmeta psihijatrija trajno usvoji kao aksiom.

a) *Psihijatrija je samostalna i stručna naučna disciplina u oblasti humane medicine koja se bavi dijagnostikom nastanka i razvoja kliničkih psihopatoloških manifestacija, kao i lečenjem narušenog sklada čovekove mentalne ukupnosti.*

b) *Mentalna ukupnost Homo sapiensa podrazumeva nedeljivo psihičko i biološko jedinstvo kao individualnu posebnost.*

c) *Bit psihijatrije kao savremene medicinske naučne discipline je povezanost sa svim njenim ostalim oblastima, ali i sa fundamentalnom biološkom naukom. Veoma je značajna povezanost aktuelne psihijatrije i sa pravnim, ekonomskim i društvenim naukama, a posebno sa oblastima pedagogije, psihologije, filozofije, antropologije itd.*

Psihijatrija ovako utemeljena i ovako opredeljena je definitivno i neporecivo danas samostalna medicinska nauka i struka. Dileme više ne mogu nametnuti **ni najveštije antipsihijatrijske spekulacije.**

Distinkcija psihijatrije u odnosu na druge discipline naučne medicine već je mala i biće sve manja. Razvoj psihijatrije u XX veku kao grane naučne medicine razrešio je sve dileme i ranije istorijske zablude. Savremena psihijatrija je samo humana medicinska nauka i struka izuzetne važnosti sa jasnom odrednicom daljeg naučnog razvoja i delovanja.

Konačno je naučnom psihijatrijom ostvareno jedinstvo suprotnosti, ukoliko ih je ikada sa naučnog aspekta i bilo, jer su psihički i somatski aspekti istovremeno zastupljeni u čovekovom zdravlju, kao i u odstupanju od zdravlja. Treba reći da je aksiomatično saznanje svih lekara, svih zdravstvenih radnika, kao i laika za medicinsku struku na početku XXI veka, sledeće.

1) *Psihički poremećaji ili razlozi psihičke prirode često su uzrok bolesti nekog organa ili njegovog poremećenog funkcionisanja, kao i sistema organa.*

2) *Istovremeno organska oštećenja, odnosno somatska oboljenja neretko izazivaju i psihičke poremećaje, ali uvek narušavaju skladno funkcionisanje bolesnikove mentalne ukupnosti.*

3) *Dakle, čovek je psihofizičko jedinstvo utkano u socijalnu sredinu.*

Savremena naučna psihijatrija se, dakle, ne bavi samo psihičkim poremećajima već i somatskim oboljenjima, a tzv. grane somatske medicine moraju da u tretmanu svog bolesnika rešavaju i poremećaje njegovog mentalnog funkcionisanja.

Privlačnost psihijatrijske oblasti je velika za svakog obrazovanog čoveka. Međutim, ulazak u to intrigantno prostranstvo nije lak i zahteva kvantum znanja iz filozofskih disciplina, psihologije i socioloških oblasti, a ne samo medicine. Student medicine pre svakog usvajanja znanja iz oblasti psihijatrije treba da usvoji i da razume koncept jedinstva suprotnosti u kliničkoj psihijatriji, izražen u kontinuumu uzajamnog dejstva očuvanih i obolelih delova u psihosomatskom i somatopsihičkom smislu u okviru mentalne ukupnosti bolesnika bez obzira na to da li postoji ili ne klasičan psihički poremećaj ili bolest.

Psihijatrija zasigurno kao oblast medicinske struke ima u socijalnom životu zajednice bilo koje zemlje i bilo kojeg naroda, poseban specijalan značaj. To se odražava u pozitivnim zakonima svake savremene države, ne samo u krivičnom i građanskom zakonu već i u zakonu o socijalnom osiguranju i brojnim zakonskim uredbama svih društvenih sfera globalne zajednice.

RAZVOJ PSIHIJATRIJE

ISTORIJAT



Duševni poremećaji stari su sigurno koliko i sam ljudski rod.

Posebnost psihijatrije kao nauke obavezuje na bar kratku rekapitulaciju njenog razvoja i u propedevtičkom smislu upoznavanja ove oblasti. Zajednički za gotovo sve druge medicinske struke je kontinuum razvoja. Međutim, **psihijatrija kao nijedna oblast savremene naučne medicine kroz znano nam istorijsko postojanje *Homo sapiensa* nema kontinuirani razvoj, već stalne uspone i padove.** Psihijatriju su pratile promene stavova u razumevanju i objašnjenju psihičkog života čoveka u normalnom poimanju, ali i u stanjima poremećaja, odnosno psihopatologije.

Posebno je važno, kao ni u jednoj drugoj naučnoj grani medicine, da student i u okviru propedevtičkog uvođenja u psihijatriju najpre dobije informacije o razvoju psihijatrije i istorijatu shvatanja bolesti koje izučava psihijatrija kao klinička disciplina.

a) Razvoj psihijatrije mora se shvatiti, tumačiti i razumeti samo i uvek u širem kontekstu razvoja ljudske zajednice, kako u preistoriji tako i u okviru današnjih globalnih sociozajednica, odnosno država.

b) Istorijat psihijatrije podrazumeva posebno praćenje razvoja psihijatrije, na jednoj, a posebno praćenje načina tretmana i nege psihijatrijskog bolesnika u datoj ljudskoj civilizaciji, na drugoj strani.

Svakako da distinkciju ova dva područja u okviru psihijatrije treba pratiti uporedno.

Izučavanje razvoja psihijatrije treba podeliti na:

- **prenaučnu epohu psihijatrije**
 - a) **animističko-magijsku fazu**
 - b) **empirijsku fazu i**
- **naučnu epohu psihijatrije.**

PRENAUČNA EPOHA PSIHIJATRIJE

Prenaučna epoha razvoja psihijatrije obuhvata višemilenijumski period od preistorije, sigurno od same pojave *Homo sapiens* na našoj planeti, pa sve do kraja XVIII veka naše ere (Pinel 1793. godine skida lance duševnim bolesnicima). Dakle, psihijatrija je tek jedva 200 godina naučna disciplina, a oko vek i po nesporno grana medicine. Period od više milenijuma razvoja psihijatrije može se označiti *mistično spekulativnim*. Psihijatrija je vekovima bila sagledavana van konteksta medicine. **Psihijatrijskim poremećajima i bolestima je kroz istoriju negiran status bolesti.**

Teško je danas sa sigurnošću tvrditi kakav je stav prema čovekovom ukupnom mentalnom bio u pradaвноj prošlosti. Ipak, uvažavajući istorijske činjenice i paleoarheološke nalaze, savremena nauka sistematizuje saznanja i o takozvanoj preistorijskoj epohi razvoja i života čoveka i organizovanja ljudske zajednice. Sačuvane i dostupne prve knjige postanja obrađuju i duševne poremećaje. Pisani istorijski izvori davno minulih civilizacija (*vavilonske, mesopotamijske, feničanske, egipatske, Inka, Maja, starojevrejske, induske, kineske* i drugih), sadrže opise koji odgovaraju duševnom poremećaju, ali i opise tretmana i stavova prema duševno poremećenom čoveku. Kao da su konzervirani, neki slični stavovi su i do danas sačuvani u primitivnim plemenskim zajednicama **Afrike, Australije, Azije i Južne Amerike.**

Preistorijski čovek je bio na nivou konkretnog mišljenja, ali sigurno, opterećen kao i danas, potrebom da razume velike tajne sveta. *Velike tajne sveta i života* su oduvek

okupirale ljude, donoseći im strahove, ali i izazove da istražuju i dođu do objašnjenja. Te velike i večne tajne su pre svega vezane za ***pojavu čoveka na planeti, tajnu života i smrti, gromove, munje, epidemije, nepogode, zemljotrese, te kosmičke zvezde, Sunce, Mesec, smenu dana i noći*** itd. Brojne od tih tajni okupiraju ljudski um i inventivnost i danas. Uzmimo samo verovanje u horoskop. Ljudska duša, odnosno razumevanje duševne ukupnosti čoveka, kao i bolest psihe, spadali su i spadaju u najveće tajne. *To je i dalje "velika tajna" i za savremenog čoveka*, a time i za protagoniste današnje naučne medicine, pa i za najučćenije u oblasti psihijatrije.

Prenaučna psihijatrija je tokom istorije, kao i celokupna medicina, prošla kroz:

- a) **animističko-magijsku** i
- b) **empirijsku fazu.**

Ove faze se opisuju prema dominirajućim stavovima o uzrocima bolesti i načinu lečenja bolesnika.

Animističko–magijska faza

Preistoriju *homo sapiens* karakteriše animističko–magijsko, odnosno primitivno shvaćanje nastanka, time i lečenja mentalno obolelih.

Animizam je u ovom periodu ljudske istorije osnova objašnjenja i shvaćanja etiopatogeneze mentalnih bolesti. Animizam predstavlja shvaćanje da pored vidljivih oblika stvari i bića postoje i nevidljivi, odnosno dobri i zli duhovi, a oni mogu da ulaze i izlaze iz njih. Verovalo se da duševna bolest nastaje kada u

čoveka uđe demon, tj. Zao duh. Dakle, sama bolest i njen uzrok nemaju distinkciju, uzrok i bolest tog vremena čovek nije razlikovao. Sloveni su, recimo, u paganskom periodu svoje istorije verovali da se čovek razboli od besnila kada u njega uđe zloduh Bes. Verovalo se u ovom periodu da čovek rečima i postupcima može uticati na kauzalitet, tj. uzročnost u prirodi. Lečenje duševno bolesnog se tako i zasnivalo na "beloj magiji" – prizivani su dobri duhovi da pomognu ritualno magijskim radnjama. Istovremeno, u svrhu lečenja ritualnim magijskim radnjama – "crna magija" – isterivani su zli duhovi iz bolesnika — **egzor-cizam**.

Istorija psihijatrije opisani period označava kao **fazu paganske demonomanije** koju treba razlikovati od *hrišćanske demonomanije* Srednjeg veka. Danas se naučno istražuje ovaj period iz sledećih razloga:

- kao deo istorijskog razvoja psihijatrije,
- zanimljivost obnavljanja ovog shvatanja u Srednjem veku,
- i danas postoje ostaci tog animističko–magijskog verovanja i
- zanimljivo je da i danas neki duševni bolesnici fenomenološki regresiraju na nivo magije i animizma.

Stari vek stvaranjem antičkih država doneo je i promene u shvatanju i objašnjenju etiopatogeneze, ali i lečenja mentalno obolelih. Javljaju se religiozno moralistička učenja i prvi elementi empirijske medicine uz istovremeno održavanje animističko–magijskih objašnjenja nastanka psihičkih bolesti. Pravi primer su stavovi starih Egipćana, jer su smatrali da bolest može biti božija kazna za grehe, ali i nastati iz prirodnih uzroka. Posledično, u starom Egiptu duševne bolesnike su lečili i magijom, ali i empiriom (lekovima – opijum–rauvolfija itd.). Stari vek obeležava i nasta-

nak velikih monoteističkih religija, a u okviru tih kultura, javlja se i učenje da su duševne bolesti kazna zbog neizvršavanja božijih zapovesti.

Empirijska faza

Višemilenijumsko trajanje starog veka u istorijskom smislu dalo je interesantne koncepte razumevanja psihijatrije, nege i tretmana duševno poremećenih. Izučavajući ih možemo naći začetke mnogih savremenih psihijatrijskih naučnih pravaca i savremene prakse. Najznačajnija i najpoznatija su nam takva učenja iz perioda **antičke Grčke**.

Empirijska faza u razvoju psihijatrije nastaje u vreme procvata antičke Grčke, a to je V vek pre nove ere i traje praktično do danas sa prekidom u Srednjem veku.

Antička Grčka medicina, a uz nju i psihijatrija, se fundiraju na asimilaciji znanja iz susednih, njima starijih kultura i posebno na učenju grčkih filozofa i lekara tog vremena, Aristotel, Demokrit, Platon i dr. Naprednost psihijatrije u antičkoj Grčkoj u odnosu na animističko–magijski period nesporno je i zasnovana na više utemeljivača savremene medicine, a još u tom vremenu.

Empedokle i Demokrit su učili o jedinstvu duše i tela.

Platon razvija idealističko učenje o *duši* koja poznaje i sebe i telo, a *soma* ili telo ne odražava nikakvo znanje. Međutim, sam Platon je uviđao i razrađivao dijalektičku vezu između duše i tela u svojoj filozofiji i teoriji razjašnjenja emocija i različitih psihičkih poremećaja. Istina je da se naučna psihijatrija ni na početku XXI veka nije u potpunosti oslobodila dualističkog koncepta ni u teoriji, ni u

praksi, te je više nego analogna pradavom Platonovom dualizmu u filozofskom razumevanju psihe.

Aristotel postavlja problem vezivanja emocionalnog iskustva za aktuelno opažanje, što skoro potpuno odgovara i savremenom psihoanalitičkom shvatanju emocija. On skoro kao i Frojd obrazlaže emocije analitički. *Aristotel* je razvio koncept "osećanja krivice" i označio ga kao mogući uzrok duševnog poremećaja. Ukazao je i na vrednost katarze, odnosno čišćenja snažnim emocionalnim proživljavanjima i pražnjenjima.

Ciceron je isticao da konfliktna osećanja mogu da dovedu do bolesti duše, što je podudarno sa Frojdovim i Pavlovljevim učenjem o konfliktu suprotnih osećanja. *Ciceron* je smatrao da u čoveku mora postojati neki rezervoar za nagon i emocije i predložio je korišćenje termina **libido** za taj rezervoar nesvesne energije.

Hipokratovo učenje o duševnim bolestima kao bolestima mozga treba shvatiti kao prvo povezivanje psihijatrije sa medicinom u ljudskoj istoriji i utemeljivanje biološke psihijatrije.

Antička Grčka u tretmanu duševnog poremećaja odražava duh te epohe ljudske civilizacije. Nažalost, tretman duševno obolelih zasnivao se na ritualnom isterivanju zlih duhova iz tela korišćenjem raznih trava, masaža, kupki, mineralnih voda, ali i primenom fizičkih aktivnosti i seksualnih odnosa.

Stari Rimljani su ostavili pečat na savremenu psihijatriju, posebno u delu ozakonjenja društveno-pravnog stava prema duševno poremećenim i bolesnim. Oni su prvi u istoriji shvatili da je pod uticajem duševnog poremećaja sposobnost shvatanja i činjenja dela izme-

njena. Tako su u zakonodavstvo uneli termine **smanjena odgovornost**, što je pomagalo sudijama u presuđivanju, a i danas postoji u forenzičkoj psihijatriji.

Rimljanin *Aulus Kornelijus Celzus* je u prvom veku naše ere sve medicinsko dotadašnje znanje sakupio u enciklopediju, a zasnovano na grčkoj medicini i preuzeto iz nje. Za duševne poremećaje upotrebio je termin **insania**, što danas podrazumeva **paranoja**. *Celzus* razlikuje tri osnovne forme psihičkih poremećaja:

a) *frenit* — parafrenija obuhvata sve akutne simptome iz kliničke psihijatrije koji bi se danas ubrojali u delirijume;

b) *melanholija* — i danas ima isti naziv;

c) *hronične psihoze* — svi psihijatrijski poremećaji sa halucinacijama i sumanutim idejama.

Srednji vek, nažalost, u oblasti psihijatrije oživljava ponovo demonistička shvatanja etiologije psihičkog poremećaja. Lečenje duševnih bolesnika, odnosno tretman, podrazumevalo je mučenje i batinanje, a ukoliko ne bi došlo do ozdravljenja, pribegavalo se progonu bolesnika. Značajno je istaći da se tretman duševno obolelih kroz praktično ceo srednji vek odvijao u hramovima, odnosno manastirima. Psihijatrijskim bolesnicima su se bavili uglavnom sveštenici.

Duševni bolesnici posebno trpe od 1484. godine. Tada je u Evropi započela akcija kontrareformacije kojom su šizmatiki tj. protestanti, proglašeni za opsednute đavolom i javno spaljivani. Sudbinu tih šizmatika delili su nažalost i duševni bolesnici.

Kordobski kalifat na južnoj polovini Piri-nejskog poluostrva koga su u VIII veku osvojili Mavri – Arapi, predstavlja jedinu svetlu

tačku u Evropi sa aspekta istorijskog razvoja psihijatrije. Mavri su još u VIII veku u Kordobskom kalifatu osnovali prve azile za duševne bolesnike. Oni su tek 1409. godine u Valensiji organizovali praktično prvu psihijatrijsku bolnicu koja je bila u funkciji lečenja duševno bolesnih a nije imala samo kustadijalni karakter, odnosno karakter čuvanja bolesnih. Značajno je ako se uzme da je to prvi oblik duševne bolnice, da je u njoj i primenjena terapija radom nad duševno obolelim.

Abu Hasan Ibn Sina – Avicena, lat. (980—1037) je najveći lekar pomenutog Kordobskog kalifata. Avicena prihvatajući i razvijajući svoje medicinsko učenje na učenju Aristotela i Hipokrata napisao je veoma obimnu "Medicinsku enciklopediju" prevedenu kasnije na latinski jezik. Avicenina "Medicinska enciklopedija" bila je celih pet vekova udžbenik lekarima već formiranih prvih i potonjih evropskih medicinskih fakulteta, sve dok je Paracelzus nije javno spalio. Avicena je postao preteča savremene psihosomatike ukazujući da bes, tuga i druge emocije mogu prouzrokovati somatske bolesti.

— Firenca, a zatim Keln i Upsala su gradovi u kojima su osnovane prve bolnice za duševne bolesnike, i to u XIII veku. Psihijatrijski bolesnici su u najvećem broju i dalje smeštani u *leprozorijume* i *manastire*. Psihijatriju srednjeg veka opterećuje mistični stav pod uticajem Crkve, bar u evropskim razmerama, uz propovedanje askeze i pokoravanje božjoj volji.

— Do perioda renesanse mističnom pravcu u psihijatriji suprotstavljalo se značajnije samo u XII veku *naturalističko učenje* episkopalne škole u Šartru, zasnovano na humanističkoj misli Platonovog trojstva: "Dobro, Duh, Duša."

Renesansa je period u evropskoj tradiciji i kulturi ekspanzivnog razvoja umetnosti, ali i početak razvoja nauke i naučnosti i suzbijanja sujeverja, a time i torture psihijatrijskih bolesnika. Humanizacija stava prema psihički poremećenom čoveku razvija se u azilima u periodu renesanse. Javljaju se i prvi pokušaji lečenja psihijatrijskih bolesnika u pravim bolnicama pri medicinskim školama. Prva psihijatrijska bolnica osnovana je u Valensiji (Španija) u XVI veku, a ubrzo se ovakve bolnice osnivaju širom Španije, u Francuskoj i u Meksiku. **Ovo je period oživljavanja antičkih principa i metoda lečenja psihičkih poremećaja, a sve u skladu sa opštim trendom humanizacije ljudskih odnosa onog vremena.**

Period renesanse u XVII veku zapamćen je i po *Paskalovom* učenju. Paskal je bio pravi genije svog doba. Za psihijatriju su važne njegove teorijske koncepcije da je osnovni smisao čovekovog postojanja otkrivanje sopstvenih, odnosno ličnih vrednosti življenja i osmišljavanje vlastitog života, a ne ovladavanje svetom putem razuma. Paskalovo učenje iskoristio je *Kjerkegor* tri veka docnije, suprotstavljajući se filozofiji najvećeg racionaliste građanskog društva, *Hegela*.

— *Paracelzus* se pojavio takođe u razdoblju renesanse. Njegov stav da duševnu bolest izazivaju hemijski procesi u organizmu značajan je za kasniji razvoj psihijatrije.

Novo doba, dakle kraj XVII, XVIII i XIX vek, vreme je prave eksplozije naučnih otkrića u oblasti fundamentalnih nauka *biologije*, *hemije*, *fizike* i *matematike*. Istovremeno u ovom periodu događaju se buržoaske revolucije i time promena političko-socioloških stavova i odnosa u globalnim državnim zajedni-

cama. Sve to ne ostavlja ni psihijatriju po strani, te se brojni lekari sada već naučno bave razjašnjenjem duševnog poremećaja, znači njegovom etiologijom i konačno, tretmanom duševnih bolesnika. Do sredine XIX veka psihijatrija još uvek nema suštinske odlike nauke i naučnosti. *Period novog doba sve do sredine XIX veka priprema psihijatriju da stupi u prostor naučne medicine i sama postane nauka.*

— *Dr Filip Pinel*, lekar i direktor bolnice Sâlpêtrière u Parizu, zaslužan je za skidanje lanaca i okova sa aziliranih duševnih bolesnika 1793.godine. To je i početak humanijeg odnosa prema duševno poremećenom čoveku.

— Tih godina zakonom se regulišu odnosi društva prema duševno bolesnim i njihov tretman u Engleskoj, Francuskoj, Nemačkoj i drugim zemljama.

— *Sideman* (1624—1689), engleski Hipokrat, postavio je temelje nozološkog pravca u psihijatriji, koje je koncipirao *Pinel*, a dalje razvijali sledbenici *Eskrol* i *Grizinger*.

— *Krepelin* konačno, krajem XIX veka, integriše nozologiju u potpun sistem klasifikacije psihičkih poremećaja.

Nažalost, epohi naučne psihijatrije, dakle XIX veku, prethode i snažna nenaučna *Galova* učenja o **frenologiji**. Njega slede brojni lekari i upuštaju se u hazard odgonetanja etiologije psihičkog poremećaja i predviđanja njegovog nastanka, utvrđivanjem fizičkih stigmata na čoveku, odnosno budućem bolesniku.

Italijan *Čezare Lombrozo* je otišao najdalje razvivši ideje o determinisanju tipova ličnosti prema obliku lobanje, posebno onih predodređenih da postanu zločinci.

Prenaučni period razvoja psihijatrije se suštinski završio sredinom XIX veka. Značajno je za psihijatriju do tog vremena da su u okviru nje zapravo formulisani brojni problemi aktuelni i danas. Stvoreni su koncepti odnosa tela i psihe, dela i celine, pojedinca i zajednice.

NAUČNA EPOHA PSIHIJATRIJE

Naučnu epohu i "humane reforme" u psihijatriji započinje Pinel (Ph. Pinel 1745—1826). Doktor Pinel je bio veoma obrazovan lekar i učesnik Francuske Revolucije i član Konventa — narodne skupštine. Pinel je 1793. godine u prisustvu poslanika skinuo okove duševnim bolesnicima u svojoj bolnici Bisetr. Pinel je 1798. godine objavio knjigu "Filozofska nozografija" obradivši u njoj i psihijatrijsku nozografiju. Ovim je započela epoha naučne psihijatrije jer su odvojeni činioci koji pripadaju etiologiji od činilaca koji pripadaju predispoziciji za duševno oboljevanje. Činjenica je da su do dr Pinela svi velikani u istoriji psihijatrije bili bez podrške društva, inostrane javnosti i sopstvene države. Podrškom Narodne skupštine Francuske i drugih zemalja Evrope Pinel omeđuje kliničko–nozološki pravac u psihijatriji čime započinje naučni period psihijatrije.

Psihijatrija definitivno dobija sve odlike nauke već u drugoj polovini XIX veka, tj. do početka XX veka. Nije manje značajno da od tog perioda psihijatrija nesporno ulazi u oblast naučne medicine kao njena ravnopravna iako najmlađa grana.

Ceo XX vek treba označiti kao vek eksplozivnog razvoja psihijatrijske nauke i struke. Instituisane su psihijatrijske bolnice sa opredeljenim lekarima psihijatrima. Pojavili su se među lekarima psihijatrima pravi gorostasi i geniji, pre svih **Sigmund Frojd**. Psihijatrija u poslednjih 50 godina ravnopravno ide u korak sa najrazvijenijim internističkim i hirurškim granama naučne medicine. *Psihijatrija integri-*

še u svoju naučnost i dostignuća iz svih medicinskih oblasti.

Psihijatrija ostvaruje prednost nad drugim medicinskim disciplinama u poslednjih pola veka preuzimanjem dostignuća i novih saznanja iz *filozofije, psihologije, pedagogije i brojnih socioloških nauka*, kao i *ekonomskih i pravnih nauka*. Psihijatrija u XXI vek ulazi na moćnim krilima holističkog naučnog pristupa, inkorporisana u društvene tokove.

Savremena naučna psihijatrija se izdelila na brojne oblasti, kao što su: **dečja psihijatrija, psihijatrija adolescentnog doba, gerontopsihijatrija, mentalna higijena, socijalna psihijatrija** itd. Već su instituisane i posebne supspecijalističke grane u psihijatriji.

Perspektive naučne psihijatrije u XXI veku su ogromne jer su utemeljene na *neuroanatomiji, neurobiologiji, neurobiohemiji, neurofiziologiji, psihohirurgiji, genetici, psihopatologiji, psihoendokrinologiji, psihoimunologiji* itd.

Prikazani razvoj psihijatrije do danas nema tendenciju da bude sveobuhvatan već da pruži samo pravu propedevtičku informaciju studentima medicine, budućim lekarima. Neophodno je usvojiti na početku izučavanja psihijatrije da se razvoj psihijatrije odvijao na procesima opšteg civilizacijskog progresa i uvek se oslanjao na samu psihijatriju.

Posebnost psihijatrije je njena tendencija kao nauke da sva svoja znanja i veštine stavi u službu ljudskih potreba, ravnopravno i istovremeno, pojedincu i društvu.

UDŽBENIČKA LITERATURA U OBLASTI PSIHIJATRIJE



Savremena psihijatrija je utemeljena na brojnim različitim pa i suprotstavljenim naučnim pravcima u funkciji objašnjenja ljudske mentalne ukupnosti, posebno u shvatanju nastanka duševne poremećenosti, te dijagnostici i tretmanu psihijatrijskih bolesnika. Tendencija u okviru Svetske zdravstvene organizacije je i u oblasti psihijatrije da se ostvari ujednačenost u državama članicama Ujedinjenih nacija.

Izučavanje psihijatrije na medicinskim fakultetima danas je veoma različito, ne samo u međudržavnom smislu već i u okviru univerziteta iste države. **Udžbenička literatura za studente medicine iz oblasti psihijatrije je poseban problem zbog neujednačenosti.** Na nekim fakultetima se ravnopravno izučavaju brojni psihijatrijski pravci. Malo je, ipak, udžbenika u kojima je globalno predstavljena naučna psihijatrija danas. Ovo je razumljivo jer su autori udžbenika i udžbeničke literature najčešće opredeljeni za svoj odabrani psihijatrijski koncept i objašnjenja duševnog poremećaja. Ljudski vek je u suštini kratak a time i vek naučnika, edukatora i profesora. Poznavalac psihijatrijske nauke i struke kao potencijalni autor udžbenika biološki je limitiran da integralno sagleda brojne konceptualizacijske pravce u današnjoj psihijatriji i proveriti ih u ličnom, stručnom i istraživačkom iskustvu.

Pisanje udžbenika iz psihijatrije profesora naših medicinskih fakulteta, u poslednje dve decenije je u trendu. Svaki od ovih udžbenika ima kvalitete ali i nedostatke. Činjenično, obim psihijatrijske udžbeničke literature je neizbežno veliki i zastrašuje. Konceptija ovog udžbenika je baš u funkciji sažetosti obimne stručne i edukativne psihijatrijske literature.

PERSPEKTIVE I BUDUĆNOST PSIHIJATRIJE

*"Konačnost ne poriče beskonačnost,
to se samo beskraj otkriva u granicama."*

Tagora

Predviđati budućnost ili perspektive razvoja bilo koje oblasti ljudske delatnosti, kao i globalnih civilizacijskih tokova, izuzetno je kompleksno, teško, i nadasve odgovorno. Naročito kada je u pitanju psihijatrija. Sa odgovornošću utemeljenom na poznavanju savremene psihijatrije u dugoj nastavničkoj praksi, studentima medicine na propedevtičkom nivou anticipiraću ipak razvoj i budućnost psihijatrije u prvim decenijama XXI veka.

Teško je objasniti zašto ljudi na prelazu iz jednog milenijuma u drugi pridaju posebnu važnost mogućim civilizacijskim i društvenim tokovima koji slede. Upamćena je prava zbrka i masovno fobično ponašanje ondašnjih savremenika zbog neizvesnosti šta će se dogoditi u dolazećem milenijumu kada je odbrojana hiljadita godina nove ere. U Evropi je zabeleženo pravo apokaliptično raspoloženje učinih ali i običnog naroda na početku drugog milenijuma. Smatralo se da je "sudnji dan" blizu i narod se spremao za suočenje sa **Strahnim sudom**. Koincidentno, Evropom su harali rat, glad, bolesti, smrt i neopisivi strah kao da se predskazanje ostvaruje. Naprotiv, Evropa je u poslednjem milenijumu generisala sveopšte napretke nauke i kulture a civilizacija je dostigla dodanašnji vrhunac tehničkog i tehnološkog napretka i blagostanja.

Niko istraživački nije uspeo da odgovori zašto je raspoloženje ljudi bilo onakvo na prelazu iz milenijuma u milenijum, niti je mogao predvideti a još manje sprečiti strahovanja, kao i iščekivanja šta će doneti treći milenijum.

Predviđanje razvoja psihijatrije na početku XXI veka komplikovano je i teško zbog nemogućeg komparativnog posmatranja u odnosu na perspektive razvoja drugih grana medicine, odnosno somatske naučne medicine. *Psihijatrija na današnjem nivou jasno je postavljena između medicine i društva*, te mora radikalno da menja fundamente svoje naučne osnove i metodologije stručnog rada. Civilizacija se globalno nalazi na prelazu industrijskog u postindustrijsko društvo. Društvo budućnosti u formiranju naučnici nazivaju **društvom kibernetičke kulture**. Novo društvo podrazumeva tako brze promene i sa takvim refleksijama na pojedince da ogromni slojevi stanovništva neće, niti već uspevaju, da se adaptiraju i prate nastajuće promene. Zahtev nove ere postavlja i nove zahteve pred psihijatriju kao struku i nauku koja treba da pomogne pojedincu u svim adaptacijama, pa i adaptacijama na društvene promene.

Razvoj psihijatrije ima perspektivu. Psihijatrija će se sigurno opredeliti da prati razvoj

i naučnih otkrića u oblasti ukupnih neurona. Svoj razvoj će usmeriti na dalja istraživačka dostignuća u psihoneuroendokrinoimnologiji (PNEI). Psihijatrija će u svoj razvoj morati da inkorporira i dostignuća u oblasti društvenih nauka, da ih u pravom smislu apsorbuje, a ne kao do sada da se samo koristi stavovima, teorijama i razvojnim domašajima socioloških nauka. Krucijalno uporište budućeg razvoja psihijatrije je njeno temeljenje na promenama koje se odvijaju u funkcionisanju socijalnih službi prosvete, službi socijalnog staranja i ukupne zdravstvene službe koje se već sada dehumanizuju. Dehumanizacija nabrajanih službi od društvenog značaja je paradoksalna i odgovara sentenci: "**Ide nam bolje, a osećamo se lošije**".

Psihijatrija je danas, i u budućnosti će to biti, specifična klinička medicinska disciplina naizgled alijenirana od drugih grana somatske medicine. Razlika između psihijatrije i drugih somatskih disciplina u medicini leži u samom bavljenju psihijatrije psihičkim životom čoveka i poremećajima skladnog mentalnog funkcionisanja, ali to psihijatriju ne suprotstavlja somatskoj medicini, naprotiv. Psihički život čoveka je nesporno produkt njegovog mozga, odnosno odražena funkcionalnost milijardi neurona.

Psihijatrija budućnosti, lako je predvideti, *mora znatno veće interesovanje i pažnju da usmeri na poboljšanje dijagnostike u psihijatriji, poboljšanje psihijatrijske klasifikacije mentalnih poremećaja i usavršavanje indika-*

cija za preduzimanje psihijatrijskog lečenja. Svoje interesovanje psihijatrija treba da ravnopravno usmeri i ka društvenim naukama i ka društvenoj praksi. Naravno, psihijatrija će uvek ostati u vezi sa naučnom humanom medicinom kao njen neodvojivi segment.

Psihijatrija budućnosti mora i treba u perspektivi razvoja da apsorbuje sva naučna dostignuća neurofiziologije, neurohemije, enzimologije, psihofarmakologije, molekularne biologije, genetike i drugih bioloških disciplina. Psihofarmakologija je otkrićem neuroleptika, benzodiazepina i antidepresiva već napravila pravu revoluciju u terapiji psihičkih bolesnika. **Medikament + psihoterapija + socioterapija** su danas ostvareni milenijumima sanjani san kvalitetnog lečenja psihijatrijskih bolesnika.

Naučnost je definitivno perspektiva razvoja psihijatrije u budućnosti jer nijedna disciplina nije uspela da se potvrdi samo jednostavnim gomilanjem znanja i iskustva sledeći ih eklektički i enciklopedijski. Psihijatrija će ovu istinu svakako iskoristiti.

Psihijatrija jeste medicinska ali nadasve humanistička disciplina i kao takva dužna je da i sada i u budućnosti sva svoja znanja i dostignuća stavi u službu ljudskih potreba uz veću društvenu angažovanost. *Društvena neutralnost savremene psihijatrije, a posebno psihijatrije budućnosti, nije prihvatljiva* i može samo postojati u segmentu naučnog psihijatrijskog nemešanja u ideologije, tj. u političke poslove ljudske zajednice.

NORMALNOST I PSIHIJARIJA



"Svoji nedostaci se lako prepoznaju kod drugih."

Psihijatrija je nauka o duševnim poremećajima. Ona se kao grana naučne medicine u praksi bavi *dijagnostikovanjem, terapijom* ali i *prevencijom* duševnih poremećaja, odnosno bolesti psihe. Da bi se psihijatrija u kliničkom smislu bavila tretmanom duševno poremećenog, neizostavno mora i treba da postavi granice čovekovog normalnog psihičkog života ili – bolje rečeno – okvire poželjno normalne mentalne ukupnosti individue.

Sveobuhvatno definisati šta je normalnost u psihijatriji je izuzetno teško ako ne i nemoguće. Ovo pitanje sigurno je intrigiralo čoveka još u preistorijsko vreme. U svim potonjim, a davno minulim civilizacijama, tražen je odgovor na pitanje šta je psihička normalnost. Razumljivo je da su se s vremenom menjali i rađali različiti stavovi. Primera radi, i laicima je jasno da je komunikacija sa duhovima i nevidljivim silama u prastaro vreme bila poželjna, a danas je manifestacija duševno poremećenog kao sumanuti sadržaj.

Da bi se razumelo normalno u psihičkom životu čoveka, potrebno je sistematizovati znanja o poželjnim mentalnim kvalitetima individue i diferencirati ih po uzrastu, ali delom i po polu. Filozofi antičkog doba su pokušavali da sagledaju ljudsku mentalnu ukupnost i uočili su individualna odstupanja i posebnosti, a rezultat je uvođenje i upotreba termina **ličnost**. I danas se u psihijatriji govori o *normalnom sklopu ličnosti* kao sinonimu za *normalnu mentalnu ukupnost*. Upoznavanjem kvaliteta ličnosti savremeni psihijatar može da očekuje i predviđa određena ponašanja individue u datim ili promenjenim okolnostima i da to definiše kao normalno, odnosno da uklopi u okvire psihijatrijske normalnosti.

Psihijatar kroz poznavanje psihijatrije kao nauke pravi distinkciju normalnog okvira ličnosti u recimo, dečjem uzrastu, u adolescenciji, posebno u starosti, ali i posebno u germinativnom periodu žena ili u periodu polne zrelosti i polne potentnosti muškaraca itd.

Univerzalan ljudski fenomen jeste potreba za verovanjem i ona značajno utiče na psihijatrijsku misao u ukupnom razvoju psihijatrije. Neke savremene terapijske tehnike koriste i magijsko i ritualno generisano iz univerzalnog fenomena ljudskog verovanja i sugestibilnosti individue. Nažalost, magija i rituali su fundament današnjih "novih i alternativnih psihijatrijskih pokreta i škola", kroz koje se ideološki povezuju različita teistička strujanja — marginalne religije (aktuelne sekte).

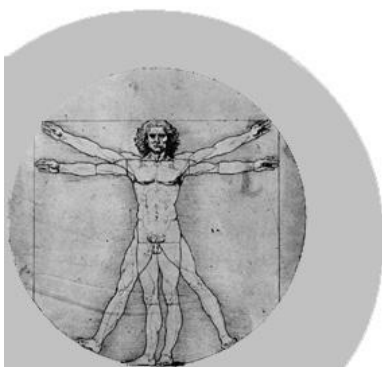
Razvoj psihijatrije veoma je zavisio od razmatranja normalnog, odnosno normalnosti u psihijatriji. Normalno u psihijatriji treba razumeti kao sinonim za *prihvatljivo, očekivano, poželjno, traženo*, a u drugom smislu za *tipično, za prosečno* ili za *uobičajeno*. Kvalitet i količina individualnih sloboda u društvu determinišu vrednost, ulogu, značaj i mesto psihički normalnog. Psihički normalno u savremenoj psihijatriji je delom nametnuto društvenim stavovima. Dakle, ima karakter društvenog ako se gleda samo sa aspekta stavova pojedinca i njegovih ukupnih prava u okviru sociozajednice. Savremena vladajuća elita u klasnim globalnim zajednicama — državama kreira zakon, zakonske norme, moral i

etičke norme, a one su uzidane u normalnu ličnost svakog pojedinca.

Normalnost i odstupanje od normalnosti su kriterijumi u okviru psihijatrije od njenih početaka kao nauke i ne treba ih pripisivati psihijatriji. ***Psihička normalnost i psihički poremećaj postojali su davno pre psihijatrije, a zasluga psihijatrije je samo u terminološkom određenju pojmova.*** Večna je težnja da se odstupanje od normalnosti vrati u okvire prihvatljivog. U preistoriji je to ostvarivano demonističkim principima isterivanja zlog duha iz duševno poremećenog, u srednjem veku inkvizicijskim metodima isterivanja nečastivog, do poznatog nam spaljivanja veštica. Naravno da je to preko moralističkih principa građanske filozofije prihvatila i psihijatrija onog vremena. Tendencija u današnjem trenutku je segregacija poremećenog od normalnog, odnosno prihvatljivog, tj. dobra od zla. Savremena psihijatrija je svedok društvene tendencije da se marginalizuju pojedine grupe, kao što su hronični duševni bolesnici (aziliranjem), alkoholičari, narkomani, psihopate itd.

Razumevanje i poimanje duševne normalnosti čoveka, kao i odstupanja od nje, i danas je izuzetno složeno. Psihijatrija kao nauka treba da približi oba aspekta (normalnost i poremećaj) današnjem čoveku. **Krupan korak tog zahtevnog ostvarenja psihijatrije jeste približavanje ove medicinske nauke studentima medicine.**

PSIHIJARIJA KAO GRANA NAUČNE MEDICINE



Definisana prema predmetu svog proučavanja, *psihijatrija je stručna disciplina naučne medicine o duševno poremećenom čoveku, usmerena na njegovo izlečenje*. Danas, na početku XXI veka, psihijatrija se proširila na još dva značajna i bitna prostora.

Pored lečenja duševno poremećenih psihijatrija se bavi **zaštitom** i **unapređenjem** mentalnog zdravlja i **prevencijom**.

Psihijatrija je u pravom smislu postala posebna naučna disciplina *per se*.

Psihijatrija je u poslednjih 100 godina postala ravnopravna sa drugim disciplinama unutar ukupne savremene naučne medicine. Tek poslednjih 140 godina duševni poremećaj je shvaćen kao bolest, a duševno poremećenom čoveku u medicini u pravom smislu priznat je status bolesnog čoveka.

Ekspanzivni razvoj psihijatrije kao stručne i naučne medicinske discipline traje u poslednjih nekoliko decenija XX veka. Psihijatrija je i dalje unutar sebe kao struke i nauke opterećena neprevaziđenim konceptualnim suprotnostima i neusaglašenostima. Psihijatrija se u mnogo čemu razlikuje od drugih medicinskih disciplina, a po mnogo čemu zaostaje za njima. Razlozi su brojni, a najbitnija su tri sledeća.

1. Kliničko ispitivanje bolesnika u psihijatriji se bitno razlikuje od kliničkog ispitivanja bolesnika u internističkim ili hirurškim granama. Klinička obrada bolesnika podrazumeva razlikovanje subjektivnih i objektivnih simptoma. U psihijatriji to nije moguće ostvariti jer je nosilac subjektivnog izražavanja psihički poremećena ličnost ispitivanog bole-

snika. Psihijatrijski bolesnik nije sposoban uvek da pruži tačne subjektivne podatke o doživljavanju svoje bolesti, već ih iskrivljuje ili poriče. Duševni bolesnik prema sadržajima svojih halucinacija, ili svojoj sumanutosti ima tzv. pozitivan sud realnosti. Nepouzdanost i subjektivnost autoanamneze u psihijatriji je česta i izuzetno otežava stručni rad psihijatra te se heteroanamnestičkim podacima o početku i razvoju duševnog poremećaja pridaje veći značaj nego u drugim kliničkim medicinskim granama.

2. Psihijatrija kao klinička medicinska grana ne može u većini svojih entiteta temeljiti dijagnozu o duševnom poremećaju na patohistološkom nalazu kao ostale grane somatske medicine. Nije utvrđen patoanatomski supstrat ni post mortem karakterističan, specifičan ili patognomoničan za brojne duševne poremećaje.

3. Psihijatrija ne može u svojim istraživanjima ni približno kao druge medicinske struke da koristi eksperiment, odnosno eksperimentalna istraživanja ni na čoveku, a još manje na modelu. Model u psihijatrijskim istraživanjima pre svega ne može da se koristi zbog toga što sve druge životinjske vrste osim čoveka nemaju u svojoj psihičkoj ukupnosti kogniciju i nemaju sposobnost govora.

Psihijatrija kao nesporno mlada grana naučne medicine u ovom momentu u vidljivom je zaostajanju za drugim medicinskim disciplinama, gledano sa striktno naučnog aspekta. Etiologija i patogeneza u stanju psihičkog poremećaja su neodgonetnute u savremenoj naučnoj psihijatriji za većinu mentalnih poremećaja ili bolesti. Etiopatogenezu psihičkih poremećaja nije moguće objasniti naučnim saznanjima iz bioloških disciplina na kojima

je utemeljena savremena naučna medicina. Mentalni poremećaj je svakako izazvan poremećajem funkcionalnosti mozga, makar na molekularnom neurotransmiterskom nivou disfunkcije njegovih neurona. Objašnjenje nastanka psihičkih poremećaja danas je neophodno zasnovati na dostignućima u oblasti psihologije. Naravno, poremećaji sklada mentalne ukupnosti individue često su izazvani interpersonalnim relacijama i događanjima u socio zajednici.

Psihijatrija kao nauka može razrešiti etiologiju i patogenezu duševnog poremećaja samo naučnim holističkim pristupom. Neophodno je uvažiti istovremeno sva tri poznata činioca u nastanku duševnog poremećaja (biološke, psihološke i sociološke), ravnopravno i dinamički interakcijski povezano. *Prednost psihijatrije u odnosu na druge medicinske discipline i jeste u jasnoj obavezi naučnog istraživanja holistički profilisanog.* Psihijatrija je već danas doprinela da sve grane naučne medicine uvažavaju psihičko u somatski obolelog. Tako da je značaj i razvoj doživela liaison psihijatrija, s jedne strane a, s druge, potreba za psihijatrijom i psihijatrom je uslovljena prihvatanjem i naučnim sagledavanjem psihosomatskog poremećaja ravnopravno sa somatopsihičkim i somatskim. Dakle, nesporno je da nema somatske bolesti bez somatopsihičkog poremećaja. Svi protagonisti somatske medicine su prihvatili da bilo koja somatska bolest, posledično narušava psihičku ravnotežu bolesnika na nivou bar somatopsihičkog poremećaja.

Naučna psihijatrijska istraživanja i naučni razvoj savremene psihijatrije danas usmereni su u mnogo pravaca. Navodim najvažnijih deset:

1. Kliničko fenomenološka istraživanja na području psihopatologije psihodinamske orijentacije.

2. Psihijatrijska istraživanja su u značajnom domašaju na prostoru istraživanja socijalnih, ekonomskih, društvenih, kulturnih i drugih faktora koji utiču na međuljudske odnose i njihovog direktnog učešća u nastanku psihičkih poremećaja.

3. Savremena psihijatrija danas intenzivno eksperimentalno ispituje psihopatološke fenomene na životinjama ali i ljudima primenom brojnih psihofarmaka i hemijskih supstanci.

4. Psihijatrija istražuje učinak primene poznatih psihofarmaka, uvodi nove i prati menjanje psihopatološke slike u raznim smerovima. Ovo omogućava istraživanja pojedinih psiholoških fenomena.

5. Neurofiziološka istraživanja su izuzetno bitna i široko su područje rada savremene psihijatrije.

6. Patohistološka ispitivanja psihijatrijskih poremećaja su značajan istraživački prostor današnje psihijatrije. Podrazumevaju upotrebu elektronske mikroskopije i mogućnost praćenja u neuronu *in vivo* molekularnih kretanja supstanci. Traganje za naučnim odgovorom etiopatogeneze duševnog poremećaja oslanja se u psihijatriji i na najnovija saznanja o apoptozi neurona.

7. Endokrinološka psihijatrijska ispitivanja su novo područje angažovanja savremene psihijatrije, sa izvesnim perspektivama naučnih pomaka u etiologiju i tok duševnih poreme-

ćaja. Posebno "obećava" aktuelna psihoendokrinoimunologija.

8. Genetička istraživanja u psihijatriji su aktuelna, a psihijatrija kao nauka već značajno koristi otkrića u humanoj genetici.

9. Poslednjih nekoliko decenija, a posebno u poslednjih desetak godina, intenzivirana su psihijatrijska istraživanja u oblasti neurobiohemijskih saznanja. Ovo područje psihijatrijskih istraživanja sigurno će pomoći u bržim i kvalitetnijim otkrićima u oblasti psihijatrije ne samo na prostoru terapijskog poboljšanja stanja obolelih već i u odgonetanju načina nastanka psihičkog poremećaja.

10. Epidemiološka psihijatrijska istraživanja zaostaju za epidemiološkim istraživanjima u drugim medicinskim oblastima, ali, na sreću, istraživanja ove vrste danas su u ekspanziji.

Savremena psihijatrija očigledno zaostaje za drugim medicinskim granama, ali su jasne i brojne prednosti psihijatrije, što opredeljuje njen dalji razvoj u okviru naučne medicine. **Psihičko čoveka je najveći domet u biosvetu naše planete i time područje najvećeg ljudskog interesovanja.** Poremećaj skladnog mentalnog funkcionisanja je prostor interesovanja čoveka od preistorije a možda najintenzivnije u današnje vreme.

Mozak, odnosno njegovi neuroni, sigurno je generator psihičkog života čoveka, ali i duševnog poremećaja. Razumeti ljudsko psihičko i njegov poremećaj je naročito teško i kompleksno. **Mozak jeste organ psihe ali je mozak i sadržan u psihičkom.**

Konceptualni modeli su brojni u savremenoj psihijatriji i treba da u potpunosti odgovaraju sledeće četiri relacije:

- 1) odnos mozga i psihe;
- 2) odnos psihe i njenih pojedinih delova;
- 3) odnos pojedinca i društva;
- 4) odnos čoveka i sveta.

Konceptualni model u psihijatriji predstavlja sistematizovano ukupno znanje o duševnim poremećajima kao predmetu bavljenja psihijatrije. Savremena psihijatrija u procesu naučnog saznanja polazi kao i druge nauke od zapažanja pojava ili fenomena i deskripcije tj. opisa prikupljenih empirijskih činjenica. Tek sada se traže zakonitosti, pravilnosti i odnosi među njima da bi se izvele generalizacije za određenu klasu fenomena kao trajno važeće. Posledično se na ovaj način dolazi do objašnjenja — *eksplanacije* date pojave. Eksplanacija u psihijatriji je danas u suštini redukovana slika stvarnosti koja samo odražava karakteristike pojave. Eksplanacija je, dakle i instrument i produkt procesa shvatanja — *conceptio*.

Sistem povezanih eksplanacija kompleksnu sliku stvarnosti čini razumljivom i pred-

stavlja konceptualni model. Sam *model* je apstraktni logički sistem jer njegovi elementi odgovaraju datoj klasi pojava u realnom svetu. Model je po definiciji hipotetska konstrukcija te ima značenje i eksplanacije i imitacije istovremeno. Konceptualni modeli, odnosno teorije aktuelne u naučnoj psihijatriji ma koliko ovog momenta bile zasnovane na empirijskim činjenicama u narednom istorijskom trenutku mogu biti izmenjene ili potpuno odbačene. *Ova činjenica i jeste potvrda da je savremena psihijatrija posebna naučna disciplina u okviru humane medicine XXI veka.*

Psihijatrija je trajno u sebe ugradila i trajno naučno prihvatila holistički pristup, što joj garantuje eksplozivni razvoj u ovom veku. Psihijatrija je ugradila u sebe fundamente o čoveku kroz objašnjenje i shvatanje **da je čovek istovremeno isto što i svi ljudi, kao neki ljudi i samo kao on sam.**

Savremenu psihijatriju možemo posmatrati samo u dimenziji vremena, odnosno moramo uvažavati faze ljudskog životnog ciklusa i moramo konzistentno konceptualizovati sve kategorije duševnih poremećaja.

BIOLOŠKE OSNOVE ČOVEKOVE MENTALNE UKUPNOSTI I POREMEĆAJA

Student medicine makar i na propedeutičkom nivou mora da usvoji bar elementarna znanja iz vrlo kompleksnog naučnog dostignuća psihijatrije vezanog za razumevanje čovekove psihe i njene poremećenosti. Zbog toga ovaj udžbenik propedeutike sadrži i poglavlja u kojima se raspravljaju biološke, psihološke, sociološke i genetičke osnove psihičkog života i duševnog poremećaja.

Mentalnu ukupnost čoveka i duševni poremećaj nije moguće shvatiti bez fundamentalnog poznavanja njihove organske, odnosno biološke ili – preciznije – neurobiološke osnove. Danas niko naučno ne može osporavati da iza psihičkih funkcija, kao što su percepcija, osećanja, pamćenje, ponašanje, mišljenje i dr., ne stoji neurobiohemijski proces u nervnom sistemu, odnosno u neuronu.

Čovekov psihički život zasnovan je na funkciji, ili – pravilnije rečeno – odraz je funkcionalnosti neurona, odnosno sistema neurona, odnosno celog mozga na današnjem nivou njegovog razvoja. Radi lakšeg razumevanja nesporne uloge mozga u odvijanju psihičkog života čoveka, neophodno je podsetiti se sledećeg.

— Nervni sistem svim poznatim najjednostavnijim i najsloženijim živim bićima obezbeđuje primanje informacija, odnosno stimulusa

iz unutrašnje i spoljašnje sredine, obradu tih stimulusa i reakciju kao odgovor na promene u tim sredinama. To omogućava princip mehanizma povratne sprege i život je moguće održiv samo ako taj mehanizam adekvatno funkcioniše.

— Nervni sistem omogućuje najnižim organizmima jednostavnu refleksnu aktivnost, odnosno pokrete svedene na jednostavne potrebe pribavljanja hrane i izbegavanja opasnosti.

— Nervni sistem na višoj lestvici razvoja organizma sastoji se od opštih i specifičnih receptora za prijem informacija iz unutrašnje i spoljašnje sredine i provodnih puteva kojima se te informacije prenose do nervnih struktura koje ih integrišu i obrađuju i određuju način reagovanja, izvođenje i upravljanje reagovanjem.

— Nervni sistem najrazvijenijih organizama kičmenjaka obezbeđuje integraciju, kontrolu i upravljanje svim funkcijama — somatskim i psihičkim.

— Nervni sistem čoveka karakteriše se ne samo izuzetnom složenošću već i ogromnom plastičnošću ostvarenom dugim procesom filogeneze kroz istovremenu interakciju čoveka i spoljašnje sredine. Proces adaptacije imao je izuzetan značaj u tom razvoju i daleko prevazilazi jednostavno, refleksno, instinktivno ponašanje. Ta povratna stalna dinamična intera-

kcija uslovlila je razvoj govora i apstraktnog mišljenja i do neslućenih razmera razvila čovekove mogućnosti za interakciju sa okruženjem a posebno sa društvenom sredinom.

Čovek je sa razvojem nervnog sistema stekao sposobnost da se prilagođava promenama u spoljašnjoj sredini, ali — možda još bitnije — stekao je sposobnost da tu sredinu menja podređujući je svojim potrebama. Ovo su kvaliteti psihičkog života čoveka, a njegova složenost i razmere budućih domaćaja su nesaagledivi, poput kosmičkog prostiranja.

Poseban kvalitet čovekove psihičke ukupnosti je svest o samom sebi kao obliku postojanja, svest o sebi kao različitom od svih i svega drugog, svest o svom subjektivnom doživljavanju, mišljenju i delovanju u kontinuitetu, znači i u prošlosti i u sadašnjosti i u budućnosti.

Psihička ukupnost svake ljudske individue u razvoju ali i u funkcionisanju nesporno zavisi od društvene sredine, počev od porodice, do šire sociozajednice. Posledice nedostatka ili neprimerenosti tih društvenih sredina kao formativnih su zaostajanje razvoja nervnog sistema ili poremećaji njegove funkcije, što se manifestuje poremećajem psihičke ukupnosti individue. Rečeno je lakše razumeti na primeru deteta rođenog sa nedostatkom, recimo oštećenjem pojedinih čula. Tada gluvoća ili slepilo razvojno generiše nedostatke u psihičkoj ukupnosti te individue, a istovremeno izostaje strukturni i funkcionalni razvoj u odgovarajućim delovima mozga, tj. ne razvija se odnosni primarni i sekundarni čulni centar.

Mozak čoveka, odnosno centralni nervni sistem, deluje kao složeni sistem u okviru još složenijeg sistema kakav je sam čovek u svojoj somatskoj i mentalnoj ukupnosti. Nesaglediva složenost i plastičnost centralnog nervnog

sistema čoveka nije uslovljena samo anatomskim i hemijskim strukturama, niti samo beskonačnim brojem direktnih i indirektnih veza između više milijardi neurona, niti složenim neuronskim procesima i dinamikom njihovog odvijanja već i složenom interakcijom osnovnih jedinica u podsistemima mozga, ali i čovekovog organizma kao celine sa telesnim podsistemima.

Mozak i psiha čoveka nisu dve odvojene i posebne kategorije koje nezavisno i paralelno funkcionišu. Dva su bitna polazišta za razumevanje čovekove mentalne ukupnosti.

1. Mozak, odnosno centralni nervni sistem, omogućio je razvoj čovekovog psihičkog života, a čovekovo ukupno psihičko u svom povratnom delovanju podstiče razvoj morfološki, strukturno i funkcionalno istog tog mozga kroz generacije.

2. Čovek je biološko, psihološko i sociološko biće, specifično po jedinstvenosti i nedeljivosti ova tri nivoa. Znači, čovekom upravljaju ravnopravno biološki, odnosno prirodni, psihosocijalni, tj. društveni činioči, uzajamno povezani i u stalnoj dinamičkoj interakciji.

Duševni poremećaj treba razumeti na identičan način. Suština duševnog poremećaja leži u oštećenju na različitim nivoima integracije organskih, psihičkih — socijalnih procesa u datoj ličnosti. Psiha odražava sve uticaje na ljudski organizam i one organske prirode, ali i one koji se ostvaruju u interpersonalnim odnosima. Prirodni i društveni fenomeni deluju na organizam kao nedeljivu celinu pa se zbog toga psihički život čoveka mora razmatrati i shvatiti kako sa prirodnog (biološkog), tako i sa psihološkog i istovremeno društvenog aspekta. Zadatak psihijatrije je ovakav integrativni holistički naučni pristup psihičkom poremećaju.

PSIHOLOŠKO – FILOZOFSKE OSNOVE ČOVEKOVE MENTALNE UKUPNOSTI I POREMEĆAJA

Psihičko čoveka sigurno je u dalekoj prošlosti ljudskog postojanja samom svojom pojavom kroz sposobnost apstraktnog poimanja sebe i sveg spoljnog sveta u okruženju nametnulo samom čoveku potrebu da pokuša razumeti sopstveni duševni život, kao i duševni život drugih ljudi, te i odstupanje od normalnog. Ovo je svakako uslovalo pojavu filozofije i filozofiranja uopšte, ali i pokušaja filozofskog objašnjenja ljudske mentalne ukupnosti. Pojava filozofije u minulim ljudskim civilizacijama, kakva je bila recimo antička Grčka, dokazuje pre svega izuzetnu složenost ljudske psihe i nikada odgonetnutu suštinu čoveka kao psihičkog bića.

Pojava psihijatrije u okviru naučne medicine ravnopravno na biološkim osnovama i polazištima sigurno je proistekla iz prethodnih filozofskih učenja i razvoja psihologije unutar filozofije. Filozofiranje je nezaobilazna ljudska potreba, može se reći i osobina. Filozofira svaki pojedinac, filozofira psihijatar, filozofira njegov pacijent.

Razvoj psihologije u okviru filozofije i posebno pojava kliničke psihologije u XX veku pravi su temelji i oslonci savremene naučne psihijatrije i na početku trećeg milenijuma. Psihijatrija danas ne bi opstala bez oslonca na psihodijagnostiku i psihopatologiju.

Revolucija u psihijatriji i njen posebni razvoj počinju pre oko 100 godina, pojavom lekara, genija **Sigmunda Frojda**. Njegovo učenje je usmereno ka objašnjenju strukture čovekove ličnosti, odnosno ukupne mentalne suštine. Genijalno i revolucionarno Frojdovo učenje je baš takvo sa svih aspekata. Koliko god Frojd bio hvaljen ili osporavan, psihijatrija je, zahvaljujući njemu, koracima od sedam milja zakoračila u prostore nauke i naučnosti u okviru savremene medicine. Frojd je otac psihodinamskog objašnjenja čovekovog psihičkog razvoja. Otac je psihoanalize, do danas nenapuštenog načina lečenja duševnih poremećaja. Psihodinamsko objašnjenje strukture čovekove psihe eliminisalo je zanavek dogmatsko u objašnjenju ljudske duše i suočilo naučnike sa životinjom u čoveku, ali na pozitivan i koristan način.

Psihološko-filozofsko Frojdovo objašnjenje duševnog života čoveka zasniva se na postojanju duboko nesvesnog, označenog kao **Id**. Id je duboko nesvesno, nagonsko u čoveku. *Id je pravi generator ukupnog psihičkog funkcionisanja kroz nagonске potrebe, htenja i želje skrivene od svesnosti same ličnosti.* Energija Ida upliviše u sferu svesnog, odnosno sferu **Ega** i posebno dinamički utiče na stavove **Superega** — Nad ja (Cenzor ili Savest). Ova-

kvo spekulativno razumevanje mentalne ukupnosti čoveka kroz **nesvesno, svesno** i **nad-svesno** omogućilo je razvoj psihijatrije u svakom smislu, a pre svega razumevanje struktuiranja, odnosno razvoja psihičkog života individue od rođenja do zrelosti, kao i razumevanje kasnijeg njenog funkcionisanja do duboke starosti. Poslednjih 100 godina razvoja psihijatrije krcato je brojnim školama, pravcima i modalitetima utemeljenim na psihodinamskom objašnjenju čovekovog duševnog funkcionisanja.

Psihodinamsko objašnjenje nastanka duševnog poremećaja pojednostavljeno za razumevanje temelji se na stalnom suprotstavljanju i potiskivanju navirućih nagonskih potreba iz nesvesnog dela psihe, odnosno iz Ida i želja koje su u suprotnosti sa prihvatljivim u okviru moralne strukture pojedinca i sociomoralnih normi društva. Potiskivanje tih snažnih nagonskih pulzija iz Ida vodi u naraštanje intrapsihičke konfliktnosti sklonjene od svesti individue. Kada mehanizmi odbrane Ega zakažu, nastaje poremećaj mentalnog sklada. Ovakvo objašnjenje nastanka poremećaja koje u psihijatriji nazivamo neurotičnim još uvek je najprihvatljivije. Ove poremećaje nazivamo nepsihotičnim, a tu spadaju i psihosomatski i somatopsihički poremećaji, dakle i poremećaji skladnog funkcionisanja čovekovih organa.

Bihevizizam je u savremenoj naučnoj psihijatriji poseban pravac, danas veoma atrak-

tivan u razvijenom svetu, ali izrastao na psihodinamsko-filozofskom objašnjenju ljudske psihe. Bihevizisti insistiraju na ponašanju svake individue usvojenom i naučenom kao suštini ukupnog psihičkog. Svakako da u tome ulogu igra sociosredina — od najuže *porodične*, do najšire savremene *globalne civilizacije*. Lečenje psihičkog poremećaja bihevizisti zasnivaju na pacijentovom usvajanju, odnosno učenju novih modela ponašanja jer poremećaj podrazumeva odstupanje od prihvatljivih obrazaca ponašanja.

Psihološko-filozofska učenja o psihičkom životu i njegovom poremećaju temelje i podstiču naučni razvoj savremene psihijatrije kao medicinske discipline pre svega kroz konceptualizaciju modela u psihijatrijskoj nauci. **Model psihičke bolesti, za razliku od modela moždane bolesti, konceptualizuje psihički poremećaj i objašnjava ga van patoloških promena u tkivu mozga.** Duševni poremećaj i etiološki i tokom i razvojem odvija se u psihičkoj dimenziji čoveka, dakle u onome što se naziva psiha, ličnost i ponašanje. Jasno je da u vezi s ovakvim objašnjenjem psihičkih fenomena nastaje problem jer je takvo shvatanje po prirodi subjektivno. Objektivizacija, naučno nužna da bi se došlo do naučnih konceptualizacija, je u ovom slučaju veštački i po suštini arbitrarni postupak. Zbog toga naučna savremena psihijatrija teži holističkom naučnom pristupu, neguje ga i razvija.

SOCIOLOŠKE OSNOVE ČOVEKOVE MENTALNE UKUPNOSTI I POREMEĆAJA

Psihijatrija kao stručna i naučna medicinska disciplina podsticala je sopstveni razvoj inkorporiranjem u sebe saznanja društvenih nauka, a posebno sociologije. Cilj savremene psihijatrije je da znanja pojedinih nauka na najbolji mogući način upotrebi za ostvarivanje zaštite i unapređenja duševnog zdravlja čoveka, odnosno stanovništva. Sociologija i njene stručne i naučne discipline doprinele su razvoju psihijatrijske misli i psihijatrijske prakse u poslednjim decenijama. *Treba očekivati da će se budućnost razvoja psihijatrije i u ovom veku dobrim delom zasnivati i na saradnji sa sociologijom.*

Sociologija svoje učenje o čovekovoj psihičkoj ukupnosti temelji na činjenici da čovek kao individua ima svoju istoriju, da je sam stvara i da svoj vek provodi u krajnje specifičnoj društvenoj situaciji. Biološke zakonitosti su egzaktna i neumitna. Zakonitosti društvenih procesa su relativnog karaktera, vezane za datu društvenu organizaciju i vreme. Istovremeno su i pod uticajem individualnih veličina, dakle i pod uticajem faktora slučajnosti. Društveni procesi pošto nisu strogo determinisani nisu ni reverzibilni u oba smera, ili bar ne u onoj meri u kojoj su to prirodni procesi, koje skoro precizno možemo predvideti a i očitati prošlost.

Psihijatri danas uvažavaju socijalne faktore u poimanju psihičkog čoveka i duševnog poremećaja sasvim deklarativno, prigodno a samo ponekad kao iskaz sopstvenog holističkog pristupa. Sociologija je značajno doprinela dodanašnjem razvoju psihijatrije i jedan je od temelja njenog daljeg razvoja i na stručnom i na naučnom planu. Socijalni činioci imaju određenu ulogu u nastanku, ali i lečenju i tretmanu duševnih poremećaja. Sociološki doprinos psihijatriji je opterećen i brojnim ograničenjima, posebno kada je predmet sociološkog interesovanja sam duševni poremećaj i kada sociologija u objašnjenju poseže za sociološkim teorijama.

Sociologija doprinosi psihijatriji na sledeće načine.

— **Atributivna teorija** naročito je značajna za teoriju i praksu psihijatrije. Zasniva se na činjenici da su u prošlosti duševno poremećenima pripisivane bespomoćnost, neodgovornost i opasnost po mentalno zdrave ljude u okruženju i da je psihijatrija dopustila stigmatizaciju duševno poremećenih, njihovo isključivanje iz socijalne sredine i izolaciju u hospitalne institucije. Duševno poremećenog to dodatno i sekundarno onesposobljava i na planu mentalnog funkcionisanja.

— Sociologija je dala poseban doprinos razjašnjenju **teorije selfa** i razumevanju procesa adaptacije u stresnim i kriznim situacijama. Sociološka teorija selfa nudi četiri ranga:

- 1) Šta drugi misle o nama?
- 2) Upoređivanje sa drugima.
- 3) Kako se interpretiraju događaji i šta se pripisuje sebi?
- 4) Koji se aspekti selfa smatraju najvažnijim za lični identitet?

Sociološko objašnjenje procesa adaptacije pomerilo je stavove sa odbrambenih mehanizama Ega na ispitivanje kako osoba pokušava da aktivno menja svoju sredinu i svoje odnose sa drugima i kako savlađuje stresne i krizne situacije.

— **Činioci kulture** — sredina koja okružuje čoveka, predstavlja kontinuum koji se stalno menja pod delovanjem čoveka i prirode. *Kultura je u najširem smislu svako društvo sa svojim posebnim znanjima, karakterističnim načinom mišljenja i osećanja, posebnošću stavova, ciljeva, ideala itd.* Svaki čovek pripada datoj društvenoj grupi i njenoj kulturi, koja utiče na razvoj i strukturu njegove ličnosti, na njegovo psihičko reagovanje i naravno na njegovo duševno zdravlje.

Kulturna psihijatrija i kulturna antropologija se naglo razvijaju u prvoj polovini dvadesetog veka, kao posledica međusobnog uticaja antropologije i psihoanalize. Brojni psihijatri i psiholozi tog vremena vrše reviziju psihoanalitičkih stavova utemeljenim na tekovinama kulturne antropologije. **Kulturna psihijatrija** se ekstenzivno razvija sredinom XX veka kao posebna oblast psihijatrije (*sociokulturna psihijatrija, etnopsihijatrija, egziste-*

ncijalistička antropopsihijatrija i dr.). Danas se govori i o:

1) Transkulturalnoj psihijatriji – obuhvata istraživanja u jednoj kulturi i uticaje kulturnih činilaca na psihička oboljenja u drugoj kulturi.

2) Kroskulturalnoj psihijatriji – podrazumeva upoređivanje uticaja kulturnih činilaca na mentalna oboljenja u dve ili više kultura.

Student medicine treba da usvoji sledeće:

a) *Socijalna psihijatrija istražuje uticaj aktuelnih sredinskih faktora na nastanak, tok, prognozu i lečenje psihičkih oboljenja.*

b) *Kulturna psihijatrija istražuje uticaj kulture (duhovnih dostignuća) na psihički život pojedinca i čitave zajednice, a deo je socijalne psihijatrije. Kulturna psihijatrija istražuje običaje, verovanja, tradiciju, religiju, mitove i legende, a ne samo aktuelne sredinske činioce jer je sve to jedinstveni kulturni obrazac neke društvene zajednice.*

Konceptualizacija socioloških teorija zasniva se na stanovištu da se čovekova ličnost formira pretežno ili uglavnom tokom procesa socijalizacije koji se odvija u određenom društvenom i kulturnom miljeu. Ovakvo učenje je dijametralno suprotstavljeno Frojdovom konceptu jer on, kao i njegovi sledbenici, primat u formiranju ličnosti daje urođenim procesima. Sociologija kroz sociološke koncepte zasnovane na socijalno devijantnom ponašanju s pravom kritikuje postojeću slabost savremene psihijatrijske dijagnostike.

GENETIKA U PSIHIJATRIJI



"Ma šta radio, misli na kraj."
Latinska izreka

Psihijatrija se na samom kraju XX veka u istraživanjima, kao i u praksi, približila genetici i povezala sa njom. Sama genetika je ostvarila eksplozivni razvojni napredak inkorporirajući u svoja istraživanja dostignuća molekularne biologije, biohemije i biologije u celini da bi objasnila prenošenje, ispoljavanje i varijacije informacija organizma zacrtanih u genima. Tri su osnovna cilja genetičkih istraživanja:

- 1) Utvrditi da li se neka osobina ili pak poremećaj, uopšte nasleđuje.
- 2) Ukoliko nasledni faktori igraju ulogu, treba ustanoviti kojim se tipom nasleđivanja prenose.
- 3) Razgraničiti i proceniti udeo nasleđa u takvim slučajevima, ali i uticaj faktora sredine.

Stepen dostignutog razvoja nervnog sistema i posledičnog psihičkog života čoveka sadržan je u genetičkom programu koje svako novorođeno dete ima sa dolaskom na svet.

Neuroni su komponovani u mozgu u brojne funkcionalne sisteme, od čije funkcionalnosti direktno zavise pojedine psihičke funkcije a time i ukupan psihički život čoveka, po današnjim naučnim saznanjima u oblasti neuronauka i psihijatrije. Multifunkcionalni sistemi sastoje se od vrlo složene mreže velikog broja neuronskih krugova. Neuroni u ovim krugovima ostvaruju međusobnu komunikaciju preko jednostavnih električnih stimulusa i takođe jednostavnih hemijskih prenosioaca poruka, odnosno neurotransmitera. Instrukcije za sintezu i metabolisanje neurotransmitera od kojih zavisi mentalni život kodirane su u dezoksiribonukleinskoj kiselini (DNK) u nukleusima neurona.

Korišćenjem savremenih genetičkih otkrića mogu se eksperimentalno menjati i planirati u biljnoj i životinjskoj genetici vrste po volji istraživača. Ova genetička otkrića neprihvatljivo je primeniti na ljude. Humana kliničko-genetička istraživanja koriste metod ispitivanja porodica i blizanaca, kao i metod citogenetičkih i biohemijsko-genetičkih analiza.

Prvi doprinosi genetike u razumevanju ljudske mentalne ukupnosti su vezani za ispitivanja inteligencije, za ispitivanja ličnosti i poremećaja ličnosti, te urođenih grešaka metabolizma, mentalne retardacije (Downov sindrom), shizofrenije, manično-depresivne psihoze, simptomatske psihoze itd.

Psihijatriji su danas najviše doprinela genetička ispitivanja u oblasti mentalne retardacije. *Citogenetička i biohemijsko-genetička* istraživanja mentalno retardiranih objasnila su u oko 30% svih slučajeva, etiologiju i patogenezu mentalno retardiranih. Nedovoljno mentalno razvijenih u opštoj populaciji je približno 3%, prema sadašnjim psihijatrijskim epidemiološkim studijama, što ističe značaj otkrića u oblasti genetičkog istraživanja mentalno retardiranih.

Genetička istraživanja shizofrenije su danas nametnula objašnjenje etiologije ove psihoze poligenim nasleđivanjem. Međutim, još uvek nije jasno da li se od ukupnih fenotipskih manifestacija shizofrenije nasleđuje cela psihoza, pojedine osobine ličnosti koje dovode do predispozicije, odnosno do povećane vulnerabilnosti, ili se nasleđuju sindromi ili tok bolesti. Suština je u genetičkoj heterogenosti nasleđivanja oblika shizofrene bolesti.

Najaktuelnije hipoteze vezane za shizofreniju govore o genskim mutacijama kao izazivačima specifičnih metaboličkih defekata u neuronima, što implicuje kliničku sliku shizofrene bolesti.

Dostignuća genetike u psihijatriji na razumevanju psihičkog života čoveka a posebno duševnih poremećaja grupišu duševne bolesti na:

- 1) isključivo nasledne bolesti;
- 2) grupu duševnih bolesti u kojima nasledna predispozicija igra bitnu ulogu;
- 3) duševne bolesti u kojima je uticaj činioca sredine izuzetno bitan, te se delovanje naslednih faktora može zanemariti.

Etiologija svih mentalnih poremećaja je multifaktorijelna. Kod svake psihičke bolesti postoji glavni, sporedni, deklansirajući faktor, faktori okidači, pa čak možda i obavezni etiološki faktori. (Za alkoholizam, recimo, glavni etiološki faktor je struktura ličnosti, ali je tip alkoholizma genetski kodiran, dok je alkohol ovde obavezni sporedni etiološki faktor). Kod endogenih psihoza je genetski faktor glavni etiološki faktor, a za egzogene psihoze, simptomatske i reaktivne genetski etiološki faktor je sporedan).

Genetička istraživanja u psihijatriji su i danas otežana zbog nedostatka objektivnih dijagnostičkih kriterijuma psihijatrijskih poremećaja, ali i psihijatrijske normalnosti.

Holistički — sveobuhvatni naučni dijalektički pristup u psihijatriji obavezuje na plastičnost i u daljim genetičkim psihijatrijskim istraživanjima.

RAZUMEVANJE ČOVEKOVE MENTALNE UKUPNOSTI U EVROPSKOJ TRADICIJI

Studenti medicine i u okviru propedevtičkog upoznavanja sa psihijatrijom treba da shvate da je današnja naučna psihijatrija kosmički udaljena od potpunog razumevanja psihičkog života čoveka, ako se sledi globalna tendencija psihijatrije u okviru humane medicine.

Psihički život privileguje i nadređuje čoveka sveukupnom biosvetu naše planete.

Događaje u unutrašnjoj i spoljašnjoj sredini čovek registruje i obrađuje u mozgu, odnosno u njegovim posebnim područjima a još preciznije u neuronima kao osnovnim kompartmanima mozga. To izaziva različite emocionalne, odnosno afektivne reakcije individue, na poseban i neponovljiv način. Rečeno je odraz izazvanih promena neuronske aktivnosti u pojedinim područjima mozga ili u čitavom mozgu.

Data objašnjenja su daleko od sveobuhvatnosti ali su u propedevtičkom smislu bitna kako bi student na samom predvorju upoznavanja sa psihijatrijom mislio uvek na biološke osnove psihe i trajno prihvatio da psihosocijalne teorije, ma koliko bile interesantne i

ubedljive, uvek treba posmatrati i kroz prizmu ove dimenzije čovekovog mozga, naravno i obratno.

Današnja naučna psihijatrija bi mogla da se definiše kao nauka evropske tradicije učenja. Da bi se lakše shvatio kompleksan psihički život čoveka, a posebno duševni poremećaji, ukupno psihičko se deli na:

- 1) **kognitivno** (saznajno),
- 2) **konativno** (volja, htenje),
- 3) **emocionalno** (nagonsko emocionalno).

Isti su razlozi za podelu ukupnog psihičkog života na pojedinačne psihičke funkcije (opažanje, emocije, mišljenje, pamćenje, nagoni, inteligencija itd.).

Ovakva podela ukupnog psihičkog u tradiciji evropske psihijatrijske škole ima samo deskriptivnu vrednost, jer i kognitivno i konativno i emocionalno, kao i sve pojedinačne psihičke funkcije su u svakoj jedinici vremena čovekovog života u stalnoj dinamičkoj interakciji, a rezultanta toga je psihička ukupnost i uvek u svakom trenutku neponovljiva posebnost svake ličnosti.

KONATIVNO

Konativno ili konacija kao deo ukupnog psihičkog podrazumeva nameru, htenje i volju.

Konativno predstavlja programirani oblik ponašanja, pri čemu značajnu ulogu imaju pro-

cesi prijema i obrade informacija iz unutrašnje i spoljašnje sredine pomognuti prethodnim iskustvom, tj. memorijom.

Iznalaženje mogućnosti za rešavanje određenog problema do predviđanja mogućih posledica su suština konativnog u čoveka.

EMOCIONALNO

Emocionalno je zapravo afektivno u ukupnom psihičkom životu čoveka i zavisi od zadovoljenja osnovnih nagonskih potreba, odnosno bioloških motiva. Raspoloženje je posledica zadovoljenja ili nezadovoljenja nagonskih potreba i predstavlja poseban kvalitet u sferi emocionalnog.

Emocionalno čoveka se povezuje u objašnjenju sa strukturama moždanog stabla, mezencefalona i diencefalona (talamus i hipotalamus). Eksperimentalno funkcionalno isključivanje neke od ovih struktura, recimo diencefaličnih, dovodi do poremećaja osnovnih nagona, odnosno motiva i pojave grubih, neadekvatnih, nesvrishodnih i nemoduliranih

emocionalnih reakcija. Ovo se može dobiti i na modelu u eksperimentu.

Čovek je, međutim, i psihosocijalno biće, za razliku od drugih živih bića, pa pored bioloških ima i socijalne nagone, odnosno stremjenja ka individualnom ostvarenju u socijalnoj zajednici. Zadovoljenje ili nezadovoljenje socijalnih motiva implikuje se posebnim emocionalnim stanjem, što je pod kontrolom viših kognitivnih funkcija. Svakako da se na psihičku čovekovu ukupnost odražavaju poremećaji u afektivnoj sferi i mogu izazvati poremećaje saznavnog ili voljnog, odnosno kognicije i konacije.

KOGNITIVNO

Kognicija ili saznanje je apsolutna privilegija samo *Homo sapiens* i nijedne druge žive vrste, jer podrazumeva imaginaciju, otkrića, suđenja na iskustvu, upotrebu jezika i objašnjenja.

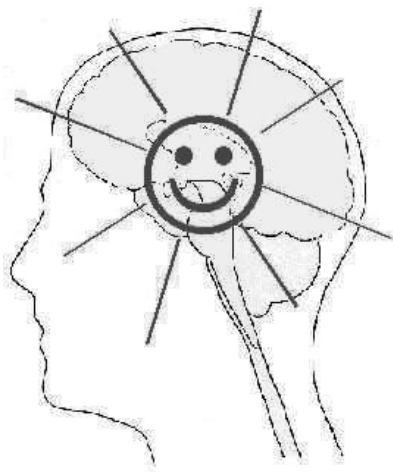
Kognicija se odvija preko sledećih psihičkih funkcija: percepcije, pamćenja, mišljenja, voljne delatnosti, svesti i inteligencije. Ove kognitivne funkcije izraz su visoko integrativne aktivnosti brojnih različitih nivoa mozga, odnosno centralnog nervnog sistema, posebno neokorteksa. Kognicija se ostvaruje tako što se senzitivne i senzorne informacije pristigle u vidu osećaja u mozak, tj. neurone ljudskog mozga, spajaju sa selektiranim informacijama iz depoa pamćenja tih neurona. Dakle, kognicija je proces preko kojeg čovek

postaje svestan unutrašnje i spoljašnje realnosti, o njoj stiče znanja, o njoj rasuđuje i donosi sopstvene i specifične lične sudove.

Razumevanje kognicije se veoma uslojava uzimanjem u obzir filogenetskih, ontogenetskih i sociokulturoloških elemenata nasleđa, utkanih u ukupnost ljudske ličnosti, znači u ukupnost psihičkog života.

Konačno, za razumevanje psihičkog života čoveka ne treba zaboraviti najbitniju činjenicu da su njegovi delovi, tj. kognitivno, konativno i emocionalno u stalnoj dinamičkoj interakciji. Prelamaju se jedan u drugom i utiču jedan na drugi, što i kvantifikuje mentalnu ukupnost individue.

RAZVOJ MENTALNE UKUPNOSTI ČOVEKA



"Vaspitanje razvija sposobnosti ali ih ne stvara."
Volter

Psihički život ili mentalna ukupnost čoveka je jedinstvena i neponovljiva posebnost, kako u sadašnjosti i u istorijskom smislu, tako je nemoguća ponovljivost u budućnosti. Ova definicija odražava naučni domet i domašaj današnje psihijatrije.

Čovek se rađa bez sposobnosti verbalne, dakle umne komunikacije sa okolinom. Njegov postnatalni mentalni razvoj prati i somatski rast i razvoj u harmoničnoj korelaciji do zrelosti. Ako je svaka individua specifična i neponovljiva datost u posebnosti svog psihičkog života, onda je i razmatranje njenog psihičkog razvoja izuzetno kompleksno. Propedevtička znanja o psihičkom razvoju čoveka neophodna su u vršenju lekarske prakse uopšte.

Faktori od kojih razvojno zavisi psihički život svake osobe, kao specifičan i neponovljiv kvalitet su sledeći:

1. Biološka determinisanost podrazumeva da je svaki čovek pre rođenja programiran biološkom osnovom svog budućeg psihičkog života u genetskoj određenosti preko posebnog koda DNK. Biološka determinisanost psihičkog razvoja je verovatno vezana za individualnu posebnost na nivou biohemizma neuronske aktivnosti (neurotransmitterske, neuroendokrinološke, neurovegetativne itd.).

2. Psihološki faktor razvoja mentalne ukupnosti ostvaruje se istovremeno sa biološkim (fizičkim) razvojem i rastom individue. Polno sazrevanje prati na psihološkom planu seksualna identifikacija. Odrastanje prati individualizacija.

Psihološki razvoj u momentu dostignute biološke zrelosti već specifikuje tu ličnost na planu životnih ciljeva u kontekstu formirane sopstvene moralnosti i oblika ponašanja nametnutih od sociozajednice.

3. Psihosocijalni razvoj odnosi se na neminovni uticaj sociosredine na svaku osobu tokom sazrevanja, i to od momenta rođenja. Jasno da je u prvoj deceniji psihičkog razvoja porodica jedina sociozajednica koja bitno utiče na pojedinca. Kasnije uticaj imaju druge sociogrupe i zajednice i konačno brojne ličnosti iz okruženja, počev od vaspitača u predškolskom uzrastu. Ovde je bitno shvatiti značaj i uticaj idola koji kroz etape biološkog i psihološkog razvoja "trpi" svaka osoba.

Navedena tri generatora u razvoju mentalne ukupnosti svake individue nisu na delu ovako jasno odvojena, već istovremeno deluju i često ih je teško izdvojiti. Sva tri faktora: **biološki, psihološki i sociološki su u stalnoj aktivnoj interakcijskoj participaciji u razvoju psihičkog života svakog čoveka od momenta rođenja.**

Psihički život čoveka i poremećaj mentalne ukupnosti zasniva se na tri posebne instance: Id (Ono), Ego ili Ja i Super Ego, odnosno Nad Ja, prema psihodinamskom objašnjenju.

— **Id** ili **Ono** je instanca čovekovog psihičkog, istorijski određena biološkom evolucijom, tj. biološkim nasleđem i nesvesni je deo psihe. Id predstavlja nagone i zato je pravi energetska generator psihičkog života. Najjačiji energetski generatori psihičkog života iz Ida su seksualni nagon i agresivnost. Ovo ne treba shvatiti pojednostavljeno, već u širem kontekstu seksualnog nagona i nagona agresivnosti.

Id se sastoji od nesvesnog i potisnutog.

Id funkcioniše po principu zadovoljstva, odnosno zadovoljenja nagonskih potreba, ne trpi odlaganje, još manje potiskivanje ili transformaciju. Id je iracionalan, sebičan, impulsivan, rečju — asocijatan, jer ne vodi računa o realnosti niti o potrebi recimo moralnog ponašanja individue u datom momentu.

Po rođenju Id kao iracionalno, tj. nagonsko, ne trpi u svojoj realizaciji jer je sveden na elementarne nagonske potrebe unošenja hrane i ekskreciju. Majka čini svestan napor da trenutno zadovolji ponavljajuće pulsije Ida novorođenčeta. Sve što svesno treba učiniti jeste da u naraštaj nagonskoj potrebi beba, odnosno, dete zaplače i majka će zadovoljiti potrebu. Nakon bar prve godine više to nije tako. Javlja se primarni proces mišljenja, gde Id participira u razvoju sledeće instance, odnosno Ega, kao i takozvani sekundarni proces mišljenja.

— **Ego** ili **Ja** nastaje generisan iz Ida u suočavanju sa stvarnošću, odnosno principom realnosti. Razvoj Ega počinje još tokom prve godine života i postepen je do doba zrelosti. Ego ili Ja je najaktivniji deo psihe jer obuhvata svest, mišljenje, opažanje, pamćenje, učenje, govor, rasuđivanje, motorno reagovanje i ukupno delovanje individue.

Ego se sastoji od predsvesnog koje lako postaje svesno.

Najvažnije u psihičkom životu čoveka ostvaruje se preko Ega kroz uvažavanje principa realnosti. Ego testira realnost i iznalazi konkretna i realna rešenja u zadovoljenju nagonskih i agresivnih pulsija u datom momentu. Ego zato mora da razvije i primeni odbrambene mehanizme da bi uspostavio neophodnu

zahtevanu ravnotežu između iracionalnog i realnosti iz okruženja svake individue.

— **Super Ego** odnosno **Nad Ja** formira se iz Ega modifikovanjem samog Ega, a podstaknuto svesnim prihvatanjem roditeljskih uticaja ili uticaja ličnosti iz okruženja. Super Ego prosečno normalne individue počinje da se formira u periodu između četvrte i pete godine biološkog života. Preteča Super Ega zapaža se već u prvoj i drugoj godini života jer dete počinje da deli svoje reakcije i emocije, kao i objekte iz okruženja na dobre i loše, imitirajući roditelje. Super Ego je identifikacija sa roditeljem istog pola u normalnom psihičkom razvoju uz pomoć osećanja krivice. Super Ego obuhvata iz mentalne ukupnosti individue sve ono što je vezano za moral, društvene zabrane i individualne lične ideale.

Super Ego zapravo ima dva bitna dela.

1. Ego ideal je težnja individue ka savršenstvu i bezuslovnom nekažnjavanju. Načelno je ovaj deo Super Ega u konstruktivnoj funkciji jer stalno podstiče individuu ne samo

tokom razvoja već i tokom života da bude bolja. Jasno je da Ego ideal često ima i elemente nerealnog u svojim ciljevima i zahtevima za idealnim ponašanjem jer se oni objektivno ne mogu ostvariti, odnosno postići.

2. Savest kao deo Super Ega je u suštini pravi cenzor aktuelnog delanja Ega ili uvek supersudija i on je personifikovan u ranom detinjstvu u gratifikovanom roditelju. U zrelosti Bog je personifikacija ovog dela Super Ega.

Zahvaljujući Super Egu kao instanci psihičkog čovek i tokom razvoja svoje mentalne ukupnosti kao i u toku zrelosti mora da se odriče mnogih, recimo, seksualnih i agresivnih želja, fantazija i objekata da bi prihvatljivo funkcionisao u socijalnoj sredini. Super Ego stalno aktivno inhibira nagonske pulsije Ida. Super Ego instanca deluje i na svesnom i na nesvesnom nivou.

Praćenje razvoja psihičkog života individue od prvog dana po rođenju do zrelosti je ne odabrani, već nametnuti način objašnjenja i razumevanja psihičkog života čoveka, a vezano za biološke razvojne etape.

DETINJSTVO KAO FAZA PSIHIČKOG RAZVOJA

**"Svi cvetovi budućnosti su u semenu sadašnjosti."
Kineska izreka**



Detinjstvo je segment biološkog života čoveka a razmatranje detinjstva kao etape razvoja psihičkog podrazumeva prvih deset, odnosno dvanaest godina po rođenju. Psihički razvoj tokom detinjstva karakteriše razvojna sinhronost *bioloških*, tj. *genetskih kvaliteta*, koje je novorođenče preuzelo od roditelja, *psiholoških činilaca* i *socioloških uticaja sredine* (porodice i okruženja).

Psihijatrija detinjstva razvila se u okviru psihijatrije u posebnu granu. Potrebu za izdvajanjem u posebnu granu psihijatrije detinjstva nametnula su savremenoj psihijatriji psihoanalitička, odnosno psihodinamska objašnjenja čovekove mentalne ukupnosti tokom XX veka.

Psihički razvoj u detinjstvu u potpunosti opravdava naučni stav u psihijatriji da svaka psihička pojava ima svoju genezu u prethodnim nesvesnim psihičkim zbivanjima koja su od najveće važnosti za psihički život čoveka uopšte, a posebno psihički razvoj u detinjstvu.

Nastanak i razvoj psihičkog čoveka je posledica stalne interakcije bioloških i društvenih činilaca. Porodica je izuzetno značajna u psihičkom razvoju deteta jer detetu prenosi zbivanja u društvu i kulturnom okruženju.

Smatra se da su prvih pet godina života najbitniji u ukupnom psihičkom razvoju svake individue. Do pete godine se strukturiraju sve bitne karakteristike buduće mentalne ukupnosti zrele osobe.

Savremena psihijatrija preuzima psihodinamska objašnjenja razvoja psihičkog života čoveka i ne favorizuje biološke činioce kao nekada, posebno ne one koji se odnose na nagonsku sferu i sazrevanje nagona, već ih izjednačava po značaju

sa složenim interakcijama i odigravanjima u sociološkoj sredini i sa kulturnom antropologijom.

Uvođenje u kompleksnost psihijatrije kao struke i nauke nalaže obavezu usvajanja osnovnih znanja o infantilnoj seksualnosti. Razvoj psihičkog u detinjstvu treba sagledati kroz sledećih šest faza seksualnog razvoja deteta.

1. Oralna faza odvija se u prvoj godini života, znači u periodu novorođenčeta. Na rođenju su usta zrelo i adaptivan organ za sisanje i gutanje mleka, što rezultira zadovoljstvom. Osujećenje ovog zadovoljenja izaziva u ranoj oralnoj fazi psihičkog razvoja deteta, tj. u prvih šest meseci, potrebu da sisa svoje prste ili pokušava da stavi predmete koji mu dođu pod ruku u usta. Od šestog meseca do kraja prve godine u situaciji osujećenja oralnog zadovoljenja dete grize dojkicu ili svoje prste ili dostupne predmete.

Usta su u ovoj fazi psihičkog razvoja dominantna. Dete preko usta doživljava stvarnost i ostvaruje zadovoljenje svojih nagonskih pulzija. Svakako da se oralna faza može problematizovati jer je manifestacija infantilne seksualnosti.

2. Analna faza u razvoju psihičkog je period od prve do treće godine života deteta. Ova faza se deli na **analno erotički stadijum**, u kome dete postiže zadovoljstvo eliminacijom fecesa i **analno sadistički stadijum**, u kome zadržavanje fecesa pruža zadovoljstvo.

Dominacija jednog ili drugog stadijuma u psihičkom razvoju tokom druge i treće godine života strukturira u deteta posebnu ličnost, jer su u pitanju različiti načini ostvarenja zadovoljstva i komunikacije sa okolinom. Dominacija analno sadističkog ponašanja deteta u

ovom periodu može da postane prvi način manipulisanja okoline zadržavanjem fecesa. Smatra se da je ova faza period strukturiranja tvrdičluka ili rasipništva.

3. Uretralna faza se vremenski poklapa sa analnom fazom i slično se objašnjava. Uretralna faza javlja se na kraju treće godine života i traje relativno kratko. Preterano namećanje zabrane od strane roditelja u okviru uretralne faze vodi ka strukturiranju "uretralnog straha", koji se odražava u strukturi te individue kao *stidljivost, prenatrženost, ponos, taština i preterana ambicioznost*.

4. Falusna faza se u psihičkom razvoju deteta odvija od treće do pete godine života. Između treće i pete godine dete je "**polimorfno perverzno**". Libido se prebacuje na zonu polnih organa, koja zbog nezrelosti ipak nema primarnu ulogu. Dete u ovoj fazi ispoljava *seksualnu radoznalost* postavljanjem pitanja, *preduzima voajerske aktivnosti*, nekada se zapaža *infantilna masturbacija* i *infantilni egzibicionizam*.

Dečak u ovoj fazi ima neretko i fantazme erotičkog interesovanja za osobe suprotnog pola, najčešće je to majka. Masturbacija devojčica u ovoj fazi zadržava se samo na nivou klistorisa, a tek u pubertetu je i vaginalna. Dato objašnjenje falusne faze je podloga za stvaranje Edipovog kompleksa kod dečaka i Elektrinog kompleksa kod devojčica.

Psihodinamski gledano, psihološke razlike između muškaraca i žena se ne generišu na morfološkim razlikama polnih organa, već na stavu i uticaju društva. Proističe da je strah od kastracije utemeljen na pogrešnom vaspitanju dečaka, a zavist devojčica zbog nedostatka penisa i psihološki je pokušaj bekstva od ženske uloge kao manje vredne po društvenom stavu ili supkulturnom stavu sredine.

5. Latentna faza u okviru psihoseksualnog razvoja traje od pete godine do puberteta, odnosno do desete ili dvanaeste godine. Sporno je postojanje ove faze jer i dečaci i devojčice i u ovom periodu imaju razne oralne i analne želje, incestuozne impulse i misli i masturbiraju.

6. Genitalna faza je u smislu psihičkog razvoja, odnosno psiho — seksualnog razvoja individue period kojim počinje pubertet. To je zapravo period adolescencije. Dečaci u ovom periodu postaju veoma impulsivni, pogotovu u načinu zadovoljenja raznih potreba, izrazito su nedisciplinovani i skloni su kršenju već do tada usvojenih normi ponašanja. Period genitalne faze devojčica, dakle period puberteta, protiče upadljivo mirnije nego kod dečaka. Devojčice se u genitalnoj fazi psihičkog razvoja koncentrišu izrazito na svoju spoljašnjost i dopadljivost okolini.

Psihički razvoj tokom detinjstva karakteriše se i odstupanjima od poželjnog i očekivanog, svakako sa aspekta odraslih, pre svega roditelja. Odstupanja i poremećaji skladnog psihičkog razvoja u detinjstvu diktirani su biološkim faktorima (oštećenjima datim u genetskom materijalu ili nastalim u prvim danima i godinama po rođenju), zatim psiholo-

škim faktorima, kao i uticajima sociološke i kulturne sredine u kojoj dete odrasta.

Psihički razvoj čoveka po rođenju zapravo počinje u haosu, da bi se postupno i kroz protivrečna zbivanja pojavili i jasno definisani fenomeni kao što su elementarni delovi psihičkog, tj. osećanja, inteligencija, mišljenje, ponašanje, motorika, motivi itd.

Zadržavanje filogenetskih i ontogenetskih starijih funkcija u strukturi, na primer, mokrenje u rublje, sisanje prstiju, osećanje nepostojanosti, konkretno mišljenje, kao i arhaične forme straha, normalne su varijacije u razvojnom periodu za određeni uzrast, ali su istovremeno i patološke fiksacije za stariju uzrasnu dob. Patološko u psihičkom razvoju individue može imati i prolazni karakter u okviru prilagođavanja na uslove unutrašnje i spoljašnje realnosti. Manifestuje se zadržavanjem obrazaca ponašanja primerenim nižim razvojnim nivoima psihičkog. Radi se o tzv. *regresivnim fenomenima*, kao što su arhaične forme straha, noćno mokrenje, sisanje prstiju.

Konačno, razvoj psihičkog i njegovi poremećaji uvek su rezultat uzajamnog dinamičkog delovanja bioloških, psiholoških i društvenih činilaca.

ADOLESCENCIJA KAO FAZA PSIHIČKOG RAZVOJA

"Bilo bi dobro kada bi mladost znala sve što može i starost mogla sve što zna"
Burmanska izreka



Adolescencija u našoj supkulturi obuhvata period između 12. i 26. godine. Psihički razvoj u periodu adolescencije razmatra se u okviru psihijatrije, u njenom – već reklo bi se – isprofilisanom odeljku *adolescentna psihijatrija* i odnosi se na normalni psihički razvoj mladih.

Adolescencija ili **mladalaštvo** je poseban životni period izuzetno važan u razvoju psihičkog, bitno različit od perioda detinjstva a, s druge strane, i od zrelog doba. Ovaj period razvoja mentalne ukupnosti nije vremenski kratak jer traje skoro petnaestak godina u našoj supkulturnoj sredini. Dakle, u periodu adolescencije teče školovanje i usvajanje znanja. Događa se i prvo profesionalno dokazivanje, odnosno ostvaruje se prvo zaposlenje sa stečenim pripremnim profesionalnim obrazovanjem. Adolescencija je istovremeno i period sazrevanja ljudske individue u biološkom smislu, a aktuelna psihijatrija insistira da se biološki razvoj odražava na psihološku i sociološku dimenziju svake ličnosti.

Adolescentni period ili period mladalaštva karakteriše ubrzani rast u visinu sa prvim znacima telesnog polnog sazrevanja i završava se usporavanjem rasta i definitivnim formiranjem primarnih i sekundarnih polnih karakteristika. Mladalaštvo, odnosno pubertet u okviru adolescencije traje prosečno od 10. do 18. godine za devojčice i od 12. do 20. godine za dečake, treba uvažiti da poslednjih decenija adolescencija ranije započinje.

Nagli rast u periodu adolescencije nosi brojne psihološke probleme. Ukratko, samo podsećanja radi, mladi u ovom životnom periodu izgledaju nezgrapno jer su i sami nepriviknuti na povećanje telesne visine i uopšte na naglu promenu telesnih dimenzija. Polno zrenje se takođe odvija u periodu adolescencije i nepotrebno je isticati intenzitet njegovog odražavanja na psihički razvoj. Manifestacije polnog zrenja su u dečaka uvećavanje testisa, skrotuma i penisa već u periodu između 12. i 13. godine, pojava pubične kosmatosti i karakteristične muške maljavosti (rast brade, brkova itd.). Glas mladića

mutira, javljaju se prve spontane erekcije i prve ejakulacije. Period polnog zrenja devojčica nastaje po pravilu oko dve godine ranije nego kod dečaka. Zaobljavaju se i proširuju kukovi i rastu ovarijumi. Zatim počinje rast i razvoj dojki, javlja se i karakteristična ženska pubična maljavost. Prva menstruacija se javlja prosečno oko 13. godine, mada je raspon pojave prve menstruacije u variranju od 10. do 18. godine. Prve menstruacije nisu praćene ovulacijom, te je biološki pomerena sposobnost začeća za 1 do 3 godine od prve menstruacije. Uterus se definitivno razvija između 18. i 20. godine.

Razvoj psihičkog života je veoma kompleksan u periodu adolescencije. Adolescentna životna dob je bremenita stalnim suprotnostima koje opterećuju Ego adolescenta i u kombinaciji sa fiziološkim procesima rasta. Sa druge strane, psihološki i sociološki postupci sredine i odrazi okruženja neretko su konfliktni i suprotstavljeni razumevanju adolescenta. Psihički razvoj u adolescenciji je kontinuirano praćen burama i stresovima, a često i tendencijama regresivnog stava i ponašanja u datim kriznim situacijama. Radi lakšeg razumevanja, u psihijatriji se period adolescencije deli na: ranu adolescenciju, pravu adolescenciju i kasnu adolescenciju.

Rana adolescencija na planu psihičkog razvoja krcata je konfliktima koji za posledicu imaju doživljavanje napetosti i straha, često u vezi sa postizanjem zadovoljstva u genitalnoj zoni masturbacijom. Smatra se da je rana adolescencija završena onog momenta kada mlada osoba stekne sposobnost integracije svog ponašanja, posebno polnog.

Prava adolescencija se odnosi na životni period od 15. do 18. godine, tokom kojeg se ostvaruje potpuno polno sazrevanje. Impresivnost perioda prave adolescencije na psihi-

čki razvoj je nesporna i značajna. Na psihološkom planu adolescent sa završetkom prave adolescencije ostvaruje definitivne obrise polnog identiteta, u čijim okvirima ostaje do kraja života. **Polni identitet** je pojam koji treba usvojiti. To je na mentalnom planu kod svake individue na nivou svesnog i podsvesnog doživljavanje sopstvene muškosti ili ženskosti. Polni identitet je i stepen psihološkog prihvatanja biološke datosti i nepromenljivosti svog pola, mada smo danas zbog razvoja i dometa naučne medicine svedoci uspešne hirurške promene pola. Terminološki polni identitet ima više psihijatrijski značaj nego suštinsku biološku odrednicu i karakteristike.

Kasna adolescencija traje od 18. do 26. godine života, nekada duže. Prema shvatanju u našoj supkulturi, moglo bi se reći da zadire u doba zrelosti. Suština kasne adolescencije u psihičkoj ukupnosti i razvoju psihičkog se odnosi na proces formiranja definitivnog identiteta i ugrađivanja društvenih i moralnih normi u ponašanje individue.

Psihijatrija se bavi periodom adolescencije stručno i naučno, zanimajući se za razvoj i konačno strukturiranja i sazrevanje mentalne ukupnosti individue. Bavi se i odstupanjima od poželjnog u mentalnom funkcionisanju tokom adolescencije, kao i tretmanom, odnosno lečenjem nastalih psihičkih poremećaja. Period adolescencije je period česte pojave poremećaja u okviru mentalne ukupnosti iz grupe neurotičnih poremećaja. Adolescencija je i period nastanka prvih deklansmana duševnih bolesti iz kruga shizofrenih psihoza, afektivnih psihoza i sumanosti. *Adolescencija je naravno period psihičkog razvoja, ali i patoloških događanja u okviru mentalnog zdravlja i time izuzetno značajno polje interesovanja savremene naučne psihijatrije i njene stručne primene.*

DOBA MENTALNE ZRELOSTI



Zrelost psihičkog života znači ostvarenu definitivnu strukturu mentalne ukupnosti čoveka, što podrazumeva ličnost sa individualnim posebnostima i neponovljivostima. Doba psihičke zrelosti čoveka očekuje se da korelira sa dobom biološke zrelosti. Međutim, u savremenoj civilizaciji ta odstupanja su česta, odnosno uočljiva je diskrepanca kašnjenja mentalne zrelosti za biološkom. Svakako da o razdoblju zrelosti psihičke ukupnosti individue treba govoriti kao o dobu po završetku adolescencije, što je u našoj supkulturi tek u drugoj polovini treće decenije života.

Mentalna zrelost sa aspekta psihijatrije nije statičan period u životu bilo koje osobe. Naprotiv, i doba mentalne zrelosti je period stalnih dinamičkih prilagođavanja, adaptacija i izmena diktiranih i uslovljenih uglavnom događanjima u spoljašnjoj sredini zavisnih od socioloških i političkih promena i stremljenja društva.

Ličnost bi obuhvatala sve karakteristike jedne osobe koje određuju njenu posebnost ali i jedinstvenost što je razlikuje od svih drugih.

Čovek, odnosno kao sinonim — *čovekova ličnost*, nije onakav kakav sam sebi izgleda nikada i nikada onakav kakvim ga drugi vide.

Čovek tokom perioda zrelosti svog psihičkog života uvek funkcioniše kroz ukupnost posebnog individualnog odražavanja samo sebi svojstvenih mentalnih kvaliteta. Lekar, posebno psihijatar kao psiholog u profesionalnom radu formira subjektivan stav o ličnosti svakog svog pacijenta zasnovan na znanju. To znanje podrazumeva veštinu uočavanja posebnosti crta ličnosti svakog čoveka — pacijenta. Kvaliteti psihičke zrelosti definisani kao crte ličnosti su veoma brojni i raznovrsni, ipak pojednostavljeni mogu se klasifikovati.

— Crte karaktera (moralnost i vrednosni sistem individue).

— Crte temperamenta (načini emocionalnog reagovanja).

— Načini adaptacije.

— Posebne sposobnosti i interesovanja.

— Tipični motivi i potrebe kao bitna pokretačka snaga osobe.

— Usvojene karakteristične navike.

— Karakteristični načini zadovoljenja potreba.

— Stavovi (tipična tendencija da se pozitivno ili negativno reaguje na neku situaciju, osobu, predmet ili instituciju).

— Predrasude (neosnovani, nerealni, a intenzivni stavovi koji se teško menjaju), itd.

Psihičku celinu ili psihički život individue ako shvatimo kao posebnost nije moguće sveobuhvatno definisati. Danas nema univerzalno prihvatljive teorije ličnosti, već postoje brojne definicije. Za studente je značajno da usvoje navedene stavove o ličnosti i pojednostavljene definicije o naizgled sinonimima za termin ličnost, kao što su karakter i temperament.

Karakter se često koristi kao sinonim za ličnost. Međutim, ovaj pojam ne treba poistovećivati sa pojmom ličnost. **Ličnost je širi pojam od pojma karakter** jer obuhvata sve mentalne osobine pojedinca. **Karakter je užii pojam od pojma ličnost** jer podrazumeva pojedine aspekte ličnosti koji se kvalifikuju etičkim i moralnim kriterijumima, a ispoljavaju u socijalnim interakcijama ("slab ili loš" karakter, "dobar ili čvrst" karakter itd.).

Karakter reprezentuje relativno stabilnu i predvidivu organizaciju i integraciju niza motiva, stavova, vrednosti, odbrambenih mehanizama i načina reagovanja u datoj socijalnoj situaciji. Karakter se formira i stiče procesom učenja u socijalnoj i supkulturnoj sredini.

Temperament podrazumeva karakteristične osobine koje se odnose na način emocionalnog reagovanja i na emocionalno stanje individue, a izražava se psihomotorikom. Temperament neke osobe *predstavlja brzinu, snagu i trajanje reakcije u datoj situaciji, kao i energiju koja se pri tome angažuje*. Zanimljivo je da se na karakter gleda kao na osobine koje su determinisane nasleđem ili konstitucijom, odnosno biološkom datošću.

Temperamentom kao kvalifikativom ili najbližim odrazom mentalne ukupnosti čoveka bavili su se i Hipokrat i Galen, Krečmer i Šeldon, a danas istraživači i naučnici u oblasti psihijatrije. Svi dodanašnji pokušaji podelu ljudi na tri grupe ili više grupa na osnovu predominantnih osobina vezanih za temperament pojedinca su samo u funkciji lakšeg razumevanja ljudskog psihičkog.

Doba psihičke zrelosti čoveka je najduži period njegovog biološkog trajanja. To je period prave kreativnosti i ostvarenja svakog pojedinca. Čovek tokom psihičke zrelosti kvalitet svoje ličnosti prenosi na sopstveno ponašanje, inventivnošću i ostvarenjima na okruženje u užoj ili široj zajednici sve do uticaja na globalnu civilizaciju.

INVOLUTIVNI PERIOD



Psihički život čoveka, uostalom kao i njegovo biološko trajanje, od rođenja do duboke starosti može se predstaviti kao kriva sa uzlaznim delom (detinjstvo i adolescencija), platoom (zrelo doba) i silaznim delom krive (počinje involucijom i traje kroz starost do smrti). Involucija psihičkog čoveka je onaj deo ukupne životne dobi primarno praćen telesnim slabljenjem organizma ali i slabljenjem mentalnih sposobnosti. Period klimakterijuma bi bio početak involucije psihičkog života sa aspekta psihijatrije. Posebnosti psihičkog života čoveka u involutivnom periodu nemaju samo klimakteričan, biološki predznak i verifikaciju. Klimakterijum je jasno prepoznatljiv u populaciji žena jer predstavlja endokrinološku involuciju vremenski kraćeg ili dužeg trajanja kao posledicu smanjenja, do trajnog prestanka funkcije ovarijuma. Muškarci ne trpe ovako jasne promene endokrinološke ravnoteže te su i znaci klimakterijuma mnogo blaži, nastaju diskretno i duže traju, često i koju deceniju.

Involucija je životni period biološki definisan, a fenomenološki korelat je mentalna deterioracija vezana za starenje. Primarni razlog su poteškoće prilagođavanja individue na neminovne znake starenja, a pre svih na redukciju sopstvenog značaja dostignutog u dotadašnjem životu u smislu ostvarene socijalne pozicije.

Poremećaji skladne psihičke ukupnosti u involutivnom periodu su karakteristični samo za ovaj životni period, bilo da su neurotičnog nivoa, bilo nivoa duševne poremećenosti, odnosno duševne bolesti. Posebnost kliničke slike psihičkih poremećaja u involuciji je vezana za pol.

Žene period involucije i klimakterična događanja doživljavaju, po pravilu, vrlo nespremno. Klimakterijum je gledano fiziološki završetak germinativne faze u životu žene i početak nove etape postepenog slabljenja svih funkcija. Fiziološka faza involutivnog perioda karakteriše se nizom subjektivnih doživljavanja u vezi sa postepenim slabljenjem funkcija svih organa i sistema organa. Najčešći simptomi su: doživljaj navale krvi u glavu, palpitacije, ekstrasistole, glavobolja, vrtoglavica, nesanica itd. Kod većine žena sa opisanim senzacijama javlja se i razdražljivost visokog stepena, sklonost iznenadnom rastuživanju i plačljivosti, a posebno hipertimičnost polarizovana u pravcu sete ili tuge, tj. depresivno raspoloženje. Psihološki činioci ovde imaju značajnu, verovatno i presudnu ulogu. Psihopatološki fenomeni u klimakterijumu se generišu iz neuspešnog prilagođavanja žene na realnost prestanka menstruacije. Menopauza je često realan dokaz gubitka značaja žene i ženstvenosti u kompleksnom smislu takvog doživljaja.

Period involucije kod muškaraca praćen narušenom psihičkom ravnotežom zrelog životnog doba počinje po pravilu kasnije nego kod žena, sinhrono sa regresijom motorike (starenjem pokreti postaju sporiji). Kardiovaskularna nestabilnost se pojavljuje i kod muškaraca, a epilog je depresivna rezignacija zbog jasnog gubitka i fizičkih i mentalnih sposobnosti, ali i socijalnog značaja. Po pravilu, muškarac je već ostvario životne ambicije na profesionalnom planu i neminovno u involuciji ima doživljaj nazadovanja. Ne treba zanemariti i činjenicu da je i kod muškaraca i kod žena u involutivnom periodu osećaj pada seksualne potencije generator narušavanja psihičkog sklada u svakodnevnom funkcionisanju.

Savremena psihijatrija posebno izučava specifične duševne poremećaje involutivnog perioda. Psihijatrijski entiteti **involutivna melanholija** i **involutivne sumanutosti** u strogom nozološkom smislu nisu posebne bolesti ali su u sindromu kliničkog ispoljavanja karakteristične za involutivni životni period.

SENESCENCIJA

STAROSNO DOBA

**"Čak i sunce stari."
Burmanska izreka**

Vrlo je problematično pitanje kada senescencija počinje. Na ovo pitanje je tražen odgovor još u davnim civilizacijama. Hipokrat je, recimo, postavio granicu senescencije ili senijuma fiksno vezujući je za 64. godinu života. Jasno je da ljudska dugovečnost i tendencija civilizacije i naučne medicine da produže ljudski život, granicu senijuma pomeraju, s jedne strane, a s druge, čini je fleksibilnom i nefiksiranom. Na današnjem nivou ostvarene ljudske dugovečnosti period senijuma mogao bi se vezati za osmu deceniju života.

Senijum ili **starost** je doba posebno i po svojoj suštini problematično u psihičkom životu svake ljudske individue, opterećeno karakterističnim psihološkim problemima. Period ljudske starosti ili senijum je, po pravilu, ispunjen još uvek ambicijama, željama i planovima. Činjenica je da za najveći broj ljudi ovaj životni period znači prestanak vršenja važnih socijalnih uloga i povlačenje sa aktuelne i aktivne društvene scene. Remećenje sklada psihičkog života u starosti je neminovno i ne samo sa psihološkog i sociološkog aspekta već i zbog biološke neumitnosti. Kvalitet vaskularizacije svih organa, naročito mozga, oštećen je starošću, a zbog starenja je

smanjen i kvantum neuronske mase centralnog nervnog sistema.

Senijum ili *senescencija* podrazumeva period u ljudskom životu posle sedamdesete godine. Karakteriše ga opadanje svih sposobnosti kao refleksija fiziološkog procesa starenja. Sužava se obim interesovanja, slabe kognitivne sposobnosti i nastaju poremećaji karaktera. Psihopatološki simptomi su: nesanice, nastupi ljutnje i srdžbe bez bitnog razloga, pojačana egocentričnost i "**mizoneizmi**" (kruti obrasci ponašanja, recimo tvrdičluk).

*Na početku trećeg milenijuma sve je veći procenat starih u ukupnoj populaciji, posebno u ekonomski razvijenim državama (Japan je najtipičniji primer). Savremena psihijatrija unutar sebe profilise posebnu granu — gerontopsihijatriju. **Gerontopsihijatrija** kao predmet studiranja na medicinskim fakultetima zvanično je uvedena 1989. godine u SAD. Gerontopsihijatrija u našoj zemlji je i dalje nepravedno zapostavljena u okviru naučne medicine, odnosno u okviru psihijatrije.*

Pored toga što je u senijumu redukovano broj neurona u mozgu, smanjena je i plasti-

čnost neuronske funkcije i CNS-a. Mentalna krutost dovodi stare u konflikt sa stavovima mlađih, a posebno mladih. Istovremeno ne treba zaboraviti da je kvalitet mudrosti brojnih osoba u starosti respektivan. Ne sme se ignorisati sposobnost intelektualnog stvaranja u senijumu jer je poznato da je sa 80 godina Verdi komponovao opere, Gete završio *Fausta*, a Tician slikao.

Senijum karakteriše pojava poremećaja mentalne ukupnosti, poznata u medicini, a izučavan posebno u psihijatriji pod nazivom **demencija**. Demencija ili staračka "izlapelost" (nestaje nešto što je postojalo) je postepeno ali progresivno mnestičko propadanje sve do duboke senilne demencije sa patognomoničnim znakom vezanim za slabost pamćenja. Makroanatomski je praćena redukcijom odnosno atrofijom moždanog tkiva. Senilna demencija je globalna za razliku od arteriosklerotične demencije koja je lakunarna i karakteristična po oštećenju nekih kvaliteta inteligencije.

Senilne psihoze su psihopatološka stanja karakteristična za životni period senijuma ali su i slične u kliničkom smislu sa fiziološkim psihičkim staračkim crtama, samo što su mentalni defekti dublji i pokazuju izrazitu abnormalnu devijaciju. Uvek su u kombinaciji sa arteriosklerotičnim promenama u vaskularizaciji mozga.

Depresivni, psihički poremećaj u starosti je veoma frekventan. Karakteristično je da stare depresivne osobe nerado traže pomoć lekara, ali i njihova rodbina ove poremećaje ne smatra patološkim već ih pripisuje starosti. Činjenica je da u senijumu zbog dominantne

depresivnosti postoji stepen visokog rizika od suicida, što ne treba zaboraviti.

Senzoričke promene, oštećenje sluha i vida, karakterišu i prate senijum. Trećina ljudi u senijumu je nagluva, polovina starih od 75 do 85 godina ima kataraktu, a 70% glaukom.

Poremećaji skladnog psihičkog života u senijumu su neminovnost. Gerontopsihijatrija je potreba aktuelnog vremena naše civilizacije jer su problemi zaštite mentalnog zdravlja starih osoba tesno vezani za društvene, ekonomske, pa i političke odnose u globalnoj zajednici. Savremena društva naše civilizacije po suštini svoje zasnovanosti bez izuzetka samo na različite načine manje — više drastično marginalizuju sve neproduktivne kategorije stanovništva, dakle i ozbiljno brojnu populaciju starih. Sintagma: "**Starima koji su stvarali dobro i vrednosti u kojima živimo...**" je gotovo licemerna u savremenom svetu.

Gerontopsihijatrija i **gerijatrija** uopšte u okviru naučne medicine trebalo bi u budućnosti da angažovano razreše brojne probleme savremenog društva i povećaju kvalitet življenja u tzv. dubokoj starosti. Gubitkom tradicionalnih transgeneracijskih veza položaj starih osoba u primarnoj porodici već sada je sveden na nivo nužnih obaveza mlađih prema starima. Zaštita mentalnog zdravlja starih trebalo bi da u dolazećim decenijama bude prenet na neinstitucionalne oblike pomoći, jer stare treba zaštititi od izolacije i segregacije, jer je dug život univerzalna ljudska želja i civilizacijsko stremljenje.

PSIHIČKE FUNKCIJE I NJIHOVI POREMEĆAJI

UVOD

*"Životna zadovoljstva, sigurnost, očekivanja i ugroženost
dugujemo ljudskom umu."*

Milutin Nenadović

Ovo poglavlje moglo bi nositi sasvim opravdano naslov **Medicinska psihologija i klinička psihopatologija**. Propedevtika u psihijatriju obavezuje studente da usvoje **terminus technicus**, tj. one psihijatrijske stručne izraze o čijem značenju postoji apsolutna saglasnost među psihijatrima. Psihijatrija ne bi mogla ni opstati kao posebna disciplina u okviru naučne medicine bez saglasno usvojene stručne terminologije, a studenti medicine jednostavno ne bi mogli da čitaju udžbenike psihijatrije.

*Psihički život čoveka je posledica dinamičkog interakcijskog prelamanja **bioloških, psiholoških i socioloških** činilaca.* Složenost čovekove psihičke ukupnosti izuzetno je teško shvatiti. Didaktička je potreba pri učenju, pre svega, ali i za stručnu primenu psihijatrijskog znanja čovekovo psihičko podeliti na psihičke funkcije i razumeti vrste i oblike njihovih poremećaja. Psihički život čoveka se ne

odvija van somatske i socijalne sfere njegovog bitisanja. Međutim, neophodno je izdvojiti ga zarad razumevanja psihičkog i tretmana duševnog poremećaja kada se dogodi.

Neophodno je upoznati psihički normalno da bi se moglo uočiti i razumeti psihopatološko. Jedinstveno psihičko funkcionisanje obezbeđuju psihičke funkcije u dinamičkom integritumu: opažanje, pažnja, mišljenje, pamćenje, inteligencija, emocije, svest, volja, nagoni, moralnost i orijentacija kao fiziološke komponente mentalne ukupnosti.

Psihički život se deli na psihičke funkcije samo iz didaktičkih razloga. Naravno, uz svaku od pojedinačnih psihičkih funkcija treba govoriti i o njenim poremećajima, odnosno psihopatologiji. Nema čoveka čije su sve pojedinačne psihičke funkcije idealne. Granica između prihvatljivog psihički normalnog i psihopatološkog je veoma diskretna i malog raspona.



OPAŽANJE

*"Zato što nešto od spoljašnjih predmeta prodire u nas,
mi vidimo oblike i mislimo."*

Iz Epikurovog pisma Herodotu

Opažanje je psihička funkcija koja u okviru mentalne ukupnosti čoveku omogućava stalnu svesnu obaveštenost o pojedinačnim brojnim kvalitetima sebe i sveopšteg okruženja, odnosno spoljašnje sredine. Termin **percepcija** upotrebljava se za ovu psihičku funkciju uporedo sa terminom opažanje ali, po pravilu, češće kada se želi naglasiti opštiji psihički proces sa nešto širim značenjem.

Opažanje i/ili percepcija spoljašnje sredine, sopstvenog tela, kao i sopstvene unutrašnjosti je složen psihički proces koji se odvija preko elementarnog psihičkog odražavanja koje se označava terminom **osećaj**. Opažanje kao složen proces psihičkog odvija se pomoću svih čula i čitavog mozga jer su njegovi neuroni riznica engrama.

Osećaji su najjednostavniji psihički procesi, a nastaju kao rezultat delovanja stvari ili pojava (materijalni svest, vreme i prostor) na čulne organe. U suštini su odražavanje pojedinih svojstava tih stvari ili pojava. Sva čovekova čula su prijemnici nadražaja iz spoljne sredine ili sopstvenog tela. Osećaj kao elementarni psihički proces odvija se na sledeći način: **draž** je fizički proces, **nadražaj** je fizi-

ološki proces, a **osećaj** kao rezultanta je psihički proces. *Draž + nadražaj = osećaj*.

Proces opažanja je ključ za razumevanje ostalih psihičkih funkcija u savremenoj psihijatriji. Studenti medicine da bi shvatili i na nivou propedevtike u psihijatriju ovu psihičku funkciju, tj. osećaj i opažanje neophodno je da se podsete elementarnih anatomskih znanja i elementarnih znanja iz fiziologije.

Anatomska osnova osećaja je čulni organ.

Anatomska osnova opažanja su čulni organ i mozak.

Čulni organ se anatomski sastoji iz tri dela.

1. Prijemnici (receptori) su nervni završeci koji reaguju razdraženjem na dejstvo specifičnih draži složene su histološke građe (čulo vida, sluha, mirisa itd.), osim prijemnika za bolne draži, koji su jednostavni slobodni nervni završeci. Receptori čula primaju draži iz spoljašnje i unutrašnje sredine.

2. Provodni putevi su senzorički i senzitivni nervi i nervni putevi. Nervni i provodni putevi čula pipanja nazivaju se senzitivnim, a

nervi i provodni putevi svih ostalih čula senzorički. Senzorički nervi i putevi su: *nervus olphactorius*, *tractus opticus*, *nervus acusticus*, *nervus vestibularis*, *nervus glossopharyngicus*. Senzitivni nervi su brojni, prenose razdraženje sa receptora čula pipanja, slivajući se u velike senzitivne puteve kičmene moždine i moždanog stabla i noseći razdraženje u elementarni senzitivni centar kore mozga.

Prenos razdraženja od receptora do kore mozga je elektrohemijske prirode, u njemu učestvuju joni natrijuma i kalijuma i električni procesi depolarizacije i repolarizacije. Na receptorima čulnih organa se fizičko-hemijska energija koju u suštini čini specifična draž transformiše u fiziološku energiju (elektro-hemijsku) razdraženja, koja se širi i kreće centripetalno do moždanog korteksa.

3. Elementarni čulni centri u kori mozga ili *elementarni senzorički centri* anatomski su precizno lokalizovani u delovima moždane kore posebno za svako čulo. Elektro-hemijska energija razdraženja se u elementarnom senzoričkom centru transformiše u psihičku energiju = **osećaj**.

Elementarni senzitivni centar (za čulo pipanja) nalazi se u *gyrusu postcentralisu* parijetalnog lobusa.

Elementarni senzorički vizuelni (optički) centar je na polu okcipitalnog režnja.

Elementarni senzorički akustički, olfaktivni i gustativni centri su u temporalnom lobusu.

Elementarni senzitivni i senzorički centri u anatomiji se nazivaju i **projekcione zone**. One zauzimaju manji deo kore mozga, a veći deo korteksa su tzv. *asocijacione zone*, koje povezuju projekcione areale i osnova su za psihičke funkcije.

Psihosenzorijelni centri se nalaze oko elementarnih čulnih centara u korteksu a uloga im je da osećaj nastao u elementarnom čulnom centru povežu sa iskustvom. Tako se ostvaruje prepoznavanje informacije, što predstavlja opažanje kao psihički proces, odnosno psihičku funkciju.

Osećaj nije isključivo čulni psihički doživljaj datog čula, jer ima više vrsta osećaja nego čula. Treba znati da se više od dve trećine čovekovog opštenja s realnim okruženjem odigrava preko čula vida.

Opažaj i/ili percepcija predstavlja složen psihički proces vezan za osećaje i iskustvo. **Percepcija sadrži niz osećaja jer svaki predmet ima više svojstava**, od kojih svako pojedinačno izaziva osećaj kao element opažanja tog predmeta. Na primer, kad pišemo olovkom imamo različite osećaje, vidne, taktilne, slušne, osećaj pritiska, jer držimo olovku u ruci, vidimo njenu boju, boju grafita, osećamo njenu tvrdinu i njen pritisak na papir, čujemo šum pisanja na papiru. Ali, to sve još uvek nije opažanje pod uslovom da nikada nismo videli olovku niti pisali. Znači, za opažanje je neophodan faktor **iskustvo**. Bez faktora iskustva u datom primeru ne bismo imali opažaj olovke, već bismo je shvatili kao i svaki neimenovani zašiljeni drveni predmet. Opažaj se može i definisati kao *osećaj plus iskustvo*. Osećaj je samo etapa u procesu opažanja. Suština opažanja je objektivna, a ipak se definiše kao subjektivno odražavanje stvarnosti. Izvori subjektivnosti opažanja su dvojaki.

1. Nagomilano ljudsko iskustvo. Primer: studenti gledaju platno za projekciju na zidu u slušaonici sa različitih pozicija. Sledeći zakone fizike, na različitim pozicijama oka u odnosu na platno, na mrežnjaču koresponden-

tno padaju slike nepravilnog pravougaonika. Ipak, svi studenti imaju subjektivan doživljaj platna kao pravilnog pravougaonika jer to imaju u iskustvu, tj. u memoriji svojih neurona.

2. Drugi izvor subjektivnosti opažanja je postojanje uvek ličnog emocionalnog doživljaja i stava prema situaciji ili predmetu opažanja. Primer su, recimo, navijači na košarkaškoj utakmici. Sudija sudi slobodna bacanja zbog prekršaja. Navijači tima za koji je prekršaj suđen po pravilu vide prekršaj kao i sudija. Navijači tima protiv kojeg je dosuđena kazna ne vide prekršaj i prigovaraju sudiji tvrdeći da je prekršaj izmislio. Različito opažanje navijača u skladu sa različitom klupskom emocionalnom obojenošću može uslovno objektivizovati samo posmatrač utakmice koji nije navijač nijednog od ta dva tima. Znači: **čovjek odražava objektivne kvalitete sveta oko sebe. Zato je odražavanje u svojoj suštini objektivno. Subjektivnost u odražavanju je posledica kvaliteta onog koji odražava.**

Opazanje prostora i vremena je veoma bitno u svemu što percipiramo. Nije moguće zamisliti nijednu pojavu niti događaj bez vremenskog određenja ili prostorne lokacije. Ako su prostor i vreme najvažnije percepcije u ljudskom psihičkom, a ne postoji nijedno specijalizovano čulo za prijem prostornih ili vremenskih draži, o čemu se onda radi? Razlog je ljudska sposobnost da kompleksnošću svojih psihičkih funkcija u opusu svog ukupnog psihičkog odredi prostornu i vremensku lokaciju u percipiranju realnog sveta, a bez postojanja posebnog za to predodređenog čula. Ovo i jeste suština čovekove nadmoćnosti nad dru-

gim živim bićima pa i najrazvijenijim primatima na našoj planeti. Rezultanta prostora i vremena je *pokret*.

Opazanje pokreta je ljudska sposobnost da se prati neki predmet u prostoru. Neophodno je da brzina kretanja predmeta bude limitirana da bi predmet bio opažen. Ako je brzina kretanja predmeta ispod ove granice, nismo sposobni da uočimo pokret, na primer pokret kazaljke na satu, ili ako je pokret predmeta iznad navedene granice, predmet ne može biti opažen, recimo kretanje projektila iz vatrenog oružja.

Predmeti koji se pokreću brže se opaze, odnosno percipiraju, nego predmeti koji miruju. Zanimljivo je da do danas u neuronauci nije potpuno objašnjeno zašto predmeti koje posmatramo ako miruju ostaju fiksirani, ukoliko gledajući ih krećemo glavu levo — desno ili gore — dole.

Apercepcija je složeniji psihički proces od percepcije i predstavlja početak procesa mišljenja. Apercepcija je svesno razumevanje opaženog. Dakle, apercepcija podrazumeva razvijenu i punu svesnost o tekućim procesima. *Apercepcija predstavlja udruženu pažnju sa percepcijom.* Radi još boljeg razumevanja, ono što je opaženo udružuje se sa ranijim postojećim i doživljenim psihološkim sadržajima. Apercepcija je početak logičkog saznanja. Shvata se uloga tj. funkcija opaženog. Primer — to nije obična lopta već globus u učionici. Tako govorimo o apercepcijskoj masi, što donekle menja sliku stvari, usklađeno sa unutrašnjim psihološkim shemama posmatrača. Bihevioristički gledano, to je zapravo jasno označen uočen neki sadržaj koji postaje istaknut deo svesnosti.

POREMEĆAJI OPAŽANJA

Opažanje može biti poremećeno u oblasti funkcije svih čula. Poremećaj opažanja može nastati *zbog oštećenja perifernih receptora, prenosnih puteva i centara u mozgu*, ali i poremećaja drugih psihičkih funkcija — *pažnje, afekata i pamćenja*.

Uslovi za normalno opažanje su sledeći.

1. Postojanje informacije — ukoliko bi čovek od rođenja bio lišen informacija o sebi ili okolini, imao bi ozbiljne poremećaje opažanja. Postoje primeri da su decu odgojile divlje životinje, pa da ta deca nisu sebe doživljavala kao ljudska bića.

2. Anatomska i fiziološka ispravnost čulnog organa na nivou receptora, provodnika i elementarnog čulnog centra je uslov opažanja. Oštećenje čulnog organa za posledicu ima slepilo, gluvoću, senzitivnu neosetljivost itd. i predmet je izučavanja drugih medicinskih disciplina, a ne psihijatrije.

3. Očuvano iskustvo je uslov opažanja. Primer, zbog atrofije mozga, tumora mozga i senilne demencije, znači nestaju engrami, te bolesnik ne prepoznaje okolinu, u najtežem slučaju čak ni sebe u ogledalu.

4. Normalno funkcionisanje psiho-čulnog centra podrazumeva povezivanje osećaja sa engramima, tj. iskustvom. Žarišna oštećenja kore mozga, traumatska ili vaskularna lezija, u području psihočulnog centra razlog su oštećenja opažanja po tipu *agnozija*.

5. Funkcionisanje mozga u celini u fiziološkim granicama je važno jer je opažanje oštećeno i kod psihotičnih.

Agnozije

Agnozije su poremećaji opažanja zbog oštećenja psihočulnog centra dok su čulni organi očuvani kao i engrami. Na primer, usled oštećenja psihovizuelnog centra bolesnik vidi predmet, opisuje njegove pojedine kvalitete ali nije sposoban da ga imenuje. Ukoliko bolesnik opipa predmet, recimo ključ, on ga bez problema imenuje, odnosno prepoznaje.

Agnozije delimo na tri grupe.

1. Optičke agnozije — bolesnik ne prepoznaje upotrebnu vrednost predmeta i naziv. Bolesnik nije slep i može da opisuje pojedinačne kvalitete predmeta, ali to ne može da poveže sa iskustvom i da taj predmet imenuje. Primer: vidi loptu, opisuje njene kvalitete, ali ne može da je imenuje — prepozna, ili "to je belo, sa njom se piše po tabli..." ne seća se izraza kreda.

2. Akustičke agnozije — bolesnik ne može da prepozna zvuk i odredi njegovo poreklo iako ga čuje, recimo kucanje časovnika ne može da protumači ili da prepozna muzički instrument po zvuku koji čuje itd.

3. Taktilne agnozije — očuvano je palpatorno čulo ali bez pomoći drugih čula, recimo vida, bolesnik samo pipanjem predmet ne prepoznaje. Oštećena je kora mozga, (može se dokazati magnetnom rezonancom) u srednjoj trećini zadnje centralne vijuge.

Agnozije su danas predmet izučavanja neuropsihologije a manje psihijatrije. Magnetnom rezonancom se može utvrditi mala lezija korteksa u zoni sekundarnih čulnih centara, tj. u trigonumu okcipito–parijeto–temporalnih režnjeva.

Iluzije

Iluzije su pogrešno prepoznavanje predmeta. Iluzije kao prolazni fenomen se javljaju kod svih normalnih osoba u mnogim situacijama kao što je, recimo, doživljavanje intenzivnog straha. Primer: noću dok prolazimo pustim parkom često imamo obmanu opažanja te nam žbun liči na čoveka. Iluzije su po definiciji pogrešno prepoznavanje realnih predmeta iz okruženja u situaciji neoštećenog čula i očuvanog iskustva. Javljaju se često i u intoksikacijama, u alkoholnom delirijumu itd.

Paraidolije

Paraidolije su posebni poremećaji opažanja. Na primer, oblaci na nebu deluju kao poznati likovi iz crtanih filmova i sl.

Halucinacije

Halucinacije su takvi poremećaji opažanja kada bolesnik opaža, odnosno ima objektivni doživljaj bez postojanja realne draži za nastanak osećaja. Jednostavnije, *halucinacije su opažanja bez postojanja predmeta opažanja* i bitno se razlikuju od agnozija i iluzija. Halucinirajući bolesnik vidi, čuje ili ima osećaj trnjenja po telu bez realnog izvora draži.

Najverovatnije je da u slučaju halucinacija postoji *funkcionalno* oštećenje u oblasti psihočulnih moždanih centara. Posle njihovog razaranja halucinacije prestaju.

Psihopatološki gledano, postoje i pseudo-halucinacije. Za dijagnozu pravih halucinacija potrebna su sledeća dva uslova:

— **karakter telesnosti** — pacijent halucinirani predmet opaža kao i realan u sve tri dimenzije a ne kao predstavu, ako su u pitanju vizuelne halucinacije;

— **pozitivan sud realnosti** — bolesnik veruje da halucinirani predmet objektivno postoji.

Halucinacije su patognomonične za psihotična stanja, odnosno za psihoze. Halucinacije možemo podeliti kao poremećaje opažanja prema čulu u kome se halucinira.

1. Optičke halucinacije su obmane u sferi čula vida sa kvalitetima telesnosti i bolesnikovim pozitivnim sudom realnosti i mogu biti.

a) Fotomi — elementarne optičke halucinacije. Bolesnik vidom opaža iskre, bleškove, zvezdice itd.

b) Halucinacije dugih konaca — tipične su za alkoholni delirijum. Bolesnik vidom opaža paučinu, mreže, zmije, žicu itd.

c) Halucinacije deformisanih predmeta i bića.

d) Vizije — predstavljaju složene optičke halucinacije, podrazumevaju odvijanje događaja bez objektivne stvarnosti, a za bolesnika imaju kvalitet telesnosti uz pozitivan sud realnosti. Predstave teku kao na filmskom platnu. Vizije se definišu i kao *scensko viđenje*, normalno ih imaju mala deca ili umorni ljudi pred sam san.

e) Autoskopske halucinacije — opažanje sopstvenog tela u celini ili dela svog tela izvan sebe. Bolesnik vidi sebe ili svoj deo tela u prostoru sa kvalitetom telesnosti trodimenzionalno uz pozitivan sud realnosti (uveren je da je to on ili deo njegovog tela).

f) Ekstrakampalne halucinacije - opažanje predmeta van vidnog polja. Bolesnik vidi jasno čoveka iza svojih leđa a da pri tome ne okreće glavu uz ispunjen kvalitet telesnosti i pozitivni sud realnosti.

Optičke halucinacije po sadržaju mogu biti prijatne ili neprijatne, vesele ili tužne, indiferentne ili zastrašujuće.

2. Akustičke halucinacije su poremećaji opažanja u sferi čula sluha. Često se javljaju u stanju pomućene svesti, ali i pri pribranoj svesti. Izvor zvuka ili govora bolesnik locira u spoljnu sredinu. Na primer, čuje govor ljudi koje vidi a udaljeni su više stotina metara. Nekada bolesnik čuje zvuk ili reči iz sebe samog iznutra, iz organizma, iz uha, iz glave. Da bi se odbranili, ovi bolesnici često začepu ušni kanal vatom, voskom ili nekim drugim predmetima. Bolesnik nekada čuje sopstvene, a neizgovorene misli i uveren je da mu ih neko oduzima, odnosno krade.

Akustičke halucinacije mogu biti:

a) elementarne ili akoazmi — zvuci, pištanje i slično, bez objektivnog izvora.

b) složene ili verbalne — bolesnik čuje glasove, reči ili čitave rečenice. Verbalne akustičke halucinacije po sadržaju mogu biti prijatne ili neprijatne, pogrdne, preteće, savetodavne itd. Ovaj halucinatorni poremećaj opažanja može biti izuzetno opasan ako je naredbodavan. Bolesnik može počiniti homicid izvršavajući imperativne slušne halucinacije.

3. Vestibularne halucinacije su halucinarnorna doživljavanja obmana u sferi vestibularnog čula. Bolesnik doživljava ljuljanje, padanje u ambis, letenje, nekada rušenje zidova, okretanje predmeta itd.

4. Mirisne halucinacije (olfaktivne halucinacije) — bolesnik doživljava sa pozitivnim sudom realnosti, a da nema izvora mirisa. Obično se haluciniraju intenzivni mirisi kao što je miris upaljene gume.

5. Gustativne halucinacije — bolesnik doživljava ukus bez postojanja draži u ustima. Halucinirani ukus može biti prijatan, neprijatan, oštar, blag, osećaj kvaliteta ljutog, slanog, slatkog itd.

6. Senzitivne halucinacije su obmane u sferi senzibiliteta, odnosno čula pipanja. Ima ih više grupa.

a) Taktilne ili haptične halucinacije — bolesnik doživljava parestezije (mravinjanje, peckanje, žarenje, ili kao ujede sitnih bučica) bez objektivnog izvora tih draži.

b) Algo halucinacije — obmane u sferi senzibiliteta za bol. Bolesnik doživljava bol različitog kvaliteta sa pozitivnim sudom realnosti a bez objektivnog izazivača bola.

c) Cenestetične halucinacije — obmane dolaze iz unutrašnjih organa. Bolesnik doživljava bol u unutrašnjim organima i same unutrašnje organe. Izjavljuje: "Gori mi bubreg" ili "Kao da mi nožem seku creva..."

d) Kohabitualne halucinacije — haluciniranje polnog odnosa, retko se javljaju i češće su kod psihotičnih žena.

e) Kinestetične halucinacije — obmane u sferi dubokog senzibiliteta. Bolesnik doživljava da mu se udovi pokreću iako miruje.

f) "Fantomski ud" ili Antonov fenomen — kombinacija taktilne, algo i kinestetičke halucinacije. Bolesnik doživljava da ga recimo na amputiranom stopalu svrbi ili boli palac, ili se palac pokreće.

Postoji veliki broj teorija i hipoteza o mehanizmu nastanka halucinacija kao psihopatološkog fenomena. Etiopatogenetska podela halucinacija na psihogene i fiziogene je za sada najprihvatljivija u kliničkoj psihijatriji i psihijatrijskoj praksi.

Psihogene ili funkcionalne halucinacije. Bolesnik halucinira pri bistroj svesti. Lezija mozga ne postoji i ne može se utvrditi.

Fiziogene ili nadražajne halucinacije su posledica objektivnog oštećenja mozga, odnosno nervnih ćelija, zbog trovanja, zapaljenjskih procesa mozga, tumora mozga itd.

PAŽNJA

"Kako to da smo kadri zapamtiti i najmanje pojedinosti onoga što nam se dogodilo, a nemožemo upamtiti koliko smo ih puta već ispričali jednoj te istoj osobi."

La Rošfuko

Pažnja je usmeravanje i usredsređivanje psihičke energije na određenu situaciju ili predmet. Predmet pažnje može da bude informacija iz aktuelne realnosti ali i iz sećanja ili razmišljanja.

Postoje različite definicije pažnje.

— Jedni smatraju da je sam termin "pažnja" u toj meri jasan da nije potrebna bilo kakva definicija.

— Drugi tvrde da ne znaju i ne shvataju šta je u stvari pažnja (Spijerman).

— Treći se kolebaju kada diskutuju o pažnji, pitajući se da li je ona uopšte psihička funkcija.

— Mc Dugall (Mek Dugel), predstavnik instinktivne psihologije tvrdi, da je "pažnja svesno ulaganje psihičkih funkcija".

Pouzdanost je i aksiomatično da čovek u budnom stanju uvek svoju psihičku energiju, odnosno pažnju usmerava na bilo koju pojavu ili predmet u realnom svetu bez obzira na to šta u tom momentu radi i čime je okupiran. Posebno je pitanje odlika pažnje po kvalitetu. Konačno, **pažnju treba shvatiti kao psihičku funkciju i tako je i izučavati.**

Selektivnost pažnje

Fiziološka osnova pažnje vezana je za proces istovremenog razdraživanja određenih regija kore mozga, odnosno grupa neurona i inhibicije drugih. Ukoliko su draži većeg intenziteta, veća je inhibicija prethodno razdraženih regija i delova moždane kore. Jača razdraženja istovremeno guše ona slabija i tako tok psihičke delatnosti određuju i usmeravaju u odgovarajućem smeru. To znači da u mozgu budnog čoveka istovremeno postoje aktivirane i inhibirane oblasti kore. Ovo objašnjenje je **princip dominante**. Fiziološki gledano, u svakom momentu u kori mozga postoji dominantan prostor ili ognjište razdraženja. *Psihološko objašnjenje principa dominante leži u obraćanju pažnje na neke draži i istovremenom skretanju pažnje sa drugih draži recimo, preko čula, ali ih selektujemo kao manje važne ili manjeg intenziteta.*

Selektivnost pažnje proističe iz posebnosti i samosvojstva psihičkog života čoveka i predstavlja izvanrednu osobinu i kvalitet pažnje. Da bismo obavili bilo kakav posao, neophodna nam je svesna odluka za taj konkretan zadatak. Izvršenje odabranog zadatka uvek je

psihička delatnost, a prethodi mu odstranjanje svih drugih percepcija koje bi skretale pažnju na sebe i umanjile efikasnost izvršenja odabranog zadatka. Ova sposobnost selekcije je preduslov svakog konstruktivnog umnog ili fizičkog rada čoveka.

Pažnja zdrave mentalno uravnotežene osobe je rezultanta dva njena kvaliteta: **tenaciteta i vigilnosti**, koji omogućavaju uspešno obavljanje svih zadataka, kao i profesionalnih poslova.

— **Tenacitet** ili **usredsređenost pažnje** je sposobnost da se pažnja, odnosno psihička energija, zadrži na predmetu onoliko dugo koliko to zahteva naša odluka i predviđanje da zadatak izvršimo.

— **Vigilnost** ili **usmerenost pažnje** je sposobnost da se pažnja brzo premešta sa jednog predmeta na drugi, i to prema potrebi i našem stavu o izvršavanju zadataka.

Zajednička vrednost obe osobine ili kvaliteta pažnje je vremenski faktor ("da se pažnja zadrži na predmetu onoliko dugo... i ... brzo premešta"). Čovek kome nije oštećena psihička ukupnost poseduje oba kvaliteta pažnje (tenacitet i vigilnost) a prema zahtevu zadatka, odnosno svoje psihičke aktivnosti, naimenično aktivira čas tenacitet, čas vigilnost. Dok pratimo na primer, pozorišnu predstavu, stalno se aktivira tenacitet pažnje. Kada posle predstave vozimo svoj auto do kuće, aktivira se vigilnost a tenacitet suprimira kao nepotreban kvalitet pažnje, u ovom slučaju i rizičan.

Tenacitet (usredsređenost) i vigilnost (usmerenost) kao posebni kvaliteti pažnje trpe tzv. profesionalnu deformaciju jer određene

profesije nalažu zapostavljanje tenaciteta ili vigilnosti. Tenacitet i vigilnost su u obrnutoj srazmeri i ako su profesionalno deformisani - treba se adekvatno odnositi prema tom saznanju. Recimo, hipertrofisani tenacitet očekuje se od naučnika (rasejani profesori) pa oni nisu podobni za vozače motornih vozila.

Zavisno od podsticaja koji aktivira psihičku energiju u budnosti, odnosno pažnju, postoji nekoliko oblika pažnje.

Aktivna pažnja (Voljna pažnja)

Aktivna ili voljna pažnja se ostvaruje svesnom željom, namerom ili voljom. Kada pažnju kao psihičku funkciju voljno vežemo za neki zadatak, činimo i posebnu mimiku na licu (uozbiljimo se, bolje se zagledamo, naprežemo se, zaustavljamo disanje), specifičnu baš za pažnju. Aktivna pažnja je izuzetan kvalitet u psihičkom životu individue i predstavlja svojstvo razvoja i usavršavanja te ličnosti. Aktivna pažnja je neophodna psihička delatnost, bez nje nije moguće ostvariti bilo koji cilj i ideju, niti izvršiti bilo kakav zadatak.

Aktivna — voljna pažnja zavisi uglavnom od **cilja, interesovanja, a posebno od organizovanosti pažnje**. Neophodna je svakako i izvesna spretnost, umešnost, navika i iskustvo u postizanju duboke i dobre usredsređenosti na rad i učenje, zarad podsticanja aktivne pažnje. Negovanjem ovih sposobnosti i njihovim izgrađivanjem tokom psihičkog razvoja, odnosno vaspitanja, stiču se i neophodni uslovi za stvaranje dobrih radnih navika.

Pasivna pažnja ***(Nevoljna pažnja)***

Pasivna ili *nevoljna* pažnja je ona vrsta pažnje koja se aktivira nametnutom informacijom sferi opažanja iz spoljašnje ili unutrašnje sredine. U slučaju pasivne pažnje mi ne postavljamo sebi cilj, a ipak naša psihička energija, time i delatnost, usmerava se i usredsređuje mimo naše volje. Pasivna pažnja zahvata čoveka nevoljno sama po sebi zbog zanimljivosti, privlačnosti ili neočekivanosti pojava ili predmeta koji na njega deluju.

Pasivnu pažnju aktiviraju, po pravilu, izuzetno intenzivne informacije, odnosno draži iz okruženja ili unutrašnje sredine, ali to mogu biti i draži malog intenziteta (zujanje insekta ili udaljena muzika ako je u prostoriji tišina). Ako je studentu teško da se koncentriše, odnosno usredsredi aktivnu pažnju na učenje, onda ga dekoncentriše i sasvim slaba draž, kao recimo let komarca u prostoriji. Pasivna pažnja (let komarca) postaje aktivna tj. prevodi aktivnu u pasivnu pažnju (učenje).

Pasivnu pažnju lakše izazivaju prekidajući svetleći signali nego oni kontinuirani (ovo se koristi kod pokazivača pravca na automobilu). Pasivnu pažnju naročito izaziva i nagli prestanak draži. Na primer, ako se uči uz tihu muziku ili rad klimauređaja, prestanak muzike ili zvuka klimauređaja zbog iznenadnog nestanka struje prekida uspostavljenu aktivnu voljnu pažnju — učenje.

Pasivna nevoljna pažnja je u obrnutoj srazmeri sa tenacitetom odnosno usredsređenošću. Identično kao i vigilnost, odnosno usmerenost prema tenacitetu, odnosno usredsređenosti pažnje. Pasivna pažnja je slabija ukoliko je tenacitet pažnje intenzivniji.

Pasivna pažnja može da pređe u aktivnu voljnu ali ne mora, kao što ni voljna pažnja nije obavezno nastavak pasivne, odnosno nevoljne pažnje. Primer: ukoliko u prostoriju u kojoj student uči sa aktiviranom voljnom pažnjom neko od članova porodice uđe, na trenutak aktivna pažnja se zameni pasivnom i student se ponovo vraća aktivnoj pažnji kada osoba izađe iz sobe. Međutim, ukoliko u istoj situaciji sa ulice dopre iznenadni snažan prasak od sudara automobila, aktivira se pasivna pažnja studenta i prelazi u aktivnu. Student će verovatno napustiti radni sto, prići prozoru, pogledati šta se dešava a možda i izaći na ulicu da eventualno pomogne povređenima.

Bifokalna pažnja ***(Multifokalna pažnja)***

Bifokalna ili *multifokalna* pažnja je zanimljiva tema u okviru pažnje kao psihičke funkcije. Dilema je ima li čovek sposobnost da psihičku energiju usmeri na istovremeno dva ili više događaja. Može li obavljati dva zadatka u isto vreme? Poznato je da je Napoleon istovremeno mogao da radi više poslova, dakle da istovremeno usmeri pažnju na više predmeta. Neuronaučno i neurofiziološki to nije moguće. Odgovor je — *bifokalna ili multifokalna pažnja u podrazumevajućem smislu istovremenosti odvijanja više zadataka angažovanjem psihičkog nije moguća*. Međutim, moguće je da pojedini ljudi utrenirano u jedinici vremena izuzetno brzo usmere ili preusmere psihičku energiju sa predmeta na predmet ili iz situacije na situaciju, a uz to i kvalitetno. Ovakva sposobnost utreniranog brzog premeštanja pažnje izgleda drugima kao bifokalnost ili multifokalnost ove psihičke funkcije.

POREMEĆAJI PAŽNJE

Poremećaji pažnje su vrlo česti u kliničkoj psihijatrijskoj praksi i mogu biti:

— **Slab tenacitet** (*slaba usredsređenost pažnje*). Ovakva osoba nije sposobna da se "koncentriše", odnosno potpuno i duboko usredsredi na jednu određenu delatnost.

Uzroci slabosti tenaciteta, odnosno usredsređenosti pažnje su najčešće nedostatak emocionalne komponente ili – pojednostavljeno – nedostatak interesovanja za datu delatnost. Zamor može biti čest uzrok slabljenja tenaciteta pažnje, ali i alteracije svesti, intoksikacije, osećanje straha, neizvesnosti, iščekivanja, nesigurnosti, labilnost afekata, nedostatka volje, siromašan intelektualni nivo, postojanje sumanutih ideja, halucinacija, prisilnih misli itd.

— **Povišen tenacitet** (*povišena usredsređenost pažnje*) predstavlja nesposobnost osobe da se potrebno brzo odvoji od sadržaja ili trenutne okupiranosti svoje psihičke energije na dati predmet ili misaoni tok. Povišena afektivna fiksiranost za neku situaciju je najčešći uzrok povišenog tenaciteta pažnje. Depresivni bolesnik je fiksiran za jednu misao, najčešće o sopstvenoj teškoj bolesti i teško ga je odvojiti od te misli, odnosno njegovu pažnju preusmeriti aktivno ili pasivno na događanja u okruženju. Zbog toga je teško uspostaviti kontakt sa takvim bolesnikom.

— **Slabost vigilnosti**, odnosno usmerenosti pažnje je poremećaj pažnje u kome individua nije sposobna da brzo prenosi svoju pažnju na pojave i predmete u spoljašnjoj ili unutrašnjoj sredini. Ovaj vid poremećaja pažnje najčešće imaju oligofrene osobe, zatim duševni bolesnici kao i osobe u stanju pospanosti ili organskih bolesti i oštećanja mozga.

— **Povišena vigilnost** (*povišena usmerenost pažnje*) odlikuje se nemogućnošću potrebnog zadržavanja pažnje na jednom objektu sa aspekta očekivano normalnog psihičkog funkcionisanja. Pažnja se izuzetno brzo premešta sa predmeta na predmet ili sa situacije na situaciju. Mimo namere i volje ovakav bolesnik "sve zapaža", svaka i najmanja pojava skreće njegovu pažnju, ali i asocijacije naviru izuzetno brzo. Ovaj vid poremećaja pažnje najčešće se viđa kod maničnih bolesnika.

Kvaliteti pažnje, tenacitet i vigilnost su uvek obrnuto recipročni kod očuvane pažnje, ali i u situaciji poremećaja pažnje.

Rasejanost (Aprosekcija)

Rasejanost ili aprosekcija je čest poremećaj pažnje. Može biti:

a) **učenička rasejanost** (hipervigilna rasejanost) — usredsređenost, odnosno tenacitet pažnje je oskudan, a gipkost (vigilnost) povećana. Student koga ne interesuje sadržaj predavanja aktivira svoju pažnju i preusmerava na svaki šum ili u mislima aktivira situacije iz prethodnog dana ili događaje neposredno pre predavanja;

b) **naučnička rasejanost** (hipertenacitetna rasejanost) je aprosekcija sa povišenom usredsređenošću pažnje a smanjenom vigilnošću. Ovaj poremećaj podrazumeva koncentraciju, odnosno intenzivnu voljnu usredsređenost pažnje na materiju koja se izučava. Primer: naučnik traži svoje naočare iako mu se nalaze na nosu, a student udubljen u učenje ne primećuje da cigaretom progoreva stolnjak itd.

PAMĆENJE

"Ko se seća onog što je doživeo, dvaput živi."

Pamćenje je univerzalno i suštinsko svojstvo žive materije, odnosno života uopšte.

Pamćenje ili memorija je čudesna pojava, ali i fundament života kao oblika materije.

Pamte svi živi oblici — od najjednostavnijih jednoćelijskih oblika do ljudskog mozga kao najsavršenijeg.

Propedevtički je važno kratko podsetiti na sledeće: Zigot — ljudski zametak, nastao spajanjem spermatozoida i jajne ćelije, iako mikroskopske veličine, kao sićušna polazna jedinica budućeg ljudskog organizma, sadrži pamćenje ljudske vrste, kao i nasleđene specifične osobine roditelja — somatske i mentalne. Upamćeni su u genima i modeli nagonskog ponašanja, ukupna intelektualna dispozicija, kao i specifične trajne osobine i kvaliteti preuzete roditeljske posebnosti u kombinaciji budućeg neponovljivog čoveka. Po rođenju, pod dejstvom spoljašnje sredine, mozak novorođenčeta stiče nove informacije i nastaje tzv. individualno pamćenje. Dakle, *zrela ljudska ličnost je rezultat kombinacije nasleđenog pamćenja — memorije i memorije stečene nakon rođenja.*

Pamćenje ili memorija u smislu mentalne ukupnosti individue u funkciji saznajnog razumeva proces čuvanja ranijeg iskustva i njegovo povezivanje sa sadašnjošću. Savre-

mena psihijatrija definiše pamćenje kao složenu psihičku funkciju ili kao oblik visoko-integrisanog ponašanja u funkciji prilagođavanja, koja omogućava da sve ono što opažamo, osećamo ili mislimo registrujemo u neuronima mozga, zadržavamo u vidu slika, odnosno predstava (engrama), a zatim voljno ili nevoljno to reprodukujemo, tj. ekforišemo – grč. iz-nositi (ponovo dovodimo u svest).

Pamćenje se u današnjem dometu psihijatrije kao nauke *de facto* samo iz didaktičkih razloga izdvaja iz ukupnog psihičkog u posebnosti, a složenu psihičku funkciju. Pamćenje je ugrađeno i u druge psihičke funkcije: opažanje, mišljenje, inteligenciju, emocije itd., ili ima izuzetno važnu ulogu u njima. Pamćenje ne zavisi samo od opažanja već i od niza drugih psihičkih funkcija, pažnje, mišljenja, inteligencije, volje, motivacije i emocionalnog stanja.

Fiziologija pamćenja kao složene psihičke funkcije u psihičkom životu čoveka odvija se stvaranjem engrama (otiska) i neurohemijske je prirode. Ribonukleinska kiselina je osnova neurohemijske građe engrama. Ceo mozak, znači sve milijarde njegovih neurona i njihovih sinapsi, učestvuje u realizaciji pamćenja kao psihičke funkcije. Psihofiziologija danas

funkciju pamćenja objašnjava odvijanjem kroz sledeće faze.

1. Ultrakratka faza pamćenja traje samo nekoliko sekundi i predstavlja **električno** pamćenje. Opažanje neke pojave ili predmeta izaziva električni impuls u neuronima. To može biti pravi okidač za početak niza hemijskih reakcija u samom neuronu ili ostaje na nivou električnog impulsa, odnosno gasi se. Smatra se da svaki opažaj ima tendenciju da stvori i ostavi neurohemijski trag sećanja u mozgu, ali svakome to ne uspeva. Neuroni ljudskog mozga vrše selekciju i ne pamte sve opaženo, nepotrebno se ne memoriše.

2. Kratka faza pamćenja događa se samo ukoliko su opažene informacije dovoljno snažne ili značajne za individuu. Sam električni impuls u okviru ultrakratke faze je intenzivniji i više podstiče neurone da stvore hemijsku kopiju tog impulsa, ali na ovom nivou ne trajnu. Ovakav otisak ili engram nestaje posle dvadesetak minuta i zato se obe ove faze u procesu pamćenja nazivaju električnim fazama pamćenja.

3. Stvaranje engrama — *dugotrajno pamćenje* nadovezuje se na drugu fazu pamćenja u situaciji namere. Tada se u neuronima odvijaju hemijski procesi i nastaju nove belančevine, koje zapravo predstavljaju *engram*. Tako je opažena informacija biohemijski materijalizovana u neuronima čitavog mozga i zadržana u njima. Učenje kao poseban vid pamćenja u psihijatriji se shvata kao sposobnost neurona da se informacija trajno zapamti i zbog toga je bitna sledeća faza u procesu pamćenja.

4. Višestruko opažanje iste informacije ili namerno ponavljanje u procesu pamćenja izaziva i ponavljanje biohemijskog procesa te se engrami višestruko utiskuju, odnosno otisci ili engrami se učvršćuju u neuronima. Namerna reprodukcije upamćenog ostvaruje se naknadno. Električnim impulsom aktivira se nameravani engram u neuronu.

Pamćenje je složena psihička funkcija, a pojednostavljeno se u kliničke svrhe može objasniti kao proces na sledeći način:

1) prijem i registrovanje doživljenog ili *upamćivanje*;

2) zadržavanje ili *retencija* upamćenog, odnosno uskladištavanje slika sećanja u neuronima;

3) *reprodukcija*, tj. prizivanje u svesni deo psihičkog upamćenih, a u neuronima mozga zadržanih slika sećanja.

Samo se reprodukcija u procesu pamćenja doživljava svesno i odvija se na dva načina:

— prisećanjem ili *ekforisanjem* engrama bez objekta ili situacije koja je izazvala stvaranje tog otiska;

— *rekognicijom*, odnosno prepoznavanjem ranije doživljenog i upamćenog.

Upamćivanje i reprodukcija upamćenog se u kliničkoj psihijatriji mogu direktno ispitivati. Ispitivanje retencije je moguće samo indirektno preko ispitivanja reprodukcije. Teorija asocijacija objašnjava proces pamćenja pomoću asocijacija po vremenskom i prostornom dodiru. Znači, ono što se odigralo u određenom vremenu i prostoru, pamti se zajedno i obično zajedno ekforiše. **Principe asocijativnog pamćenja, tj. udruženog javljanja ideja, osećanja i slika sećanja opisao je još Aristotel.**

UČENJE

"Sitni su oni ljudi koji učiteljev rad za sitno smatraju."

Dositej Obradović

Učenje je samo posebna forma pamćenja. Ono se u našem jeziku i terminološki identifikuje sa pamćenjem. **Učenje je namerno pamćenje**, te studenti medicine a budući lekari treba da shvate učenje bar delimično kao posebnu psihičku funkciju.

Distinkcija između učenja i pamćenja najjednostavnije se može napraviti sledećom definicijom. **"Pamćenje je jednostruko upamćivanje informacije i kasnije njeno reprodukovanje."** Faktor vreme, odnosno dužina postojanja engrama ili otiska, nije određen, a zna se da s vremenom raniji engrami nestaju da bi se deponovali novi belančevinasti otisci u neuronu. Trajno ostaju engrami koji se u životu spontano ponavljaju ili voljno, namerno aktivno ponavljaju da bi se trajno upamtili. **Učenje je, dakle, ponavljano upamćivanje da bi se informacija trajno zadržala.**

Studiranje je namerno pamćenje, odnosno učenje. Učenje je u direktnoj srazmeri sa stepenom inteligencije jer čovek višeg koeficijenta inteligencije lakše uči. Ovu tvrdnju neretko demantuje životna praksa, jer je za uspešno studiranje u korelaciji sa dispozicijom inteligencije neophodan i aktivan stav prema učenju, kao i ambiciozno postavljen cilj u funkciji efikasnosti. Produktivno učenje zavisi od niza faktora, a najbitniji su sledeći.

1. Motivacija — Predstavlja primarni uslov produktivnog učenja. Mala deca su motivisana za sticanje znanja da bi se identifikovala sa odraslima. Ambicija deteta da bude bolje od drugih kada započne školovanje je važan uslov uspešnog učenja. U adolescentnom raz-

vojnem periodu javljaju se nove motivacije učenja, recimo profesionalna afirmacija itd.

2. Svesno postavljanje cilja — Vezano je za nameru da se baš određena materija nauči, što je i veoma značajan uslov za produktivno učenje. Ovo je na primeru studiranja lako za razumevanje.

3. Mehaničko učenje — Po suštini *neproductivno učenje*, ako se uporedi sa verbalno logičnim smisaonim učenjem. Eksperimentalno je dokazano da se jedan sat nakon mehaničkog učenja pola naučenog materijala zaboravlja. U studiranju je to moguće prevazići smisaonim učenjem, odnosno traženjem logične veze između reči i pojma, kao i veze između pojedinih pojmova i zaključaka itd.

4. Slaganje metoda učenja sa individualnom dispozicijom za učenje. To je takođe jedan od uslova produktivnog učenja. Studenti čija je vizuelna dispozicija za pamćenje i učenje razvijenija — nauče brže, dakle, trajno upamte pisani tekst, slajdove, dijagrame, film, a teže i sporije govorni tekst i zbog toga treba da biraju onaj metod učenja za koji imaju veću dispoziciju.

5. Glasno preslišavanje — Bitno je za ostvarivanje produktivnog učenja iz dva razloga:

— glasnim preslišavanjem razbija se monotonija čitanja, odnosno bezglasnog učenja i

— glasnim preslišavanjem otklanja se zabluda da je nešto naučeno.

Savet je da glasno preslišavanje treba koristiti posle dužeg vremenskog perioda (nekoliko dana) od poslednjeg ponavljanja teksta koji se uči.

6. Višestruko ponavljanje (*repetitio*). Suština je učenja uopšte. Eksperimentalno je dokazano da produktivnost učenja najviše zavisi od vremenske distribucije ponavljanja, odnosno veštine te raspodele.

Primer: dve ujednačene grupe studenata su dobile zadatak da nauče isti tekst. *Prva grupa* je imala zadatak da **šest dana po četiri puta** ponavlja tekst, a *druga grupa* je imala obavezu da **osam puta dnevno ponavlja tekst, uzastopno tri dana**. Na proveru je prva gru-

pa imala mnogo bolji rezultat, odnosno veći kvantum naučenog. Navedeni eksperiment najbolje objašnjava dugo studiranje na našem fakultetu jer najveći broj studenata uči kampanjski, baš kao druga grupa iz eksperimenta. Ako školska godina traje, recimo, 300 dana, a uči se prosečno 2 sata dnevno, to je 600 sati za godinu dana, ako se kampanjski uči recimo, dvomesečno, za 600 sati — potrebno je učiti dnevno 10 sati. Da student to i ostvari, što najčešće nije praktično izvodljivo, opet bi njegov učinak na ispitu bio manji.

POREMEĆAJI PAMĆENJA

Poremećaji pamćenja se dele na:

- kvantitativne,
- kvalitativne i
- poremećaje doživljaja vremenskog toka događanja.

Kvantitativni poremećaji pamćenja (Amnezije)

Amnezija je potpuno ili delimično nesećanje jednog perioda u prošlosti. U kliničkoj praksi kada lekar utvrdi amneziju, mora postaviti pitanje šta je sa engramom, *da li je stvoren, da li postoji a nije ga moguće reprodukovati, ili je postojao pa je uništen*. Pošto ima više vrsta amnezija, sudbina engrama je u svakoj amneziji različita.

1. Retrogradna amnezija nastaje zbog gubitka svesti usled povrede mozga i predstavlja nesećanje kratkog perioda pre gubitka svesti. Retrogradna amnezija je simptom u

kliničkom sindromu potresa mozga i odnosi se, po pravilu, na period od nekoliko sekundi nesećanja pre samog nastanka gubitka svesti. Često je taj period nesećanja u početku značajno duži, ali se tokom vremena skraćuje. Karakterističan primer je nokaut u boksu. Retrogradna amnezija je zbog gubitka svesti, odnosno povrede mozga posledica prekida procesa pamćenja električnog i hemijskog stvaranja engrama za informacije koje su opažene neposredno pre traume. Retrogradna amnezija je izuzetno značajna u *forenzičkoj* (sudskoj) psihijatriji i zahteva posebno znanje i veštinu psihijatra.

2. Anterogradna amnezija nastaje takođe kao posledica gubitka svesti zbog povrede mozga. Predstavlja nesećanje na neki vremenski period posle povrede mozga, odnosno nakon osveščivanja. Anterogradna amnezija se u kliničkoj psihijatriji opservira:

- a) udružena sa retrogradnom amnezijom i
- b) samostalno.

Anterogradna amnezija **udružena** sa retrogradnom amnezijom događa se zato što povređeni nakon osveščivanja ne postiže potpunu restituciju nivoa svesti i sve se izvesno vreme odvija sniženo, odnosno sumračno. Bolesnik u nekim povredama mozga ostaje naizgled pribran posle nekog vremena, ali se ne seća događanja u kojima je učestvovao u vreme sužene ili sumračne svesti.

Samostalna anterogradna amnezija znači da je pacijent doživeo posebnu specifičnu formu potresa mozga bez gubitka svesti usled povrede glave. Umesto potpunog gubitka svesti doživeo je naglu izmenu stanja svesti, odnosno suženu svest ili sumračno stanje, što podrazumeva prekid kontinuiteta normalne svesti. U takvom stanju on nastavlja da učestvuje u svim događanjima naizgled svesno, ali ima snižen nivo psihičke tenzije. Ovo je karakteristično za boksera u tzv. nokdaunu koji se kasnije ne sećaju tog dela borbe, proglašenja pobjednika itd.

Anterogradna amnezija je češća nego što se pretpostavlja a vezana je za specifične forme potresa mozga i naročito je delikatna u sudsko psihijatrijskom veštačenju.

3. Amnezija dementnih manifestuje se teškim oštećenjem pamćenja i gubitkom inventara znanja. Amnezija dementnih je posledica gubitka neuronskog kvantuma ili pada fiziološko funkcionalnog kvaliteta neurona. Klinička manifestacija amnezije dementnih ogleda se u vrlo slaboj mogućnosti upamćivanja, znači u otežanom fiksiranju engrama, ali i gubitku ranije upamćenih engrama, naročito iz bliže prošlosti. Upamćeni događaji iz daleke prošlosti su relativno dobro očuvani.

4. Amnezija u agnoziji je parcijalna amnezija i posledica je agnostičkog poremećaja opažanja. Ona nastaje usled oštećenja psihočulnog kortikalnog centra, te bolesnik nije sposoban da tim čulom prepozna predmete i situacije iz okruženja ili unutrašnje sredine, zato ih i nema u pamćenju.

5. Psihogeni amnezija je nesećanje na neke određene događaje u jednom vremenskom periodu. Dakle, psihogeni amnezija nije gubitak sećanja za određeni period. Etiologija psihogenih amnezija može se objasniti indiferecentnošću ličnosti prema nekim informacijama iz okruženja ili sopstvene unutrašnjosti, što za posledicu ima engramsku nematerijalizaciju u neuronima mozga. Primer psihogene amnezije imamo kada ličnost učestvuje u događajima koji su sa njenog etičkog gledišta neprihvatljivi za svesno Ja i za savest Nad Ja. Nije moguće fiziološki sprečiti stvaranje engrama jer je ono nesvestan automatski proces, znači pamćenje postoji, ali ne i sećanje. Pri sećanje i reprodukcija tog etički neprihvatljivog događaja su nepodnošljivi za ličnost i u toj situaciji na scenu stupa mehanizam odbrane Ega i Super Ega, koji zovemo potiskivanje. Mehanizam potiskivanja onemogućava reprodukciju, odnosno sećanje na moralno neprihvatljiv događaj. Često je u kliničkoj psihijatrijskoj praksi rezultat potiskivanja amnezija za događaj koji se sigurno desio. Može se odnositi na neki segment doživljaja, na reč, ili na rečenicu. U kliničkoj psihijatriji je moguće potisnute upamćene događaje dokazati psihanalizom, hipnozom itd. Primenom psihoanalitičkog metoda čak i sama osoba sa psihogenom amnezijom može da doživi svesno sećanje na potisnuti sadržaj.

Kvalitativni poremećaji pamćenja

Kvalitativni poremećaji pamćenja obuhvataju razne obmane sećanja.

1. Obmana sećanja pod dejstvom aktuelnih događaja je česta i kod mentalno zdravih osoba. Zbog nekog neprijatnog događaja ili gubitka, osoba koja to doživi sklona je da u sećanju retrogradno "falsifikuje" ceo svoj život, bojeći ga "tamno".

2. Obmana sećanja pod dejstvom sugestije je nekritično prihvatanje tuđih stavova. Osoba nesvesno prihvata tuđe sugestije, a prilikom reprodukcije ih doživljava kao sopstveno iskustvo. Ovakve ličnosti nisu pogodne za svedoke u sudskim procesima. Obmana sećanja pod dejstvom sugestije karakteristična je za malu decu, slaboumne, histerične i neke psihotične bolesnike.

3. Patološka lažljivost ili *pseudologija fantastika* ili mitomanija je česta kod poremećaja ličnosti (karakter neuroza), odnosno psihopata. Patološka lažljivost je potreba da se govori neistinito bez realne potrebe. Ličnosti koje pate od patološke lažljivosti u lakšim oblicima su sposobne da do određene granice naprave distinkciju između svoje mašte (laganja) i objektivne realnosti.

4. Konfabulacije su najupadljiviji kvalitativni poremećaj pamćenja u kliničkoj psihijatrijskoj praksi. Konfabulacija ili bolesna imaginacija, ili bolesno maštarenje, kao kvalitativan poremećaj svesti tipična je u dva psihopatološka stanja:

a) u parafreniji fantastici — konfabulacije su osnovni simptom bolesti;

b) u Korsakovljevoj (alkoholičari) psihozi — fenomenološki dementne konfabulacije;

c) u demenciji — praznine sećanja se premošćavaju konfabulatorno, odnosno izmišljenim pričama. Dementni bolesnik ima potrebu da prikrije praznine sećanja i popunjava ih izmišljenim događajima, pri tome je vrlo sugestivan, te u svoje izmišljotine *ad hok* ugrađuje elemente koji mu se sugerišu.

Poremećaji pamćenja vremenskog toka događaja

Poremećaji pamćenja vremenskog toka događaja su posebni fenomeni reprodukcije. Bolesnik, recimo, prvi put u životu opaža jedan predmet ili doživljava neku situaciju a ima utisak, odnosno predstavu da je taj predmet već video ili tu situaciju već doživeo iako se može pouzdano dokazati da to nije slučaj. Poremećaj pamćenja vremenskog toka događaja može biti i obrnut — da se bolesniku učini nepoznatim predmet koji je više puta pre toga video i upotrebljavao.

Poremećaji pamćenja vremenskog toka događaja se označavaju kao fenomeni nikad viđeno (*jamais vu*) i već viđeno (*deja vu*). Ovi fenomeni su prema etiologiji posledica izmenjenog stanja svesti odnosno izmene nivoa psihičke tenzije. Povremeno se mogu javiti kod potpuno mentalno zdravih osoba. Fenomenološki su simptom psihomotorne epilepsije, odnosno oštećenja temporalnog režnja.

MIŠLJENJE

**"Mišljenje je temelj svega."
Marko Aurelije**

Mišljenje je složena psihička funkcija. **Predstavlja visoko diferenciranu funkciju mozga, koja omogućava čoveku da upozna i shvati zbivanja u realnom svetu.** *Mišljenje kao psihička funkcija pripada kognitivnom delu ukupnog psihičkog čoveka ali zalazi i u emocionalno i konativno i pod njihovim je uticajem.*

Pomoću mišljenja čovek:

— uočava veze i odnose između raznih predmeta i pojava,

— shvata zbivanja u realnom svetu i prilagođava im se,

— zadovoljava svoje biološke, psihološke i socijalne potrebe.

Znači, iako se mišljenje definiše kao složena psihička funkcija, ona se ne može jasno izdvojiti iz ukupnog psihičkog, odnosno od drugih psihičkih funkcija. Mišljenje kao psihička funkcija je najbolji dokaz da se čovekovo ukupno psihičko ne može jasno deliti ne samo na psihičke funkcije već ni na delove tog psihičkog u smislu kognicije, emocionalnog i konativnog. Zato i nije moguće izučavati i razumeti poremećaje pojedinih psihičkih funkcija striktno, izolovano od poremećaja ukupnog psihičkog ili drugih psihičkih funkcija ili njihovih delova.

Mišljenje je kompleksna psihička funkcija koja pripada saznajnom, odnosno kognitivnom delu ukupnog mentalnog života čoveka.

Mišljenje se rasprostire na ukupno psihičko i stoga je razumljivo da se u izučavanju mišljenja kao psihičke funkcije govori o: **mišljenju bez predstava, vizuelnom, delatnom, diskurzivnom, jezičko-logičkom, operativnom, praktičnom, pralogičkom, magijskom, prelogičkom, predstavnom, shematizovanom, teorijskom, stvaralačkom mišljenju itd.**

Osnov za fundamentalna naučna psihijatrijska istraživanja koja doprinose boljem razumevanju mišljenja kao psihičke funkcije su kvaliteti samog mišljenja. Ova psihička funkcija je usmerena na otkrivanje i definisanje apstraktnih svojstava, pojmova, ili njihovih relacija, kao i opštih principa i, po pravilu, operiše simbolima i teoremama. Temeljno naučno izučavanje psihičke funkcije mišljenja datira od XVII veka, a savremeni aspekti poimanja ove psihičke funkcije formiraju se još u XIX veku korišćenjem eksperimentalnih metoda i introspekcije i protežu se sve do danas, kroz korišćenje fundamentalnih i ukupnih neuro-naučnih saznanja i otkrića.

Fiziološka osnova i objašnjenje mišljenja

Mišljenje je psihički proces kao i ostale psihičke pojave. Dakle, rezultat je funkcije mozga, odnosno njegovih neurona, a pitanje

savremene psihijatrije je u kojim delovima mozga se mišljenje kao visoko organizovana neuronska funkcija odigrava. Danas, na početku XXI veka, još uvek se vodi oštra polemika oko toga da li je mišljenje proces, odnosno funkcija mozga, tj. njegovih neurona, koja postoji samo u momentu aktivne delatnosti, odnosno procesa mišljenja, ili je to neprekidan proces, tj. stalna neuronska funkcija, što podržava korelaciju procesa mišljenja sa kontinuitetom svesti. Prema ukupnim neuronaučnim saznanjima, treba shvatiti da je čovekov mozak jedinstvena teritorija i da to u objašnjavanju mišljenja kao fiziološko-funkcionalnog procesa moždanih neurona ne treba prevideti. Frontalne regije velikomoždanih hemisfera prihvaćene su na osnovu brojnih dokaza kao generatori ljudskog saznanog, dakle i misaonog procesa. Međutim, mišljenje kao proces ne nastaje niti se odvija samo u frontalnim regijama moždanog korteksa, već u ukupnom korteksu mozga obe hemisfere.

Mišljenje je u okviru ukupnog psihičkog čoveka pretežno simbolički proces jer obuhvata sve ono što spada u apstrahovanje, zaključivanje, suđenje, zamišljanje, poimanje i sećanje. Mišljenjem kao psihičkim procesom se shvata i unosi neki poredak u unutrašnju i spoljašnju realnost.

Ukoliko je proces mišljenja pod pretežnim uticajem emocija i htenja, misaoni proces se odvija po principu ispunjenja želja, što ima samo prividnu logičku strukturu. Ako su nekognitivni uticaji na proces mišljenja složeniji, za posledicu imaju poremećaj funkcije mišljenja, poznat u klinici kao **autizam**.

Magijsko mišljenje treba shvatiti kao psihički proces, odnosno misaoni proces nekognitivnog porekla. Posebno animističko-magijsko mišljenje (vidi istorijat).

Mišljenje kao psihički proces ili visokodiferenciranu moždanu funkciju ili vrlo složenu psihičku funkciju izučavaju brojne discipline. Svakako da zbog toga razne definicije mišljenja treba shvatiti u tom kontekstu ali i radi što potpunijeg razumevanja stavova raznih naučnih disciplina.

Mišljenje je nerazdvojivo povezano sa govorom, što je poseban i izuzetno važan kvalitet ovog psihičkog procesa. Mišljenje svakako ne treba identifikovati sa govorom jer bi to značilo da su ljudi bez govorne sposobnosti lišeni mišljenja kao psihičke funkcije, što nije tačno. Govor je način izražavanja misli u funkciji komunikacije sa drugim ljudima i spoljašnjim svetom. Međutim, za mišljenje kao psihički proces je ništa manje važan i tzv. unutrašnji govor, tj. prethodno unutrašnje praćenje sopstvenih misli i pripremanje za njihovo glasno saopštavanje. "Unutrašnji govor" je u suštini mišljenje i drugom se može saopštiti gestovima, morzeovom azbukom, glasovno, mimikom itd.

Mišljenje se razvija kao psihički proces i/ili složena psihička funkcija tokom psihičkog razvoja čoveka. Mišljenje se razvija postnatalno kroz sledeća tri stadijuma.

I) Sinkretičko mišljenje je mišljenje deteta u prvim godinama života. Karakteriše ga pripisivanje života spoljnim objektima, odnosno predmetima. U literaturi se ovo mišljenje naziva i **animistički način mišljenja**.

II) Konkretno mišljenje je sledeći stadijum u razvoju ove psihičke funkcije. Dete u ovom stadijumu pravi distinkciju između živih i neživih objekata ali se još ne služi pojmovima u misaonom procesu već slikama pojedinačnih objekata.

III) Apstraktno mišljenje je razvojni dometa mišljenja kao psihičkog procesa i odvija se pomoću pojmova koji odražavaju zajedničke ili bitne karakteristike pojedinih predmeta i pojava u okruženju.

Razvoj mišljenja pojednostavljeno možemo shvatiti kao proces izgradnje pojmova i pojmovnog načina mišljenja do samog apstraktnog mišljenja. Pojmovi se grade od poimanja pojedinačnih predmeta koji se međusobno porede, zatim se zanemaruju njihove nevažne i nebitne osobine, pa se generalizacijom njihovih zajedničkih bitnih karakteristika dolazi do tačno aksiomatičkog saznanja o pojmu. Na primer, u hijerarhijskoj organizaciji pojma jabuka – jabuka je određena vrsta, jabuka je voće, konačno jabuka je biljka u najopštijem smislu.

Procesom konceptualizacije stvaraju se i složeniji krajnje apstraktni, pojmovi kao što su budućnost, sloboda, dobrobit, hrabrost, poštenje, demokratija itd.

Konkretno mišljenje

Konkretno misle mala deca i slaboumni odrasli, kao i neki duševni bolesnici, recimo oni iz kruga shizofrenih bolesti.

Konkretno mišljenje kao psihički proces odvija se na nivou čulnog saznanja pomoću konkretnih predmeta i razlikovanja tih predmeta prema osobinama koje se mogu opažati čulima. Danas se smatra da je ovaj oblik mišljenja bio privilegija čoveka, odnosno svih odraslih u preistoriji ljudske civilizacije. Uporište ovakvog shvatanja i pojave konkretnog mišljenja u detinjstvu kao evolucionog razvojnog perioda je u saznanjima da i odrasli u nekim plemenima koja su na nivou prvobitne ljudske zajednice misle konkretno. Odrastao

čovek u primitivnom plemenu danas kao i malo dete ili odrasla slaboumna osoba misli konkretno, bespojmovno. Svi oni ne upotrebljavaju brojeve, već broje predmete a služe se, recimo, prstima, te je palac jedan, kažiprst dva i vrlo često ne upotrebljavaju više od dva broja. Ako treba da predstave drugoj osobi grupu od pet ljudi, reći će dva i još dva i još jedan. Imaju problem i sa upotrebom ličnih imena jer im pripisuju osobine konkretne osobe. Oni koji konkretno misle ne upotrebljavaju zamenice, naročito ne zajedničke zamenice, ne mogu da kažu *mi* ili da sebe identifikuju kao *nas dvojica*, već kažu *ja* i ime druge osobe.

Terminološki konkretno mišljenje u literaturi ima brojne sinonime. U našem jeziku se koriste najčešće sledeći sinonimi za konkretno mišljenje: **nepojmovno mišljenje, predmetno, opazajno, perceptualno, simboličko, arhajsko, primitivno, dereističko, prelogičko, dečje**. Termin **bespojmovno** mišljenje je najadekvatniji jer definiše suštinu ovog tipa mišljenja bez pojmova.

Apstraktno mišljenje

Apstraktno mišljenje se odvija pomoću pojmova i odlikuje savremenog odraslog čoveka normalne mentalne strukture. Čovek u savremenoj civilizaciji je sposoban da stvara pojmove i da ih upotrebljava. Pojmom odražavamo opšte i bitne stavove o predmetima i pojavama iz spoljašnje i unutrašnje sredine.

Apstraktno mišljenje u našoj stručnoj psihijatrijskoj literaturi ima i sinonime: **logičko, pojmovno i produktivno**. Termin pojmovno mišljenje najpotpunije definiše suštinu apstraktnog mišljenja kao psihičkog procesa.

Apstraktno mišljenje podrazumeva da se tokom razmišljanja i zaključivanja svesno i nesvesno koristimo sledećim intelektualnim operacijama.

— **Komparacija** — misaoni proces se odvija tako što se osobine konkretnog predmeta upoređuju, odnosno kompariraju sa osobinama drugog dobro poznatog predmeta. Recimo, na ispitu student često započinje odgovor na pitanje profesora šta su halucinacije, sledećom rečenicom: "Za razliku od iluzija kod kojih je predmet opažanja pogrešno prepoznat, halucinacije su..."

— **Analiza** — intelektualna operacija kojom se misaono celina razlaže na sastavne delove i razmišlja se o svakom delu posebno.

— **Sinteza** — intelektualna operacija suprotna od analize, misaono sjedinjavanje delova u celinu.

— **Konkretizacija** — razmišljanje o nekoj složenoj pojavi kao celini, sa svim uticajima koji deluju na nju. Recimo, ako razmišljamo zašto se suviše dugo studira. Primenom konkretizacije kao intelektualne operacije ne razmišljamo samo o, recimo, kampa-njskom učenju, već i o motivaciji, adekvatnom izboru fakulteta, kvalitetu udžbenika, materijalnom položaju studenata itd.

— **Apstrakcija** — intelektualna operacija u procesu mišljenja kada se jedan deo izdvoji iz složene celine i razmišlja se samo o tom delu uz zanemarivanje celine. Termin apstrakcija u kontekstu intelektualnih operacija ne treba identifikovati sa terminom apstraktno

mišljenje jer je *abstractio* latinska reč koja znači odvajanje, a *abstractus*, takođe latinska reč, znači misaoni.

— **Indukcija** — intelektualna operacija pomoću koje se na osnovu pojedinačnih podataka donosi opšti stav ili zaključak. Na osnovu pojedinačnih srednjih ocena svih studenata može se doneti opšti zaključak o uspehu generacije.

— **Dedukcija** — intelektualna operacija suprotna indukciji jer se zaključivanje ostvaruje po principu donošenja posebnog zaključka na osnovu opšte poznatog, utvrđenog ili priznatog stava o nekoj pojavi.

— **Metod hipoteze** — zaključivanje na osnovu prethodnog postavljanja pretpostavke ili hipoteze. Postupkom prikupljanja podataka i primenom provera i testova hipoteza se potvrđuje ili odbacuje. Bolesnik, recimo, ima slab apetit, povraća nakon uzimanja hrane i ima bolove u predelu želuca. Postavljamo hipotezu da se, na primer, radi o dispepsiji, ulkusu ili karcinomu želuca. Koristeći se u dijagnostici metodom hipoteze, prvo ćemo odbaciti ili potvrditi pretpostavku da je u pitanju karcinom želuca, i to primenom adekvatnih dijagnostičkih metoda (rendgensko snimanje, body skener, magnetna rezonanca itd.).

Induktivni metod odlučivanja koristi se u medicini poslednja bar dva veka za postavljanje dijagnoze bolesti na osnovu pojedinačnih znakova ili simptoma i potvrdnih testova. Značajno je da savremena naučna medicina, dakle i psihijatrija, danas u dijagnostici koristi i metod hipoteze.

POREMEĆAJI MIŠLJENJA

Poremećaji mišljenja kao složene psihičke funkcije u savremenoj psihijatriji dele se na *poremećaje mišljenja po formi* i *poremećaje mišljenja po sadržaju*.

Poremećaji mišljenja po formi

Poremećaji mišljenja po formi ili formalni poremećaji mišljenja odnose se na:

- poremećaje brzine toka mišljenja,
- način formiranja misli odnosno rečenica,
- povezanost delova misli i
- pravilnu upotrebu pojmova.

U kliničkoj praksi razlikujemo sledeće poremećaje mišljenja po formi.

1. Patološka opširnost je poremećaj mišljenja poznat i kao *bolesna opširnost*, a najčešće je posledica nesposobnosti pacijenta da izdvoji bitno od nebitnog. Nesposobnost odvajanja bitnog od nebitnog u procesu mišljenja manifestovana kao bolesna opširnost u govoru karakteristična je za slaboumne ljude, odnosno za one sa nižim koeficijentom inteligencije. Bolesnik dok govori izgubi determinišuću tendenciju svog misaonog procesa a neretko ne uspe nikako da je saopšti, te ga je teško ili nemoguće razumeti i shvatiti šta zapravo želi da kaže.

2. Bradipsihija je usporen misaoni tok. Klinički se manifestuje kao *bradilalija* (usporen govor). Ovakav formalni poremećaj mišljenja je karakterističan za oštećenja mozga izazvana raznim noksama, kao što su upalni

procesi ili encefalitis, vaskularne lezije mozga, tumori, mehaničke povrede itd. Usporen govor ili bradipsihija je patognomoničan simptom depresivnih bolesnika, posebno u stanju stuporozne depresije.

3. Misaoni blok ili *blok misaonog procesa* je prekid toka misli. Ovaj oblik formalnog poremećaja mišljenja viđa se i kod zdravih osoba. Na primer, kada naglo prekinemo govornika, on neretko nije sposoban da nastavi govor, odnosno "pobegne mu" osnovna ideja, tj. misao. Misaoni blok je karakterističan poremećaj funkcije mišljenja shizofrenih bolesnika, poznat i kao fenomen potpunog prekida misaonog toka. Ukoliko takav shizofreni bolesnik ima i halucinatorne obmane, on često halucinira sopstvene misli i ima predstavu "krađe" misli. Misaoni proces ili tok može kratkotrajno ili privremeno biti prekinut pod dejstvom snažnog afekta a nastaje u brojnim psihogenim stanjima i situacijama.

4. Logoreja je ubrzani misaoni tok, odnosno govor. Ovaj poremećaj forme mišljenja patognomoničan je klinički znak kod maničnih bolesnika.

5. Bujica ideja je maksimalno izražena logoreja. Takođe je patognomonična u maniji, kada ideje naviru velikom brzinom te bolesnik nijednu ne stigne da domisli i da do kraja iskaže. Formalni poremećaj mišljenja poznat kao bujica ideja karakterističan je i po tome što često jedna reč, po pravilu prva, iz nove misli izaziva asocijaciju po sadržaju ili po zvučnosti pojma. Onda bolesnik menja misaoni tok jer novi asociirani pojam postaje nova

ciljna predstava. Nekada bolesnik bujicu ideja doživljava kao beg ideja (*fuga idearum*), a egzaminator (lekar) kao govor "bez veze", odnosno *inkoherentan govor*. Inkoherentan govor se odvija na sledeći način. Na pitanje bolesniku koji je sada mesec, on će odgovoriti "novembar", a poslednji slog *ar* može izazvati novu misaonu asocijaciju te će nastaviti "Ar je mera i kilogram je mera, sve je skupo..." itd. Bolesnik nastavlja govor po asocijacijama "u beskraj".

6. Verbigeracija je besmisleno ponavljanje jedne misli, odnosno postoji stereotipiji govora, viđa se u katatonoj shizofreniji.

7. Perseveracija je nevoljno ponavljanje jedne reči ili rečenice. Postoji u akutnom cerebrovaskularnom insultu. Često za takav poremećaj upotrebljavamo termin "embolusna reč". Perseveracija je posledica oštećenja zona motornog govora u korteksu pa bolesnik na svako pitanje besmisleno ponavlja istu reč. Perseveracija nastaje i u akutno napitom stanju, kada se jedna reč ili jedna misao mnogo puta ponavlja. U takvom stanju akutnih intoksikacija alkoholom oštećena je sposobnost upamćivanja sopstvenih izgovorenih misli.

8. Inkoherentno mišljenje je patognomonično za stanja dezorijentacije u delirijumu ili u demenciji. Karakteriše se time da su delovi rečenice logični ali između njih nema logičke veze. Inkoherencija može biti ekstremno izražena kada nisu logični ni delovi rečenice. Takav poremećaj forme mišljenja ili govora nazivamo "salata od reči". Bolesnik na primer, u govoru ređa samo glagole, imenice ili prideve bez ikakve međusobne veze ("peva, gadno, zelen, stoji, leži, sedi...").

9. Rasulo misli je poremećaj u govoru koji se javlja u pribranoj svesti a tipičan je za shizofrene psihoze. Rasulo misli je u suštini pogrešno povezivanje asocijacija. Bolesnik pojmovima pridaje drugačije značenje nego zdrava osoba i zato asocira pojmove koji se ne asociraju u stanju neoštećenog misaonog procesa. Bolesnik sa težim formalnim poremećajem mišljenja po tipu rasula misli ima raspad pojmova i tako raspadnute delove pojmova povezuje stvarajući nove reči, odnosno **neologizme**. Shizofreni bolesnik, na primer, tvrdi da njegov mozak razara posebna energija *lar*. Dešifrovano, neologizam *lar* znači i bolesnik zna da je primio lek *largaktil* i da on usporava misaoni proces, odnosno, po njegovoj interpretaciji, zatupljuje mu mozak.

Poremećaji mišljenja po sadržaju

Poremećaji mišljenja po sadržaju ili sadržajni poremećaj misaonog procesa se dele na nekoliko grupa.

1. Prisilni fenomeni su misli nametnute protiv volje. U stručnoj literaturi se za ovaj sadržajni poremećaj mišljenja koriste i termini *kompulzivni fenomeni*, *opsesija* i *opsesivni fenomeni*. Pacijentu se nameću predstave sećanja, misli ili podsticaji da se nešto uradi, a on im se svesno, odnosno voljno, opire i doživljava ih kao nešto strano, bolesno. Bolesnik je svestan svog protivljenja i ima uvid u prisilni fenomen kao bolesnu pojavu, to znači da se ne radi o psihotičnom, već o neurotičnom nivou poremećaja.

Prisilni fenomeni kao poremećaji procesa mišljenja po sadržaju su specifični ili patogno-

monični u sindromu prisilnih neuroza, a sporedni simptomi u shizofreniji. Zdrave osobe mogu imati povremeno prisilne fenomene ali uvek u blažoj formi. Recimo, i kod zdravih se može javiti prisilni fenomen da dok šetaju pločnikom staju na svaku treću kockicu u mozaiku. Ukoliko ne urade tako doživeli bi neprijatnost u smislu generalizovane nespecifične napetosti.

Prisilni fenomeni udruženi sa anksioznošću su dijagnostički kvalifikativ opsesivne fobije u okviru neurotičnih poremećaja mentalne ukupnosti. Opsesivne fobije se manifestuju kroz ritualne ili prisilne radnje pomoću kojih takav pacijent pokušava da otkloni neprijatne fobične sadržaje, recimo stalno pere ruke jer ima opsesivnu fobiju od infekcije.

Poseban vid odbrane od opsesivnih fenomena karakterističan je za shizofrenu bolest i poznat je kao **manirizam**. Bolesnik izvodi manirovanu radnju tako što svaki put kad ulazi u neku prostoriju, mora na primer, tri puta da pređe prag i da se vrati da bi konačno ušao i zatvorio vrata.

Precenjene ideje ili "fiksirane ideje", odnosno "fiks ideje", jesu ubeđenja sa velikom emocionalnom investicijom. Precenjene ideje kao poremećaj misaonog procesa javljaju se kod osoba sa strukturnim poremećajima ličnosti. Teško ih je ubediti u netačnost njihovih ubeđenja. Često je u kliničkoj praksi teško razlikovati da li se kod takvih osoba radi samo o precenjenoj ideji, ili je u pitanju sumanuta ideja kao patognomoničan znak duševne bolesti. Psihijatrijska praksa danas nameće tendenciju da se precenjene ideje uklope u sumanuti sindrom u smislu prodroma u nastanku sumanutih ideja kod psihotičnih bolesnika.

2. Sumanute ideje su po svojoj suštini sadržajni poremećaj misaonog procesa u smislu zabluda nastalih na bolesnoj osnovi. *Sumanute ideje su patognomonični simptom duševnih oboljenja, odnosno psihoza.*

Distinkciju sumanutih ideja od običnih zabluda i prisilnih ideja treba napraviti na sledeći način.

— **Zablude** su poremećaji misaonog procesa i kod zdravih osoba zasnovane na neistinitim, netačnim ili nerealnim uverenjima. Zabluda nastaje iz neinformisanosti i neznanja. (U našoj supkulturi u nekim krajevima neobrazovane i neinformisane odrasle osobe veruju u vradžbine i bacanje čini, što je zabluda iz neznanja, ukoliko to čini obrazovana odrasla osoba radi se svakako o sumanutoj ideji.)

Sumanute ideje i prisilne misli je moguće razlikovati na osnovu sledećeg kriterijuma.

— **Prisilnu misao** bolesnik doživljava kao stranu, nametnutu, kao nešto bolesno i aktivno se bori protiv nje, odnosno suprotstavlja joj se. Ukoliko ne uspe da otkloni prisilnu ideju, često traži pomoć lekara jer nije otuđen od realnosti, nije psihotičan.

— **Sumanutu ideju** bolesnik doživljava kao svoje pozitivno i čvrsto uverenje, istinito, ponaša se u skladu sa njom, bori se da je realizuje i dokaže njenu stvarnost, što zapravo dokazuje njegovo psihotično otuđenje od realnosti. Sumanute ideje kvalifikuje mehanizam nastanka, struktura i sadržaj sumanutosti.

Mehanizmi nastanka sumanutosti

1. interpretativan — interpretacija stvarnih doživljaja je suprotna zakonu logike. Sumanute osobe sa interpretativnim mehanizmom nastanka svoje sumanutosti normalno opažaju predmete i pojave u svom okruženju

ali pogrešno shvataju njihovo značenje. Naročito pogrešno krivo shvataju namere i stavove okoline prema njima. Bolesna ili sumanuta interpretacija po svojoj suštini je emocionalni poremećaj misaonog procesa tj. *ideo-afektivni blok*;

2. intuitivan — bolesnik sa intuitivnim mehanizmom nastanka sumanutosti zaključak svesno doživljava, ali je proces zaključivanja nesvestan. Ovakvi sumanuti bolesnici barataju samo aksiomima, odnosno "istinom *per se*", koju ne treba dokazivati jer oni događaje anticipiraju na osnovu intuitivnog verovanja u svoje zablude, što neretko ide do pasiviranosti, odnosno strastnosti.

Intuitivni i interpretativni mehanizmi nastanka sumanutosti su istovremeno mehanizmi psihotičnog otuđenja od realnosti jer za te bolesnike predmeti i događaji iz realnog sveta imaju sasvim drugačije značenje nego za mentalno usklađene ljude;

3. imaginativan — bolesnik sa sumanutim idejama imaginativnog mehanizma nastanka sopstveno maštarenje pretvara u verovanje i doživljava ga kao realnost. Tako se vremenom bolesno transformiše u bolesnikovu realnost. Primer, adolescent mašta da postane čuveni obaveštajac, te u poremećaju misaonog procesa svoje maštarenje iz adolescencije u odraslu dobu transformiše u realno sopstveno uverenje da on i jeste neki tajni agent;

4. halucinatoran — ovaj mehanizam nastanka sumanutosti karakteriše hroničnu halucinatornu sumanutost kao duševno oboljenje – psihozu. Ovde se radi o psihogenim halucinacijama, a ne o pravim halucinacijama i one potiču od projekcija njegovih nesvesnih sadržaja.

Struktura sumanutosti

1. Paranoična. — Paranoičnu strukturiranost sumanutosti karakteriše sistematizovanost bolesnikovih sumanutih ideja, pri čemu jedna misao logički proizlazi iz druge, postoji čvrst ideo afektivni blok. Bolesnik se ne može razuveriti u neistinitost, odnosno nerealnost svoje sumanutosti. Paranoična sumanutost liči metaforično na lanac u kome samo prva alka ne postoji, odnosno bolesna — sumanuta, ostale se "logički" nadovezuju na prvu. Primer: bolesnik intuitivno poveruje da ga žena vara i sve postupke žene on sumanuto interpretira u skladu sa "prvom karikom". Bolesnici sa paranoično strukturiranim sumanutim idejama ako su inteligentni, obrazovani i elokventni uspevaju da indukuju u svoju sumanutost ne samo pojedince već i grupe.

2. Paranoidna. — Paranoidno strukturirani sumanuti sadržaji su upadljivo apsurdni, odnosno nemogući. Sumanute ideje su nesistematizovane, nelogične, nema snažnog ideo afektivnog bloka, bolesnik se lako može pokolebati u svoje uverenje. Paranoidno strukturirane sumanute ideje su mobilne, menjaju se spontano ili pod uticajem sugestije drugih osoba. Paranoidna sumanutost se javlja kod shizofrenih bolesnika.

Sadržaj sumanutih ideja

Teme sumanutosti ili sadržaji sumanutosti mogu biti bezbrojni. Postoji uvek *ideo-afektivni blok* kao emocionalni poremećaj i generator bolesne ili krive interpretacije. Ipak, prema temi, sumanute ideje se mogu podeliti na sledećih nekoliko grupa.

1. Ekspanzivne (megalomanske) sumanute ideje su ideje veličine, pronalazaštva, bogatstva, visokog porekla, predodređenosti za neku misiju itd.

2. Depresivne sumanute ideje u depresivnoj psihozi mogu biti u domenu moralne sfere kao autoakuzacija (samooptuživanje), u sferi zdravlja kao hipohondrijske ideje (bolesnik veruje da boluje od neizlečive bolesti i nema mu spasa), u socio-ekonomskoj sferi (kao ideje društvene degradacije, ekonomske propasti, izopštenosti iz društva i familije itd.).

Nihilističke sumanute ideje su najteža manifestacija depresivne sumanutosti. Bolesnik tvrdi da su mu svi bližnji umrli, na primer, iako su svi živi i zdravi i blizu njega. Bolesnik tvrdi da, recimo, nema creva, da mu je prestala da cirkuliše krv i definitivno i on sam ne postoji — To je *Kotarov sindrom*.

Depresivne sumanute ideje su jedan od značajnih motiva suicida.

3. Sumanute ideje odnosa su takav poremećaj mišljenja po sadržaju da bolesnik smatra sva realna događanja oko sebe povezanim na neki način sa njim samim i kao da se na njega samog odnose. Bolesnik u svim pojavama u okruženju pronalazi skriveno značenje povezano sa sobom, o njemu se govori u sredstvima javnog informisanja, o njemu piše dnevna štampa itd., ali se to čini na "prikriiven način".

4. Sumanute ideje persekucije — proganjanja su najčešće sumanute ideje u kliničkoj psihijatrijskoj praksi. Bolesnik je uveren da ga prate, da je protiv njega organizovana zavera, da ga truju, prisluškuju itd.

Sumanute ideje persekucije su po mehanizmu nastanka uglavnom interpretativnog i intuitivnog mehanizma nastanka, ređe halucinatornog, a skoro nikada imaginativnog. Sumanute ideje persekucije mogu biti paranoično i paranoidno strukturirane.

Sindrom uticaja, tj. sindrom spoljne akcije je najteža forma sumanutih ideja persekucije. Bolesnik smatra da na njega deluju ljudi i prate ga, čak komanduju njegovom voljom telepatiskim putem, na primer, ili posebnim zracima koji uz ostalo uništavaju njegove unutrašnje organe.

Bolesnici koji pate od sumanutosti proganjanja, odnosno persekucije reaguju po pravilu trojako.

Emocionalno otupeli, recimo shizofreni bolesnici, izlažu svoju sumanutost persekucije verbalno bez odgovarajuće emocionalne reakcije, kao da se ne radi o njima.

Druga grupa bolesnika persekutivnu sumanutost doživljava kao egzistencijalnu propast. Oni su nemoćni da se odupru "*agresorima*", povlače se u sebe, postaju depresivni. Postoji entitet psihopatološkog ispoljavanja, poznat kao **senzitivna sumanutost odnosa**.

Treća grupa bolesnika sa sumanutim idejama persekucije reaguje kontranapadom, srdžbom, mržnjom, osvetom, besom. Ovi bolesnici se odupiru i bore protiv progonitelja unoseći u tu borbu svu svoju inteligenciju, emocije i lukavstvo. Ponašaju se strasno te se nazivaju i *strasnim*, tj. *pasioniranim sumanutim*. Dijagnostikuju se i kao **revandikacione sumanutosti**, što podrazumeva borbu za povratak izgubljenih prava. Često ovi bolesnici vode beskrajne sudske procese protiv progonitelja i u psihijatrijskoj kliničkoj praksi se dijagnostikuju kao **kverulentni sumanuti**. Mogu postati opasni i preduzeti neretko ho-

micid protiv progonitelja, odnosno "uzeti pravdu u svoje ruke", te sami sude i presuđuju progonitelju.

5. Sumanute ideje ljubomore se bitno razlikuju od uobičajene, odnosno normalne ljubomore, jer ponašanje u ljubomornom uverenju ovih bolesnika prelazi granice prihvatljivog i ide sve do apsurdnosti. Bolesnik sa sumanutim idejama ljubomore dolazi u stadijum kada strasnost polarizuje njegovu svest tako da svoju sumanutost sistematizuju u zbirku pseudodokaza i lažnih sećanja. Fenomenološki ovde se radi o bolesnoj transformaciji ljubavi, najčešće u situaciji trougla. Mehanizam nastanka ove sumanutosti je najčešće intuitivan ("*iznenada mu je sve postalo jasno, otvorile su mu se oči*"). Sumanutost ljubomore se najčešće u kliničkoj psihijatrijskoj praksi viđa kao komplikacija dugovremene zloupotrebe alkohola, a ređe kod paranoičnih bolesnika.

6. Erotomanska sumanutost je strasna sistematizovana sumanutost ljubomore intuitivnog mehanizma nastanka. Erotomanska sumanutost prolazi kroz tri faze: **nada**, **srdžba** i **osveta**. Najčešće bolesnik misli da je u njega zaljubljena osoba, obično poreklom iz višeg socijalnog stratuma, ili medijska zvezda, državnik, naučnik itd., ali je objekt često i iz istog (bolesnikovog) socijalnog sloja. Svoju polaznu sumanutu ideju razvija u fatalni sistem kroz navedene tri faze: nada, srdžba i konačno osveta zbog neuzvraćene ljubavi.

Postoje dva podentiteta erotomanske sumanutosti:

a) Subjekt (bolesnik) veruje da je Objekt u njega zaljubljen.

b) Bolesnik doživljava sumanuto verovanje da je On (subjekt) strasno zaljubljen u Objekt. Vršiti pritisak na Objekt i traži da mu uzvрати ljubav. U neostvarenju može preduzeti fizički napad na Objekt — neretko.

7. Religiozne sumanute ideje se razlikuju od religioznih uverenja i osećanja kod mentalno usklađenih ljudi. Karakteristika religiozne sumanutosti je u apsurdnosti nastanka i bolesnikovog ponašanja, što je najlakše shvatiti kroz primere iz kliničke prakse. Bolesnik doživljava da mu se "*kroz misli javio Bog i izdao nalog da se striktno pridržava svih religioznih obreda*". Obično takav bolesnik svakodnevno mnogo puta odlazi u crkvu a u slobodno vreme se povlači, najčešće prestaje da odlazi na posao i čita "*religioznu*" literaturu. Kada bliže ispitamo ovakvog bolesnika, shvatimo da su njegova znanja o religiji kojoj pripada i religijama uopšte više nego štura, ne zadovoljavaju minimum, a "*religiozna*" literatura koju danima čita zapravo se sastoji od brošura raznih religioznih sekti izuzetno niske edukativne vrednosti. Bolesnici sa religiozno sumanutim idejama često govore da je crkveni poglavar (u pravoslavnom hrišćanstvu patrijarh) izdao veru te ga treba likvidirati, ne smeniti, a njega (bolesnika) postaviti na tu funkciju kako bi se narod vratio religiji i Bogu. Po pravilu, ovakvi bolesnici ne znaju osnovnu razliku između pravoslavlja i katolicizma i nisu čuli za *Stari* i *Novi zavet*.

AFEKTI

(EMOCIJE — OSEĆANJA)

"Emocije svakog čoveka su polifone."

Antun Augustinčić

Afekt je kratkotrajno, vrlo intenzivno, prolazno stanje osećanja praćeno manifestnim motornim, vegetativnim i endokrinim pojavama kao telesnim odražavanjem afektivnog stanja.

Bes, strah, užas, srdžba, zadivljenost i ushićenje su najčešći afekti.

Afekt ili raspoloženje su subentiteti šireg pojma – osećanja (emocija).

Afekti nastaju uglavnom kao reakcija individue na vitalnu ugroženost i ugroženost socijalne egzistencije (ugroženosti života, socijalnog statusa, časti i dr.).

Afektivitet ili afektivni život – sinonimi za emocije (osećanja) kao deo psihičkog, tj. psihičku funkciju, imaju i zdrave i bolesne osobe.

Duševni bolesnik afektivno reaguje na ne-realne opasnosti kao što su doživljene obmane u sferi čula, patološke interpretacije i slično.

Zdrava osoba afektivno reaguje uvek samo na realnu egzistencijalnu ili socijalnu ugroženost.

Afektivitet ili afektivni život čoveka, a afekti i raspoloženje kao poseban njihov subentitet su osećanja, odnosno emocija. Pripa-

daju emocionalnom delu psihičke ukupnosti uz konativno i saznavno u evropskoj tradiciji podele psihičkog.

Raspoloženje

Raspoloženje je dugotrajno i ravnomerno stanje ili status osećanja difuznog karaktera. Ono primarno zavisi od stanja unutrašnjih organa, a sekundarno od samog karaktera ličnosti. Poznato je da neke osobe manifestuju celog života osnovni tip raspoloženja, te ih nazivamo hipomaničnim veseljacima, flegmaticima itd. Termin **timija** se koristi kao sinonim za raspoloženje.

Cenotimija

Cenotimija podrazumeva vitalno raspoloženje a rezultat je informacija iz unutrašnjosti organizma, odnosno iz telesnih organa. Cenotimija kao dobro vitalno raspoloženje doživljava se kada normalno funkcionišu unutrašnji organi jer se tada u svesti odražavaju samo prijatne informacije. Zdrav čovek svesno ne percipira svoje unutrašnje organe, zato što

je svaka informacija iz telesnih organa u svesnosti uglavnom neprijatna i menja raspoloženje.

Emocije

Emocije, odnosno **osećanja** u našem jeziku področju terminološki se mešaju sa osećajima što često čine čak i obrazovani ljudi, odnosno intelektualci. Studenti medicine a budući lekari u propedevtičkom upoznavanju sa psihijatrijom treba da jasno naprave distinkciju između termina osećaj i osećanje, jer će u profesionalnom životu neretko čuti "imam osećaj ljubavi", "imam osećaj mržnje", "imam osećaj straha", ili "imam osećanje da mi noga trne" itd. Dakle, važno je uočiti pogrešnu upotrebu termina *osećaj* i *osećanje*.

Osećaj je subjektivno odražavanje pojedinih svojstava predmeta i pojava spoljnog sveta. Naše telo je deo tog spoljnog sveta.

Osećanje ima apsolutno subjektivan karakter i rezultat je neposrednog doživljavanja sopstvenog "Ja". Potiče iz ličnosti individue, a odražava kvalitet neposrednog doživljavanja Ega. *Osećanja su izraz čovekovog odnosa i stava prema objektima i pojavama*, a ne javljaju se samo u vezi sa osećajima, već osećaji angažuju naše misli, naše predstave, volju i dr.

Osećanja ili emocije primarno zavise od objektivnog kvaliteta informacije, a sekundarno od prethodnog stava ličnosti prema datoj informaciji, znači zavise od iskustva. Doživljaj bola u stanju renalne kolike svi ljudi osećaju kao neprijatan osećaj. Primer uticaja prethodnog, tj. ranijeg iskustva na kvalitet osećanja ili emocionalnog doživljaja je recimo

prijatno osećanje nastalo zbog provale oblaka u izuzetno vrelom letnjem periodu, dok provala oblaka kod istog čoveka u vreme visokog i opasnog vodostaja reke na čijoj obali živi i ima kuću izaziva neprijatno osećanje, praćeno intenzivnim strahom i strepnjom od poplave.

Emocije, odnosno osećanja se najgrublje dele na: **prijatne** i **neprijatne**.

— **Prijatna osećanja** su razdraganost, radost, ponos, ushićenje itd.

— **Neprijatna osećanja** su strepnja, strah, tuga, sram, griža savesti i sl.

Potpuna definicija osećanja podrazumeva uz navedeno i uvažavanje svih elemenata koji generišu osećanja, odnosno emocionalni doživljaj. Tako se osećanja ili emocije mogu podeliti na sledeće tri grupe.

— Prva grupa su **osećanja kao rezultat reakcije individue na zadovoljenje ili nezadovoljenje vitalnih nagona, odnosno nagonskih potreba**. *Glad* je signal nezadovoljenja nagona ishrane. Vrlo je neprijatno osećanje praćeno emocionalno odraženim kvalitetima kao što je mrzovolja, razdražljivost, bes, tuga itd. *Zadovoljenje nagona ishrane* reflektuje se osećanjem sitosti kao izuzetno prijatnim emocionalnim kvalitetom. Identična je dvostrukost osećanja i u situaciji zadovoljenja ili nezadovoljenja, recimo, seksualnog nagona ili socijalnih motiva.

— Druga grupa su **osećanja kao posebnost reakcije na opažanje informacije** recimo, bol u napadu renalne kolike. Važno je shvatiti postojanje osećanja, odnosno emocionalnog doživljaja i u situaciji sećanja na ranije opažene informacije. Primer za to je neprijatnost pri sećanju na doživljeni bol u ranijem napadu recimo renalne kolike, ili pak prijat-

nost pri sećanju na ranije uspešno položen ispit.

— Treća grupa su **osećanja koja nastaju kao posledica sopstvenog ponašanja individue u kontekstu društvenih odnosa**. Uspešno obavljena obaveza prema ostalim članovima društva izaziva prijatne emocije, dok neuspeh u kontekstu društvenih obaveza izaziva neprijatna osećanja. Najviša i najintenzivnija ljudska osećanja u ovom delu su griža savesti ponos i sram.

Anatomsko-fiziološko objašnjenje ljudskih osećanja (emocija)

Emocije se na današnjem nivou naučne psihijatrije razmatraju kao *energetska kategorija* vezana za određene anatomske strukture mozga. Neuronaučna istraživanja do danas ukazuju da su generator osećanja hipotalamus i delovi mozga definisani kao limbički sistem (amigdale, hipokampus, parahipokampusni i fuziformni girus), talamus i mamilarna tela. Nesporno je da kora telencefalona učestvuje ne samo u inhibitornom koćecem smislu na afektivno reagovanje već i u polarizaciji emocionalne energije, što se odražava kvalitetom osećanja.

Psiho-fiziološka suština nastanka osećanja je transformacija opšte metaboličke energije diencefalona, odnosno limbičkog sistema i korteksa u specifičnu psihičku energiju koju nazivamo osećanje ili emocionalni život. Znači, emocionalni doživljaj ili osećanje je rezultat interakcije diencefalona i kore mozga, s tim što diencefalon ima ulogu energetskog generatora. Osećanje se svesno doživljava, a motorno manifestuje mimikom, gestovima i vegetativnim reakcijama, zavisno od iskustva i na-

učenog. Ljudi posebnih supkultura istom motorikom ili mimikom i gestovima odražavaju različita osećanja. Primer, mi češkanjem iza uha odražavamo zbunjenost, a Kinezi radost ili ushićenost itd.

Uticaj osećanja (emocija) na druge psihičke funkcije

U stanju posebnog raspoloženja ili intenzivnog afekta menjaju se druge psihičke funkcije i čovekovo reagovanje u datim okolnostima. Intenzivna osećanja najčešće utiču na sledeće psihičke funkcije:

1. Stanje *svesti* se neretko alterira pod uticajem naglo nastalog i intenzivnog afekta, što umanjuje uračunljivost osobe pri činjenju dela u takvoj situaciji.
2. Euforično ili depresivno raspoloženje menja kvalitet *pažnje* i za posledicu ima aproseksiju — rasejanost kao poremećaj pažnje.
3. Intenzivni afekti utiču na *percepciju* te mogu izazvati čulne obmane po tipu iluzija a nekada i psihogenih halucinacija.
4. Falsifikovanje *sećanja* može nastati pod dejstvom intenzivnog afekta ili u situaciji posebnog raspoloženja.
5. *Mišljenje* i zaključivanje mogu biti poremećeni pod uticajem intenzivnog afekta. Afekti i raspoloženje su generatori kvaliteta interpretacije objektivne realnosti.
6. Poremećaji *volje i voljnih aktivnosti* su česte u stanju takozvane ambivalencije, odno-

sno istovremenog dejstva dva po kvalitetu suprotna osećanja.

7. *Nagonsko ponašanje* individue je često poremećeno pod uticajem snažnih i intenzivnih afekata. Objašnjenje je suženje svesti zbog dejstva intenzivnog i iznenadnog afekta, što za posledicu ima blokiranje svesne kontrole nad nagonskim pulzijama, te je vršenje nagon-ske radnje impulzivno.

Kontrola i pražnjenje emocija

Neophodna je kontrola motornog pražnjenja naročito intenzivnih afekata. Čovek kao najsavršenije biće je sposoban da zakoči i modifikuje motorno pražnjenje osećanja i emocija, što nije slučaj sa životinjama. Postoji više načina kočenja i modifikacije motornog pražnjenja emocija.

1. ***Intelektualna obrada*** kao najviša forma modifikacije afektivnog pražnjenja ostvaruje se kroz inhibiciju i logičko mišljenje. Individua uspeva da kanališe motorno pražnjenje afekata usklađeno sa socijalnim normama i bez posledica po funkciju telesnih unutrašnjih organa.

2. ***Abreagovanje afekata*** se smatra najpoželjnijim i najzdravijim načinom pražnjenja afekata sa stanovišta funkcionisanja unutrašnjih organa. Odvija se kroz intenzivne motorne akcije kao što su: govor, plač, vika, pokreti srdžbe itd.

Abreagovanje afekata je u službi predikcije od nastajanja psihosomatskih poremećaja i psihosomatskih bolesti. Činjenica je da čovek zbog nametnutih socijalnih normi i prihvaćenih obzira ne može abreagovati svaku

afektivnu situaciju motornim pražnjenjem, što za posledicu često ima disfunkciju telesnih organa. Psihosomatska medicina je već diferencirano područje ili grana savremene naučne medicine koja se bavi ovako nastalim bolestima ili poremećajima.

3. ***Svesno ili namerno prigušivanje emocija*** je čest odbrambeni mehanizam u odrasle osobe i glavni je uzrok disfunkcije vegetativnog nervnog sistema. Jasno je da namerno prigušivanje emocionalne reakcije ili njeno odlaganje izazivaju disfunkciju organa disbalansiranjem homeostaze vagusne i simpatikusne inervacije tih organa. Manifestna telesna događanja izazvana ovim mehanizmom su najčešće hipersekrecija žlezda, spazmi ili dilatacija krvnih sudova itd.

4. ***Potiskivanje afekta*** je komplikovan i kompleksan odbrambeni mehanizam sa velikom energetsom emocionalnom investicijom. Neko održavanje spoljašnje ili unutrašnje realnosti koje izaziva izuzetno neprijatno, užasno ili gnusno osećanje potiskuje se iz svesnosti o takvoj informaciji u podsvesno, što rezultira intrapsihičkim narastanjem konflikta ili nastajanjem kompleksa. Potiskivanjem afekta ne ostvaruje se njegovo pražnjenje u energetskom smislu, već se emocionalna energija potiskuje u dubinu podsvesnog, a sam afektivni naboj se ne razrešava.

5. ***Projekcija afekta*** je nesvesni mehanizam koji podrazumeva premeštanje sopstvenog afekta i osećanja u predmete ili ljude iz okoline. Ovaj mehanizam odbrane je često uočljiv kod dece. Odrasla osoba suočena sa nekom asocijalno neprihvatljivom radnjom da bi izbegla grižu savesti lokalizuje, odnosno pripisuje to delo ličnostima iz neposrednog

okruženja. Na primer, zbog neprecizno izvedenog slobodnog bacanja na košarkaškoj utakmici najbolji igrač u timu često se neopravdano ljuti, a na očigled hiljada posmatrača na nekog od saigrača ili igrača iz protivničkog tima, ili na sudiju, a nekada besno udara nedužnu loptu.

6. Emocionalni transfer ili prenos je fenomen čest kod neurotičnih bolesnika. Praćen je ponašanjem po obrascima regresije na, recimo, nivo dečjeg ponašanja. Termin *transfer* (prenos) u psihijatrijskoj kliničkoj praksi je suptilna i složena pojava karakteristična za relaciju pacijent — lekar (psihijatar). Bolesnik u toj relaciji po pravilu regredira na dečije ponašanje i svoju ljubav prema ocu "prenosi" na terapeuta (lekara).

7. Iradijacija afekta je afektivno pražnjenje na nedužnim osobama. Primer zapažamo u svakodnevnom životu kada se mržnja prema određenoj osobi prenosi i neretko prazni na ljudima koji su na neki, ali često nebitan, način u vezi sa tom osobom, kao što su recimo sunarodnici, daljni srodnici, meštani ili pri-

padnici profesije. U našoj supkulturi iradijacija afekta je data u narodnoj mudrosti "Zbog Nikole mrzi i svetog Nikolu."

Poznavanje brojnih mogućnosti pražnjenja emocija poboljšalo je dijagnostiku kvaliteta i intenziteta osećanja. U pravnoj praksi omogućilo je konstrukciju tzv. detektora laži.

Na osnovu intenziteta i kvaliteta vegetativnih reakcija mogu se procenjivati sadržaji i intenzitet osećanja, odnosno emocionalnih doživljaja merenjem krvnog pritiska, pulsa, frekvence respiracija električnog otpora na koži, kao vegetativnih reakcija.

Brojni psihološki testovi, kao *Roršahov* test, test apercepcije, projekivni testovi i drugi, otkrivaju kod testirane osobe fenomene potiskivanja emocija, fenomene iradijacije afekta, transfera emocija itd.

Psihoanalizom, primenom narko-analize i hipnoze u kliničkoj psihijatrijskoj praksi mogu se dijagnostikovati i otkriti nesvesni sadržaji i kompleksi ili intrapsihičke nerazrešene konfliktnosti.

STRAH

*"Strah životu kalja obraz često."
Njegoš*

Propedevtičko upoznavanje psihijatrije nameće potrebu da studenti u okviru afekata kao psihičke funkcije steknu znanja o strahu kao posebnom kvalitetu psihičkog.

Afekt straha je nasleđeni obrazac ponašanja u funkciji prilagođavanja. Strah je afektivna manifestacija ugroženosti vitalnog motiva samoodržanja. Ovako definisan strah odlikuje i životinje. Čovek može da doživljava dve vrste straha.

A) Realni strah — nastaje kao reakcija na neku realnu opasnost. Naziva se i *normalan strah*. Realan strah je u kvalitetnoj službi opstajanja individue jer povećava pribranost svesti, pojačava opažanje, pojačava pažnju, aktivira kataboličke funkcije, povišava mišićni tonus, izaziva porast adrenalina i glikoze u krvi, omogućava efikasne motorne radnje u funkciji nagona samoodržanja (recimo bekstvo, odbrana, napad i slično u situaciji telesne ili životne ugroženosti).

B) Irealni (patološki) strah je strah na irealne podsticaje i uvek je psihopatološka pojava. Opisuje se u okviru irealnog straha *neurotični* i *psihotični* strah. Irealni ili patološki strah može se klinički opservirati u više oblika.

1. Anksioznost — poseban doživljaj strepnje od generalizovane neidentifikovane opasnosti. Sam bolesnik ne zna od čega strepi i često se izjašnjava da strepi od "svega". U ne-

kim slučajevima postoji realna opasnost kao izvor anksioznosti ali toliko minimalna i izuzetno nesrazmerna u odnosu na intenzitet strepnje koju bolesnik doživljava.

2. Opsesivna fobija — nastaje udruživanjem prisilnog podsticaja sa anksioznošću. Na primer, prisilni podsticaj da se stalno peru ruke udružuje se sa strahovanjem od zarazne bolesti i transformiše se u ritualnu prisilnu radnju pranja ruku nebrojeno puta dnevno.

3. Histerična fobija — odlikuje se nepostojanjem prisilnih fenomena. Bolesnik sa histeričnom fobijom brani se od fobije izbegavanjem opasnih predmeta i situacija. Fenomenološki histerična fobija je recimo klaustrofobija (strah od zatvorenog prostora).

4. Psihotični strah — nastaje kao reakcija na irealne opasnosti u brojnim duševnim bolestima. Najintenzivniji oblik psihotičnog straha je *užas*. Deklanšira se u stanjima sumračne svesti, generisan doživljavanjem zastrašujućih iluzija. Psihotični strah uzrokuju zastrašujuće čulne obmane, kao i sumanute ideje u etiopatogenetskom smislu.

5. Astenični strah — posledica mučnog doživljaja afekta straha. Ne koristi osobi jer izaziva poremećaj drugih psihičkih funkcija i koči odbrambene reakcije pred realnom opasnošću. U našem narodu poznat je izraz "odsekle su mi se noge..." za stanja asteničnog straha u situaciji izuzetne intenzivne percepcije realne opasnosti po život individue ili ugrožavanje uopšte.

POREMEĆAJI AFEKTIVNOG ŽIVOTA

(POREMEĆAJI EMOCIJA)

Poremećaji afektivnog života dele se na kvantitativne i kvalitativne.

Kvantitativni poremećaji afekata

Postoje dve osnovne grupe kvantitativnih poremećaja afekata.

A) *Sniženje ili povišenje raspoloženja*

1. Apatija je kvantitativni poremećaj emocija, a fenomenološki je u stvari emocionalni energetska deficit. Sniženje ili nestanak osećanja je suština apatije. U psihijatriji se za ovakav poremećaj afekata upotrebljavaju termini atimija ili hipotimija. Termini u kliničkoj psihijatrijskoj praksi su **emocionalna tupost**, **emocionalna indiferentnost** i **emocionalna demencija**. Atimija je svakako jedan od najtežih simptoma u psihopatologiji uopšte jer podrazumeva potpuni nestanak emocija tj. osećanja.

2. Euforija je stanje jako povišenog raspoloženja, u smislu veselosti, radosti i optimizma ali bez objektivnog razloga. Euforija je kao simptom uvek patognomonična za duševno oboljenje. Viđa se u akutnoj alkoholnoj intoksikaciji, ali i u maničnoj psihozi.

3. Depresivno raspoloženje je takođe hipertimija u smislu jako povišenog raspoloženja u pravcu intenzivne tuge, sete, krivice, žalosti, duševne patnje ili bola i pesimizma, i to bezrazložno. Patognomonični je znak duševne bolesti koju nazivamo depresija.

Termin *depresija* upotrebljava se i za kvalifikaciju povišenih osećanja setnog raspoloženja i u situacijama intenzivnog tužnog doži-

vljaja kod normalnih osoba. Distinkcija između depresivnog raspoloženja normalnih osoba i depresije u duševnom poremećaju je u tome da normalna osoba u depresivnom raspoloženju poima svet kao bezvredan, a u duševnom poremećaju sam bolesnik je bezvredan i doživljava sebe bezvrednim.

B) *Nesklad između afektivne reakcije i intenziteta provokacije*

1. Abnormalna razdražljivost je intenzivna afektivna reakcija na relativno malu provokaciju. Abnormalna razdražljivost je psihopatološki fenomen relativno čest u kliničkoj praksi kod većeg broja psihijatrijskih entiteta neurotičnog ili psihotičnog nivoa poremećaja.

Afektivna reakcija zdravih osoba ima sledeće dve odlike.

a) *Intenzitet afektivne reakcije je u skladu sa veličinom provokacije.* Abnormalna razdražljivost se karakteriše relativno malom provokacijom, a burnim odgovorom.

b) *Reakcija na provokaciju nije trenutna jer između provokacije i reakcije postoji vreme latencije.* Ono omogućava eventualnu intelektualnu obradu, odnosno svesno prigušivanje afektivne reakcije. **Abnormalna razdražljivost se karakteriše skraćanjem vremena latencije, dakle oštećeni su inhibitorni, odnosno odbrambeni mehanizmi.**

2. Emocionalna labilnost je lako i brzo menjanje raspoloženja na beznačajne povode i tipična je za malu decu. Malo dete plače glasno ili vrišti zbog beznačajnog povoda, izražavajući svoje nezadovoljstvo. Emocionalna labilnost je kao psihopatološki fenomen česta u cerebrovaskularnoj arteriosklerozi. Bo-

lesnici se na beznačajan povod ražaloste do plača, a nekada plaču zbog radosti.

3. Emocionalna inkontinencija je naročito težak stepen emocionalne labilnosti kada zbog beznačajnog povoda bolesnik reaguje intenzivnim afektom kratkog trajanja i naglog prestanka. Emocionalna inkontinencija spada u tzv. dezinhibicioni sindrom, a posledica je slabljenja mehanizama inhibicije kao kvaliteta moždanog korteksa.

4. Patološki afekat je ekstremni slučaj abnormalne razdražljivosti. Na izuzetno malu provokaciju bolesnik reaguje intenzivnim afektom. Ovakvu afektivnu reakciju zovemo vehemenna (*vehemens* – latinski: žestok, neobuzdan). U patološkom afektu nema vremenske latencije jer afektivna reakcija nastaje trenutno usled provokacije i zbog toga se ovaj poremećaj naziva **reakcija kratkog spoja**.

Patološki afekat može dovesti do alteracije svesti, odnosno usloviti sužavanje svesti sa gubitkom sposobnosti kontrole i adekvatnog rasuđivanja. U sudskopsihijatrijskoj ekspertizi se veštači kao neuračunljivost. Patološki afekat kao stanje traje izuzetno kratko. Praćen je intenzivnim motornim pražnjenjem i potom opuštanjem i smirenjem uz delimičnu ili nekada potpunu amneziju za kratki period tog trajanja, odnosno stanja sužene svesti.

Kvalitativni poremećaji afekata

Kvalitativne poremećaje afekata karakteriše nesklad između sadržaja saznanja i kvaliteta emocionalnog doživljaja. Na primer, bolesnik u sferi kognicije percipira opasnost, razmišlja o njoj, izvodi zaključke da mu je život ugrožen, a pri tome doživljava, odnosno odražava osećanje veselosti i bezbrižnosti.

Psihičke funkcije se odvijaju jedinstveno, združeno, sinergično i potpuno saglasno u stanju poželjno normalnog funkcionisanja psihičkog čoveka. Jedinstveno funkcionisanje psihe može biti poremećeno iz brojnih razloga od onih neuronsko-disfunkcionalnih medijatorskog i molekularnog nivoa, do makro-patološke lezije mozga traumom ili infekcijom.

Najznačajniji kvalitativni poremećaji osećanja, odnosno emocija, tj. afekata su sledeći.

1. Paratimija je ideofektivna disocijacija, odnosno rascep ili nesklad između saznanog (kognitivnog) i emocionalnog doživljaja. Recimo, bolesnik shvata realno sahranu bližnjeg rođaka kao odvijanje tužnog događaja ali na emocionalnom planu izražava radost.

2. Paramimija je emocionalno mimička disocijacija. Bolesnik doživljava radosne emocije objektivno, ali aktivnošću mimičke muskulature lica izražava tugu. Neretko je pri tom ta mimička tuga praćena i plačem.

3. Defekt emocionalne rezonance — Emocionalna rezonanca podrazumeva "zaraznu" osobinu osećanja ili emocija. Poznato je da radost prijatelja doživljavamo u emocionalnoj rezonanci adekvatnim osećanjem ličnog radovanja. Dakle, kao da u čoveku postoji rezonator koji omogućava prenos ili prijem emocija sa druge osobe. Kod duševnog poremećaja tipa shizofrenije, bolesnikova osećanja ne izazivaju kod zdrave osobe adekvatne, tj. identične emocije. Nedostaje prenos ili rezonanca. To nazivamo *defektom emocionalne rezonance*.

Paratimija, paramimija i defekt emocionalne rezonance su patognomonični psihopatološki fenomeni za duševne bolesti iz kruga shizofrenija.

VOLJA

i

VOLJNE DELATNOSTI

"Nije važno šta se može i zna, nego da se to isto hoće i usuđuje."

Barba Ring

Volja pripada *konativnom* delu ukupnog psihičkog života čoveka.

Volja se smatra najmlađom psihičkom funkcijom, jer u razvojnog smislu nastaje od svesnog Ja i jedna je od kvaliteta svesti. Ovo potvrđuje klinička psihijatrijska praksa u kojoj se pojmovi i termini svesno i voljno identifikuju.

Volja je proces u psihičkom životu čoveka. Po svojoj suštini predstavlja namerno usmereno i motivisano ponašanje individue prema obrascu svesno izabranog moralnog ponašanja.

Volja se može definisati kao energija svesnog Ja, koja se ulaže u realizaciju svesne želje i namere ali i kao energija kojom svest koči, odlaže ili odbacuje neprihvatljive želje. Jačina energetske investicije u doslednosti, odnosno konsekvencnosti ostvarivanja voljne namere može biti manja ili veća, te se svi ljudi i dele na one sa slabom i na druge sa snažnom voljom.

Argumentovano neki autori tvrde da čovek i nema mogućnost slobodnog izbora, već da je sloboda volje samo zabluda i iluzija. Istina je da se potpuno van svoje volje rađamo, po rođenju beba ne poseduje ni naznake lične volje, a odrastamo i formiramo se pod voljom odraslih. Živimo izloženi uticaju brojnih motiva i bezbrojnih uticaja spoljne sredine. Ko-

načno u najvećem broju ljudi i umiru protivno ličnoj volji.

Volju kao psihičku funkciju najlakše je u propedeutici psihijatrije shvatiti kroz istorijsko evoluciono pristup razvoja ove mlade psihičke funkcije. Instinktivne ili nagonne pulzije ka ostvarenju neke namere imaju i životinje, s tim što se njihove instinktivne pulzije odmah pretvaraju u motornu akciju jer nisu sposobne da priguše želju, da odlože njeno zadovoljenje, niti da je odbace. Slično je i sa detetom tokom psihičkog razvoja. Ono po rođenju nema formirano svesno Ja, a time ni volju i ponaša se nagonski. Dete ne poznaje niti priznaje zakone realnosti i zbog toga ne trpi odlaganje ili odbacivanje instinktivne — nagonne želje, već vrišti dok je ne zadovolji.

Odrastao čovek u svojoj biološkoj i socijalnoj adaptaciji manifestuje niz radnji ili aktivnosti koje treba podeliti na *nevoljne* i *voljne*. Kriterijum za ovu podelu zasniva se na tome da li svest kontroliše ili ne kontroliše tu radnju.

Nevoljne radnje

Nevoljne radnje se odvijaju nezavisno od svesnog Ja, tj. svesne volje i razlikujemo ih kao:

— **Refleksne radnje** su urođeni ili nasleđeni modeli ponašanja i odvijaju se preko refleksnog luka poznatog iz neurofiziologije.

Dakle, refleksna radnja teče po principu odgovora efektora na razdraženje receptora. Refleksne radnje su deo brojnih autoregulatornih mehanizama u našem organizmu jer se refleksnim putem regulišu. Primeri za to su: *akt gutanja, visina krvnog pritiska* itd.

— **Naučeni automatizmi** predstavljaju radnje naučene još u detinjstvu, automatizovane, a odvijaju se bez učešća svesti. Primer su *hodanje, vožnja bicikla, skijanje, vožnja automobila* itd. Radnje kod naučenih automatizama, recimo vožnja bicikla, započinju svesno. Svesnom namerom ili voljom kreće se iz mesta a kasnije automatski vozi pa može da se razgleda okolina ili da se usput razgovara.

— **Prateći automatizmi ili sinkinetski pokreti** predstavljaju nevoljne radnje kao pratioce voljnih radnji. Primer: hod automatski prate sinkinetski pokreti ruku, što olakšava održavanje ravnoteže i pokrete hodanja.

— **Nagonske radnje** se odvijaju po nekom od urođenih obrazaca reagovanja. Na primer, čovek pobegne kada nastane iznenadna životna opasnost, pre nego što svesno shvati situaciju i isplanira akciju. Nagonske radnje retko imaju zreli odrasli ljudi.

— **Nevoljni mimički pokret** je odraz emocionalnog stanja, nevoljno manifestovan karakterističnom ili određenom mimikom.

Voljna radnja

Voljna radnja je posledica namere svesnog Ja. Aktivnosti preduzete u svrhu realiza-

cije te svesne namere su voljne radnje. Svesna želja kao početak voljne radnje je sa energetskog aspekta posledica vitalnih i socijalnih motiva. Sama voljna radnja se odvijava tako što svesno Ja vrednuje želju i usklađuje je sa interesom i stavovima spoljnog sveta, odnosno realnosti u odnosu na tu želju. Svesno Ja zaključuje da li je realizacija želje u skladu sa ličnim interesima individue i normama očekivanog ponašanja individue prema spoljnjem svetu. Tek kada se ovako uskladi želja se pretvara u nameru i odluku, nastaje plan akcije koji povlači svesno energetsko ulaganje, što znači angažovanje volje i voljna radnja se realizuje.

Ovo je pojednostavljeno objašnjenje odvijanja voljne radnje jer želja može biti u saglasnosti sa vitalnim interesima individue ali da odstupa od normi ili morala zajednice. Ovakva situacija proizvodi *konflikt motiva* tako da svesno Ja može doneti različite odluke:

— može **odbaciti** želju ili nameru i tako zadovoljiti sociomotive,

— može **realizovati** želju i nameru suprotno normama zajednice,

— može **odložiti realizaciju** želje ili namere, pa se dobija vreme za razmišljanje, odnosno razrešenje konflikta.

Poželjno kvalitetno strukturirane odrasle osobe sa razvijenim socijalnim kompetencijama ili sposobnostima planiraju sve voljne radnje i uvek ih usklađuju prema sebi i društvu.

POREMEĆAJI VOLJE I VOLJNIH RADNJI

Volja i voljne aktivnosti su u svojoj manifestaciji izrazito individualne i kolebaju se, odnosno razlikuju se i kod iste osobe pod različitim okolnostima.

Poremećaji volje i voljnih radnji postoje u sindromu brojnih mentalnih poremećaja i znak su karakterne nastranosti bolesnika.

Gledano sa energetskog aspekta razumevanja ove psihičke funkcije, poremećaji volje su posledica:

— *umanjenja* ili gašenja njenog energetskog izvora;

— *slabljenja* upornosti i doslednosti kojom se svesna akcija usmerava ka cilju odnosno realizaciji;

— *gubitka* svesne kontrole nad voljnom energijom zbog oštećenja svesti kao psihičke funkcije nadređene volji.

Poremećaji volje i voljnih radnji mogu biti kvantitativni i kvalitativni.

Kvantitativni poremećaji volje i voljnih delatnosti

1. Gubitak slobodne volje u kliničkoj psihijatrijskoj praksi se ne upotrebljava kao kvalifikativ, a odnosi se na nesposobnost individue da voljno odlučuje. Važan je za forenzičku (sudsku) psihijatriju gde se identifikuje sa sintagmom "*slobodna volja i gubitak slobode odlučivanja*".

Gubitak slobodne volje odlika je bolesnika sa alteriranom svesću (stanja sužene svesti, sumračna stanja itd.). Nastaje i pri pribranoj svesti ukoliko je osoba pod veoma snažnim uticajem nekih drugih psihopatoloških fenomena. Savremena psihijatrijska praksa toksiko-

mansku zavisnost definiše kao gubitak slobode i volje prema toksinu (droge, alkohol itd.).

2. Slabost volje. Može se klinički manifestovati i potpunim gašenjem volje. Razlikujemo hipobuliju, abuliju i ambivalenciju volje.

— **Hipobulija** ili slabost volje.

— **Abulija** je potpuno gašenje volje.

Oba stanja su manifestacija energetskog deficita i kvantitativni su poremećaji volje.

Hipobulija i abulija nastaju u brojnim entitetima u psihijatriji, počevši od duševnih poremećaja (depresija i shizofrenije), do brojnih neurotičnih ispoljavanja, kao i u stanjima fizičke i psihičke iscrpljenosti.

— **Ambivalencija** je takav poremećaj volje i voljne delatnosti u kome individua ne može da napravi izbor između različitih ili suprotnih, a istovremenih motiva i želja. Ambivalentna osoba ne može da razreši intrapsihički konflikt i realizuje motiv ili želju jer istovremeno želi i ne želi, istovremeno i hoće i neće, te ne može da odluči da nameru ili motiv prevede u voljnu delatnost. Ovakve konfliktne situacije u kojima osoba nije sposobna da donese odluku uvod su u manje ili više izraženu afektivnu napetost. Ambivalencija nije samo simptom u sindromu neurotičnih poremećaja, već se javlja i kod duševno poremećenih osoba, recimo kod shizofrenih.

Kvalitativni poremećaji volje i voljnih delatnosti

1. Sugestibilnost. Poremećaj volje označen terminom *pojačana sugestibilnost*, vezuje se za osobe koje lako podležu uticajima i su-

gestijama drugih, odnosno nekritično prihvataju bez provere tuđe stavove i naloge.

Pojačana sugestibilnost je normalna kod dece tokom psihičkog razvoja.

Umerena sugestibilnost je prihvatljiva i za normalne odrasle osobe i recipročna je životnom iskustvu individue.

Sugestibilnost se javlja u stanju pospanosti, bilo zbog fiziološke pospanosti, bilo zbog pospanosti izazvane medikamentima, kao i u hipnotičkom stanju.

Sugestibilnost kao psihopatološki fenomen u kliničkoj psihijatriji odlika je histerije i oligofrenije, a posebno osoba u delirijum tremensu. Najteži vid patološke sugestibilnosti je *automatska poslušnost* u shizofreniji.

2. Negativizam — ne prihvatanje ili aktivno suprotstavljanje predlozima i sugestijama drugih. Kod dece se označava terminom *tvrdoglavost*. Tvrdoglavost može biti i karakteristika odraslih.

Pasivan negativizam je poremećaj volje i voljne delatnosti, kada se bolesnik pasivno opire nekom nalogu ili sugestiji.

Aktivan negativizam je činjenje radnji suprotnih od sugerisanih ili traženih.

3. Katatoni sindrom ili katatoni stupor podrazumeva skup simptoma oštećene volje i voljnih aktivnosti. Pojedini fenomeni katatnog stupora javljaju se u shizofreniji, histeriji, depresiji i sličnim stanjima.

Katatoni stupor karakteriše potpuni nedostatak volje. Bolesnik je kao lutka, ne reaguje na spoljne draži, ne govori. Postoji i fenomen voštane savitljivosti mišića *flexibilitas cerea*. U ovom stanju bolesnik opaža, pamti, dakle svestan je. Bolesnik u katatonom stuporu može namah furiozno preći u stanje katatone pomame, koje je nekada ograničeno na samo nekoliko sekundi. Za to vreme bolesnik može da nanese povredu drugom bolesniku ili oso-

blju zatečenom u blizini, da uništi stvari ili naglo udari glavom u zid, a posle toga se ponovo vraća u stanje stupora.

4. Katalepsija — fenomen praćen posebnom ukočenošću mišića katatonih bolesnika. Oni satima ili čak danima zadržavaju telo u neretko bizarnom položaju (psihički jastuk). Zdrav čovek takav položaj ne bi mogao da održi ni približno dugo bez zamora. Objašnjenje je da bolesnik u katalepsiji zbog nedostatka volje ne podleže sa fiziološkog aspekta svesnoj voljnoj kontrakciji mišića, već automatskoj i nevoljnoj te je mišićna zamorljivost mala i zanemarljiva.

5. Ehopatija — pojava u kojoj bolesnik ponavlja radnje koje vidi. U psihijatrijskoj terminologiji poznata je i kao *fenomen ogledala*.

Eholalija je ponavljanje tuđeg govora. Bolesnik na pitanje recimo: "Kako se zovete?", odgovara: "Kako se zovete?"

Ehopraksija je ponavljanje tuđih pokreta.

Ehomimija je ponavljanje mimike sagovornika.

6. Stereotipija — besmisleno ponavljanje iste radnje, istog pokreta, crtanje istog crteža, izgovaranje uvek iste rečenice ili iste reči.

7. Manirovanost — upadljivost u izvođenju neke radnje ili u govoru. Muški transvestiti fenomenološki ispoljavaju feminiziranu manirovanost, a žene muškobanjastu manirovanost. Shizofreni bolesnik manifestuje često čitav niz manira u svom ponašanju, na primer pri pozdravu pruža jedan prst umesto šaku.

8. Bizarnost — poremećaj voljne delatnosti u kome bolesnik nije samo upadljiv već i vrlo čudan, nesvojstvenog držanja i ponašanja. *Bizarnost je patognomonični simptom shizofrenih psihoza*. Bolesnik u bizarnom poremećaju voljne delatnosti, recimo, prilikom pozdravljanja umesto šake pruža nogu, ili plazi jezik itd.

INTELIGENCIJA

**"Više je učinila veština nego sila i češće su umni nadvladali hrabre."
Baltazar Gracian Morales**

Inteligencija je pretpostavljena sposobnost čovekovog mozga da razume objektivnu stvarnost, odnosno domaši aksiomatski istinito realnost.

Inteligencija potiče od grčke reči **inteligere**, što znači shvatiti, odnosno razumeti.

Sa aspekta današnje psihijatrije kao nauke nije moguće dati sveobuhvatnu definiciju inteligencije. Preciznosti radi, a za potrebe sveobuhvatnog definisanja inteligencije kao psihičke funkcije, treba ravnopravno prihvatiti sledeće stavove kao definicije.

Inteligencija je složena psihička funkcija, pripada kognitivnom delu psihičkog života čoveka i zavisi od sinergizma niza drugih psihičkih funkcija, kao što su: svest, opažanje, pamćenje i mišljenje.

Inteligencija se ne može shvatiti kao jedina jedinstvena sposobnost jer obuhvata niz više ili manje nezavisnih sposobnosti, te se govori o više vrsta inteligencije.

Inteligencija je psihička funkcija za čiji razvoj su neophodni preduslovi, pre svih nasledna predispozicija, kao i urođena dispozi-

cija specifična za individuu u smislu granica mogućeg domaćaja razvoja inteligencije.

Ukoliko se posmatra kao posebna izdvojena psihička funkcija, inteligencija podrazumeva specifične mentalne sposobnosti individue koje joj omogućavaju da:

- **shvati prirodu,**
- **shvati pojave oko sebe,**
- **shvati odnose između pojava i predmeta,**
- **uoči bitno od nebitnog u pojavama i predmetima,**
- **misli apstraktno,**
- **predviđa mogućnosti događanja,**
- **donosi sud i sopstvene zaključke o događanjima,**
- **anticipira događanja u budućnosti itd.**

Inteligencija kao složena psihička funkcija je uslov da čovek menja sebe a još bitnije da menja prirodu, poredak u prirodi, kao i pravilnosti prirodnih pojava, da ih podređuje ličnim interesima, potrebama i pogodnostima.

Možda bi najpotpunije, mada ipak ne sveobuhvatne, bile sledeće definicije.

Inteligencija je opšta sposobnost pojedinca da svoje mišljenje upotrebi za nove zahteve.

Inteligencija je opšta mentalna sposobnost prilagođavanja novim zadacima i uslovima života.

Po Fridmanu (1974 g.) inteligencija je sposobnost lakog učenja ili sticanja sposobnosti.

Konačno, inteligencija pomaže čoveku i omogućava mu da ostvari svrsishodnost života namernim, tj. razumskim usmeravanjem mentalne aktivnosti ka moći svog mozga radi ostvarenja relacija sebe i prirode, sebe i drugih ljudi i najbitnije sebe ka sebi.

Stepen inteligencije je urođena datost. Urođena inteligencija je dispozicija — mogućnost koja se tokom intrauterinog i ekstrauterinog razvoja može realizovati kroz brojne alternative.

Inteligencija obuhvata veći broj manje ili više nezavisnih sposobnosti, te se u savremenoj nauci razlikuju sledeći elementi.

1. "G" — generalni ili opšti faktor inteligencije smatra se najvažnijim činiocem razvoja ukupne inteligencije.

2. "S" — specifični faktor inteligencije determiniše razne vrste sposobnosti ili razne vrste inteligencije.

3. **Verbalna inteligencija ili apstraktna inteligencija** podrazumeva sposobnost korišćenja reči, simbola i apstraktnih pojmova.

4. **Socijalna inteligencija** je sposobnost komuniciranja i odnosa s drugim ljudima.

5. **Praktična inteligencija** je sposobnost manipulisanja predmetima.

Važe tri teoretska razmatranja inteligencije.

A) **Unifaktorska teorija inteligencije** shvata inteligenciju kao globalnu sposobnost.

B) **Multifaktorska teorija inteligencije** ne prihvata postojanje opšte inteligencije, već smatra da je inteligencija zbir različitih sposobnosti koje se tokom razvoja ne moraju ravnomerno ostvarivati. *Terston* smatra da najveći deo inteligencije treba vezati za sedam primarnih sposobnosti, a to su:

- 1) računске operacije,
- 2) razumevanje ideja iskazanih rečima,
- 3) pamćenje,
- 4) korišćenje reči u govoru i pisanju,
- 5) rešavanje problema,
- 6) prostorna percepcija i
- 7) brzina percepcije.

C) **Fenomenološka teorija objašnjenja inteligencije** je usmerena na pitanje: "Koje to sposobnosti ima normalno inteligentna osoba?" Genetskom definicijom inteligencije naučno je utvrđen odnos između nasleđenog, urođenog, naučenog i stečenog u razvoju inteligencije. Fenomenološka definicija inteligencije nije samo teoretsko već, praktično, ali i naučno pitanje u savremenoj psihijatriji.

Testovi kojima se meri stepen inteligencije na datom razvojnem nivou konstruišu se sa uporištem na fenomenološku definiciju inteligencije. Zato se duhovito može reći: **Inteligencija je ono što testovi inteligencije mere.**

Fenomenološka definicija inteligencije bi bila najpotpunija ako obuhvati najvažnije osobine inteligentnih ljudi. Te osobine bi bile:

- **sposobnost pojmovnog apstraktnog mišljenja,**
- **sposobnost lakog učenja,**
- **kreativnost, tj. stvaralačka sposobnost rešavanja novih zadataka,**
- **logično rasuđivanje i shvatanje kao vrhunski kvalitet psihičkog života,**

- *spособnost uviđanja i distinkcije bitnog od nebitnog u pojavama i stvarima,*
- *spособnost kritičkog prihvatanja tuđih stavova i kompariranja sa sopstvenim,*
- *spособnost da se sopstveno znanje primeni na najkvalitetniji način u praksi.*

Konačno, inteligencija kao složena psihička funkcija odražava kombinaciju specifičnih i primarnih sposobnosti sa opštim faktorima dispozicije inteligencije.

Razvoj inteligencije i skale za merenje stepena inteligencije

Smatra se da se obično između 16. i 18. godine dovršava razvoj inteligencije prosečno inteligentnih, visoko inteligentnih, vrlo visoko inteligentnih i genijalnih. Razvoj inteligencije, po nekim autorima, može trajati i do 25. godine ako je osoba na granici fiziološke tuposti ili je oligofrena.

Inteligencija se testira, odnosno meri naročito konstruisanim, specifičnim testovima inteligencije. Numerički inteligencija se stepenuje **količnikom inteligencije**. Svi ljudi se po numeričkoj vrednosti količnika inteligencije ostvarenog testiranjem kategorizuju kao:

- **Idioti** — količnik inteligencije 0-20.
- **Imbecili** — količnik inteligencije 20-50.
- **Debili** — količnik inteligencije 50-70.
- **Tupi** — *stupidni* — količnik 70-80.

— **Fiziološki tupi** — količnik 80-90.

— **Prosečno inteligentni** — količnik 90-110.

— **Visoko inteligentni** — količnik inteligencije 110-120.

— **Vrlo visoka inteligencija** — količnik inteligencije 120-140.

— **Genijalni** — količnik inteligencije preko 140.

Male su razlike gradiranja količnika inteligencije u određivanju granice između normalnih i tupih u zvaničnoj udžbeničkoj literaturi.

"**Fiziološka tupost**" ili *priglupi* su kategorija koju klinička psihijatrijska praksa tretira donjom granicom normalne inteligencije.

"**Tupi**" ili *stupiditas* su kategorija najblažeg stepena maloumnosti ili oligofrenije.

"**Debili**" su lak, "**imbecili**" srednje težak, a "**idioti**" najteži stepen maloumnosti (lat. *debilitatio* — slabljenje; lat. *imbecillus* — maloumnik; grč. *idiotos* — malouman).

Količnik inteligencije primenom testova inteligencije za decu izračunava se po formuli da je IQ odnos između umne starosti i kalendarske starosti pomnožen sa 100:

$$IQ = \frac{\text{UMNA STAROST}}{\text{KALENDARSKA STAROST}} \times 100$$

"**Umna starost deteta**" je testiranjem ostvarena vrednost postignuta odgovorima na pitanja u testu.

OŠTEĆENJE INTELIGENCIJE

INTELEKTUALNI DEFICITI

Postoje dve kategorije intelektualnih deficiita.

A) Oligofrenije

B) Demencije

Oligofrenije

(Primarna slaboumnost)

Etiologija oligofrenija ili primarne slaboumnosti ili maloumnosti je multifaktorska:

1) **Nasleđe** — genetska dispozicija, recimo Downov sindrom.

2) **Urođenost** — nastaje zbog intrauterinih afekcija mozga, recimo rubeole majke u trudnoći, porođajne traume, asfiksija ploda, kompresije glave ploda, ali i urođenih poremećaja metabolizma (urođene metabopatiije ili nasleđene — bolesti metabolizma belančevina, masti ili ugljenih hidrata).

3) **Oštećenje mozga u ranom detinjstvu** postnatalno, najčešće zapaljensko oštećenje (encefalitis, meningitis, traume itd.).

4) **Nutritivna karencija u ranom detinjstvu**, posebno u prvoj godini, može biti uzrok slaboumnosti, odnosno deficita inteligencije.

Dijagnozu slaboumnosti u odraslog treba dodatno izdiferencirati na oligofreniju ili demenciju. Najbolji dijagnostički put su vreme nastanka slaboumnosti i fenomenologija. Kod dementnih se uvek nalaze ostaci postignutog razvojnog stepena inteligencije. Dementni čovek — metaforično rečeno je *osiromašeni bogataš*, a oligofren je *siromah od rođenja*.

Stepeni oligofrenije

1. **Debilnost** je najblaži stepen primarne slaboumnosti. Statistički odnos debilnih osoba prema normalnim je 5 - 8 na 1000.

Debilnost prati umereno oštećenje svih sposobnosti koje su kvaliteti i odlika inteligencije. Umanjene su sposobnost apstraktnog mišljenja, upotrebe pojmova, kreativnost, stvaralačke sposobnosti itd. Debili nikada nisu sposobni za samostalan rad, ali mogu biti radno korisni pod nadzorom. Teško uče, te se upućuju u specijalne škole još na početku obaveznog osnovnog školovanja. Debili mogu biti:

— **docilni** — sugestibilni, poslušni i veoma privrženi onima koji se o njima brinu;

— **eretični** — nemirni i ambnormalno razdražljivi na male provokacije;

— **seksualno perverzni** — problem za porodicu i svaki kolektiv.

Kvalitetna socijalizacija može se sprovesti samo nad docilnim debilima.

2. **Imbecilnost** — podrazumeva koeficijent inteligencije od 20 do 50. Po statistikama imbecila ima 1-2 na 1.000 stanovnika. Imbecili nauče da govore ali oskudno, ne školuju se, nesposobni su da uče i nikada se ne osposobe za samostalni život, te se smeštaju u posebne ustanove za brigu o njima. Te ustanove su socijalno medicinske kategorizacije i tipa.

3. **Idiotija** — najteži stepen slaboumlja, IQ (količnik inteligencije) od 0 do 20. Ove osobe su telesno deformisane, stigmatizovane, sa oštećenjima čula, nikada ne nauče da govore nijednu reč. Nesposobni su da se ele-

mentarno samozaštite od vatre, vode itd. Ne mogu steći minimalne higijenske navike. Stavlja u usta sve predmete koje pronađu. Statistička frekventnost idiotije je 0,3 na 1.000 stanovnika. Idioti su po pravilu sterilni, rano umiru zbog interkurentnih infekcija i zadenih povređivanja, čuvaju se u posebnim specijalizovanim ustanovama.

Demencije (Sekundarna slaboumnost)

Demencije za razliku od nedovoljne mentalne razvijenosti, odnosno od primarnog slaboumlja, nastaju nakon dostignutog normalnog nivoa intelektualnog razvoja, tj. inteligencije. Za demencije u našem jeziku nema adekvatnog izraza i u lekarskoj i medicinskoj terminologiji treba izbegavati termin izlapelest, te studentima medicine predlažem da usvoje termin *stečena slaboumnost* ili *sekundarno slaboumlje*.

Demencija je gubitak razvojno dostignutih intelektualnih sposobnosti i koeficijenta inteligencije. Etiologija demencija je u strukturalnoj leziji moždanog tkiva, tj. neurona.

Demencije ili stečenu slaboumnost možemo podeliti na više načina, pre svega prema mogućnosti popravljavanja odnosno lečenja.

1. Reparabilne — popravljive demencije javljaju se tokom brojnih bolesti i funkcionalnog oštećenja mozga, koje se lečenjem i rehabilitacijom poboljšavaju u manjem ili većem obimu ili potpuno. Popravljive demencije nastaju zbog dugovremene hronične zloupotrebe etil-alkohola, dakle alkoholičarske demencije, zatim demencije zbog avitaminoza, kao što je pelagrinozna demencija i brojne druge.

2. Nepopravljive demencije, odnosno nepopravljive stečene sekundarne slaboumnosti

su trajna stanja izazvana traumatskim lezijama mozga, atrofijom mozga poznate ili nepoznate etiologije, kao i senilne i presenilne demencije i brojne druge.

Demencije se dele i prema lokaciji moždane lezije i mogu biti sledeće.

1. Globalne demencije — moždana lezija je globalna, kao što je u stanjima atrofije korteksa. Klinička slika ovako stečene slaboumnosti odgovara globalnoj leziji mozga jer se u kliničkom ispoljavanju beleži gubitak svih intelektualnih sposobnosti, odnosno oštećenje svih psihičkih funkcija. Tipična demencija ove grupe je senilna demencija.

2. Lakunarne demencije — posledica žarišnih, fokalnih oštećenja mozga. Ova vrsta demencija se viđa kod multiinfarkta zbog arterioskleroze krvnih sudova mozga i poznata je u kliničkoj praksi kao multiinfarktna demencija. Ove demencije se bitno razlikuju od globalnih demencija jer nema istovremenog i progresivnog oštećenja svih psihičkih funkcija, već su pojedine od njih manje a druge više oštećene, dok su treće sasvim ili u dovoljnoj meri očuvane.

Savremene psihoterapijske mogućnosti su nemoćne da zaustave proces globalne demencije, dok se postižu značajna klinička poboljšanja u stanjima tzv. lakunarnih demencija.

Udžbenička literatura obrađuje i podelu demencija na:

1. Kortikalne demencije;
2. Subkortikalne demencije.

Klinička slika demencija je karakteristična i praćena slabljenjem ili gubitkom onih kvaliteta koji se pripisuju inteligenciji kao složenoj psihičkoj funkciji. Slabi pojmovno ili apstraktno mišljenje u kliničkoj slici demen-

cije, a dominira konkretno, odnosno bezpomoćno mišljenje. Po pravilu je uvek oštećeno pamćenje, a posebno učenje. Upadljive su i teškoće shvatanja i rasuđivanja, kao i gubitak ranijih kreativnih sposobnosti.

Propedeutički za studente medicine a buduće lekare bitno je da usvoje dovoljno znanja i da tokom praktičnog rada umeju da razlikuju demencije u starosti ne identifikujući ih sa pojmom biološke starosti jer atrofija mozga koja za posledicu ima globalnu demenciju može privilegovati čoveka i u životnoj dobi koja je daleko od granice senilnosti, odnosno starosti.

Naročito su teške kliničke slike globalne demencije u presenilnim demencijama, kao recimo Pikova i Alchajmerova (Pick i Alzheimer) presenilna demencija.

Senilna demencija je bolest, karakteriše je atrofija mozga, javlja se u staračkom dobu. Etiopatogenetski najverovatnije je endogena dispozicija, odnosno uslovljenost nasleđem u najvećem broju slučajeva jer manji broj starijih i oboli od senilne demencije.

Tekovine nauke, a posebno zbog poštovanja minulog rada i mudrosti starih osoba, obavezuju lekara da jasno razgraniči pojam starosti od pojma demencijno oboljenje u starosti, odnosno senilna demencija. Prema aktuelnoj literaturi, doba biološke starosti od 50 do 65 godina naziva se involutivni period, a biološka starost posle 65. godine staračka dob. Dakle, sa napunjenom sedmom decenijom očekuju se klinički fenomeni normalne starosti manifestovani slabljenjem upamćivanja zbog smanjene sinteze belančevina i nukleinskih kiselina u neuronskom metabolizmu. Posledice su slabljenje pažnje, pojava intelektualne rigidnosti u uverenjima, lakša mentalna zamorljivost, emocionalna labilnost i "hipertrofija" karakternih osobina iz mladosti. Nave-

deni fenomeni su iz okvira **statističke starosti** i pripadaju ponašanju statističke većine osoba biološke starosti posle 65 godina. Naučna medicina, posebno savremena psihijatrija, uvažava pojam **individualna starost**, koji se odnosi na ponašanje pojedinih ličnosti u ovom životnom dobu. Činjenica je da postoje stare osobe lucidnije, manje mentalno zamorljive, manje rigidne i generalno mudrije od većine biološki mladih osoba.

Pseudodemencije

Pseudodemencije se odlikuju kliničkim manifestacijama fenomenologije slične demenciji. Nekada čovek zbog raznih zapadanja u po sebi nepovoljne životne situacije (recimo zatvor), glumi iz rentnih pobuda naglo nastalu slaboumnost te na pitanja daje približne odgovore. Recimo, na pitanje: "Koliko krava ima nogu?", odgovara: "Tri", "Golub?" — "Četiri" itd. **Pseudodemencija predstavlja nesvesnu simulaciju demencije.**

Shizofrena demencija

Shizofrena demencija nastaje tokom shizofrene bolesti u dva oblika: kao shizofrena i molekularna demencija.

Shizofrena demencija se javlja u ranoj fazi shizofrenije i posledica je funkcionalnog poremećaja mentalne aktivnosti mozga, odnosno neurona, a ne strukturne lezije mozga.

Molekularna demencija se javlja u odmakloj fazi shizofrenije i klinički je slična globalnoj demenciji. Fenomenološki postoji oštećenje svih psihičkih funkcija a ne samo inteligencije. Participant je verovatno i višegodišnje lečenje neurolepticima shizofrenih bolesnika.

NAGONI

INSTINKTI — MOTIVI

"Ne optužuj prirodu! Ona je svoje učinila, a sad ti učini svoje."
Milton

Nagoni su kod čoveka nasleđeni i urođeni obrasci ponašanja.

Nagoni su kod čoveka psihička funkcija.

Teorijski, nagoni su energetske generatori ukupne ljudske psihičke aktivnosti.

Date definicije su aksiomatski precizne i tačne pod uslovom da se ne postavlja dilema da li je čovek po svojoj suštini primarno razumsko ili nagonsko, odnosno nerazumsko biće. Razum ima prednost nad nagonskim jer determiniše čoveka i omogućava mu da upozna prirodu, ali i sebe, i opredeli svoje ponašanje. Tako je razum kognitivno ili saznavno sredstvo za realizaciju nagonskih pulzija i ciljeva, što pokreće svaku čovekovu mentalnu akciju.

Nagoni, sinonim *motivi*, sinonim *instinkti* (od latinske reči *instinctus* - podsticanje) u ukupnom psihičkom pokreću ljudsko ponašanje, a po suštini su ipak psihička funkcija. Nagoni pokreću čoveka na različite aktivnosti, i to velikom energetsom snagom i investicijom iz nesvesnog, tj. intrapsihičkog individue.

Nagon se svesno doživljava kao želja i potreba ogromne energetske investicije u pravcu zadovoljenja, što rezultuje prijatnošću i potpunim zadovoljstvom. Nezadovoljenje nagona doživljava se kao napetost, razdraženje, neprijatnost, često i kao strah.

Samo čovek kao razumsko ili kognitivno biće može svoje nagonске pulzije da preusmeri, odloži, prilagodi ili ne ispuni bez posledica. Poznato je da životinje instinktivno-nagonске obrasce ponašanja zadovoljavaju kruto, nezamenljivo i neprilagodljivo. Ptice grade gnezdo uvek na isti način, pčele po istom obrascu ponašanja skupljaju med, jegulje i neke druge ribe putuju hiljade kilometara radi mrešćenja i uginu, a potomci prelaze isti put samo u suprotnom smeru.

Nagoni kao generatori čovekovog ponašanja se dele na:

1) vitalne — koji su po suštini biofiziološki, primarni, urođeni, biološki, nasleđeni vitalni motivi ili vitalni instinkti;

2) socijalne — koji su zapravo sekundarni, stečeni, društveni, psihosocijalni motivi. Isključivo ljudski.

VITALNI NAGONI

Vitalni nagoni su nasleđeni i urođeni složeni obrasci ponašanja čoveka, a uslov su biološke egzistencije individue i ljudske vrste.

Nagonski život čoveka se od nagonskog kod životinja razlikuje po sledeće četiri specifičnosti:

- 1) čovek je nagonsko ponašanje stavio pod kontrolu svoje svesti;
- 2) čovek je sposoban da odloži zadovoljenje nagonske pulzije;
- 3) čovek je sposoban da modifikuje svoj obrazac nagonskog ponašanja;
- 4) čovek je nagonsko ponašanje prilagodio zahtevima i potrebama zajednice.

Vitalni nagoni se dele na:

- a) nagon samoodržanja i
- b) nagon održanja vrste.

Nagon samoodržanja

Nagon samoodržanja se deli na:

1. Nagon življenja je u funkciji podsticanja individue da se u svakoj situaciji prilagodi i bori za ličnu biološku egzistenciju i opstanak. Zadovoljenje nagona življenja kod čoveka podrazumeva izbegavanje životno opasnih situacija i aktivnu odbranu protiv svake vrste agresije na sopstveni život, odnosno telo i dušu. Agresija je poseban kvalitet u strukturi ljudskog psihičkog. Propedevtički u psihijatriji treba je shvatiti dvojako.

a) Benigna agresija je u službi biološke adaptacije i čoveka i svih životinja kao odgovor na bilo koju pretnju vitalnim interesima.

b) Maligna agresija je asocijalna manifestacija karakteristična samo za čoveka.

Nije u službi biološke adaptacije. Destruktivna je i okrutna, nije u službi odbrane od opasnosti, nije nagonskog porekla, već je manifestacija ljudskog karaktera (uzrok bezrazložnih homicida, a posebno homicida u ratovima).

2. Nutricioni nagon ili nagon ishrane manifestuje se kao svakodnevna glad i žeđ. U funkciji je obezbeđenja biološkog opstanka. Nutricioni nagon u čoveka podrazumeva traženje hrane i vode, njihovo magacioniranje, preradu, pripremu i konačno jedenje i pijenje.

Nagon održanja vrste

Nagon održanja vrste se deli na:

1. Seksualni nagon — čoveka je u intra psihičkom energetsom smislu veoma snažna potreba. Nezadovoljenje seksualnog nagona prate razdraženje i napetost. Seksualni nagon čovek svesno realizuje na biološki normalan način u želji i potrebi da otkloni razdraženje i napetost i doživi prijetnost. Ovakva definicija ljudskog seksualnog nagona i njegovog zadovoljenja u psihijatriji je poznata pod terminom **libido**.

Cilj libida je da se zadovoljenjem seksualnog nagona doživi prijetnost. Realizacija ovog cilja je moguća samo sa **seksualnim** objektom, tj. osobom suprotnog pola odgovarajućeg uzrasta, što je jedino biološki normalno. **Libido** se zadovoljava **seksualnim aktom**, odnosno koitusom (*coitus* – spajanje). Definitivna realizacija libida je doživljavanje orgazma (sladostrašća), što je psihofiziološki doživljaj.

Da bi student medicine, a budući lekar, izbegao dileme savremenih socijalnih stavova vezanih za humanu seksualnost, ne sme da previdi suštinu iz domena naučne medicine i psihijatrije, a to je da je koitus (uvlačenje falusa u vaginu) jedini prirodan način seksualnog akta i u funkciji je ostvarivanja reprodukcije vrste.

2. Roditeljski nagon je potreba da se bude roditelj, što se realizuje brigom o plodu tokom graviditeta i sveopštom brigom o detetu po rođenju. Novorođenče je najbespomoćnije živo biće u prirodi, apsolutno nesposobno za samostalan život. Zato seksualni nagon bez roditeljskog nagona ne bi obezbedio opstajanje čoveka kao vrste.

SOCIJALNI NAGONI

Socijalni nagoni su posledica čovekovog života u zajednici. Stiču se tokom psihičkog razvoja individue kao potreba prema zajednici u službi socijalne adaptacije. Socijalne nagone je moguće zadovoljiti samo u okviru zajednice odnosno društva.

Poželjni socijalni nagoni su:

1. Afilijativni motiv ili gregarni motiv (*affiliatio* — savez) po svojoj suštini je potreba osobe da sa drugim ljudima funkcioniše udružena u zajednicu koju tako razvija i održava.

2. Motiv za saznanja podrazumeva trajnu potrebu individue da i u zrelom dobu, a ne samo u detinjstvu bogati svoje čulno i logično saznanje o sebi i svetu u okruženju.

3. Motiv samopotvrđivanja je zapravo stalna potreba individue za autoafirmacijom, postizanjem uspeha ostvarenjem sopstvenih ambiciozno postavljenih ciljeva u okviru zajednice. Krajnji cilj je uvažavanje od okoline i dobijanje priznanja i nagrada, tj. *gratifikacija*.

4. Motiv za položajem u društvu podrazumeva nastojanje, preduzimanje i borbu svake psihički zdrave individue da usvoji ona znanja i veštine koje će joj omogućiti više vrednovan društveni status. Svaka zajednica funkcioniše po principu da članovi u grupi imaju definisan status. On u gradaciji nameće

obavezu i određene uloge u podeli rada, ali i vrednovanje, odnosno privilegije.

5. Motiv za radom smatra se nadgrađenim socijalnim nagonom kvalitetno formirane strukture svakog čoveka. Potreba za radom nije privilegovana dispozicija čoveka, mada je savremena civilizacija rad kategorisala kao instinktivnu ljudsku potrebu. Naša civilizacija se temelji na tržišnim odnosima u proizvodnji i intelektualnoj nadgradnji, te se intelektualno ostvarenje tretira tržišno i proizvodno.

6. Altruistički motiv ima najveću vrednost u dimenziji stečenih socijalnih nagona. *Altruizam* je sposobnost individue da podnese žrtvu, odnosno da se odrekne ličnog zadovoljstva u interesu bliske osobe, cele porodice, ili zajednice. Altruizam je poželjna dimenzija u okviru socijalnih nagona za grupu, odnosno sociozajednicu i u interesu je njenog opstajanja i unapređenja nauštrb tendencija individualnog. Altruizam se podstiče svim vidovima ostvarenja i delovanja sociozajednice još u ranom detinjstvu kroz nadgradnju (*umetnost, književnost, pripadnost naciji, pripadnost državnoj zajednici, gratifikovanje simbola države, negovanje opredeljenja i spremnosti da se žrtvuje svoj život u slučaju agresije na državne granice* itd.).

POREMEĆAJI NAGONA

Poremećaje nagona treba razumeti kao poremećaje vitalnih, odnosno prirodnih, tj. nasleđenih bioloških nagona i kao poremećaje socijalnih nagona.

Vitalni nagoni mogu biti poremećeni kvantitativno i kvalitativno, kao i socijalni nagoni.

Kvantitativni poremećaji vitalnih nagona

Kvantitativni poremećaji vitalnih nagona podrazumevaju *poremećaje nagona samoodržanja*, (nagona za **življenjem** i **nutricionog** nagona), te *nagona održanja vrste*, (**seksualnog** nagona i **roditeljskog** nagona).

Kvantitativni poremećaji vitalnih nagona predstavljaju sniženje instinktivnih potreba ili povišenja nagonskih pulzija u energetsom smislu.

Kvantitativni poremećaji nagona samoodržanja

Kvantitativni poremećaji nagona za življenjem

Kvantitativni poremećaji nagona za življenjem mogu se manifestovati kao povišenje želje za životom ili njeno sniženje, sve do samoubistva.

1. Povišenje nagona za životom u psihopatološkom smislu viđa se u sklopu *sindroma hiperhormije* (manija) — kod ove duševne bolesti svi motivi su povišeni.

2. Sniženje nagona za životom do potpunog gašenja želje za životom fenomenološki prati depresivne duševne poremećaje u okviru hipohormičkog ili anhormičkog sindroma, odnosno gašenja svih motiva i nagonskih pulzija.

Samoubistvo ili *suicid*, odnosno fenomen samouništenja, u kliničkoj psihijatrijskoj praksi se manifestuje kroz sledeće fenomene.

a) Suicidalna ideja — bolesnik razmišlja o sopstvenoj bezvrednosti, kao i bezvrednosti svog života i razmatra mogućnost da ga prekinе, odnosno da se ubije.

b) Suicidalna tendencija — bolesnik u misaonom procesu donosi odluku da se ubije i počinje da pravi plan i preduzima određene mere, recimo prikuplja sredstva za realizaciju samoubistva (oružje, lekovi itd.)

c) Tentamen suicidi je sam pokušaj samoubistva, tj. neuspešno i nerealizovano samoubistvo.

d) Suicidum — realizovano samoubistvo, odnosno ostvarenje nameravane a dobrovoljne smrti (*mors voluntaria*).

Motiv samoubistva, i samoubistvena tendencija, u brojnim slučajevima nije dovoljan za realizaciju samoubistva, jer se motiv za prekidom života sukobljava sa suštinom vitalnog nagona i svakako socijalnim motivima i strukturom ličnosti. Zato se takva osoba koleba i traži pomoć — "**apel fenomen**".

Psihijatrija razlikuje tri grupe suicida.

— **Samoubistvo na psihopatološkoj motivaciji** — karakteristično je za duševne bolesti (depresija, halucinacije, shizofrenija).

— **Samoubistvo kao posledica racionalnih motiva** — podrazumeva bilansna ili racionalna samoubistva. Osobe koje se odluče na ovaj vid samoubistva su svesne i sa psihijatrijskog aspekta upravljaju slobodnom voljom. Samoubica pravi bilans pomognut i socijalnim motivima.

— **Demonstrativna samoubistva** — završavaju se uglavnom na nivou *tentamina suicidi* i čine ih osobe sa neurotičnim nivoom poremećene skladnosti svoje mentalne ukupnosti. Treba znati da se nekada pokušaj demonstrativnog samoubistva samo iz rentne namere zadesno ipak završi fatalno.

Kvantitativni poremećaji nutricionog nagona

Kvantitativni poremećaji nutricionog nagona se manifestuju povišenjem ili smanjenjem apetita, kao i potpunim gubitkom apetita, ili kao averzija prema samo nekim namirnicama. Klinički se manifestuju kao:

1. Anoreksija je kvantitativni poremećaj nutricionog nagona u smislu smanjenja apetita. Može se razvijati sve do potpunog nedostatka apetita, odnosno do *in apeticije*.

Anoreksija je prateći simptom u sindromu svih somatskih oboljenja, naročito težih infektivnih ili malignih bolesti. Znak je i kod duševnih poremećaja u okviru sindroma anormije u depresiji i shizofreniji.

Anoreksija kao psihopatološki simptom prati često period puberteta devojčica kao **anoreksija mentalis**. Psihodinamsko objašnjenje ove anoreksije je podsvesna strepnja od somatskog razvoja iz stadijuma devojčice u formiranu ženu, sa primarnim i sekundarnim seksualnim karakteristikama.

2. Averzija prema nekim namirnicama je i normalna pojava u supkulturnim obrascima. Pojedini ljudi se i u normalnoj populaciji opredeljuju samo za određene namirnice. Apetit prema određenim vrstama hrane, bilo po poreklu, bilo načinu spremanja, stiže se tokom razvoja, odnosno od rođenja, od detinjstva. U našoj supkulturi zmije, žabe, psi, mačke se ne jedu, dok su u nekim supkulturama pravi delikates.

Averzija prema nekim namirnicama može nastati iz više razloga:

- *kruto kulturno i religiozno vaspitanje;*
- *vegetarijanstvo u sklopu precejene ideje uprkos naučnim istinama;*
- *strah od trovanja koji se javlja kod sumanutih bolesnika tako da oni odbijaju svaku hranu koju su drugi spremili.*

3. Bulimija je bolesna proždrljivost. Viđa se kod slaboumnih (oligofrenih i dementnih) i bolesnika sa strukturnim lezijama mozga. Bulimičar halapljivo jede i nekada se uguši zalogajem (najčešće komadom mesa) — *bolusna smrt*.

4. Vučja glad — *fames lupina* je fenomenološki manifestacija bolesne proždrljivosti u kriznim situacijama kada nema hrane. Odlikuje se naglim početkom, kratkim trajanjem i naglom prolaznošću. Vučja glad se javlja i kod duševnih bolesnika u stanju alterirane svesti, koja traje po principu kratkih kriza. Tada bolesnik pojede enormnu količinu hrane, na primer — bolesnici sa temporalnom epilepsijom. Nekada kod ovih bolesnika nastaje i fenomen nazvan u literaturi "**konjska žeđ**". Bolesnik u temporalnoj krizi popije ogromne količine vode. **Dipsomanija** je fenomenološki identična "konjskoj žeđi", samo što bolesnik tokom krize popije enormne količine alkohola.

5. Polifagija i polidipsija je povećana potreba za hranom i tečnošću, a posledica je endokrinih bolesti. Tipičan je poremećaj u *dijabetes insipidus*.

6. Obesitas (gojaznost) — je posledica polifagije i masovna pojava, posebno u razvijenim zemljama sveta. Primenom savremenih tehnologija i tehnika proizvode se velike količine namirnica i materijalnih dobara. Preterano jedenje je analogno preteranom uzimanju alkohola. Ukoliko jedenje postane model ponovljenog doživljavanja prijatnosti, govori se o abuzusu (zloupotrebi) hrane. Posledica je gojaznost, koja je prikazana kao socijalna patologija i sve manje prihvatljiva u zajednici. Danas postoje mnoge institucije i pojedinci koji nude programe za mršavljenje. (Gde je kultura konzumiranja hrane?)

Kvantitativni poremećaji nagona održanja vrste

Kvantitativni poremećaji seksualnog nagona

Kvantitativni poremećaji seksualnog nagona mogu biti dvojaki.

A) Povišenje i sniženje energetske snage libida klinički se manifestuju kao:

1. satirijaza i nimfomanija — abnormalno povišene libidinozne pulzije muškarca (*satirijaza*) i žena (*nimfomanija*). Za posledicu imaju učestale koituse ili masturbacije.

Fenomenološki i terminološki satirijaza i nimfomanija su samo simptomi u sindromu duševnih bolesti, pre svega manije, odnosno

u sklopu maničnog sindroma i tako ih treba razumeti i lečiti;

2. seksualna frigidnost — gašenje libida. Sinonimi za seksualnu frigidnost su: *anafrodizija*, *seksualna anestezija*, *anerotizam*.

Gašenje, a pre svega sniženje libida je normalna pojava u starijem životnom dobu. Gašenje ili sniženje libida se javlja kao psihopatološki simptom kod duševno poremećenih (depresija, shizofrenija) u sklopu anormije - gašenja svih motiva. Sniženje ili gašenje libida se fenomenološki javlja i kod bolesnika sa neurotičnim nivoom poremećaja. Naravno, i kod bolesnika od težih ili teških somatskih organskih oboljenja. Prolaznog je karaktera ukoliko se osnovna bolest izleči.

B) Poremećaji u toku seksualnog akta kao nesposobnost da se doživi orgazam — sladostrašće kod žene, ili erekcija penisa kod muškarca. Klinički oblici su:

1. anorgazmija — nesposobnost žene ili neumeće da pri seksualnom aktu ostvari orgazam. Ovaj poremećaj treba razlikovati od seksualne frigidnosti.

Anorgazmija je fenomenološki pojava kod žena sa inače normalnim libidom, pa se one obraćaju lekaru – psihijatru za pomoć. Anorgazmija je često simptom u okviru neurotičnog poremećaja, a u našoj supkulturi je neretko posledica insuficijentnog vaspitanja tokom psihičkog razvoja devojčica, naročito u detinjstvu i pubertetu;

2. seksualna impotencija — nesposobnost muškarca da obavi seksualni akt zbog nedostatka erekcije falusa (*impotentio* — nemoć, *erectio* — podizanje). Impotencija mladih muškaraca u našoj supkulturi je najčešće psihogene geneze. Posledica je nerazrešene intra psihičke konfliktnosti u okviru neurotičnog nivoa poremećaja ukupne skladnosti psihičkog

života muškarca. Nije vezana uvek i samo za seksualnost.

3. ejaculatio praecox — prevremena ejakulacija. Erekcija falusa traje kratko do ejakulacije. Ovaj poremećaj kod muškarca ne daje vremena da se partner zadovolji i doživi sopstveni orgazam, jer se ejakulacija često dogodi pre penetracije penisa u vaginu.

Kvantitativni poremećaji roditeljskog nagona

Kvantitativni poremećaji roditeljskog nagona u našoj civilizaciji nisu predmet psihijatrijskog izučavanja jer spadaju u domene socioloških nauka i pravosuđa.

Kvalitativni poremećaji vitalnih nagona

Kvalitativni poremećaji vitalnih nagona odnose se na devijantno, najčešće sa sociološkog aspekta neprihvatljivo, voljno i svesno realizovanje nagonskih pulzija u okviru nagona za samoodržanjem, kao i nagona za održanjem vrste.

Kvalitativni poremećaji nagona samoodržanja

Kvalitativni poremećaji nagona za življenjem

Kvalitativni poremećaji nagona za življenjem podrazumeva poremećaj nagona za ži-

vljenjem u smislu izbora manje vrednih i manje kvalitetnih mehanizama odbrane u iznenadnoj životnoj opasnosti. Normalno u situaciji iznenadne životne ugroženosti očekuje se reakcija sklanjanja, bega, primena agresije u cilju odbrane, a u slučaju kvalitativnog poremećaja nabrojani mehanizmi zakazuju. Takva osoba ne čini kvalitetan i adekvatan pokušaj da se skloni i spase.

Pod ovaj poremećaj nagona življenja, odnosno samoodržanja, mogao bi se podvesti i fenomen *panike* u situaciji iznenadne katastrofe ili elementarne nepogode.

Kvalitativni poremećaji nutricionog nagona

Kvalitativni poremećaji nutricionog nagona ili *nastranosti u ishrani* označavaju se i kao **nutricione perverzije**.

Pojave kod male dece (trpaju sve u usta, pastu za zube, malter) i trudnica (potreba da jedu kiselo) ne smatraju se psihopatološkim.

Nastranosti u ishrani kao prave nutricionice perverzije, a time i psihopatološke pojave su:

1. koprofagija — potreba da se jede feces ili pije urin. Javlja se u teškim odmaklim stanjima duševne poremećenosti shizofrenih ili dementnih osoba.

2. antropofagija — jedenje ljudskog mesa (grčka reč *antropos* — čovek). U savremenoj civilizaciji evropske supkulture javlja se takođe kod teških duševnih bolesnika, sinonim je *kanibalizam*;

3. nekrofagija — fenomenološki izražena potreba da se jede meso leša (grčki *nekros* — leš).

Kvalitativni poremećaji nagona održanja vrste

Kvalitativni poremećaji seksualnog nagona

Kvalitativni poremećaji seksualnog nagona mogu biti dvojaki.

- seksualne inverzije,
- seksualne perverzije.

Seksualne inverzije

(Neprirodni izbor seksualnog objekta)

*Seksualne inverzije su kvalitativni poremećaji seksualnog nagona i seksualnog ponašanja, zasnovani na abnormalnom izboru seksualnog objekta. Seksualne inverzije se nazivaju i seksualnim aberacijama (latinska reč *aberrare* — znači skrenuti). Inverzije seksualnog nagona su:*

1. Narcizam ili *autofilija* (samozaljubljenost) — subjekt je sam sebi libidinozni objekt. Sopstveno telo je izvor seksualnog razdraženja. Potiče iz grčkog mita o Narcisu koji je video sopstveni lik u vodi i zaljubio se u njega.

2. Homoseksualnost je seksualna inverzija, odnosno kvalitativni poremećaj libida, pri čemu je osoba istog pola libidinozni objekat. Sinonim — *homofilija*. Smatra se da homoseksualnost može biti nasledna, urođena ili stečena u detinjstvu. Objašnjava se kao posledica doživljene homoseksualne agresije u detinjstvu.

Homoseksualnost muškaraca naziva se *pederastija*, a homoseksualnost žena — *safizam*

i lezbejstvo, po pesnikinji Safo koja je živela na ostrvu Lezbos.

Homoseksualne osobe se dele prema ponašanju u ljubavnom odnosu na one koje imitiraju ponašanje svog pola i one koje imitiraju ponašanje i manire suprotnog pola.

Amfierotizam je manifestacija i hetero i homoseksualnosti kod iste osobe.

3. Pedofilija je seksualna inverzija u kojoj je dete libidinozni objekt za odraslu i seksualno zrelu osobu. Postoje homoseksualna i heteroseksualna pedofilija.

4. Gerontofilija je skretanje libida ka starijoj osobi, stara osoba postaje libidinozni objekt. Osobine starijeg doba izazivaju erotičnu razdražljivost invertovanog, odnosno gerontofila. Kriterijum kalendarske starosti nije za svaku osobu uvek merodavan, bitna je individualna starost. Primeri su Geta i Pikaso jer su u osmoj deceniji svog života bili kvalitetni libidinozni objekti mladih žena.

5. Zoofilija je seksualna inverzija u kojoj je životinja libidinozni objekt za invertu. Termin potiče od grčkih reči *zoon* — životinja i *filia* — ljubav. Prema kliničkoj praksi, sve domaće životinje mogu biti objekat erotske uzbuđenosti zoofila.

Seksualno invertovane osobe mogu da celog života priguše svoju seksualnu abnormalnost i da nikada seksualno abnormalno ne opšte, ali ni normalno, a svaki fizički seksualni dodir smatraju "prljavim". Nekada svoje seksualne potrebe zadovoljavaju raznim perverzним načinima i radnjama.

Seksualne perverzije

(Nastrani načini obavljanja seksualnog akta)

Seksualne perverzije su kvalitativni poremećaji seksualnog nagona, karakteristični po nastranom načinu doživljavanja orgazma bez imisije falusa u vaginu.

Nastrani (perverzni) načini doživljavanja orgazma i obavljanja seksualnog akta su:

1. Masturbacija je postizanje erotične uzbuđenosti i orgazma trljanjem sopstvenih genitalija. Ostvaruje se na sledeća tri načina.

— *Samozadovoljenje masturbacijom* — osoba masturbira sama skriveno od okoline trljajući svoje genitalije rukom ili nekim predmetom koji ima oblik genitalija suprotnog pola ili trljanjem sopstvenih butina.

— *Kolektivna masturbacija* podrazumeva da u grupi svaka osoba masturbira sama za sebe, što je česta pojava kod adolescenata.

— *Uzajamna masturbacija* odvija se kada najčešće dve osobe jedna drugoj trljaju polne organe simultano ili u alteraciji. Može biti heteroseksualna ili homoseksualna.

Peting je posebna forma uzajamne masturbacije heteroseksualnih ljubavnih parova, najčešće adolescenata. Tom prilikom se imitira normalan koitus ali bez konačnog uvlačenja falusa u vaginu.

Masturbacija je masovnija što je društvo na višem nivou civilizacije i krupan je mentalno higijenski problem današnjice. Laici imaju pogrešne predstave o masturbaciji, a savremena psihijatrija je deli na *normalnu* — fiziološku i *seksualno perverznu*.

a) "Normalna" ili fiziološka masturbacija

— Jedan broj dece u ranom detinjstvu pokazuje ranu radoznalost za sopstvene genitalije. To čine uglavnom usamljena deca, neza-

dovoljna i često kažnjavana. Njima je "pro-nalazak" masturbacije izvor zadovoljstva. Ova masturbacija izaziva prijetnost koja nastaje iz erotične uzbuđenosti koje dete nije svesno.

— Odrasli ljudi kada ne mogu da zadovolje seksualne pulzije pribegavaju masturbaciji kao jedinom načinu zadovoljenja libida (voj-nici, mornari na dugoj plovidbi, zatvorenici u samici itd.).

— Masturbacija je masovna pojava u adolescenciji i prema istraživačima 75—92% adolescenata masturbira. Masturbacija u adolescenciji je u razvijenom civilizovanom društvu normalna jer su osobe u pubertetu i suviše mlade za slobodnu seksualnu aktivnost. Najbolji dokaz za to je pravno nelegalizovanje braka među nepunoletnim osobama (osim ukoliko ne postoje posebna odobrenja i dozvole). U primitivnim plemenima dozvoljeno je seksualno opštenje sa, recimo, 13 godina, čak i sa 10 godina, posebno devojčicama. Seksualnom edukacijom adolescenata, pre svega u sistemu školovanja, ali i sredstvima javnog informisanja smanjuje se njihova potreba za masturbacijom. Naravno, ulogu u tome imaju i vaspitni stavovi populacije odraslih prema adolescentima, pre svega roditelja.

b) Seksualno perverzna masturbacija

— Podrazumeva onu masturbaciju kada odrasla osoba masturbira i onda kada bi mogla da zadovolji libido na *normalni* način. Takve osobe pravi orgazam doživljavaju samo masturbacijom a u seksualnom aktu samo "fiziološko pražnjenje", kako same objašnjavaju.

— "Normalna" — perverzna masturbacija može se javiti kod adolescenata a cilj nije umanjeње i eliminacija erotične razdraženosti već veštačka erotizacija da bi se doživela prijetnost. Ovakvi adolescenti postaju zavisni od masturbacije jer njome razrešavaju svako nezadovoljstvo bilo koje geneze. To je svakako

neurotičan nivo poremećaja skladnog psihičkog života adolescenta, a nekada je i predznak shizofrenije.

2. Pederastija je perverznan abnormalni način doživljavanja orgazma putem *coitusa per ani*. Pojava je, po pravilu, vezana za muškarce, retko za žene, i tada se naziva *pederastija mulierna*.

Sa psihijatrijskog aspekta pederastiju je pogrešno identifikovati sa homoseksualnošću muškarca, i sa teorijskog i sa praktičnog aspekta. Teoretski, homoseksualnost je seksualna inverzija, a pederastija seksualna perverzija. Praktično, manji procenat muškaraca homoseksualaca inverziju libida zadovoljava pederastijom (perverzijom), prema literaturi do 10%.

3. Egzibicionizam (*exhibicionizam*) predstavlja seksualnu perverziju u kojoj osobe doživljavaju erotsko uzbuđenje i orgazam samo pokazivanjem svojih genitalija osobama suprotnog pola. Po pravilu, egzibicionista erotsko uzbuđenje realizuje orgazmom masturbirajući. Istraživanja u psihijatriji pokazuju da egzibicionista ima mnogo više nego što se misli jer se veliki broj njih prikriva.

4. Voajerizam je seksualna perverzija u kojoj se erotsko uzbuđenje doživljava gledanjem seksualnog akta drugih osoba ili gledanjem nagih osoba suprotnog pola. Ima voajera koji se zadovoljavaju gledanjem erotskih slika i filmova. Nekima to nije dovoljno pa svoju perverznost zadovoljavaju pornografskim slikama i filmovima. Svi voajeri doživljavaju orgazam masturbacijom.

Ekuteri (francuska reč *ecouteur* — slušalac) su perverzne osobe koje se zadovoljavaju slušanjem, ili prisluškivanjem zvukova i gla-

sova nekog ljubavnog para tokom seksualnog akta. Orgazam ostvaruju masturbacijom.

Autoskopofilija je forma voajerizma među introvertnim narcisima. Realizuje se seksualnim zadovoljavanjem masturbacijom gledanjem sopstvenog tela kao erotskog objekta u ogledalu.

5. Sodomija je seksualni odnos sa životinjama (*bestijalnost*). Sodomija je biblijski izraz jer je po legendi u gradovima Sodomi i Gomori narod živeo seksualno perverzno, nedopustivo raskusno i bio kažnjen od boga katastrofičnim uništenjem tih gradova. Sodomija u udžbeničkoj literaturi je objašnjena i kao naziv za pederastiju, a češće naziv za sve perverzije. Invertovani zoofili koji ne mogu prigušiti svoj libido usmeren prema životinjama realizuju orgazam koitusom sa životinjama.

6. Fetišizam je seksualna perverzija kada osoba doživljava erotsko uzbuđenje gledanjem i milovanjem predmeta koji pripadaju libidinoznom objektu. Predmet se naziva fetiš. Teško perverzne osobe mogu kao fetiš imati nakazni deo tela seksualnog objekta, na primer, grbu. Najčešći predmeti seksualnog uzbuđenja za muškarce fetišiste su ženski intimni veš, čarape, cipele itd.

7. Sadizam je seksualna perverzija u kojoj se orgazam doživljava nanošenjem bola seksualnom objektu. Nekada je to samo psihički bol, ili samo fizički, ili oba istovremeno. Najtragičnija vrsta ove perverzije je brutalno usmrćivanje seksualnog partnera radi postizanja orgazma.

8. Mazohizam je seksualna perverzija u kojoj se erotsko uzbuđenje doživljava i reali-

zuje orgazam trpljenjem psihičkog i fizičkog maltretiranja od strane seksualnog partnera u seksualnom aktu.

Primer su bračni par iz čijeg se stana često čuje svađa i buka, a na ulici su zagrljeni, ljube se, istina često imaju modrice ili ogrebotine na licu. Lako je pretpostaviti da se u takvim situacijama najverovatnije radi o perverznom sadisti i mazohisti koji se u svojoj seksualnosti idealno slažu.

9. Transvestizam je seksualna perverzija u kojoj se transvestit oblači u odeću suprotnog pola i menja ponašanje. Oponaša osobu suprotnog pola hodom i obavljanjem poslova tipičnih za suprotni pol. Transvestiti su nekad homoseksualno invertovani, a nekada su bliži metratropizmu.

10. Metratropizam je seksualna perverzija manifestovana potrebom da se zameni obrazac ponašanja u heteroseksualnom odnosu. Recimo, muškarac može ostvariti seksualno zadovoljenje samo sa ženom koja ima telesnu konstituciju i ponašanje kao muškarac (muškobanjaste žene), a on se prema njoj ponaša pasivno i zavisno. Žena metratropist može da se zadovolji samo sa muškarcem koji je feminiziran, odnosno feminizirane građe i ponašanja.

11. Felacija (*fellatio*) ili sisanje je seksualna perverzija muškarca i žene koji orgazam doživljavaju samo sisanjem falusa.

12. Kunilingcija — draženje klitorisa usnama i jezikom do doživljavanja orgazma je neretka pojava u hetero—seksualnom odnosu.

Obavlja se istovremeno sa felacijom uz doživljavanje orgazma.

Felacija i kunilingcija mogu biti sastavni deo seksualne predigre i prihvataju se kao normalni ukoliko se nastave seksualnim aktom, odnosno koitusom, do postizanja orgazma.

Kvantitativni i kvalitativni poremećaji seksualnog nagona (*inverzije* i *perverzije*) se nozološki dele u dve grupe:

a) seksualne abnormalnosti kao jedan od simptoma duševnog oboljenja i

b) seksualne abnormalnosti kao jedini psihopatološki fenomen inače mentalno zdravih ličnosti. Ovakve osobe se nozološki svrstavaju u *Psychopathia sexualis*.

Konačno, u savremenoj psihijatriji se smatra da je većina poremećaja seksualnog nagona, i kvalitativnih i kvantitativnih, posledica loših uticaja sredine tokom razvoja individue pa se takvi poremećaji mogu lečiti ili prevenirati. Vrlo mali broj seksualnih abnormalnosti je nasledno determinisan.

Kvalitativni poremećaji roditeljskog nagona

Kvalitativni poremećaji roditeljskog nagona se ne izučavaju posebno u kliničkoj psihijatriji. Fenomenološki se vezuju za poremećaje skladnosti psihičkog života na nivou neurotičnog ili duševno poremećenog i rešavaju se u sklopu sindroma.

Poremećaji socijalnih nagona

Poremećaji socijalnog nagona se najčešće ogledaju u prenaplašenosti pojedinih socijalnih motiva formirane ličnosti. Poremećaji socijalnih motiva postoje i kod duševnih bolesnika, ali i osoba sa poremećajima psihičke ukupnosti neurotičnog nivoa.

Najčešći poremećaji socijalnih motiva obuhvataju dva elementa.

1. Poremećaj afilijativnog motiva fenomenološki se ispoljava usamljivanjem, povlačenjem u sebe, rečju — otuđenjem od zajednice. Čest je simptom shizofrenije, depresije i brojnih neuroza. Smanjenje ili gašenje, ili nedostatak socijalnih motiva za samopotvrđivanjem, motiva za radom, altruizma i svih socijalnih motiva, viđaju se u duševnim poremećajima kruga shizofrenije i udruženi su u sindromu *anhormije*, ili su posledica gašenja vitalnih nagona. Svakako da se ovakav poremećaj socijalnih nagona beleži i u brojnim oblicima neurotičnog nivoa poremećaja skladnog psihičkog života.

2. Manifestovanja antisocijalnih motiva su poremećaji socijalnog nagona karakteristični za osobe sa karakterološkim poremećajima strukture. U stručnoj literaturi se nazivaju *psihopatija*. Osobe sa antisocijalnim motivima su animozne (neprijateljske) prema društvu i sklone vršenju antisocijalnih radnji koje se kvalifikuju kao *kriminalne*. Ove osobe su svesne da rade protiv interesa društva, ali zbog toga ne doživljavaju osećanje krivice jer u strukturi svoje ličnosti nisu prihvatile društvene norme, već se ponašaju samo po normama koje su u njihovom interesu ali ne i u interesu drugih.

Značajan problem ovog psihopatološkog poremećaja, jeste u tome da sankcije nemaju popravnu vrednost. Ipak, one se u interesu zaštite društva moraju izricati i ponovo u ponovljenim asocijalnim kriminalnim počinjenjima. *Psijatrijanci nekada zbog ponovljenih krivičnih dela za ove osobe predlažu izricanje kazne i primenu mere trajnog aziliranja u duševne bolnice zatvorenog tipa, iako te osobe nisu duševno poremećene.*

MORALNOST

**"Ni država, ni kralj, ni palica u ruci redara ne vladaju nad čovekom.
Samo Dharma (moralnost) štiti ljude od ljudi."
Mahabharata**

Moralnost je složena psihička funkcija. Predstavlja mentalnu sposobnost čoveka da sam sebi svesno zadaje lično odabrane i usvojene norme ponašanja i da sebi izriče moralne sankcije u situaciji ne pridržavanja ili odstupanja od zadatih normi ponašanja.

Moralnost kao psihička funkcija je apsolutno samo ljudska privilegija ali i univerzalnost ljudskog mozga.

Moralnost kao složenu, a najmlađu, psihičku funkciju savremena psihijatrijska nauka izučava i izdvaja iz ukupnog psihičkog života čoveka. Svaki čovek ima moralnost ili dispoziciju da moralnost razvije kao univerzalnu ljudsku mentalnu osobinu.

Moralnost se kao psihička funkcija generiše tokom psihičkog razvoja individue. Razvoj moralnosti vezan je za Super Ego ili svest kao dinamičkog realizatora moralnosti tokom svakodnevnog življenja. **Griža savesti je oružje Super Ega u realizaciji normalne moralnosti. Nametanjem osećanja krivice ostvaruje se samokontrola i osoba čini samo moralno dopuštene radnje.**

Bitno je razumeti da *psihička funkcija moralnost* kroz dispoziciju trpi razvojne transformacije od prvih saznavnih iskustava deteta do pune mentalne zrelosti. Tako podleže mogućem odstupanju kod svakog pojedinca, koje može ići do patološkog, tj. poremećenog.

Moralnost, slično kao i svest, moguće je samo deskriptivno izdvojiti iz mentalne uku-

pnosti, odnosno iz ukupnog psihičkog života čoveka i tako je izučavati.

Kvaliteti moralnosti i njen razvoj pored biološke nasleđene datosti zavisi i od niza sledećih psihičkih funkcija:

Svest kao preduslov i predispozicija moralnosti ugrađuje se u moral individue kao svesnost samog sebe u kontekstu svih u zajednici i kroz svesnost o sopstvenoj jedinstvenosti i neponovljivosti, znači potpune suprotnosti drugim ljudima. Konačno, ugrađuje se i kao svesnost o kontinuitetu sebe u prošlosti, sadašnjosti i budućnosti.

Inteligencija kao preduslov moralnosti omogućava ostvarivanje relacije individue i prirode, individue i zajednice i — najbitnije — individue ka sebi, što je suština moralnosti.

Emocije kao preduslov i dispozicija moralnosti ostvaruju se kroz poseban kvalitet svake individue identifikovan kao **moralno osećanje**. Kvaliteti emocije kao što su: *ljubav, empatija, antipatija, saosećanje*, kao i *mržnja* učestvuju u razvoju moralnosti svake individue.

Volja kao preduslov razvoja moralnosti je bitna jer individua svesnom voljom bira svoj posebni obrazac moralnog ponašanja.

Nagoni kao dispozicija i preduslov razvoja moralnosti su izuzetno bitni. Razumsko, ili saznavno je sredstvo realizacije nagonskih pulzija kao energetskih investitora i pokretača svake čovekove mentalne akcije, pa i moralnosti kao psihičke funkcije. Socijalni nagoni

značajno participiraju u razvoju moralnosti, pre svih *gregarni* motiv i *altruizam*.

Osećanje dužnosti se razvija iz socio-nagonske sfere ili *nagona društvenosti* i posledično participira u razvoju moralnosti kao posebne psihičke funkcije. ***Osećanje dužnosti je preduslov nastanka moralnosti i zbog toga što je nastalo još u ljudskoj preistoriji.***

Mišljenje kao posebna psihička funkcija je nesporan preduslov razvoja moralnosti, pre svega kroz moralno rasuđivanje.

Pamćenje kao preduslov razvoja moralnosti realizuje se učenjem, što je suština razvoja moralnosti.

Moralnost je složena psihička funkcija i ubraja se u društvene pojave, dakle "proizvod je ljudskog društva".

Sadržaj moralnosti su prihvaćene društvene i moralne norme. Svaka osoba stvara i razvija sopstveni vrednosni sistem zasnovan na moralnim normama.

Moralnost se radi lakšeg razumevanja raščlanjuje na moralno *delovanje* (ponašanje) i moralno *rasuđivanje* (saznanje).

Moralno delovanje ili ponašanje podrazumeva svaku akciju individue regulisanu opusom prihvaćenih i ugrađenih moralnih normi.

Moralno rasuđivanje ili saznanje je zapravo onaj deo moralnosti kao psihičke funkcije u kome se donose: *moralne odluke, moralni zaključci, moralni sudovi, kao i izbor dobrog i lošeg u moralno-dilemskim situacijama.*

POREMEĆAJI MORALNOSTI

Uzroke moralnih poremećaja treba tražiti u delovima ove složene psihičke funkcije koji tokom razvoja mogu trpeti nedoslednosti. Razvoj moralnosti u suštini može biti poremećen po formi ili po sadržaju.

Poremećaji moralnosti po formi

Poremećaji moralnosti po formi su poremećaji moralnog rasuđivanja i mogu biti:

1. nezrelo moralno rasuđivanje — osoba se uvek odlučuje za hedonističko-egocentrične, iracionalno-intuitivne ili socijalno-adaptivne odluke u svakoj situaciji ambivalentnog stava prema moralnim normama;

2. bezosećajno moralno rasuđivanje je posledica nerazvijene adekvatne skale emocija tokom razvoja moralnosti. Osobe sa ovakvim po-

remećajem moralnosti po formi imaju defekt socijalnih nagona kao što su: *altruizam, empatija, praštanje i saosećanje. One nisu sposobne da dožive osećanje krivice i grizu savesti.*

Poremećaji moralnosti po sadržaju

Poremećaji moralnosti po sadržaju su fenomenološki poremećaji moralnog ponašanja, odnosno delanja. Poremećaji moralnog ponašanja se terminološki kvalifikuju i kao ***negativna moralnost*** (prostitucija).

Ljudi sa poremećajima moralnog ponašanja su zapravo često izvršioci krivičnih dela (pljačke, krađe, falsifikati, prevare, silovanja, ubistva itd.) a da nisu duševno poremećeni, odnosno bolesni. Ponašanje ovih osoba je determinisano egoizmom i koristoljubljem kao nepoželjnim kvalitetima moralnosti.

SVEST

"Izvan čoveka nije moguće otkriti nove svetove."

Antonin Sova

Svest je najviši domet psihičkog života i isključivo posebnost samo čoveka.

Svest je mlada, ali i najsloženija psihička funkcija.

Svest je teško i skoro nemoguće definisati jer se u savremenom naučnom razumevanju ljudske svesti podrazumeva celina duševnog života savremenog čoveka.

Svest definiše i privileguje ljudsku mentalnu ukupnost u suštini jer sve druge psihičke funkcije pored svesti i moralnosti u nekom stepenu ili analogno prepoznamo i kod drugih životinjskih vrsta.

Psiha je najsavršenija odražena posledica funkcije mozga kao najsloženije žive materije u prirodi. ***Svest je krajnji domet i refleksija psihe na sadašnjem razvojnem nivou Homo-sapiensa.*** Odražavanje unutrašnje i spoljašnje realnosti pomoću mozga je psihički život čoveka, odnosno naša svest.

Kuzen (Cousin) definiše svest na sledeći način: *"Mi ne samo da osećamo nego i znamo da osećamo, mi ne samo da delamo nego i znamo da delamo, mi ne samo da mislimo nego i znamo da mislimo."* Preciznost i jasnoća ovako definisane svesti kao psihičke funkcije ne ostavljaju mesto raspravama i nadanjima onih koji na naučnim saznanjima konstruišu fasci-

nantne kompjutere i robote, sa idejom njihove kognitivne nadmoći u budućnosti. Nikada ti kompjuteri kojima se pripisuje nadljudska moć i sposobnost, neće moći da budu svesni svojih operacija, odnosno svojih mentalnih ostvarenja, a mozak čoveka to jeste i uvek će biti.

Psihijatrijska striktna definicija svesti podrazumeva da je svest složena psihička funkcija koja omogućava individui da ispravno doživljava sebe i daje podatke o sebi (*autopsihička svesnost*), o drugima (*alopsihička svesnost*) i o prostornim i vremenskim zbivanjima (*spaciotemporalna svesnost*).

Savremena medicinska psihologija objašnjava svest složenom psihičkom funkcijom utemeljenom na budnom stanju mozga.

Svest realizuje jedinstveno funkcionisanje mentalne ukupnosti u stalnoj dinamičkoj interakciji nagonско-emocionalnog, konativnog (volja, htenje) i kognitivnog (saznajnog). Svest, dakle, ima integrativnu i asocijativnu ulogu u psihičkom životu svake individue.

Svest omogućava čoveku svesnost o odvijanju svih drugih psihičkih funkcija ("ja govorim ali znam da govorim, svestan sam emocionalne investicije u trenutku govora ili razmišljanja, takođe sam svestan i tendencije da mi misli umaknu na margine sadržaja koji

nameravam saopštiti nekome i svestan sam usredsređivanja sopstvene pažnje da to i ostvarim itd.").

Anatomska i fiziološko objašnjenje geneze svesti, odnosno psihe na nivou današnje neuronauke je delikatno, vrlo kompleksno i puno dilema.

Naučno je nesporno da su neuroni korteksa ljudskog mozga generatori njegovog psihičkog života, odnosno realizovanja i odvijanja pojedinih psihičkih funkcija. Međutim, diencefalon odnosno moždano stablo, a još bliže — retikularna supstanca i nukleus ruber — su anatomska sedišta budnosti — uslova svesnosti. Zbunjuje odgovor na pitanje kako strukture moždanog stabla, odnosno neuroni tih struktura kao filogenetski stare moždane strukture i identične — zajedničke za brojne životinjske vrste, imaju fundamentalnu ulogu u odvijanju najsloženije psihičke funkcije čo-

veka, njegove svesti. Neuronaučna otkrića dokazuju da u psihičkom životu čoveka učestvuju funkcionalno svi neuroni centralnog nervnog sistema na nivou neurobiohemizma, dakle i sve strukture mozga na anatomsko-strukturnom nivou.

Psijatrija XXI veka će kao bitna oblast naučne medicine prihvatiti i dograditi dihotomiju razumevanja svesti kao najsloženije psihičke funkcije. Svest treba razumeti i objasniti u funkciji integratora sveukupne delatnosti mentalnog života individue, a budnost kao uslov spoznanja mentalnog funkcionisanja. Nedostatak budnosti nije potpuni prekid psihičkog, bar ne na molekularnom nivou zbijanja. Spavanje ljudskog mozga i sanjanje treba shvatiti kao odmor neurona i njihovo restituisanje u smislu obezbeđivanja stalne kvalitetne metaboličke homeostaze neurona pojedinačno i svih milijardi neurona mozga orkestralno.

POREMEĆAJI SVESTI

Svest je preduslov normalnog odvijanja ostalih psihičkih funkcija, odnosno psihičkog života. Istovremeno, sve druge psihičke funkcije su uslov kvaliteta i odvijanja *najsloženije* — ***svesti***. Dakle, poremećaji drugih psi-

hičkih funkcija ili svake od njih pojedinačno za posledicu imaju i poremećaje svesti.

Poremećaji svesti se dele na *kvantitativne* i *kvalitativne*.

Kvantitativni poremećaji svesti

Kvantitativni poremećaji svesti su u suštini alteracije budnog stanja. Dubina alteracije budnog stanja definiše i stepen kvantitativnog poremećaja svesti u tri nivoa.

1. Somnolencija je najlakši stepen promene ili oštećenja budnosti i odgovara izraženoj pospanosti zdravih. Bolesnik tone u san, kada nema jačih draži, s tim što se budnost može održavati, recimo glasnim pitanjima ili štipanjem, bockanjem itd. Primer za ovakvo stanje alterirane svesti je lakše trovanje lekovima iz grupe sedativa.

2. Sopor je po fenomenologiji dubok patološki san iz kojeg se bolesnik može razbuditi intenzivnim, uglavnom bolnim dražima i kratko održati u budnom stanju najčešće dok traju intenzivne draži.

3. Koma je najteža kvantitativna alteracija svesti. Budnost odnosno kontinuitet svesti je potpuno prekinut. Komatozni bolesnik se ne može razbuditi odnosno osvestiti nikakvim dražima. Treba znati da najnovija neuronaučna saznanja govore u prilog tome da i bolesnik u komi, odnosno njegov mozak, ima neki nivo saznanja sebe i okoline, te se iz psihijatrijskih i etičko-medicinskih razloga ne predlaže grubo i bolno buđenje komatoznog.

Alteracije budnog stanja, odnosno kvantitativni poremećaji svesti u svojoj genezi uvek imaju afekciju centralnog nervnog sistema, bilo trovanjem psihofarmaceutika ili raznim hemijskim supstancama, subarahnoidalnim i intracerebralnim hemoragijama, ekspanzivnim procesima u endokranijumu, traumatskim edemima mozga, metaboličkim oštećenjima mozga, hiper i hipoglikemijom, uremijom itd.

Kvalitativni poremećaji svesti

Kvalitativni poremećaji svesti su po suštini sindromi pomućenja svesti sa refleksijom simptoma pometenosti ili suženja svesti. U kliničkoj psihijatrijskoj praksi se razlikuju i izučavaju brojne kvalitativne alteracije svesti, odnosno pomućenja svesti.

1. Konfuzno stanje ili dezorijentacija fenomenološki je nesposobnost bolesnika da se ispravno orijentiše. Bolesnik u konfuznom stanju svesti nije sposoban da se potpuno i ispravno orijentiše autopsihički (u odnosu na sebe), i/ili alopsihički (u odnosu na okruženje) i/ili spatiotemporalno, tj. u prostoru i vremenu. Najređa u konfuznom stanju su istovremena oštećenja sva tri navedena nivoa orijentacije.

2. Delirijum je specifično pomućenje svesti izazvano delovanjem toksičkih ili toksi-infekcijskih noksia na mozak. Dezorijentacija u delirijumu praćena je, po pravilu, čulnim obmanama, iluzijama i halucinacijama, vegetativnim poremećajima, strahom i psihomotornim nemirima itd.

3. Amentni sindrom je posebno stanje kvalitativne alteracije svesti u kome bolesnik nije sposoban da shvati celinu u kojoj se nalazi. Bolesnik u amentnom sindromu ispravno opaža predmete i pojave oko sebe pojedinačno ali ne može da dokuči njihov kauzalitet i povezanost, ne može da izvrši sintezu i interpretira celokupno zbivanje ili događaj u kome učestvuje.

4. Sužena svest je stanje kvalitativnog oštećenja svesti, izuzetno teško za opisivanje i razumevanje. Suženje svesti kao klinički fe-

nomen nastaje naglo u vidu krize, kratko traje i naglo prestaje. Bolesnik se ne seća svog ponašanja niti događanja oko sebe za vreme trajanja suženja svesti. Objašnjenje je izmena "psihičke tenzije", a engrame stvorene na ovom nivou psihičke tenzije nije moguće ekforisati na normalnom nivou psihičke tenzije. Sudskopsihijatrijski ovo znanje je bitno jer bolesnik u samo ponovnom stanju sužene svesti može ispričati svoja činjenja ili događaje iz ranijeg takvog stanja, a to ne može da potvrdi pri pribranoj svesti.

Poznata, a prolazna stanja sužene svesti su: ***histerično suženje svesti, hipnoza (po suštini je suženje svesti izazvano sugestijom hipnotizera), nokdaun boksera i nastavljanje borbe, temporalni epileptički napadi itd.***

5. Sumračno stanje je poseban kvalitativni poremećaj svesti. Po suštini je to složen fenomen sužene svesti, dakle sindrom. Fenomenološki, ovo suženje svesti kao klinička manifestacija je praćeno čulnim obmanama. Sumračno stanje bolesnika je jedno od najdelikatnijih i najrizičnijih u psihijatrijskoj praksi uopšte. Bolesnik u sumračnom stanju, po pravilu, trpi intenzivan strah izazvan zastrašujućim halucinacijama, koji namah može narasti do užasa. Bolesnik može početi da se brani i jednim potezom može da ubije nekoga iz svoje blizine.

6. Automatizam ili automatsko ponašanje je kvalitativni poremećaj svesti koji karakteriše disocijacija između ponašanja i svesti. Određene radnje se u ovom kvalitativnom poremećaju svesti odvijaju bez svesne voljne kontrole. Automatizmi kao patološki fenomeni su klinička manifestacija epilepsije, po-

sebno psihomotornih epileptičkih napada. Svakako da se čovek i u normalnom stanju svesti može da ponaša automatski, pri čemu pažnja i mišljenje mogu biti istovremeno usmereni na nešto drugo.

7. Somnambulizam (noktambulizam) ili mesečarstvo je u suštini jedan oblik automatskog ponašanja. Noktambulizam se klinički manifestuje ustajanjem iz sna, tumananjem po stanu ili napuštanjem stana i lutanjem otvorenih očiju.

Somnambulizam se javlja najčešće kod dece i u sklopu je emocionalnog poremećaja ili posledica loših odnosa u porodici. Nekada je i epi-fenomen. ***Somnambulizam se objašnjava disocijacijom sna i motorne, a često i perceptivne aktivnosti bolesnika.***

8. Fuge su nemotivisana besciljna lutanja bolesnika, redovno praćena amnezijom. Bolesnik iznenada besciljno odluta ili se da u beg, a kada fuga prestane nije sposoban da objasni zašto to čini ili zašto je to učinio. Bolesnik tokom fuge kao kvalitativnog poremećaja svesti može da vodi konverzaciju sa drugim osobama, a da ne izazove sumnju da je on u stanju kvalitativno alterirane svesti.

Fuge su najčešće simptom u sindromu psihomotorne epilepsije, depresije kao duševnog poremećaja i konverzivnih neuroza.

9. Hipnotičko stanje je kvalitativna alteracija svesti izazvana sugestijom hipnotizera i po kvalitetu spada u poremećaje opisane kao suženje svesti. Osoba u hipnotisanom stanju ostvaruje kontakt s okolinom preko hipnotizera, a svi drugi vidovi kontakta su prekinuti.

ORIJENTACIJA

**"Ma koliko poznavali svet on će uvek zadržati
jednu noćnu i jednu danju stranu"
Gete**

Propedevtički su razlozi za prikazivanje *orijentacije* kao posebne psihičke funkcije. Klasično u udžbenicima se u okviru svesti (nepripadajuće i nedovoljno jasno) opisuje i definiše orijentacija i njeni poremećaji.

Orijentacija kao posebna psihička funkcija podrazumeva sposobnost individue da je svesna sebe, odnosno sopstvenog Ja i da može da pruži podatke o sebi, da je svesna okruženja i da može verbalno identifikovati kvalitete i karakteristike predmeta i osoba u okruženju, da individua poima prostor i vreme i da je svesna sebe i drugih i u vremenu i u prostoru.

Treba razlikovati sledeće kvalitete orijentacije:

— **autopsihička orijentacija** — orijentacija prema sebi,

— **alopsihička orijentacija** — orijentacija prema drugima i

— **spaciotemporalna orijentacija** — orijentacija u prostoru i vremenu.

Ispravna ili normalna orijentacija podrazumeva kao preduslov neoštećene sledeće psihičke funkcije: **svest, opažanje, pažnju, pamćenje i mišljenje.**

POREMEĆAJI ORIJENTACIJE

Poremećaji orijentacije su uglavnom posledica poremećaja svesti, pažnje, mišljenja ili pamćenja — psihičkih funkcija koje su uslov za odvijanje orijentacije kao posebnog dela ukupnog psihičkog.

Prilikom oštećenja orijentacije obično prvo

stradaju područja *vremenske* orijentacije, zatim *prostorne*, te orijentacije *prema drugim ljudima* i obično na kraju orijentacija *prema sebi*.

Poremećaji orijentacije dele se na **kvantitativne i kvalitativne**.

Kvantitativni poremećaji orijentacije

Kvantitativni poremećaji orijentacije mogu biti:

1. Kvantitativni poremećaj orijentacije prema sebi. To je takvo stanje autopsihičke dezorijentacije da bolesnik nije u stanju da pruži pouzdane osnovne podatke o sebi i svojoj prošlosti. Podaci koje bolesnik daje o sebi u ovakvom stanju poremećaja orijentacije su *nepouzdati, nesigurni, nepotpuni* ili su *potpuno netačni*.

2. Kvantitativni poremećaj orijentacije prema drugim osobama karakteriše nesposobnost bolesnika da sigurno poznate osobe prepozna ili pak ih zamenjuje sa drugima.

3. Kvantitativni poremećaj orijentacije u vremenu je karakterističan po tome što bolesnik nije sposoban da proceni vremenske odnose između pojedinih događaja i pojava u kojima je učestvovao. Bolesnik u kvantitativnom poremećaju vremenske orijentacije ne zna dan, datum, mesec, godišnje doba i godinu. Orijentacija u vremenu može biti i delimično oštećena (primer. zna dan i datum a ne prepoznaje doba dana).

4. Kvantitativni poremećaj orijentacije u prostoru se manifestuje dezorijentacijom, odnosno neprepoznavanjem dobro poznate sredine. Bolesnik ne prepoznaje ambijent svog stana ili kuće. U težim slučajevima kvantitativnog poremećaja prostorne orijentacije bolesnik ne prepoznaje ni svoj grad u kojem decenijama živi.

Kvantitativni poremećaji orijentacije su simptomi u sindromu tzv. moždanih organskih psihosindroma, odnosno posledica težeg oštećenja mozga, ali nekada i egzogenih iznenadnih događanja, recimo kao što su na primer, zemljotres ili neka katastrofa.

Kvalitativni poremećaji orijentacije (Dezintegracija ličnosti)

Kvalitativni poremećaji orijentacije, odnosno dezintegracija ličnosti u suštini su poremećaji najviše integrativne funkcije svesnog Ja.

Dezintegracija svesnog Ja, tj. ličnosti kao kvalitativni poremećaj orijentacije klinički u psihopatološkom smislu može biti kao:

1. Disocijacija ličnosti. Podrazumeva nesposobnost individue da funkcijom sopstvenog ega obezbedi harmonično i saglasno funkcionisanje psihe, odnosno njenih delova, tj. psihičkih funkcija integralno. Disocijacija ličnosti je patognomonični simptom shizofrenija. Klinički se manifestuje kao ideoafektivna disocijacija, ili paratimija. Paramimija predstavlja afektivno mimičku disocijaciju, pri čemu bolesnik u sferi saznanja, doživljava mučne informacije emocionalno odražava mimikom prijetnosti.

2. Udvojena ličnost ili višestruka ličnost je kvalitativni poremećaj auto-orijentacije u kojem bolesnik sebe doživljava čas kao jednu, čas kao sasvim drugu ličnost. Specifično je da u ovoj vrsti poremećaja jedna ličnost "**ne zna**" za drugu (poznato studentima iz fil-

movu), a radi se uvek o neurotičnom nivou poremećaja mentalne ukupnosti bolesnika.

Udvajanje ličnosti u shizofreniji je čest simptom. Shizofreni bolesnik sebe doživljava udvojeno ali nikada u alteraciji kao neurotični bolesnik, već najčešće u simultanom, odnosno istovremenom doživljavanju dve ličnosti u sebi.

Udvajanje ličnosti je u suštini disocijacija Ega.

3. Depersonalizacija je takav kvalitativni poremećaj autoorijentacije u kojem dominira fenomen alijenacije (otuđenja) od sopstvenog Ja, odnosno sopstvene ličnosti.

Depersonalizacija je patognomoničan znak u sindromu poremećaja duševnog skladnog funkcionisanja shizofrenih bolesnika.

Depersonalizacija ima sinonim u udžbeničkoj literaturi — *autopsihička derealizacija*.

Transformacija ličnosti je najteži oblik fenomena depersonalizacije kao kvalitativnog poremećaja autoorijentacije. Bolesnik ne doživljava sebe samo čudno i izmenjenim, već ima doživljaj da je postao neki drugi čovek i to saopštava drugima. Nekada se transformiše u životinju i ponaša se po obra-

scima ponašanja životinje u koju se transformisao.

4. Alopsihička dezorijentacija je kvalitativni poremećaj orijentacije prema drugim ličnostima. ***Fenomenološki alopsihička dezorijentacija je otuđenje svesnog Ja (sopstvene ličnosti) od spoljašnjeg sveta.*** Bolesnik ljude i prirodu doživljava posebno, čudno, ne-realno i izmenjeno.

Alopsihičku derealizaciju kao otuđenje od realnosti treba razlikovati od otuđenja zbog čulnih obmana (iluzije, halucinacije) i od otuđenja u sumanutosti zbog sumanutih ideja.

Najozbiljniji simptom psihotičnog otuđenja od realnosti i uopšte psihopatološki simptom je nestanak ili brisanje granice svesnog Ja. Svesno Ja obezbeđuje svestan doživljaj integriteta sopstvene ličnosti u odnosu na okruženje, odnosno spoljni svet. Rušenjem ove granice između svesnog Ja i spoljnog sveta, bolesnik gubi unutrašnju intimnost sopstvene ličnosti, a u kliničkoj manifestaciji saopštava da svi znaju šta on misli, čak drugi izgovaraju njegove misli. Nestanak granice svesnog Ja i spoljašnjeg sveta vraća pacijenta na nivo malog deteta jer sasvim malo dete nije svesno razlike između sebe i sveta, niti razlikuje žive i nežive predmete.

POSEBNI POREMEĆAJI PSIHIČKIH FUNKCIJA

Postoje brojni psihopatološki poremećaji koje nije moguće u potpunosti svrstati u poremećaje neke psihičke funkcije sa aspekta savremene psihijatrijske nauke. Najčešći takvi fenomeni u kliničkoj praksi su:

1. Doživljaj uticaja sa strane. Predstavlja psihopatološki fenomen sličan depersonalizaciji. Bolesnik sa doživljajem uticaja sa strane je nepokolebljivo uveren da njegovim postupcima upravlja druga osoba i da se on zbog toga ponaša kao automat. Ovaj psihopatološki poremećaj je karakterističan za shizofreniju.

2. Krađa misli je poremećaj takođe sličan depersonalizaciji. Prate ga sumanute ideje odnosa i persekucije (proganjanja). Bolesnik je ubeđen sa pozitivnim sudom realnosti da druga ličnost koju on tačno identifikuje krade njegove misli. Ovaj psihopatološki poremećaj je karakterističan takođe za shizofrene bolesnike.

3. Nametanje tuđih misli je takođe psihopatološki poremećaj iz opusa depersonalizacije. Bolesnik doživljava sopstvene misli kao nametnute od nekog drugog ili od više osoba iz okruženja. I ovaj poremećaj je u sklopu psihopatološkog sindroma shizofrenije.

4. Tranzitivizam se u ranijoj udžbeničkoj literaturi ubrajao u fenomen depersonalizacije. Bolesnik sopstvene doživljava i postupke i sve ono što se tiče njega pripisuje drugoj osobi ili drugim osobama. Tranzitivizam je jedan od patognomoničnih simptoma u shizofrennoj bolesti.

5. Autizam je fenomenološki prekid veze sa spoljašnjim svetom, povlačenje u sebe i ostvarivanje sveukupnog psihičkog doživljavanja u sopstvenoj unutrašnjosti. Autističan bolesnik ne usmerava svoju psihičku energiju prema okruženju, te na druge ostavlja utisak bezosećajne i afektivno distancirane hladne osobe.

Okolina ne može da shvati autističnog bolesnika jer on ne zauzima odgovarajući stav u datoj situaciji, ne iskazuje ga i ne prilagođava se afektivno niti motorno stvarnosti. Smatra se da se autistični bolesnik ponaša samo prema svojim intrapsihičkim doživljajima, te zbog toga nema želju ni svesnu volju da uspostavi ni minimum odnosa sa okolinom. Autizam se susreće kao psihopatološki simptom u shizofreniji.

Leo Kaner je 1943. godine prvi opisao kao posebni entitet autizam dece. Time je autizam definitivno izdvojen iz dotadašnje nozološke jedinice "*dečja shizofrenija*".

PSIHOPATOLOGIJA I POREMEĆAJI MENTALNE SKLADNOSTI

*"Svaka je istina jednostavna i ja neću,
jednom za uvek, mnogo da znam..."*

Psihijatrija na početku XXI veka je medicinska disciplina, ili grana medicine, odnosno nauka u oblasti savremene naučne medicine.

Psihijatriji nije moguće sporiti medicinsku naučnost, kao što je činjenično bilo u dosadašnjoj istoriji. Savremena psihijatrija je ugradila u sebe sva biološka dostignuća u humanoj medicini, kao i psihologiju i sociološke nauke. Dakle, ***dodanašnje podele na biološku psihijatriju i socijalnu psihijatriju nisu održive i treba ih smatrati anahronizmom i nepovratnom istorijskom kategorijom.***

Psihijatrija kao medicinska disciplina i medicinska nauka bavi se psihičkim životom čoveka, odnosno njegovom mentalnom ukupnošću u dva nivoa.

1) *izučava i istražuje poželjno normalno duševno funkcionisanje da bi se približila konačnom i potpunom razumevanju psihičkog života;*

2) *u kliničkoj stručnoj praksi dijagnostikuje, prevenira, leči i rehabilituje osobe poremećenog sklada psihičkog života i duševne bolesnike.*

Savremena udžbenička psihijatrijska literatura još ne razmatra psihijatriju i područje njenog interesovanja onako kako je definisano na početku.

Zvanično se prigovara psihijatriji da je zasnovana na pogrešnim koncepcijama poimanja mentalnog zdravlja i duševnih poremećaja. Nažalost, i u savremenoj literaturi se navodi da psihijatrija i kao nauka i kao struka počiva na slabim temeljima, što apsolutno nije tačno. Najveću zbrku u krugove laika, ali i nekih stručnjaka (lekara uopšte, čak i psihijatar) unose tvrdnje da psihijatrija smatra mentalno zdravim čovekom samo onog koji se prilagođava u socio-sredini i razumno ponaša. Onog ko to ne čini, psihijatrija navodno smatra duševno bolesnim ili mentalno oštećenim. Tvrdi se da se psihijatrija u stručnoj praksi koristi statističkim prosekom normalnosti i statističkim prosekom odstupanja od normalnog. ***Sve navedene kritike savremenoj psihijatriji apsolutno nisu tačne, dokazivo.***

Definisati idealno poželjnu strukturu individue u njenoj mentalnoj ukupnosti, odnosno idealno zdravu strukturu ličnosti sa aspekta savremene psihijatrije skoro da i nije moguće. Teoretski bi trebalo da je to idealno mentalno strukturisana ličnost sa najkvalitetnijim biološkim dispozicijama, psihološkim kvalitetima i sociološkim adaptacijama koje se zajedno razvijaju istovremeno. Jasno je s aspekta savremene psihijatrijske nauke ***da čovek nije ono kakvim ga drugi vide, nije ni ono što on sam misli o sebi, nije ni ono što je juče bio itd.*** Razlog tome su odstupanja koja nije

moгуće predvideti niti svesno voljno, ili emocionalno kontrolisati, a nadasve subjektivnost svakog stava i suda.

Osnovni kvaliteti mentalne normalnosti sa aspekta psihijatrije danas su sledeći.

1. Svojstva ili psihičke sposobnosti individue koja odlikavaju nju samu i njenu svesnost o sebi i svojim stavovima. Ta svojstva mogu biti:

- Sposobnost emocionalne ravnoteže.
- Sposobnost usklađivanja nagonских želja i sposobnost njihovog svesnog i voljnog kontrolisanja u svakoj situaciji.
- Sposobnost da se izdrže intrapsihičke neugodnosti najrazličitijih vrsta i sposobnost da se podnesu neuspesi bez obeshrabrivanja.
- Sposobnost da se istraje u ostvarenju ambicioznog lično postavljenog cilja. To podrazumeva savlađivanje svih manjih i većih teškoća koje stoje na putu tom ostvarenju, a koje se objektivno mogu prebroditi većim zalaganjem.
- Sposobnost da se u svim životnim situacijama razreše suprotnosti i teškoće i ostvari cilj.
- Sposobnost da se postojano istraje u radu, uz maksimalno ulaganje ličnih veština i sposobnosti.
- Sposobnost da se kontrolišu sopstvena emocionalna zbivanja.
- Sposobnost uspešnog i pravilnog vaspitavanja svoje dece i njihovo pripremanje za buduće korisne članove zajednice.

2. Adaptivne sposobnosti individue u svakom momentu i u svakoj situaciji prema društvenoj zajednici, odnosno prema drugima iskazane kroz:

- Sposobnost sveopšteg prilagođavanja

sredini uspostavljanjem harmoničnih odnosa saradnje i interpersonalnog razumevanja.

— Sposobnost usklađivanja sopstvenih želja, stremljenja i njihove realizacije po normiranim stavovima i tendencijama zajednice kojoj osoba pripada.

— Sposobnost konstruktivne i pozitivne saradnje sa ljudima iz najbliže okoline.

— Sposobnost ostvarivanja prilagođenih i uravnoteženih nagonских pulzija i stremljenja, uz kočenje onih prohteva koji su u suprotnosti sa društvenim normama.

— Sposobnost uvažavanja i poštovanja etičkih, moralnih i opštih normi koje društvena zajednica donosi, a koje su u funkciji te zajednice.

— Sposobnost strpljivog, kritičnog i tolerantnog poštovanja mišljenja drugih, podržavanje ili dopunjavanje ličnim predlozima u opštem interesu.

— Sposobnost individue da samostalno donosi odluke o sopstvenim postupcima, s aspekta korisnosti ne samo za sebe već i za širu zajednicu.

— Sposobnost kontrolisanja svog subjektivnog osećanja i svesnosti o ličnoj nezavisnosti. Svesnost o potrebi da osoba sebe može kvalitetnije ostvariti u afilijaciji sa drugim osobama iz okruženja u najrazličitijim oblicima ljudske delatnosti.

— Sposobnost da se uživa u lepoti i kvalitetu dostignuća drugih i objektivno procene negativne pojave u društvu i ulaganje lične sposobnosti u njihovo umanjivanje ne samo u svom interesu već pre svega u interesu zajednice.

Sve navedeno ne može u potpunosti posedovati ni jedna osoba zbog postojanja mnogih intrapsihičkih nerazrešenih konflikata i ambivalentnih stavova svake individue.

Zadatak psihijatrije u XXI veku će se sastojati u otvaranju puteva za nove strategije rada na unapređenju mentalnog zdravlja i na iznalaženje kriterijuma za stepenovanje kvaliteta mentalnog zdravlja. To je moguće ostvariti ako se današnjim pridodaju bar nova tri nivoa razmišljanja.

1. Mentalno zdravlje je odsustvo bilo kojeg jasno definisanog psihičkog oboljenja ili poremećaja.

2. Mentalno zdravlje je oslonjeno na rezervnu snagu individue, koja joj pomaže da savlada iznenadni stres ili izuzetne postavljene zahteve i izazove.

3. Mentalno zdravlje je po suštini stanje harmonije između sopstvenog selfa i drugih osoba, odnosno realiteta sebe i realiteta drugih ljudi iz okruženja. Zdrav ekvilibrijum može da postoji i u bolesti. Zdravlje i bolest u okviru psihičkog su ortogonalne dimenzije postojanja stalnih i stvarnih suprotnosti.

Psihopatološko, po kriterijumima savremene psihijatrije, nije samo kompleksno za dijagnostikovanje. *Da bi se neko stanje i ponašanje proglasili za psihički poremećaj, potrebno je uvažiti brojne prostorne, vremenske, subjektivne i supkulturne aktuelne stavove.* Nošenje duge perike i napuderisano lice bilo je uobičajeno za muškarce u srednjem veku,

a danas bi bilo upadljivo psihopatološko ponašanje i za laike.

Poremećaji mentalne ukupnosti se mogu razvrstati na sledeći način.

— *Neurotični nivo* psihičkog poremećaja podrazumeva sva ona odstupanja usklađenog mentalnog funkcionisanja individue koja nemaju obeležja duševne bolesti a refleksija su njene neadekvatne prilagodljivosti sredini i nerazrešenih intrapsihičkih konflikta između nagonskih pulzija i usvojenih normi ponašanja.

— *Psihopatološko* definisano kao *duševni poremećaj* ili *duševna bolest*. Dijagnostikuje se i kategoriše prema težini i kvalitetu poremećaja u okviru pojedinih psihičkih funkcija.

— Treća grupa narušenog skladnog psihičkog života odnosi se na *intelektualne deficite*, odnosno *slaboumnost* urođenu ili stečenu tokom života.

Psihijatrija ima pouzdano uporište za definisanje narušene psihičke ukupnosti pošto uzima u obzir brojne polimorfne procese čije je ishodište poremećaj na relaciji ličnost — sredina. Ravnoteža relacije ličnost — sredina može se poremetiti u bilo kom periodu psihičkog razvoja individue, počevši od zigota (oštećenjem gena), preko intrauterinog razvoja, samog akta porađanja, do odrastanja i razvoja u zrelu ličnost, ali i tokom celog života.

AKTUELNA OBJAŠNJENJA NASTANKA MENTALNIH POREMEĆAJA

Svi poremećaji psihičkog života čoveka u današnjoj naučnoj psihijatriji se razvrstavaju na osnovu sledeća tri kriterijuma:

a) na osnovu patološko–anatomskog nalaza, tj. lezije mozga;

b) na osnovu kauzaliteta;

c) na kriterijumu kliničke fenomenologije psihopatološkog ispoljavanja.

Sami činioци koji prethode datom psihičkom poremećaju mogu imati:

- kauzalno–uzročno dejstvo,
- predisponirajući uticaj i
- deklasirajuće odnosno precipitirajuće dejstvo.

Naravno, moguće je i koincidirajuće udruženo delovanje ove tri grupe faktora što bitno komplikuje savremena etiološka izučavanja.

U psihijatrijskoj savremenoj literaturi mogu se naći brojne klasifikacije psihičkih poremećaja. Aktuelna međunarodna klasifikacija je zasnovana na fenomenološkom određenju mentalnih poremećaja i duševnih bolesti.

Mentalni poremećaji razvrstani na osnovu patološko– anatomskog supstrata

Na osnovu patološko–anatomskog supstrata u CNS-u mentalni poremećaji se dele se na:

1. Funkcionalni poremećaji mentalnog sklada predstavljaju psihopatološka ispoljavanja za koja današnjim savremenim metodama dijagnostike nije moguće utvrditi anatomske lezije centralnog nervnog sistema. Smatra se da je uzrok narušena funkcionalna skladnost interneuronske aktivnosti u ljudskom mozgu. Sigurno je da se radi o dokazivom poremećaju funkcije neurona i njihovog metabolizma na neuromolekularnom, odnosno neurobiohemijskom nivou.

Danas se u psihičke poremećaje ove grupe ubrajaju.

— duševne bolesti — shizofrenija, manijakodepresivna psihoza i sumanutost, odnosno paranoja;

— svi oblici neurotičnih poremećaja;

— psihosomatski poremećaji i bolesti.

Zajedničko nabrojanim mentalnim poremećajima je dijagnostička nemogućnost vizuelizacije organske moždane lezije.

2. Organski mentalni poremećaji su sva ona psihopatološka stanja u kojima se primenom savremene dijagnostike mogu utvrditi oštećenja moždanih struktura. Ovoj grupi duševnih poremećaja pripadaju sve simptomatske psihoze izazvane tumorima mozga, infekcijom mozga, atrofijom mozga, oštećenjem mozga fizičkim povredama, hroničnim ili

akutnim intoksikacijama i lezijama mozga zbog rupture ili začepjenja intracerebralnih krvnih sudova. Mentalni poremećaji ove grupe su i oni specifični za generativne faze žene (menstruacija, graviditet, puerperijum i klimaks). Endokrinološki poremećaji (dugotrajna hipotireoza, hipertiroza ili disfunkcija nadbubrežnih žlezda) uzrokuju organske mentalne poremećaje kao i malnutricija ili životna dob zbog pratećih organskih bioloških promena u mozgu.

Termin *organski* nije srećno izabran u savremenoj psihijatrijskoj nauci, ali je odomaćen u čitavom svetu kao dijagnoza organski psihosindrom ili *moždani organski psihosindrom* (MOPS).

S aspekta funkcije mozga svi psihički poremećaji mogu se podeliti na one izazvane strukturnom lezijom mozga i one izazvane funkcionalnom lezijom mozga, odnosno lezijom njegovih neurona.

Mentalni poremećaji razvrstani na osnovu kauzaliteta

Kauzalitet mentalnih poremećaja je multifaktorski izrazitije u psihijatriji nego u bilo kojoj drugoj medicinskoj disciplini. Brojni etiološki faktori biološke, psihološke i socijalne prirode najčešće u kombinaciji, su uzrok psihičkih poremećaja. Razumljivo da ova činjenica komplikuje i usložnjava utvrđivanje precizne etiologije mentalnih bolesti i poremećaja poređeno sa somatskom medicinom.

Mentalni poremećaji se mogu grupisati, zavisno da li etiološki faktori deluju iz spolja-

šnje sredine ili su u individui, na *endogene* i *egzogene*.

1. Endogeni mentalni poremećaji su svi oni poremećaji psihičkog života čiji se glavni etiološki faktor nalazi u samoj individui. To su svi urođeni i nasleđeni poremećaji. Ova grupa psihičkih poremećaja je biološki determinisana i čine je:

— sva stanja poremećene mentalne sklonosti izazvana nasleđem (nasleđena dispozicija za psihozu),

— urođeni mentalni poremećaji nastali zbog oštećenja gena tokom intrauterinog razvoja i

— mentalni poremećaji izazvani metaboličkim bolestima, endokrinim bolestima — urođenim, nasleđenim ili stečenim.

2. Egzogeni mentalni poremećaji ili egzogeno izazvani poremećaji psihičkog života su svi oni za čije se nastajanje mogu utvrditi kao glavni spoljašnji — *egzogeni* faktori. Dakle, mentalni poremećaj nastaje pod uticajem psihopatološkog faktora iz spoljašnje sredine. Egzogeni faktori mogu biti prirodne kataklizme i katastrofe, kao i nepovoljni uticaji iz socijosredine na individuu. Egzogeni psihički poremećaji su svi oni u čijem je nastanku spoljašnji faktor glavni, iako istovremeno može postojati i dokaziv endogeni uzrok.

Razvrstavanje psihičkih poremećaja prema kliničkoj fenomenologiji njihovog ispoljavanja

1. Simptomatski mentalni poremećaji su svi oni za koje se može tvrditi da su simptom ili sindrom nekog već poznatog obo-

ljenja. *Delirium tremens alcoholicum* je simptomatska refleksija komplikacije dugovremene hronične zloupotrebe etil-alkohola. Isto je i sa mentalnim poremećajima izazvanim infektivnim bolestima, kao što su malarija ili tifus, zatim tumorima mozga, oboljenjima krvnih sudova mozga itd.

2. Psihogeni mentalni poremećaji su svi oni u čijoj se etiologiji može utvrditi kao glavni faktor poremećaj dinamizma psihičkih funkcija, odnosno intrapsihička nerazrešena konfliktnost na relaciji Id — Ego — Super Ego i spoljašnja sredina. Psihijatrija danas brojne poremećaje neurotičnog nivoa etiološki objašnjava poremećajem navedenih relacija.

3. Reaktivni mentalni poremećaji su svi oni čiji je glavni uzrok akutna psihička trauma. U ovu vrstu psihičkih poremećaja ubrajaju se reaktivne psihoze i reaktivne neuroze jer se kauzalitet terminološki determiniše kao reakcija na psihičku traumu (stresor).

4. Ekshaustivni mentalni poremećaji su svi oni psihopatološki sindromi nastali zbog učestale psihičke traume. **Termin ekshaustivan podrazumeva iscrpljenje.** Bolesnik na ponavljane psihičke traume reaguje tako što mu popuštaju adaptivni i odbrambeni mehanizmi te nastaje psihopatološko stanje. Klinička psihijatrijska praksa tipičnim ekshaustivnim mentalnim poremećajem potvrđuje dijagnozom *depressio reactiva exhaustiva*.

Savremena psihijatrija zbog nemogućnosti razumevanja etiologije nekih još uvek brojnih psihopatoloških stanja i poremećaja koristi izraze: "skup etioloških faktora", "glavni etiološki faktor", kao i "deklansirajući etiološki faktor". Jasno je da se u bar poslednjem slučaju radio nekvalitetan pokušaj isticanja nepovoljnih efekta spoljašnjih faktora, kao okidača za kliničko manifestovanje duševne bolesti, jer *shizofrenija je sigurno endogena duševna bolest — nasleđena ili urođena.*

NEUROZE

NEUROTIČNI POREMEĆAJI MENTALNE SKLADNOSTI

"Bolesnik neće da može."

Psihički poremećaji se u psihijatriji tradicionalno dele na neuroze i psihoze.

Danas to već nije tako jasno razgraničeno te se mentalni poremećaji klasifikuju na osnovu simptomatologije, odnosno sličnosti opisa psihopatoloških sadržaja u kliničkoj slici bolesnika.

Podela na organska i psihogena, odnosno funkcionalna oboljenja u savremenoj medicini je u potpunosti deskriptivna, veštačka i neodrživa. Sve somatske, tj. organske bolesti imaju refleksiju na psihički život i povlače psihopatološka ispoljavanja i obrnuto — svi psihički poremećaji i bolesti reflektuju se barem na funkcionalnu homeostazu organa, do izazivanja poremećaja i bolesti organa.

Neuroze su grupa psihičkih poremećaja u čijem nastajanju dominantno mesto imaju psihološki činioci. Sve neuroze povezuje mogućnost objašnjenja njihovog nastanka psihoanalitičkim konceptom.

Specifičnost neurotičnih poremećaja je u tome da nastaju i razvijaju se zbog pritiska koji na psihičko individue vrši socijosredina, ili zbog narasle intrapsihičke konfliktnosti.

Civilizacija kojoj pripadamo nameće svakom pojedincu utakmicu na svim poljima lju-

dske delatnosti i ljudske afirmacije. Svakome od nas su ostavljene samo dve mogućnosti: ili da dobijamo svakodnevne utakmice sa drugim osobama iz socijosredine, što nam pričinjava zadovoljstvo, ili da ih gubimo — što se odražava nezadovoljstvom i gubitkom kvaliteta života. Gledano s aspekta psihijatrije, i ova druga mogućnost je svakodnevna realnost. Trebalo bi da i gubitak ne deluje psihastenično, već obrnuto — *stenično*, znači da **ojačava psihičku strukturu ličnosti i biva podsticaj za naredne "pobede"**. Međutim, brojne pojedince gubitak, osujećenje i neuspeh ponavljan u životnoj utakmici vodi u bolest i psihopatološke poremećaje. Ovakve individue postaju neurotične (bolesne). Ono što su postizale kvalitetnim ulaganjem svoje mentalne ukupnosti sada pokušavaju da postignu drugim načinima. Najčešće imaju potrebu da izazovu sažaljenje kod osoba iz okoline, pokazujući nemoć kroz bolest jer je tipična ljudska osobina da se bolesni i nejak žale, i da im se zbog toga poklanja veća pažnja. Pojednostavljeno, tako nastaje neurotičnost. Bolesnik počinje da se žali na razne subjektivne tegobe koje nemaju nikakvu organsku podlogu ili je bar nemaju na početku.

Neurotici generalno pribegavaju upotrebi odbrambenih mehanizama Ega (svoje lič-

nosti) koji su po suštini pseudorešenja, pseudoakcije, pseudonapor za povratak na zdrave obrasce ponašanja i stavove kojima je pre poremećaja ta individua uspevala da ovlada sobom i da zadovolji sopstvene potrebe i zahteve okruženja.

Skoro je nemoguće u kliničkoj praksi utvrditi početak neurotičnog poremećaja. Ljudi različito ispoljavaju svoju psihičku ukupnost, time i način reagovanja i ponašanja u pojedinim situacijama. *Možda je najtačnije početak neuroze označiti onim momentom kada zbog subjektivnih doživljavanja teškoća individue počne da trpi njena okolina, najčešće članovi porodice ili osobe na radnom mestu.*

Neurotični poremećaji ili neuroze su **masovna pojava** u ukupnoj populaciji vremena u kome živimo. Smatra se da 50%, čak i više ljudi koji zatraže pomoć lekara ima poremećaje neurotičnog nivoa. Studentima, a budućim lekarima, je važno da znaju da bolesnici sa neurotičnim nivoom poremećaja i bolesti

troše 50% radnog vremena lekara i zdravstvenih službi i toliko ili više materijalnih dobara resora zdravstvene zaštite.

Neuroze i neurotične reakcije su opisane u klasičnim udžbenicima psihijatrije i kategorizovane po ranijoj ICD — 9 Međunarodnoj klasifikaciji bolesti kao:

- **Anksiozna neuroza;**
- **Konverzivna neuroza (histerija);**
- **Fobična neuroza;**
- **Opsesivno — kompulzivna neuroza;**
- **Depresivna neuroza;**
- **Neurastenija;**
- **Sindrom depersonalizacije;**
- **Hipohondrična neuroza;**
- **Drugi neurotični poremećaji;**
- **Neoznačeno.**

Međutim, propedevtički sledi klasifikacija i kratak opis neurotičnih poremećaja prema novom ICD — 10 klasifikacionom sistemu.

FOBIČNI ANKSIOZNI POREMEĆAJI — F40.xx

Fobični anksiozni poremećaji su poremećaji u kojih je anksioznost izazvana samo ili pretežno poznatim situacijama koje nisu opasne. Značajno je da individua takvu situaciju izbegava ili je sa strahom podnosi. Strah je emocionalna reakcija na svesno prepoznate realne opasnosti koje ugrožavaju biološki ili socijalni integritet osobe. Ovde strah ili fobična anksioznost nemaju objektivnu podlogu.

Fobije generalno imaju tri glavne komponente:

1) subjektivan doživljaj straha koji nastaje u kontaktu sa fobičnom situacijom ili fobičnim objektom;

2) fiziološke promene koje se udruženo javljaju sa strahom;

3) tendenciju uklanjanja od fobičnog objekta i situacije ili izbegavanje iste.

Anksioznost ili "slobodno lebdeći strah" označava u psihijatriji mučno osećanje u ob-

liku iščekivanja nečega što će se dogoditi kao neprijatno, odnosno strašno. Pacijenti kažu da strahuju ili slute da će se nešto strašno desiti njima ili njihovim bližnjima. To opisuju kao doživljaj unutrašnje napetosti i teskobe. Anksioznost se kao simptom javlja i u mnogim drugim psihičkim poremećajima i stanjima objektivnih somatskih bolesti.

Agorafobija — F40.0

Agorafobija je skup fobija koje obuhvaćaju strah od napuštanja kuće, ulaska u radnju, bioskopske sale i sva javna mesta sa više ljudi, kao i od putovanja bez pratioca bilo avionom, autobusom, vozom.

Agorafobija potiče od grčkih reči *agora* — trg i *phobos* — strah, i prvobitno je označavala strah od otvorenih velikih prostora. Nasuprot njoj je **klaustrofobija** — strah od zatvorenih i malih prostora. Agorafobija je često udružena sa klaustrofobijom, kao i sa drugim raznovrsnim brojnim fobijama. Postoji međusobno povezan skup multiplih fobija, a zajednički im je strah od napuštanja kuće bez odgovarajućeg pratioca.

Socijalne fobije — F40.1

Manifestuju se izbegavanjem socijalnih situacija jer osoba strahuje od posmatranja drugih ljudi. Udružene su, po pravilu, sa niskim samopoštovanjem i strahom od kritike. Fenomenološki pacijenti imaju objektivno crvenjenje, nauzeju, tremor ruku ili neodložan poziv na mikturiciju (mokrenje) itd. Ubeđeni su da su ove u suštini sekundarne manifestacije anksioznosti njihov primarni problem i

zbog njih traže pomoć od lekara. Navedeni simptomi mogu progredirati do paničnih napada.

Sinonimi za socijalne fobije su: ***anthropophobia i socijalna neuroza***.

Izražen patološki strah od određene socijalne situacije ili od obavljanja neke radnje u prisustvu drugih ljudi je specifičan za socijalnog fobičara. Socijalna fobija može biti ograničena samo na javno istupanje, odnosno govor pred drugima, ili na sam razgovor sa ljudima. Ovakvi neurotičari imaju problem da daju kvalitetne odgovore na ispitima tokom studija, uprkos stvarnom znanju.

Specifične – izolovane fobije — F40.2

Sinonimi za specifične izolovane fobije su: ***fobije od životinja, claustrophobia, acrophobia, prosta fobija***.

Ove fobije su ograničene na visoko specifične situacije, kao što su: grmljavina, mrak, letenje, visina, zatvoreni prostor, određene životinje, mikturicija ili defekacija u javnom toaletu, odlazak stomatologu, pogled na krv ili ranu, određena hrana.

Specifične izolovane fobije se karakterišu stalnim strahom od pojedinih jasno definisanih situacija i objekata koje nisu objektivno opasne. Strah u ovakvih neurotičnih se javlja i pri pomisli, odnosno anticipiranju mogućeg kontakta sa fobogenim objektom ili situacijom. Neurotik sa jednostavnom izolovanom fobijom je svestan preteranosti i iracionalnosti svog straha ali ne može da mu se odupre ili da ga ukloni u datoj situaciji.

DRUGI ANKSIOZNI POREMEĆAJI — F41.xx

Drugi anksiozni poremećaji su poremećaji neurotičnog nivoa u kojima je ispoljavanje anksioznosti glavni simptom i nisu ograničeni na neku posebnu fobogenu situaciju.

Panični poremećaji — F41.0

Panični poremećaji ili **epizodična paroksizmalna anksioznost** predstavljaju ponavljane napade intenzivne anksioznosti, do panike, neusmerene na neku posebnu situaciju ili skup nekih situacija i zbog toga su nepredvidivi. Ovde se često javlja i sekundarni strah od gubitka, strah od ludila ili od smrti.

Sinonimi za epizodičnu paroksizmalnu anksioznost, odnosno panični poremećaj su: **panično stanje i panični napad**.

Karakteristika epizodične paroksizmalne anksioznosti, odnosno paničnog poremećaja je ponavljajuće nastupanje panike uslovljene objektivnom opasnom situacijom. Napadi u početku nastaju neočekivano, bolesnik ih ne može da predvidi, a kasnije, kada se ovakva neuroza razvije, on može da precipitira određen objekat ili situaciju kao izvor napada.

Epizodična paroksizmalna anksioznost praćena je somatskim i kognitivnim znacima kao što su: intenzivan doživljaj straha, ubrzani puls i lupanje srca, bol u grudima, najčešće u predelu iktusa, ubrzano disanje, osećaj nedostatka vazduha, strah od ugušenja. Mogu se javiti *nesvestice, omaglice, vrtoglavice, drhtanje ekstremiteta, znojenje*, kao i *gastrointestinalni znaci (nadimanje trbuha i nauzeja)*. Takođe, slabi sposobnost koncentracije i mišljenja, a bolesnik svoje mentalno stanje u napadu opisuje kao konfuzno.

Generalizovani anksiozni poremećaj — F41.1

Generalizovani anksiozni poremećaj je nazvan i stanjem generalizovane i perzistentne anksioznosti — *lebdeće napetosti*. Bolesnik se najčešće žali na stalnu "**nervozu**", mišićnu napetost, znojenje, drhtanje, palpitacije, omaglice, vrtoglavice i nelagodnost u epigastrijumu. Strahuje da će on ili neko od njegovih oboleti od teške bolesti ili doživeti neku tešku nesreću.

Sinonimi za generalizovani anksiozni poremećaj je **anksiozna neuroza ili anksiozna reakcija, ili anksiozno stanje**.

Generalizovani anksiozni poremećaj je intenzivan, trajan, veoma učestao neodređeni strah kroz izraženu zabrinutost, strepnju, zebnju, slutnju, rečju strašljivo iščekivanje budućih događanja. Ovakav slobodno lebdeći strah predstavlja jedno od najmučnijih osećanja, a nije povezan sa bilo čim određenim ili objektivnim. Najčešće se neuroza ispoljena kao generalizovani anksiozni poremećaj razvija postepeno u životnoj dobi između 20 i 30 godine.

Mešoviti anksiozni i depresivni poremećaj — F41.2

Mešoviti anksiozni i depresivni poremećaj je takav neurotični poremećaj u kome postoje istovremeno simptomi anksioznosti i depresije, a ni jedni ni drugi ne dominiraju. Ovu dijagnozu ne treba koristiti kada anksiozni ili depresivni simptomi preovladaju jedan nad drugim.

Sinonim za mešoviti anksiozni i depresivni poremećaj je **anksiozna depresija** (blaga ali neperzistentna). On predstavlja jedan od najčešćih poremećaja na koje se bolesnici žale u lekarskim ordinacijama.

Ova neuroza je najčešći oblik neurotične reakcije na uobičajene probleme svakodnevnog života. Nekada je samo uvod u duševnu bolest.

OPSESIVNO-KOMPULZIVNI POREMEĆAJ — F42.xx

Opsesivno-kompulzivni poremećaj predstavlja rekurentne opsesivne misli ili prisilne radnje.

Opsesivne misli su slike, ideje ili impulsi koji se nameću pacijentu na stereotipan način, perzistentno, i po pravilu su neprijatnog karaktera, a pacijent bezuspešno pokušava da im se odupre. Bolesnik opsesivne misli prepoznaje kao svoje iako su nevoljne i često odvratne.

Kompulzivne radnje su stereotipna ritualna ponašanja koja se stalno ponavljaju. Sama po sebi nisu prijatna i ne dovode do izvršenja nekih korisnih zadataka. Funkcija im je da spreče neki inače neverovatan događaj koji bi mogao naneti štetu bolesniku, ili se bolesnik plaši da bi sam mogao naškoditi nekom drugom. Uspešno odupiranje bolesnika kompulzivnim radnjama povećava njegovu anksioznost.

Sinonimi opsesivno-kompulzivnih poremećaja su **opsesivno-kompulzivna neuroza i anankastična neuroza**.

Pretežno opsesivne misli ili ruminacije — F42.0

Pretežno opsesivne misli ili ruminacije ispoljavaju se u obliku mentalnih slika, ideja ili

impulsa da se uradi nešto što je neprijatno s aspekta emocionalnog doživljaja neurotika. Naravno da su to misli koje se ne realizuju radnjom ili akcijom, već ostaju na beskonačnom misaonom razmatranju mogućnosti. Reflektuju se nesposobnošću da se donesu trivijalne neophodne odluke u svakodnevnom životu.

Pretežno kompulzivne radnje — F42.1

Pretežno kompulzivne radnje, ili **opsesivni rituali**, su izazvane strahom bolesnika od opasnosti ili strahom da se ne izazove ta opasnost. Predstavljaju neefikasan simboličan pokušaj da se spreči moguća opasnost. Kompulzivne radnje su najčešće vezane za pranje ruku, ponavljano proveravanje da bi se sprečio razvoj neke opasne situacije, kao i opsesivno pravljenje reda i čišćenje okoline, najčešće svoje sobe. Dve su komponente u pretežno kompulzivnim radnjama kao neurotičnom ispoljavanju. Odnose se na stereotipne ponavljajuće prisilne misli, predstave i impulse, s jedne strane, i vršenje prisilnih radnji, s druge. Istovremeno postoje kognitivna i motorna komponenta, ali mogu da se jave i nezavisno jedna od druge.

REAKCIJA NA TEŽAK STRES I POREMEĆAJ PRILAGOĐAVANJA — F43.xx

Reakcija na težak stres i poremećaj prilagođavanja je neurotični poremećaj u kome se mogu identifikovati ne samo simptomi već i postojanje stresnog životnog događaja kao izazivača akutne stresne reakcije, ili promene u životu koje dovode do kontinuiranih neprijatnih okolnosti čija je posledica poremećaj prilagođavanja.

Reakcija na težak stres i poremećaj prilagođavanja su maladaptivni odgovori individue na težak ili kontinuirani stres i remećenje uspešnih "coping" mehanizama. Posledica toga je neadekvatno socijalno funkcionisanje.

Akutna stresna reakcija — F43.0

Akutna stresna reakcija je prolazni neurotični poremećaj koji se razvija bez nekog drugog, a očiglednog mentalnog poremećaja. Predstavlja reakciju na izuzetan fizički i mentalni stres koja se stišava i prolazi kroz nekoliko sati ili dana.

Sinonimi za akutnu stresnu reakciju su: ***akutna krizna reakcija, odnosno reakcija na stres, borbeni zamor, psihički šok i krizno stanje.***

Akutni stresni poremećaj se razvija i nastaje u toku ili neposredno nakon traumatskih događaja izuzetne težine. Primeri su saznanje o svojoj teškoj bolesti, ili teškoj bolesti ili smrti bliske osobe itd.

Posttraumatski stresni poremećaj — F43.1

Posttraumatski stresni poremećaj je odložen ili protrahovani neurotični odgovor na stresni događaj ili situaciju izuzetno ugrožavajuće ili katastrofalne prirode za koju se može pretpostaviti da uzrokuje pervazivni distress skoro kod svake individue.

Sinonim za posttraumatski stresni poremećaj je ***traumatska neuroza.***

Traumatska neuroza ili posttraumatski stresni poremećaj je opisan kao nozološki entitet 1980. godine u Klasifikaciji američkog psihijatrijskog udruženja. Posttraumatski stresni poremećaj se razvija u periodu od nekoliko nedelja do 6 meseci posle doživljenog traumatskog događaja. Retko latentni period može da bude i duži. Još ređe posttraumatski stresni poremećaj se razvija kao nastavak akutnog stresnog poremećaja. Tipični simptomi u traumatskoj neurozi su epizode ponovnog preživljavanja traumatskog događaja u sećanju koje se nameće, u košmarnim snovima ili noćnim morama. Praćeni su i neurovegetativnim ekscitacijama kao što su: uplašeno trzanje i na mali povod, povišena budnost do insomnije, kao i anksioznost i depresija, ili zloupotreba alkohola, droga ili lekova.

Poremećaji prilagođavanja — F43.2

Poremećaji prilagođavanja su neurotične subjektivne patnje i emocionalni poremećaji

koji obično remete poželjno socijalno funkcionisanje, a posledica su prilagođavanja na značajnu promenu u životu ili na neki stresni životni događaj.

Sinonimi poremećaja prilagođavanja su: **reakcija tugovanja, hospitalizam dece i kulturni šok**.

Klinička slika poremećaja prilagođavanja nije specifična i varira i po formi i po sadržaju neurotičnih simptoma ispoljavanja. Ovdje relativno često postoje depresivno raspoloženje, anksioznost i zabrinutost zbog nesposobnosti prilagođavanja na nove uslove života, agresivno i antisocijalno ponašanje, češće kod adolescenata. Poremećaj obično ne traje duže od 6 meseci. Primer u našoj skoroj istoriji su poremećaji prilagođavanja izbeglih lica kooptiranih u nove supkulturne celine.

Kratkotrajna depresivna reakcija — F43.20

Kratkotrajna depresivna reakcija je blago, prolazno depresivno stanje, ne dužeg trajanja od mesec dana, kao oblik poremećaja prilagođavanja.

Produžena depresivna reakcija — F43.21

Produžena depresivna reakcija je depresivno stanje kao odgovor na produženu izloženost stresnoj situaciji. Ne traje duže od 6 meseci, varijetet je poremećaja prilagođavanja.

KONVERZIVNI (DISOCIJATIVNI) POREMEĆAJI — F44.xx

Konverzivni (disocijativni) poremećaji su najčešći oblik neuroza koji se ispoljava raznovrsnim psihičkim i somatskim simptomima. **Disocijacija i konverzija su glavni intrapsihički mehanizmi koji dovode do ove neuroze.**

Disocijacija podrazumeva razdvajanje pojedinih psihičkih funkcija, najčešće svesti od drugih psihičkih funkcija.

Konverzija je nesvestan proces kojim se izbegava anksioznost pomoću kojeg se ona preobražava (konvertuje) u druge, najčešće somatske simptome.

Bolest pod nazivom "histerija" opisali su još Hipokrat i Galen, a naziv potiče od grčke reči *Hysteria* — materica. Verovalo se da je bolest posledica lutanja materice po telu žene u situacijama seksualne nezadovoljenosti ili ne-

moćnosti rađanja. Mislilo se da materica luta telom i izaziva razne simptome u organima u kojima se zadržuje.

Psihopatološka fenomenologija konverzivnih poremećaja se ispoljava kroz doživljavanje amnezije, somnambulizma (mesečarstva), fuge, depersonalizacije, udvajanje ličnosti ili pojava multiple ličnosti, automatskog ponašanja, Ganserovog sindroma ili histerične pseudodemencije.

Veliki psihogeni napadi, psihogeno provocirani, događaju se uvek u prisustvu drugih osoba. Imitiraju grand mal epileptički napad. U velikom psihogenom napadu, za razliku od pravog epi grand mal napada, nema ugriza jezika ni umokravanja, oči su zatvorene i napad se može prekinuti jakim dražima (polivanje hladnom vodom, prasak od šamara itd.).

Posle ovakvog napada postoji potpuna amnezija, odnosno psihogena amnezija. Tokom velikog psihogenog histeričnog napada bolesnik izvodi često složene izražajne pokrete i gestove, plače, ponavlja određene reči i rečenice.

Sinonimi za konverzivne (disocijativne) poremećaje su: ***konverzivna neuroza, konverzivna reakcija, histerična psihoza i histerija***.

Disocijativna amnezija — F44.0

Disocijativna amnezija je parcijalan, ili potpun gubitak sećanja na skorašnje događaje stresne ili traumatske prirode, o kojima postoje sigurne heteroanamnestičke informacije. Diferencijalnodijagnostički treba isključiti organske moždane poremećaje, intoksikacije i preterani zamor kao moguće uzroke disocijativne amnezije.

Klinički u ovom neurotičnom poremećaju se javlja nagli razvoj amnezije koja traje od nekoliko minuta do više dana, a nekada i duže. Ovu psihogenu amneziju obično prate zbunjenost i dezorijentacija.

Disocijativna fuga — F44.1

Disocijativna fuga predstavlja prividno svrshodno putovanje izvan normalnog kretanja koje je realno besciljno, bez razumljivog povoda, uz fenomene disocijativne amnezije. Bolesnik obično nije u stanju po naglom prestanku fuge da objasni gde se nalazi i zašto je tu došao. Disocijativne fuge kao neurotični poremećaj su posledica stresa, recimo prirodne katastrofe (zemljotres), pojavi može da prethodi i značajan gubitak, odbacivanje od strane voljenih osoba, finansijske teškoće itd.

Disocijativni stupor — F44.2

Disocijativni stupor je smanjenje ili nedostatak voljnih pokreta, odnosno normalnih reagovanja na spoljne draži kao što su zvuk, dodir, svetlost itd. Bolesnik sa ovim vidom neurotičnog poremećaja leži ili sedi, uglavnom bez pokreta u dugom vremenskom periodu, dok mu je govor i spontan i svrshodan. Klinički pacijent nije ni u snu, ni u nesvesnom stanju i ne postoje somatski niti psihijatrijski poremećaji koji mogu objasniti ovakav pseudostupor.

Stanje transa i poremećaji zasednutosti — F44.3

Stanje transa i poremećaji zasednutosti su neurotičan gubitak ličnog identiteta u potpunom stanju svesnosti okoline i privremen je. Bolesnik u nekim slučajevima deluje kao da ga je zaposela druga ličnost "***duh***", "***bog***" itd.

Stanje transa i poremećaji zasednutosti se odvijaju izvan religijskih stanja transa ili drugih kulturno prihvaćenih obrazaca ponašanja.

Disocijativni poremećaji motorike — F44.4

Disocijativni poremećaji motorike su gubitak mogućnosti pokreta celog ekstremiteta ili njegovih delova, a na neurotičnom nivou poremećaja. Oduzetost može da bude potpuna ili parcijalna sa mlitavim ili sporim pokretima. Važno je da u ovakvog bolesnika oduzetost ne prati adekvatan neurološki nalaz.

Sinonimi za disocijativni poremećaj motorike su: ***psihogena afazija, psihogena di-***

sfonija, psihogena pareza, psihogena paraplegija itd.

sa mešovitom fenomenologijom opisanom od F44.0 do F44.6 u kombinaciji.

Disocijativne konvulzije — F44.5

Disocijativne konvulzije su pseudokonvulzivni napadi slični napadima epilepsije po pokretima, bez ugriza jezika, povreda od pada, bez inkontinencije urina i bez gubitka svesti.

Disocijativna anestezija i senzorni gubitak — F44.6

Disocijativna anestezija i senzorni gubitak je poremećaj neurotičnog nivoa u kome bolesnik ne oseća delove tela. Na koži ekstremiteta, recimo ruku, pokazuje oštru granicu, fenomen "psihičkih rukavica", što odstupa od anatomske-fiziološke senzitivne inervacione distribucije.

Disocijativna anestezija i senzorni gubitak pored anestezije na koži najčešće se fenomenološki ispoljavaju psihogenim gubitkom vida, a ređe gluvoćom i anosmijom.

Mešoviti disocijativni – konverzivni poremećaji — F44.7

Mešoviti disocijativni-konverzivni poremećaji su neurotični konverzivni poremećaji

Ganserov sindrom — F44.80

Ganserov sindrom spada u ostale konverzivne, odnosno disocijativne poremećaje i predstavlja kompleksni neurotični poremećaj koji je opisao Ganser. Fenomenološki u kliničkom ispoljavanju za Ganserov sindrom karakteristična je *približnost odgovora*.

Poremećaji u vidu višestruke ličnosti — F44.81

Poremećaji u vidu višestruke ličnosti su izuzetno retki. Osnovna karakteristika ovog poremećaja neurotičnog nivoa je postojanje dve ili više ličnosti u jednoj individui, pri čemu je samo jedna evidentna u datom vremenu. Pojedinačno svaka od tih ličnosti je potpuna sa svojim sopstvenim sećanjima, ponašanjem ili sklonostima, a kada se transformiše u drugu — ne postoje sećanja na delovanje prve ličnosti. Prvi put se transformacija iz jedne ličnosti u drugu obično događa naglo i u tesnoj vezi sa nekim traumatskim doživljajem. Kasnije transformacije su ograničene na dramatične ili stresne događaje, ili se pojavljuju u vreme psihoterapijskih seansi.

SOMATOFORMNI POREMEĆAJI — F45.xx

Somatoformni poremećaji podrazumevaju da bolesnik često iznosi somatske simptome i stalno zahteva medicinska ispitivanja iako nema objektivnog razloga za to. Bolesnik ima potrebu za lekarskim razuveravanjem da simptomi imaju somatsku osnovu. Bolesnici sa ovakvim neurotičnim poremećajem su najčešće uvređeni stavom lekara koji ih ubeđuje da dalja ispitivanja nisu potrebna.

Somatizacioni poremećaji — F45.0

Somatizacioni poremećaji su oni kada kod bolesnika postoje višestruki i promenljivi znaci organskog oboljenja tokom bar dve godine, koji se ne mogu objasniti niti dokazati poremećajem ili oboljenjem tog organa. Bolesnik ne prihvata stav lekara da nema somatskog oboljenja, odnosno organskog objašnjenja njegovih doživljavanja. U kliničkoj praksi neurotični simptomi bolesnika sa somatizacionim poremećajem mogu biti vezani za bilo koji deo tela ili bilo koji unutrašnji organ, ali su ipak najčešće gastrointestinalne tegobe (podrigivanje, povraćanje, regurgitacija, mučnina, bolovi u trbuhu), nenormalne senzacije na koži (peckanje, utrnulost, žarenje, svrab), a česte su i menstrualne i seksualne smetnje. Poremećaj je frekventniji u ženskoj subpopulaciji i počinje najčešće u ranom odraslom dobu. Bitno je da ni primenom dijagnostičkih procedura nije moguće utvrditi bolest organa na čiju se poremećenu funkciju bolesnik žali.

Nediferencirani somatoformni poremećaj — F45.1

Nediferencirani somatoformni poremećaj je karakterisan brojnim somatskim žalbama bolesnika, a one su raznovrsne i perzistentne, mada nisu intenzivne i dramatične. Ovi bolesnici po pravilu nemaju probleme u porodičnom i socijalnom funkcionisanju.

Hipohondrijski poremećaj — F45.2

Hipohondrijski poremećaj je karakterisan stalnim dokazivanjem bolesnika da ima više ozbiljnih organskih bolesti sakrivenih iza simptoma koje doživljava, uprkos negativnim rezultatima preduzetih dijagnostičkih ispitivanja koja demantuju bolest. Bolesnik sa hipohondrijskim poremećajem svoju pažnju obično fokusira na jedan ili dva organa, odnosno sistema organa, ali tokom vremena pomera se i na druge. On strahuje zbog pogrešne interpretacije lekara i uporno zahteva nove i nove preglede, nova i nova ispitivanja.

Ovaj poremećaj, odnosno sindrom retko nastaje posle 50 godine, hroničnog je toka, promenljiv po težini simptoma i nesposobnosti koju u bolesnika izaziva. Javlja se i kod muškaraca i u žena i nema tendenciju da se javlja kod više članova iste porodice.

Somatoformna disfunkcija vegetativnog nervnog sistema — F45.3

Somatoformna disfunkcija vegetativnog nervnog sistema se ispoljava fenomenološki simptomima iritacije autonomnog nervnog sistema. Bolesnik doživljava premor, crvenilo, znojenje, palpitacije itd. Simptomi su trajni i neugodni. Bolesnik sa somatoformnom disfunkcijom vegetativnog nervnog sistema doživljava simptome organa i sistema organa koji su najvećim delom ili potpuno inervisani vegetativnim nervnim sistemom. Dakle, može se govoriti o simptomima kardiovaskularnog — "*srčana neuroza*", respiracionog — "*psiho-gena hiperventilacija*" i "*štucanje*", gastro-intestinalnog — "*neuroza želuca*" i "*nervozna dijareja*" i ponekad urogenitalnog sistema.

Perzistentni somatoformni bolni poremećaji — F45.4

Perzistentni somatoformni bolni poremećaji — fenomenološki se ispoljavaju dominiranjem žalbi bolesnika na trnjenje i jaki iscrpljujući bol koji se ne može objasniti fiziološkim procesima ili somatskim poremećajima. Obično se javljaju u okolnostima koje upućuju lekara da su povezani sa konfliktima ili problemima, koji se mogu okarakterisati i glavnim kauzalnim činiocem.

Najbitniji problem dijagnostike perzistentnog somatoformnog bolnog poremećaja je odvojiti ga od histrioničkog pojačanja, inače organski uslovljenog bola.

Neurastenija — F48.0

Neurastenija predstavlja perzistentne iznurujuće žalbe na zamorljivost posle psihičkog napora, ili žalbe na telesnu slabost i zamor nakon minimalnog psihičkog ili fizičkog napora. Dijagnoza se postavlja ako postoje najmanje dva od sledećih simptoma: ***mišićni bolovi, tenziona glavobolja, vrtoglavice, poremećaj spavanja, razdražljivost, dispepsija i nemogućnost relaksacije***. Neurastenični bolesnik se često žali na poteškoće koncentracije, nametanje misli, slabost upamćivanja i sećanja, neefikasno mišljenje, fizičku slabost, brzu zamorljivost, bolove u mišićima, glavobolju itd.

Neurastenični bolesnik insistira na umoru i slabosti i zabrinut je zbog pada svoje mentalne i fizičke efikasnosti.

Drugi specifikovani neurotski poremećaji — F48.8

Drugi specifikovani neurotski poremećaji uključuju mešovite poremećaje ponašanja, verovanja ili emocija nepoznate etiologije i nozološkog statusa koji su inače zastupljeni u pojedinim kulturama. U psihijatrijskoj literaturi opisuju se kao:

- preterana zabrinutost da izbacivanje sperme izaziva slabljenje — ***Dhat - sindrom***;
- anksioznost i strah da će se penis uvući u utrobu i izazvati smrt — ***Koro sindrom***;
- imitativno ili automatsko ponavljanje ponašanja — ***Latah sindrom***;

Povezanost ovih sindroma sa lokalno prihvaćenim supkulturnim verovanjima i obrascima ponašanja opredeljuju da ih ne treba označiti kao sumanute poremećaje. Ovi poremećaji nisu karakteristični za našu supkulturu.

PSIHODINAMSKO OBJAŠNJENJE NEUROTičNOG NIVOA POREMEĆAJA PSIHIČKOG ŽIVOTA

Psihodinamsko objašnjenje utemeljeno na pionirskom Frojdovom učenju je najprihvatljivije i u savremenoj naučnoj psihijatriji za razumevanje ne samo psihičkog razvoja već i svih psihopatoloških fenomena nepsihotičnog karaktera.

Objašnjenje strukture ličnosti

Struktura ličnosti se i danas može razumeti najpravičnije na Frojdovom objašnjenju. Frojdovo učenje da se ličnost strukturira kroz svoja tri dela: **Id, Ego i Super Ego (Ono, Ja i Nad Ja)**, prihvatljivo je s aspekta savremene naučne psihijatrije i njene stručne potrebe u praksi.

Id — Ono predstavlja nesvesni deo ličnosti tj. psihe — duše, a čine ga vitalni motivi, odnosno nagoni, a manjim delom i sadržaji potisnuti u podsvest tokom života.

Ego — Ja — po rođenju dete ima samo Id, odnosno nagone, a tokom ranog razvoja deo Id-a se transformiše u Ego. Ego se formira pod uticajem društvene sredine (porodice i šire zajednice), a za svoje potrebe uzima energiju iz Id-a, odnosno deo Id energije. Pojednostavljeno, za Ego se koristi izraz **svesno**, odnosno **svesno Ja**, zanemarujući razliku između pedsvesnog Ja i nesvesnog Ja.

Super Ego — Nad Ja formira se uporedo sa Egom još u ranom detinjstvu kao instanca identifikacije deteta sa moralnim stavom roditelja ili onih koji zamenjuju roditelje. Psihijatrijska literatura u kliničkoj praksi za nesvesni deo Super Ega koristi termin **infantilna**

ili dečja savest, a za svesni deo Super Ega termin *zrela savest*.

Svesno Ja ili Ego je najviša psihička funkcija, po suštini — **svest**. Njegov zadatak je da obezbedi socijalnu adaptaciju ličnosti. Da bi izvršio ovaj zadatak, Ego, odnosno Ja je uklešten između tri sile.

1. Id — nagoni zahtevaju svoje zadovoljenje bez obzira na pravila ponašanja u realitetu, kao i usvojene moralne stavove i obrasce Super Ega.

2. Infantilna savest — nesvesni deo Super Ega zahteva od individue da se ponaša prema normama ugrađenim i prihvaćenim tokom psihičkog razvoja u ranom detinjstvu.

3. Realitet ne dozvoljava ponašanje koje nije u skladu sa prihvaćenim normama sociozajednice i pisanim i nepisanim.

Ego u svim situacijama, a zarad uspešnog socijalnog prilagođavanja, mora da zadovolji sva tri zahteva, odnosno sile.

— Ukoliko Ego ne zadovolji Id, individua će doživeti **nezadovoljstvo i napetost**.

— Ukoliko Ego ne zadovolji infantilnu savest patiće od **griže savesti**, tj. od osećanja krivice koja se najčešće reflektuje strahom i depresivnim raspoloženjem.

— Ukoliko Id preduzme nešto u suprotnosti sa pravilima objektivnog realiteta namenutog od zajednice, doživeće žigosanje kao **antisocijalna ličnost**.

Normalno i poželjno u odvijanju psihičkog života svake individue podrazumeva sledeće.

Id ili nagona želja pokreće svaki psihodinamski mehanizam i ukoliko je usaglašen

sa realitetom, odnosno stavom *Super Ega*, doživljava se u svesti kao satisfakcija i životno zadovoljstvo.

Intrapsihički konflikt se događa u dve situacije.

1. Prva situacija intrapsihičke konfliktnosti nastaje ukoliko je želja iz Id-a antisocijalna i neprihvatljiva ni za Ego ni od Super Ega.

2. Druga situacija nastaje i kada nagonska želja nije antisocijalna sa gledišta realiteta, ali je infantilna savest vrlo kruto prihvata jer je formirana u uslovima preterane strogosti roditeljskog moralnog stava tokom razvoja.

Odbrambeni mehanizmi Ega

Odbrambeni mehanizmi Ega po psihodinamskom razjašnjenju funkcionisanja psihičkog života individue štite Ego — Ja od asocijalnih želja nesvesnog, odnosno nagonskih pulzija iz Ida. Ego ili zrela ličnost koristi brojne odbrambene mehanizme. Ukoliko to čini povremeno, u savremenoj psihijatriji se to smatra prihvatljivim, normalnim. Ako odbrambeni mehanizmi postanu tipični za ponašanje individue, označavaju se kao psihopatološko, tj. kao neurotični poremećaj.

Najčešći odbrambeni mehanizmi Ega su:

1. Potiskivanje uspešno koriste svi ljudi. Neuspešno potiskivanje je posledica energetski slabog Ega i uzrok brojnih neuroza.

2. Konverzija podrazumeva specifičan ishod borbe na relaciji Id — Ego kroz transformaciju nesvesne želje i pulzije u simptom somatskog poremećaja. Konverzija je tipična za psihogena oboljenja motornog i senzitivnog sistema, recimo slepilo ili paraplegija.

3. Projekcija je premeštanje nagonskih pulzija, sadržaja i želje u predmete i ličnosti

iz okruženja. Projekcija podrazumeva krivicu drugih i tipičan je neurotični odbrambeni mehanizam. Javlja se i kod duševnih bolesnika otuđenih od realnosti.

4. Identifikacija kao mehanizam odbrane normalna je tokom psihičkog razvoja u detinjstvu, a neurotični stigmat postaje kao mehanizam odbrane u zreloj životnoj dobi. Neurotična identifikacija je izuzetno frekventna u ratnim uslovima. Na primer, identifikacija sa agresorom transformiše se u rodoljublje, tj. za Ego prihvatljivu odbranu od agresora.

5. Regresija je neurotični izuzetno frekventan mehanizam odbrane koji počiva na principu ponašanja po obrascima prevaziđenog razvojnog nivoa iz detinjstva. Svaka neuroza je po svojoj suštini regresivni fenomen jer neurotični bolesnik izbegava da prihvati realitet i borbu za sopstvenu sociopoziciju, već da bi izazvao sažaljenje drugih.

6. Kompenzacija je mehanizam odbrane Ega vrlo poznat i laičkoj subpopulaciji. Osobe sa strukturnim osećanjem manje vrednosti teže da nadoknade svoj defekt i usmeravaju se na ostvarenje određenog društvenog statusa i ugleda. Nekada ovi neurotici društvenim uspehom i dostignutim društvenim statusom nadmaše sebe i svoje komplekse manje vrednosti i tada govorimo o **nadkompenzaciji**.

7. Sublimacija je po suštini neurotična transformacija nagonske energije u korisne društvene aktivnosti. Najčešće se sublimira, tj. transformiše energija libida, i to svakako ne normalne libidinozne usmerenosti, već inverzne ili perversne, u intelektualna ostvarenja i dostignuća (recimo umetnost, književnost, naučno istraživanje itd.).

8. Racionalizacija je potreba neurotika da sopstvene postupke objasni dobrim razlozima, a ne rezonovanjem jer bi tako postao svestan svoje asocijalne nagonske pulzije. Sušti-

na odbrambenog mehanizma racionalizacije je nesvesno "laganje" samog sebe i ostvarivanje "lepog mišljenja o sebi". Takva osoba objašnjava da je sve ono što čini dobro, pametno, humano, kvalitetno itd.

9. Maštanje je normalna mentalna pojava kod dece, ali je neurotični stigmat kod zrele osobe ukoliko služi razrešenju intrapsihičkih konflikta. Maštanje kao mehanizam odbrane Ega, ako dostigne izvestan kvantitet, može imati kvalitet sumanutosti.

10. Bekstvo u bolest je diferencijalno dijagnostička suština neuroze u odnosu na normalno i psihotično. Bekstvo u bolest kao mehanizam odbrane Ega odvija se po modelu: *opasnost po Ego — bekstvo u bolest — pokušaj terapije — Ego ne dozvoljava (svako nesvesno) ozdravljenje pre nego što se opasnost otkloni i pre nego što se dobije naknada za pretrpljenu opasnost*. Treći navod u modelu bekstva u bolest je suštinsko objašnjenje zašto neurotičari godinama ne mogu da se izleče uprkos trudu većeg broja lekara. Dakle, dvostruka renta, je suština svake neuroze.

Primarna neurotična renta ili korist postiže se mehanizmima odbrane u eliminisanju i nestanku opasnosti po Ego.

Sekundarna neurotična renta je posledica i refleksija same bolesti. Neurotik dobija više pažnje i ljubavi od osoba iz okruženja, time i više životnog zadovoljstva.

11. Reaktivna formacija je neurotični mehanizam odbrane Ega činjenjem i ponašanjem suprotnim svojim nesvesnim konfliktnim intrapsihičkim tendencijama.

Brojni su primeri reaktivne formacije kao svakodnevnog neurotičnog ispoljavanja. Recimo, požrtvovanost koja se u psihologiji opisuje kao kompleks starijeg brata u odnosu na mlađeg brata ili sestru, proističe iz primarne želje starijeg deteta da mlađi brat ili sestra

umru jer ih prepoznaje kao rivale. Primer za to su i osobe koje zbog nesvesne anksioznosti manifestuju preteranu hrabrost, koja ide čak do patološke, ili latentni egzibicionista manifestuje preteranu stidljivost itd.

Snovi

Psihodinamsko shvatanje razrešavanja svakodnevnih intrapsihičkih konfliktnosti motiva, pulzija i želja iz Ida sa realnošću, tj. Super Egom, je u normalnom fiziološkom spavanju, a razrešavanje se postiže sanjanjem.

Svaki san ima dva nivoa.

1. **Latentni sadržaj sna** je pravi sadržaj zbog čega se sneva i skriven je od razumevanja snevaču. Može ga tumačiti edukovan psihijatar koji će naći pravi izvor intrapsihičke konfliktnosti, odnosno odgonetnuti skrivene nagonske želje i tendencije snevača.

2. **Manifestni sadržaj sna** podrazumeva onaj doživljaj i događanja u snu kakvim ih snevač zapamti i ispriča.

Transformacija latentnog u manifestni san označena je terminom **rad sna**. Rad sna je prevođenje nesvesnih i neželjenih tendencija u manifestno sanjanje. Smatra se da sanjanje tokom spavanja zapravo čuva mentalnu ukupnost zdrave odrasle osobe u okvirima prihvatljivog, odnosno normalnog.

Neurozama i neurotičnom nivou psihičkog poremećaja, kao i mehanizmima nastanka dat je namerno veći prostor u ovom udžbeniku psihijatrijske propedeutike. Studenti medicine, a budući lekari bilo koje medicinske struke, susreće ove poremećaje psihičkog sklada u bar 50% svih svojih pacijenata u kliničkom radu ili u radu u okviru primarne zdravstvene zaštite.

PSIHOZE

"Bolesnik nemože da hoće."

Psihoza — *psychosis* je naziv za duševno oboljenje, odnosno duševnu bolest.

Psihoze su poremećaji psihičkog života individue koji se u kliničkoj fenomenologiji ispoljavaju kao patognomonično otuđenje ili *alijenacija od realnosti*.

Predmeti, pojave i pojmovi za bolesnika u stanju psihotične alijenacije (otuđenja) od realnosti imaju sasvim drugo značenje nego za mentalno zdravu individuu. Recimo, pod dejstvom čulnih obmana ili ideja sumanutog sadržaja ceo svet je bolesniku nešto kvalitativno novo i drugačije nego za mentalno zdravog čoveka. *Psihotičan, odnosno duševni bolesnik ima sopstveni pozitivan sud i stav prema izmenjenoj i otuđenoj realnosti u svom doživljaju*. Za psihotičnog se može reći da **"nemože da hoće"** da poima sebe i druge u realitetu.

Psihotična, tj. alijenirana otuđena osoba od stvarne i objektivne realnosti oduvek i danas zbunjuje i laički svet i lekare. Psihijatrija

i protagonisti savremene psihijatrije — lekari psihijatri, ovo otuđenje psihotičnog bolesnika razumeju i ne doživljavaju sa njim konflikt pri verbalnom kontaktu.

Udžbenička psihijatrijska literatura obrađuje pojedinačne duševne bolesti po principu kliničkog izučavanja somatskih oboljenja. Zato će u ovom udžbeniku biti iznete samo osnovne definicije i napomene vezane za psihoze u funkciji lakšeg obavljanja praktičnih vežbi iz psihijatrije i kvalitetnijeg kontakta studenta sa duševno obolelim na klinici.

Klasična podela psihoza u psihijatriji temelji se na poznatom etiološkom faktoru i podeli na **endogene** i **egzogene** psihoze prema tome da li je kauzalitet intrapsihički tj. unutarbiološki, ili je uzrok izvan bolesnika, odnosno izvan njegovog telesnog integriteta, znači iz sociosredine.

Psihoze, dakle mogu biti *organske* (utvrđiva je strukturna lezija mozga), mogu biti *reaktivne i indukovane*, a prema trajanju *prolazne* (akutne) i *postojane* (hronične).

ENDOGENE PSIHOZE

Endogene psihoze su duševne bolesti za čiji nastanak je kriv nasledni faktor ili neki urođeni činilac. Genetička istraživanja su potvrdila ili kod nekih psihoza anticipirala mogućnost genetske determinisanosti poremećanih obrazaca funkcionisanja neurona u smislu izmene metaboličkih nivoa transmittera i enzima ili koncentracijskih vrednosti njihovih metabolita.

Dihotomija razjašnjenja postoji u smislu da li je ovakva genetska, odnosno biološka dispozicija za nastajanje duševnog poremećaja sasvim dovoljna sama *per se*, da se duševna bolest tokom života i klinički deklanšira, odnosno manifestuje, ili je pak neophodan spoljni egzogeni faktor kao okidač za kliničku manifestaciju bolesti. I jedan i drugi stav imaju prihvatljiva naučna utemeljenja i objašnjenja u okviru psihijatrije kao nauke u kontekstu neuronauka.

Danas duševne bolesti sa prefiksom endogene nije moguće terapijski rešiti. Dakle, endogene psihoze su hronične, trajne bolesti sa recidivima pogoršanja i dužim ili kraćim periodima terapijskog poboljšanja ili remisija u smislu uvođenja bolesnika u poželjno skladno mentalno funkcionisanje. Nesporo endogene psihoze su:

Shizofrenija — F20-F20.8

Shizofrenija (*schizophrenia*) — etimološki potiče od grčkih reči *schizis* — rascep i *phrenos* — duša. Prvi put je ovaj naziv upotrebio *Eugen Bleuler* 1911 godine, zamenivši dota-

dašnji naziv — *dementia praecox* Emila Krepelina.

Shizofrenija je hronično oboljenje koje karakteriše niz psihičkih poremećaja koji se manifestuju pri čistoj svesti. Patognomonični psihički poremećaji su: **disocijacija ličnosti**, **anhormija i atimija** kao glavni, a kao sporedni u fenomenološkom sindromu u shizofreniji javljaju se čulne obmane, sumanute ideje, katatonija itd.

Shizofrenija je najčešća psihoza (duševna bolest). Smatra se da 0.8 do 1% populacije ima nasledenu ili urođenu dispoziciju za shizofrenu bolest. Frekventnost kliničke pojave shizofrenije je 4 do 6‰ u opštoj populaciji. Izučavanje i razumevanje složene i polimorfne psihopatološke fenomenologije ove psihoze je od izuzetnog značaja za naučno i stručno unapređivanje psihijatrije uopšte.

Shizofrenija se u kliničkoj manifestaciji javlja u više kliničkih formi. U klasifikaciji se razlikuju: **shizophrenia simplex** (oblik u kome nema sporednih sindroma), **shizophrenia paranoides** (sindromski bogata sumanutim idejama i čulnim obmanama), **katatona shizophrenia** (izražen katatoni sindrom), **hebefrenija** (klinički najteži oblik shizofrenije, počinje u adolescenciji ili pre mentalnog sazrevanja).

Shizofrenija kao hronična duševna bolest je po kliničkoj suštini proces koji bolesnika vodi u potpunu dezintegraciju ličnosti i fenomenološki se ispoljava polimorfizmom simptoma. Oni su opisani u odeljcima o poremećajima pojedinih psihičkih funkcija.

Manijako–depresivna psihoza — F30-F39

Manijako–depresivna psihoza (*psychosis maniaco depressiva*) ili afektivne psihoze se ispoljavaju patološkim enormnim povišenjem raspoloženja — **hipertimijom**. Dakle, enormno patološko povišenje afekata (raspoloženja), bez razloga naziva se — **manija**, a patološko enormno bezrazložno povišenje emocija u pravcu neraspoloženja — **depresija**.

Manijako-depresivna psihoza je hipertimija polarizovana u pravcu bezrazložnog povišenog raspoloženja ili hipertimija polarizovana u pravcu bezrazložne tuge.

Bolesnik se pod dejstvom snažnih patoloških emocija otuđuje od realnosti, pa je po kvalitetu ova bolest duševni poremećaj. Manifestuje se kao periodična depresija, ili periodično ponavljajuća manija, ili kao naizmenična pojava epizoda manije i depresije sa kraćim ili dužim periodima remisije između antipodna dva klinička pojavna oblika.

Epidemiološki psihijatrijski podaci upućuju da je manijako-depresivna psihoza relativno često oboljenje, sa frekvencom 0,3—0,5 slučajeva na 1.000 ukupne populacije. Kao i shizofrenija, i manijako-depresivna psihoza u svakom svom kliničkom obliku je genetski determinisana po opisanom principu nastajanja.

Klinički manifestni oblici manijako–depresivne psihoze obuhvataju sledećih šest tipova.

1. Tip alternih faza je najčešći. Bolest počinje maničnom fazom, posle koje nakon kraćeg "mirnog perioda" nastaje depresivna faza i nakon kraćeg "mirnog perioda" ponovo manična i tako do kraja života.

2. Cirkularni tip manijako–depresivne psihoze je smena manične i depresivne faze bez intervala poboljšanja.

3. Double forme se manifestuje maničnom fazom na koju se nadovezuje depresivna faza bez slobodnog intervala, a zatim obično nastaje kratko zatišje pa se klinička slika ponavlja na isti način.

4. Atipičan oblik se klinički manifestuje sa nekoliko maničnih epizoda, a između njih nastaju "mirni periodi" poboljšanja, te jedna epizoda depresivne slike i period poboljšanja, a onda nekoliko uzastopnih maničnih epizoda sa intervalima poboljšanja.

5. Tip "intermitentne manije" se manifestuje samo javljanjem maničnih faza afektivne psihotičnosti i između njih faze poboljšanja ("mirni periodi") bez depresivnih faza bolesti.

6. Tip "intermitentne melanholije" u kliničkoj manifestaciji ima samo depresivne faze bolesti bez maničnih perioda, a između faza depresije nastaju periodi zatišja, odnosno mirni periodi poboljšanja.

Shizoafektivne psihoze — F25

Shizoafektivne psihoze — poremećaji — **su epizodični duševni poremećaji sa afektivnim i shizofrenim simptomima ali fenomenološki ne opravdavaju ni dijagnozu shizofrenije, ni emocionalnih psihoza (manije ili depresije).** Shizoafektivni poremećaji su česti epizodični psihotični poremećaji sa istovremenom kliničkom manifestacijom shizofrenih i afektivnih psihotičnih simptoma, a nekada razdvojenom, u razmaku od nekoliko dana ali unutar iste epizode bolesti.

Shizoafektivna psihoza ne ostavlja trajne defekte, ima dobre remisije, ali nažalost tendenciju recidiva.

Dijagnozu shizoafektivne psihoze ne treba postaviti u kliničkoj manifestaciji bolesti samo shizofrene ili samo afektivne psihotične slike (manične ili depresivne) kada se odvijaju u razdvojenim epizodama bolesti. Shizoafektivna psihoza, odnosno shizoafektivni poremećaji su problemski dijagnostički entitet u psihijatriji obuhvaćen i najnovijom psihijatrijskom klasifikacijom bolesti. *Samo psihijatar sa dobrim kliničkim iskustvom može validno dijagnostikovati shizoafektivnu psihotičnost.*

Sumanute psihoze – paranoja — F22-F22.9

Sumanute psihoze u psihijatrijskoj literaturi se opisuju i kao paranoja, odnosno kao krug paranoje. Radi se o retkoj endogenoj hroničnoj psihozi — duševnoj bolesti progredijentnog toka i postepenog razvoja. **Karakteristično za sumanutu psihotičnost je da bolesnik izvan sumanutog sistema nema drugih poremećaja mišljenja, niti poremećaja drugih psihičkih funkcija.**

Etimološki *paranoja* potiče od grčkih reči *para* (mimo) i *nous* (mišljenje) — pogrešno misli. Prvi put ju je uočio i opisao prema istorijskim podacima Hipokrat. On je paranoičnog

bolesnika opisao kao čoveka sa neispravnim prosuđivanjem.

Paranoja je učestalija pojava u muškoj subpopulaciji i nastaje najčešće posle 40 godine. Bitno je, u kliničkoj lekarskoj praksi, ovu psihozu diferencijalno dijagnostički razgraničiti od sumanutih ideja u drugim psihozama, i to prema mehanizmu nastanka i strukturi sumanutosti.

Sumanutost u ovih bolesnika kao osnovni sindrom u kliničkoj manifestaciji bolesti dovodi do njihovog otuđenja od objektivne realnosti. Sumanute psihoze se prema mehanizmu nastanka sumanutosti i prema temi, odnosno sadržaju sumanutosti i konačno prema strukturi sumanutosti, dele na podgrupe:

- erotomanija,
- strasna sumanutost,
- ekspanzivna ili megalomanska sumanutost,
- depresivna sumanutost,
- sumanutost persekucije,
- sumanutost ideja odnosa,
- sumanutost ljubomore,
- erotomanska sumanutost,
- religiozna sumanutost itd.

Sumanute psihoze kao endogene hronične duševne bolesti nekada mogu nastati i kao paranoičke ideje bez prodromalnih pojava uz jako afektivno reagovanje. Takva sumanutost može vremenom da iščezne, odnosno nema karakter hroničnosti.

EGZOGENE PSIHOZE

Egzogene psihoze su najčešće akutne, a ređe hronične duševne bolesti za čiji je nastanak po pravilu lako dijagnostički utvrditi delovanje spoljašnje nokse na centralni nervni sistem, odnosno mozak, što je i etiološka suština ovih psihoza.

Egzogene psihoze se dele na *reaktivne* i *simptomatske*, odnosno organske.

Reaktivne psihoze — F23 (Akutni i prolazni psihotični poremećaji)

Reaktivne psihoze kao podgrupa egzogenih psihoza karakterišu se psihičkom traumom kao primarnim etiološkim faktorom. Najčešće se klinički manifestuju kao **reaktivne depresivne psihoze i reaktivne psihoze nastale u toku elementarnih katastrofa**. Manifestuju se najčešće stuporom ili konfuznom agitacijom.

Akutni i prolazni psihotični poremećaji, odnosno reaktivne psihoze su heterogeni duševni poremećaji. Zajedničko im je akutni početak sa pojavom sumanutih ideja, halucinacija i perceptivnih poremećaja. Nikada nema podataka o organskom kauzalitetu. Patognomično za ove psihoze je razvoj kliničke slike unutar 48 sati do dve nedelje od psihogenog traumatskog događaja. Akutni polimorfni poremećaji mogu biti sa *sumanutošću*, sa *simptomima shizofrenije*, *sličnih shizofreniji* i *bez simptoma shizofrenije*.

Indukovane psihoze — F24

Indukovane psihoze, odnosno indukovani poremećaji sa sumanutošću se javljaju u situaciji izuzetne emocionalne povezanosti duševnog bolesnika sa drugom osobom. Psihotična osoba je po pravilu dominantna, a indukovana osoba submisivna i sugestibilna u tom odnosu.

Indukovana sumanutost se najčešće razvija kod emocionalno vrlo vezanih bračnih parova i češće je žena indukovano psihotična. Razdvajanjem ovih bolesnika osoba sa indukovanom sumanutošću se brzo vraća u normalno, odnosno premorbidno stanje svog psihičkog života, bez lečenja psihofarmacima.

Indukovana sumanutost je redak reaktivan duševni poremećaj jer osoba indukuje, odnosno prihvata sumanute ideje induktora koji je pravi duševni bolesnik, a čija je bolest nastala naglo — akutno. Indukovana sumanutost može zahvatiti i više od jedne osobe, najčešće one rodbinski povezane, te se govori o "*ludilu udvoje*", "*ludilu utroje*" itd.

Simptomatske psihoze — F04-F09

Simptomatske psihoze su egzogene sumanute psihoze čiji je primarni etiološki faktor trauma mozga, ili infekcija mozga, intoksikacija, oboljenje krvnih sudova mozga, neoplazme mozga itd. Ove psihoze su sindrom ili komplikacija osnovnog oboljenja centralnog nervnog sistema, odnosno oštećenja mozga.

Simptomatske psihoze su najčešće akutne i prolazne jer nestankom osnovnog oboljenja neretko nestaje psihoza i nikada ne recidivira. Simptomatske psihoze fenomenološki su po suštini sindromi pomućenja svesti (delirijum, amentni sindrom i mentalna konfuzija).

Najčešće simptomatske psihoze su:

— **traumatske psihoze** — duševni poremećaji kao posledica zatvorenih ili otvorenih povreda lobanje, odnosno mozga;

— **encefalitis i druga infektivna oboljenja**, recimo, tifus — mogu izazvati simptomatsku psihozu;

— **intoksikacije** — mogu izazvati simptomatsku akutnu i hroničnu psihozu. Najtipičnija je alkoholna psihoza, poznata kao **delirijum tremens**, nastala zbog dugovremene hronične zloupotrebe etil alkohola.

— simptomatske psihoze mogu izazvati i uremija, ekstrarenalna azotemija, zloupotreba droga, nekih lekova itd.;

— psihoze nastale tokom **graviditeta, partusa, puerperijuma, laktacije, klimakterijuma**. Odnose se na žensku subpopulaciju i nazivaju se zajedničkim imenom **germinativne psihoze**. Smatra se da su za nastanak ovih psihoza pored narušene hormonske homeostaze žene, odgovorni i psihički faktori, infekcije u datom germinativnom periodu žene, kao i biološki faktori, odnosno genetska dispozicija.

Posebno se izučavaju po kliničkoj fenomenologiji psihoze vezane za razvojne periode, te imamo: **psihoze detinjstva** (autizam ili autistički poremećaj, Rettov poremećaj, dezintegrativni poremećaji u detinjstvu, hiperkinetički poremećaj, Aspergerov poremećaj i pervazivni razvojni poremećaj nespecifikovan), **psihoze u adolescenciji** i **psihoze u senijumu**.

Sve duševne bolesti, odnosno psihoze se detaljno obrađuju u udžbenicima psihijatrije, a propedeutički su samo definisane u ovom poglavlju.

INTELEKTUALNI DEFICITI



Intelektualni deficiti su mentalni poremećaji karakteristični po defektu inteligencije. Dele se na *oligofrenije* i *demenције*, odnosno na urođenu i stečenu ili primarnu i sekundarnu slaboumnost. Osnovni kriterijum za razlikovanje oligofrenija od demencija je pojava oboljenja u odnosu na biološku dob. Oligofrenije ili nasleđene slaboumnosti se manifestuju po rođenju ili najkasnije u ranom detinjstvu, a demencije su intelektualni deficiti nastali tokom života, najčešće u odrasloj dobi, dakle kada se inteligencija već razvila.

Oligofrenije – primarne slaboumnosti — F70-F79

Primarna slaboumnost je urođena ili nasleđena slaboumnost, odnosno mentalna retardacija. Oligofrenije ili mentalne retardacije su prilično frekventni entitet u opštoj populaciji. Epidemiološka psihijatrijska istraživanja pokazuju da 1-2% ukupnog stanovništva ima mentalnu retardaciju u rasponu od najlakšeg do najtežeg stepena i zanimljivo je da je odnos učestalosti 2:1 u korist muškaraca.

Etiologija i patogeneza oligofrenija ili primarne slaboumnosti su heterogene. Najčešći su različiti nasledni i urođeni činioci, ali su značajni i činioci sredine pojedinačno i u interakciji.

Uzroci primarne slaboumnosti mogu biti:

- 1) nasledni faktori;
- 2) činioci koji deluju intrauterino;
- 3) činioci koji deluju tokom porođaja (porođajne traume mozga);

4) činioci koji deluju postnatalno (nakon rođenja), infekcije ili druge afekcije mozga.

Mentalna retardacija ili primarna slaboumnost je posebno značajno područje u savremenoj psihijatriji. Dijagnostikovanje obavezuje na proširena potrebna ispitivanja radi utvrđivanja stepena slaboumlja i važnije uzroke nastanka. Danas je moguće efikasno delovati preventivno — uklanjanjem poznatih prenatalnih, perinatalnih i postnatalnih uzroka. Ovde edukacija i poboljšanje ekonomsko materijalnog stanja stanovništva ima takođe veliki značaj. Rana kauzalna dijagnostika u brojnim stanjima mentalne retardacije omogućuje efikasno lečenje (urođene bolesti metabolizma kao fenilketonurija, hipotireoidizam, galaktosemija itd.). Nažalost za veći procenat oligofrenija ne postoji lek niti mogućnost lečenja na današnjem nivou naučne psihijatrije, odnosno medicine.

Demencije — stečene slaboumnosti — F00-F03

Fenomenološki demencije ili stečene slaboumnosti (sekundarne slaboumnosti) imaju specifične karakteristike i posebnosti bez obzira na kauzalitet ili tip. Stečena slaboumnost je refleksija organskog oboljenja, odnosno oštećenja mozga, na planu psihičkog života, najčešće hroničnog, a progredijentnog tipa. Kod dementnih postoji multiplo oštećenje vi-

ših kortikalnih funkcija — *pamćenje, mišljenje, shvatanje, računanje, učenje, rasuđivanje, orijentacija, govor itd.* Svest nije poremećena.

Demencija se u razvijenom kliničkom obliku manifestuje oštećenjem kognitivnih funkcija u toj meri da je veoma otežano i onemogućeno socijalno i radno funkcionisanje obolelog. Poodmakli stadijum demencije karakteriše i oštećenje orijentacije u vremenu, prostoru i prema drugim ljudima. Oštećenje orijentacije je jedan od patognomoničnih znakova sekundarnog ili stečenog slaboumlja.

Demenciju kao osnovni mentalni poremećaj mogu da prate istovremeno i drugi sindromi duševne poremećenosti, kao što su depresivni sindrom, paranoidni sindromi, stanja akutne zbunjenosti i delirantna stanja.

Stečena slaboumnost, tj. demencija u starosti, odnosno u senijumu, se karakteriše progredijentnim tokom oštećenja gnostike. Nastajanje i ove vrste intelektualnog deficita moguće je preventivno, odnosno protektivno odlagati ili pak usporavati joj klinički razvoj, odnosno progredijenciju.

Svaka stečena slaboumnost ili demencija vodi bolesnika u progredijentnu intelektualnu prostraciju, odnosno intelektualno siromašenje. *Stanje je analogno bogatašu koji je naglo osiromašio ili pak iz nepopravljivih razloga siromaši.*

PSIHOSOMATSKI POREMEĆAJI — F54

PSIHOLOŠKI ČINIOCI UDRUŽENI SA DRUGIM POREMEĆAJIMA

"Čovek može sve što hoće, samo kad bi hteo ono što može."
Nemačka izreka

Psihosomatski poremećaji su funkcionalni poremećaji pojedinih organa ili sistema organa uzrokovani pored niza drugih činilaca primarno psihogenim faktorima. *Psihosomatske bolesti su praćene strukturnim poremećajima pojedinih organa ili sistema organa, za čiji nastanak je primaran psihogeni faktor.* Ponuđene definicije jasno ukazuju na vremensku povezanost delovanja psihogenih faktora i pojave psihosomatskih poremećaja, odnosno psihosomatskih bolesti.

Razumevanje psihosomatike treba propeđevitički započeti terminološkim razjašnjenjima. Termin *psihofiziološki* je u stvari sinonim za termin *psihosomatski*, dakle sinonimi su psihosomatika i psihofiziologija. Udžbenička psihijatrijska i medicinska literatura služi se i terminima *liaison* psihijatrija, odnosno *konsultativna* psihijatrija, što je sinonim za *psihosomatski pristup*. Danas je nesporna potreba u kliničkoj praksi da se kod svakog bolesnika uvek uvažava relacija uzajamnog odnosa psihe i tela, razvijena na koncepciji i dostignućima psihosomatike, odnosno psihijatrije i somatskih medicinskih grana.

Još su Hipokrat, a i Sokrat u antičkoj Grčkoj, zapazili da snažne emocije kao što su: *žalost, strah, bes ili gnev* mogu izazvati telesne poremećaje i oboljenja organa. **Lekari i**

filozofi onog doba su ukazali na jedinstvenost i nedeljivost prirode čoveka u psihosomatskom smislu. Termin psihosomatski za insomniju izazvanu psihogenim faktorima upotrebio je prvi 1918. godine Hejn Roth.

Psihosomatski pristup u medicini, posebno u psihijatriji, značajan je kao koncept i antiteza redukcionističkom **biomedicinskom pristupu**. Biomedicinski pristup je po suštini redukcionistički i ima tendenciju u naučnoj medicini da se svako stanje objasni jasnim uzrokom. Naravno da je to unapredilo savremenu naučnu medicinu jer su identifikovani brojni izazivači bolesti kao bakterije, virusi, rikcije itd. Ova oboljenja imaju svoj karakterističan tok i ishod i moguće je njihovo efikasno kauzalno lečenje, kao i sprovođenje specifične primarne prevencije.

Činjenica je da biomedicinski model u savremenoj naučnoj medicini nije dao očekivane rezultate u brojnim bolestima sa multifaktorskom etiologijom, kao što su kardiovaskularne bolesti, duševne bolesti, neoplazme i klasične psihosomatske bolesti.

Neuspeh redukcionističkog biomedicinskog modela u lečenju i prevenciji nabrojanih bolesti nametnuo je holistički pristup u savremenoj psihijatriji i medicinskoj nauci uopšte. Holistički pristup u psihijatriji ne podrazume-

va nove teorije, već istraživanje interakcija bioloških, psiholoških i socijalnih činilaca u smislu doprinosa zdravlju, ali i odgonetke nastanka bolesti.

Klasičan koncept psihosomatskih poremećaja i bolesti razvijen je na epidemiološkim i kliničkim istraživanjima u poslednjih 50-ak godina. **Klasičnim konceptom psihosomatskih poremećaja su obuhvaćene i bolesti:** *tenziona glavobolja, gojaznost, migrenozna glavobolja, bolne menstruacije, angina pectoris, sakroilijski bol, neurodermatitis, reumatoidni artritis, astma, tahikardija, aritmije, gastrični i duodealni ulkus, kardiospazam, regionalni enteritis, ulcerozni kolitis, učestalo mokrenje, akne.* Poremećaji i bolesti klasifikovane u psihosomatsku dijagnostičku kategoriju su konceptualizovani na osnovu psihološkog činioca, odnosno konstrukta, kao primarnog u njihovom nastanku i razvoju.

Psihijatrija na samom početku XXI veka kroz ostvarena istraživanja u **psihoneuroendokrinoimunologiji** je konceptualno osavremenila psihosomatske poremećaje i psihosomatske bolesti. Psihoneuroendokrinoimunološka istraživanja su potvrdila efekte stresa i stresora na imunitet i istovremeno složene neuroendokrine i neurotransmitterske akcije koje mogu dovesti do imunodezintegracije. Nova istraživanja u psihijatriji, odnosno neuro-naukama, potvrđuju da u nastanku mnogih bolesti presudnu ulogu imaju stres i psihoso-

cijalni faktori koji izazivaju supresiju imuniteta ili podstiču hiperimunitet. Nabrojanim poremećajima i bolestima se pridodaju i brojne nove. To su bolesti poznatog nastanka zbog supresije imuniteta: ***akutne respiracione infekcije, mononukleozna, genitalni herpes, sindrom hroničnog zamora, neoplastične bolesti, hipertireoza, sistemski lupus eritematosus, Hashimotova bolest, miasthenia gravis, psorijaza, perniciozna anemija, polimiozitis i dr.***

Emocije mogu uticati pozitivno i/ili negativno na psihološke mehanizme odbrane, ali danas je naučno dokazano i na druge telesne — somatske mehanizme odbrane, tj. na imunitet. Psihoneuroendokrinoimunološka istraživanja potvrdila su poslednjih godina da somatska oboljenja primarno nastaju usled psihogenih uticaja na imunološke mehanizme odbrane. Ovim je opredeljen dalji razvoj *psihoneuroimunologije* i *imunopsihijatrije*.

Somatoformni poremećaji — F45

Bolesnici iz ove dijagnostičke grupe se žale uporno na somatske tegobe i stalno zahtevaju dijagnostičke preglede iako nije moguće potvrditi oštećenje organa na čiju se disfunkciju žale. Svi nalazi su u fiziološkim granicama, a bolesnik traži dalja ispitivanja i često se ljuti na lekara što ne može da "utvrdi bolest".

ZAVISNOST OD ALKOHOLA I POREMEĆAJI — F10

**"Poroci se uče bez učitelja."
Engleska izreka**

Naziv alkohol je arapskog porekla. Prvo-bitno, reč *alkohol* je značila *čista, savršeno prečišćena supstanca*. Termin alkohol danas se odnosi na brojne napitke u kojima je dejstvujuća supstanca **etanol** ili *etil-alkohol*.

Smatra se da je alkohol čoveku poznat oko 40.000 godina. Alkoholna pića se danas dobijaju vrenjem ugljenih hidrata pod uticajem alkoholnih gljivica, odnosno vinskog i pivskog kvasca, a destilacijom se dobijaju uglavnom brojna žestoka alkoholna pića i likeri. Destilacija je tehnološki poznata tek od IX veka naše ere.

Etil-alkohol je prema psihofarmakološkom efektiranju na CNS, odnosno neurone mozga, izuzetno kvalitetan skoro do farmakološki poželjnog, anksiolitik. Etil-alkohol na neuronskoj membrani nema specifična receptorska mesta, već se vezuje na dijazepinske receptore.

Alkoholizam je naziv za kompleksne posledice na ukupno zdravlje individue izazvane *dugovremenom, hroničnom zloupotrebom alkoholnih pića*. Istorijski je poznato da su davno minule ljudske civilizacije imale različit stav prema upotrebi i zloupotrebi alkohola (upotreba — *uzus*, zloupotreba — *abuzus*). Bilo

je civilizacija koje su napicima sa etil-alkoholom pridavale božansku vrednost, alkoholna pića nazivale pićem bogova (i danas naziv za vino). Neke civilizacije su zabranjivale konzumiranje alkoholnih napitaka i primenjivale čak i smrtnu kaznu nad onima koji se ne pridržavaju tih normi zabrane. Bilo je civilizacija koje su privilegovale neke društvene slojeve, uglavnom vladaoce, a ostalima zabranjivali pijenje alkohola.

Alkoholizam se do pedesetih godina XX veka smatrao porokom i problemom poročnih pojedinaca. Svetska zdravstvena organizacija je oformila Pododbor za problem alkoholizma 1951. godine u Kopenhagenu, a tačno 173 godine od tvrdnje lekara Tomasa Trotera da je alkoholizam bolesna pojava. Danas savremena psihijatrija na alkoholizam, odnosno na pojavu zavisnosti od alkoholnih pića, gleda kao na **komorbiditet**, a ne više na alkoholizam kao bolest *per se*. Alkoholizam je i dalje izazov za istraživače u okviru brojnih medicinskih disciplina, ne samo psihijatrije, te su sve značajnija izučavanja alkoholizma u okviru genetike, farmakologije, fiziologije, neurofiziologije, neurohemije i neurobiohemije. Istraživački i eksperimentalno je potvr-

đeno da je posledica dugovremene, hronične intoksikacije etil-alkoholom (etanolom) atrofija mozga, odnosno difuzni gubitak neuroenskog kvantuma u CNS-u. Pored izučenih citoloških oštećenja moždanog tkiva danas se izučavaju i neurotransmitterska i neurometabolička oštećenja izazvana alkoholom.

Dokazano je da alkohol izaziva neuronsku karenciju energetskih metabolita a ne samo promene u jonskoj homeostazi na neuronskoj membrani. Etil-alkohol oštećuje metabolizam neurona povećanjem ekstracelularne koncentracije jona kalijuma, što omogućava prodor jona kalcijuma kroz membranu u ćeliju neurona čime se ubrzava proces egzocitoze neurotransmitterskih vezikula, i to u trenutku kada su mehanizmi presinaptičkog pre-

uzimanja i metaboličke inaktivacije transmi-tera inhibirani. Nagomilavaju se krajni produkti metabolizma glikoze (laktat i piruat) i adenoizina. Oslobađaju se aminokiselinski transmi-teri (glutamat, aspartat, GABA) i mono-aminergički neurotransmi-teri (dopamin, nor-adrenalin, norepinerfin, serotonin). Poznato je da su oni svaki za sebe snažni aktivatori membranske adenilat–ciklaze, što oštećuje membranu neurona i vodi konačnoj smrti neurona pokretanjem razgradnje arahidonske kiseline.

Kvantum neurona se definitivno redukuje u CNS-u alkoholičara difuzno, znači i kortikalno i supkortikalno. Za propedeutičke potrebe ovog udžbenika biće kratko komentarisani psihički poremećaji i poremećaji ponašanja izazvani zloupotrebom alkohola.

AKUTNA ALKOHOLNA INTOKSIKACIJA — F10.0

Akutna alkoholna intoksikacija je posledica prekomernog jednokratnog uzimanja alkoholnih napitaka i postizanja koncentracije etil-alkohola u krvi od 3,0 ‰ do 4,0 ‰. Letalni ishod akutno alkoholno intoksicirane osobe već je moguć sa koncentracijom od 4,0 ‰ etil-alkohola.

Fenomenološki akutna alkoholna intoksikacija se u kliničkom ispoljavanju karakteriše prekomatoznim ili soporoznim stanjem, do kome, u situaciji teže intoksikacije. Kod ovako intoksiciranog a već komatoznog pacijenta nastaju *generalna cijanoza, površno i nepravilno disanje, ubrzan i slab puls, nizak krvni pritisak, pad telesne temperature, orošenost hladnim znojem, nekontrolisano uriniranje i defekacija, gašenje mišićnih refleksa i pojava*

pozitivnog refleksa Babinskog i suženje zenica bez reakcije na svetlost. Ukoliko se ne pristupi detoksikaciji u uslovima hospitalne intenzivne nege pacijent može ubrzo da umre.

Značajno je znati da male količine alkohola deluju kao moćni anksiolitik. **Niži stepen napitosti** deluje stimulatивно, tj. ekscitatorno, na kognitivne funkcije i *de facto* povećava efikasnost mentalne aktivnosti individue. U stepenu **srednje napitosti** javlja se euforija — preterano raspoloženje i moguće agresivno ponašanje prema predmetima i ljudima iz okoline. Konačno, u **teško napitom stanju** centralni nervni sistem reaguje pospanošću, usporenošću motorike, usporenošću govora zbog torpidnog efekta etil-alkohola na neurone, tj. centralni nervni sistem.

SINDROM ZAVISNOSTI OD ALKOHOLA — F10.2

ALKOHOLIZAM

Klinički, to je stanje psihičke i fizičke zavisnosti nastalo zbog dugovremene zloupotrebe alkoholnih pića, odnosno etil-alkohola. *Bolesnika sa sindromom zavisnosti od alkohola karakteriše potreba za redovnim uzimanjem alkoholnih pića da bi se ponovno i ponovno postigli efekti etil-alkohola ili izbegle apstinencijalne teškoće.*

Tolerancija na količinu alkoholnih pića je u sindromu zavisnosti od alkohola manja ili veća, zavisno od faze, ali i brojnih drugih činilaca. Sledstveno stavovima u klasičnoj udžbeničkoj literaturi, sindrom zavisnosti od alkohola podrazumeva hronični alkoholizam (terminološki je izbačen iz savremene psihijatrije) i dipsomaniju.

Etiološki faktori razvijanja sindroma zavisnosti od alkohola su: **ličnost**, odnosno *predispozicija*, **socijalna sredina** (*supkulturni obrasci ponašanja i socijalni pritisci*) i **alkohol**. *Ličnost individue sa svojim slabostima je glavni etiološki faktor, a alkohol obavezni činilac jer bez njega nema alkoholizma.*

Simptom zavisnosti od etil-alkohola je po suštini psihopatološka pojava ispoljena kompulzivnom potrebom nagonskog kvaliteta i snage za ponovno konzumiranje pića. Nagoniska snaga ove kompulzije može se suzbiti samo jačom snagom nekog drugog motiva. Važna činjenica za svakog terapeuta. Dijagnoza *sindroma zavisnosti od alkohola* danas se postavlja samo ako su ispunjena minimum tri od sledećih sedam uslova:

— Nema tolerancije (potreba za većom količinom etil-alkohola da bi se ostvario efekat — napitosti).

— Potreba da se alkoholna pića uzimaju često u velikim količinama i da to traje nekoliko godina.

— Prekidom uzimanja alkoholnih pića nastaju apstinencijalni simptomi i isti nestaju uzimanjem alkohola.

— Neuspeh pokušaja prekida uzimanja alkoholnih pića ili redukovanje količine istih.

— Bolesnik već troši značajan deo svog vremena u nabavci pića, konzumiranju i oporavljanju od napijanja.

— Zavisnik nastavlja sa prekomernim uzimanjem alkoholnih pića uprkos saznanju da već ima somatske poremećaje ili bolesti alkoholom izazvane ili potencirane.

— Zbog korišćenja alkohola zapostavlja ili napušta svoje socijalne i radno profesionalne obaveze.

Posledice alkoholizma poznate kao somatska oštećenja su izučene u okviru naučne medicine, a kao najčešće se navode:

— *oštećenja jetre* (nekroza hepatocita i masna infiltracija, zatim fibroza, te definitivno ciroza jetre);

— *oštećenje srca* (masna infiltracija, degeneracija, fibroza miokarda i koronarna skleroza);

— *gastritis i ulkusna bolest*;

— *hronični bronhitis* sa fibrozom i emfizemom pluća;

— *hronični laringitis*;

— *oštećenje retine*;

— *oštećenje bubrega*;

— *oštećenje pankreasa*;

— *alkoholne polineuropatije* kao posledica karencije vitamina B – grupe;

— ponekad i *alkoholna epilepsija* zbog fibroze mekih moždanica izazvane etil-alkoholom.

Nema organa koji etil-alkohol u dugovremenoj zloupotrebi ne oštećuje.

Poznati su u psihijatriji Korsakovljev i Vernikeov sindrom koji kod alkoholičara evoluiraju do **Korsakovljeve psihoze** — *globalne demencije*.

ALKOHOLNE PSIHOZE — F10.5-F10.9

Alkoholne psihoze su teški duševni poremećaji izazvani dugovremenom zloupotrebom alkohola. *Alkoholne psihoze kao dijagnostička kategorija isključuju alkoholizam bez psihotičnih poremećaja.*

Poznate alkoholne psihoze su:

- 1) delirijum tremens (F10.4),
- 2) Korsakovljeva alkoholna psihoza (F10.6),
- 3) druge alkoholne kortikalne i supkortikalne demencije (F10.73),
- 4) alkoholna ljubomora ili alkoholna paranoja (F10.50),
- 5) alkoholna halucinoza (F10.52),

6) psihotični sindrom posle prestanka uzimanja alkohola a bez delirijuma (F10.3),

7) patološko pijanstvo (F10.07),

8) nespecifična psihotičnost (hronični alkoholizam sa psihotičnošću neodređenog tipa, nespecifikovana alkoholna manija i nespecifikovana alkoholna psihoza).

Tretman svih alkoholičara sa fenomenologijom psihotičnosti podrazumeva apstinenciju, adekvatnu medikaciju (psihofarmaka i simptomatski), psihoterapiju i socioterapiju.

Nabrojane alkoholne psihoze su posebni psihijatrijski entiteti i opširno se izučavaju u udžbenicima psihijatrije. Propedevtički ovde su samo nabrojane.

ZAVISNOST OD PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI – DROGA — F11-F19

"Bolestima se plaćaju zla uživanja."
Engleska izreka

Psihoaktivne su sve one supstance koje, konzumirane, svojim hemijskim efektom menjaju stanje psihe.

Istorijski gledano, pouzdano se može tvrditi da su psihoaktivne supstance zajedno sa alkoholom poznate *Homo sapiensu* od same njegove pojave na našoj planeti. Može se tvrditi da su sve do druge polovine XX veka psihoaktivne supstance ili droge, posebno prirodne — prirodne, primarno imale *upotrebnju (uzusnu) vrednost*. Poznato je da su ljudi u drevnim civilizacijama spravljali napitke od trava i pijući ih doživljavali skupne vizije. Indusi milenijumima u svojoj supkulturnoj tradiciji koriste kanabinole iz *Cannabis sativa-e* (marihuanu) u sedam oblika, počevši od soka stabljike, preko lista i semena, a posebno kao afrodizijak. To bi analogno odgovaralo supkulturnoj upotrebi štrudle makovnjače u Vojvodini (svakako da u semenu maha ima opijuma).

Na samom početku XXI veka kritičnim pogledom unazad odgovorno bi se moglo tvrditi da je pojava hipi-pokreta "*dece cveća*" pedesetih godina XX veka bila pravi okidač za nastanak i rasprostranjenje narkomanije koja je danas narasla u neviđenu pošast u subpopulaciji mladih u čitavom svetu — pankontine-

ntalno. Pre nekoliko decenija izučavana je narkomanija u okviru psihijatrije ali i brojnih socioloških disciplina kao posebnost i bolest sa etiološkim činiocima i zdravstvenim posledicama. Narkomanija je dobila status bolesti i smeštena je u opus savremene psihijatrije kao poseban nozološki entitet. Klasična narkomanija kao psihijatrijski entitet i psihijatrijska bolest podrazumeva zavisnost od opijata, odnosno heroinomaniju kojoj je prethodilo izučavanje i znanje o tretmanu morfinomana. Heroinomanija kao sinonim za narkomaniju i kao masovna pojava, ipak je prošlost sa današnjeg aspekta. Poslednje dve decenije ceo prostor zavisnosti od psihoaktivnih supstanci i sledstvenih posledica treba svesti terminološki na *politoksikomaniju*, odnosno **politoksikomansku zavisnost**.

Narkomaniju danas treba razumeti kao politoksikomaniju a zavisnike kao politoksikomane, znači *osobe koje uzimaju svaku supstancu koja može da izmeni svesnost sebe ka sebi i svesnost sebe ka drugima i ukupnom okruženju*.

Politoksikomanija je suština aktuelne narkomanije u subpopulaciji generacija mladih. Pomeraju se donje granice prvog kontakta sa psihoaktivnim supstancama sve do dečjeg uz-

rasta. Izveštaji brojnih zemalja, skoro sa svih kontinenata, govore u prilog pomeranju ove granice ka 12. godini, pa i 10. godini života kao godini prvog kontakta sa drogom. Polito-ksikoman je opredeljen da uzme psihoaktivnu supstancu, bilo da je to prirodna prirodna droga kao što je heroin, kokain ili marihuana, bilo sintetske droge, čija je ponuda na ilegalnom tržištu droge sve veća zbog jeftine proizvodne tehnologije (krek, ekstazi). Konačno, zlorabljavaju se psihofarmaci i analgetici koji se inače koriste kao lekovi ili supstance za lečenje. Posebno benzodiazepini sa alkoholnim pićima u narkomanskom žargonu "**beton**".

Zavisnost od psihoaktivnih supstanci je izuzetno raširena, i istorijski gledano, ovakva zloraba je jedva pola veka prisutna u našoj civilizaciji sa tendencijom ekspanzivnog porasta broja konzumenata. Krajem XX veka napravljen je marketing u smislu izazova i opredeljenja subpopulacije mladih, a istovremeno postoji tendenciozna, nepravilna i nedovoljna informisanost svih odraslih, dakle i roditelja o suštini problema zavisnosti od droga.

Brojne zabune su unete i u stručnu javnost kao što je medicinska, i profesije kao što su socijalni radnici, pedagozi, defektolozi, psiholozi itd. *Najopasnija i najperfidnija podvala stručnim multidisciplinarnim krugovima jeste podela droga na lake i teške droge, čime stručnjaci svojim državama nedvosmisleno sugerišu proizvodnju, distribuciju i upotrebu dro-*

ga. U pitanju je neshvatljivo kriminalno delovanje na ljudski podmladak u celom svetu. Stručna i naučna rasprava na ovu temu je izlišna. Ako je jedna supstanca psihoaktivna i nazvana drogom, ona se može zlorabiti, bilo da je to heroin, kokain ili marihuana, ili bilo koja od sintetskih droga ili medikament. Onda je to droga i ne može biti po bilo kom kriterijumu laka ili teška (možda po molekularnoj težini). Dakle, ili je supstanca droga ili nije.

Novčana dobit iz proizvodnje i ilegalne distribucije droga na narkomansko tržište je toliko velika da je teško i shvatiti koliko je novca u opticaju. Suština je da se profit ostvaruje nanošenjem direktne štete zdravlju i životu osoba iz subpopulacije mladih civilizacije kojoj pripadamo. Verovatno je uticajem enormne moći tog novca, narkomanija danas gurnuta neopravdano u potpunu nadležnost naučne medicine, odnosno u domen zdravstvene zaštite. Zdravstveni radnici imaju svoje mesto i ulogu samo u lečenju somatskih ili psihičkih oštećenja zbog dugovremene zlorabe droga ili u lečenju jednokratne zlorabe — "over doze". Međutim, zdravstvena služba i lekari skoro svih zemalja su perfidno uključeni u "borbu protiv bolesti zavisnosti", tj. **narkomanije**, iako je naučno medicinski nesporno da zavisnost nije bolest. Dovoljno je obraditi opioidnu zavisnost sa aspekta naučne medicine i shvatiti da je lekarima zlona- merno podmetnuta aktuelna zabluda.

OPIJATSKA ZAVISNOST — F11

Opijatska zavisnost je zavisnost od opijata i opioida bilo naturalnih, sintetskih ili endogenih. Prirodni opijati su opijum, morfin (izdvojen iz opijumskog soka) i njegova polusintetska prerađevina u prah — heroin. Dobijaju se zarezivanjem stabljika belog maka, te skupljanjem smolaste materije sa stabljika. To je sirovi opijum koji se može preraditi u opijum i morfin (izdvojen iz opijumskog soka 1806. godine), a diacetilacijom morfina se dobija heroin. Morfin je imao u prvoj polovini XX veka široku primenu u medicini kao moćni analgetik, posebno u ratnoj medicini, odnosno ratnoj hirurgiji. Pre više od deceniju morfin je sintetizovan. Poznati sintetski opioidi su heptanon (metadon) i petantin, korišćeni u medicini kao analgetici, a široko zloupotrebjavani od narkomana od sedme decenije XX veka i u nas posebno *metadon* do pre deset godina kriminalno podržavan od nekih vodećih lekara neuropsihijatarata. Endogeni opijati su dinorfini, enkefalini i endorfini.

Zajedničko svim nabrojanim opijatima (i prirodnim i sintetskim i endogenim) **jeste hemijska struktura, grupa fenantrena** (pseudofenantrenski prsten) i **izuzetno veliko adiktivno svojstvo**. Endorfini, enkefalini i dinorfini su nazivi za endogene opijate (hemijski identične supstance) a metabolite centralnog nervnog sistema, odnosno metabolite neurona ne samo čoveka već svih životinja. U centralnom nervnom sistemu nema centra ili regije za bol, odnosno analgeziju, pa su endogeni opijati neophodni metaboliti nervnog sistema da bi se povisio prag razdražljivosti. Kada ih neuroni ne bi metabolisali, onda bi nas "bolela i percepcija svetlosti, a kamoli dodira i

pritiska". **Biološka raspoloživost sve tri vrste opijata, je tri sata** (poluvreme eliminacije iz plazme), odnosno **poluživot**. Za opioide poluživot je 24 – 35 sati (heptanon, metadon). *Nema farmakološke depo forme opijata niti opioida.*

Neuroni centralnog nervnog sistema, ali i autonomnog, imaju na svojim membranama posebne opioidne receptore. Najvažniji su μ , kapa, sigma, delta. Sa farmakološkog stanovišta značajna su samo prva tri. Ovi receptori su receptivna mesta na membrani neurona za molekul pseudofenantrenskog prstena, odnosno za molekul opijata i opioida i preko njih se unose u citosol neurona i njihov metabolizam. Opioidi uneti u krvotok vezuju se za nabrojane vrste membranskih receptora neurona. Vrlo brzo čak i kod prvog kontakta, a najčešće do sedmog, ostvaruju izuzetno jaku opijatsku adiktivnost — (**psihogenu zavisnost, ali i biološku**). Opioidi i opijati deluju na centralni nervni sistem, odnosno na funkcionalnost neurona torpidno. Zbog toga heroinomani ili ranije morfinomani doziraju sebi drogu do postizanja *stonda* (narkomanski žargon) što je fenomenološki visok stepen analgezije, veoma usporena mnestika, rečju izrazita otupelost (torpiranost) CNS-a. Uzimanje heroina na bilo koji od načina (intravenski, udisanjem pare, ušmkavanjem praha), izaziva toliko snažnu analgeziju da narkoman u stondu može da prisloni žar upaljene cigarete na svoju kožu a da ne oseti bol. Ukoliko vizuelno ne primeti, ne sklanja žar, pa može da sebi izazove opekotine trećeg stepena.

Razvojem opijatske zavisnosti receptorska mesta na membrani neurona se oštećuju

ponavljanjem vezivanja opijata. Tako se njihov ukupan broj na pojedinačnom neuronu smanjuje. Zbog toga heroinoman povećava dozu da bi se uveo u stond odnosno doživeo otupelost i analgeziju. Konačno, posle višestrukih ponavljanih "drogiranja" heroinom dolazi do oštećenja membrana neurona. Moglo bi se reći da "neuron procuri", procuri njegov unutrašnji sadržaj, odnosno citoplazma i konačno, nastaje smrt neurona. Povećanje količine jednokratnog unošenja heroina može se objasniti samo time da je potrebno podići koncentracijsku vrednost opijata da bi njihovi molekuli preko već drogiranjem redukovano broja kvalitetnih opijatskih receptora na membrani neurona mogli u dovoljnoj količini dopreti u citoplazmu neurona da zavisnik doživi opijenost (drogiranost). Dakle, ne radi se o nikakvoj "receptorskoj gladi" za heroinom.

Nažalost, u literaturi, a posebno u praksi, psihijatri koji se bave heroinomanima tvrde da oni imaju receptorsku glad za heroinom, te u svrhu lečenja primenjuju "**detoksikaciju ili dezintoksikaciju**" sintetskim opioidom metadonom. Činjenično, ne postoji neuronska receptorska glad, a heroin ili metadon imaju iste efekte na centralni nervni sistem i sličnu molekularnu strukturu. Još je tragičnije neshvatljiva tvrdnja tako stručnih i učenih ljudi kao što su lekari psihijatri i lekari uopšte, da se *tronedeljnim* davanjem metadona vrši *detoksikacija — dezintoksikacija*. *Ako je farmakološki biološka raspoloživost opijata 3 sata, čemu 20 dana za detoksikaciju?* Najkriminalnija podvala u našoj zemlji jeste aktuelno pozivanje preko medija na "**lečenje**" **heroinomana aplikacijom endorfina u jednokratnom depo davanju**. **NESHVATLJIVO ALI ISTINITO.**

Zavisnost nije bolest sa aspekta naučne medicine, te lečenje nije adekvatan termin.

Svi problemi za lekare i zdravstvo uopšte vezani za zavisnost i nastaju zbog nejasnog i nepotpunog razumevanja navedenih terminoloških činjenica — *bolest i lečenje*. Naravno da svaki lekar, ne samo psihijatar, mora i treba da svojim znanjem i veštinom pomogne zavisniku od bilo čega. Zavisnost je univerzalno ljudsko svojstvo a nezavistan je samo nerođeni čovek. Zavisnost se rešava samo kada postoji voljna namera zavisne osobe da postane apstinent i oslobodi se svoje stečene zavisnosti ma koje vrste da je ona. Lekar može pomoći zavisniku da izdrži ili održi ostvarenu svoju apstinenciju za neki period ili do kraja svog života. Na isti način i istu lekarsku pomoć i podršku može da dobije zavisnik recimo od lova divljih životinja ili igara na sreću i zavisnik od droga, odnosno politoksikoman ako je zasnovanost na naučnoj medicini. Svaka zavisna osoba u datom primeru imaće problem da ostvari stabilnu i dugotrajnu, odnosno doživotnu apstinenciju. Zato lekar bilo koje struke, naravno najbolje psihijatar, može da im pruži pomoć. Pomoć nikako ne podrazumeva davanje psihofarmaka, jer gledano strogo stručno i medicinskoetički, onda bi se lekar služio samo supstitucijom jedne zavisnosti drugom.

Kako suzbiti razmere narkomanije u našoj civilizaciji? Odgovor je: iskrenim angažovanjem nosilaca vlasti i politike u globalnim zajednicama, odnosno u državama i na nivou Ujedinjenih nacija i preko Svetske zdravstvene organizacije ili drugih organizacija unutar UN. Argumenti za ovakvu tvrdnju su zasnovani na poznatim činjenicama. Današnjoj farmaceutskoj industriji nije potreban nijedan miligram naturalnih opijata, dakle ni sirovog opijuma. Kako je onda moguće da se sirovi opijum proizvodi svake godine u količinama

koje prelaze milione tona u samo nekoliko država Azije? U koje svrhe i za čije potrebe? Da bi se proizvele tolike količine sirovog opijuma, treba samo zamisliti ogromna prostranstva plantaža stabljika belog maka i stotine miliona ljudi angažovanih na njihovoj sadnji, uzgajanju, zarezivanju i skupljanju smole sirovog opijuma. To se ne događa ilegalno i skriveno od državnih vlasti. Takođe, danas ogromna geografska prostranstva u zemljama Južne Amerike prekrivaju plantaže koke. Kome i čemu su potrebne? Savremenoj farmaciji i savremenoj medicini nije potreban ni gram kokaina, kao ni heroína. Naravno da su nepotrebne savremenoj tekstilnoj industriji plantaže konoplje (marihuana). Čemu aktuelni zakon u našoj zemlji o prometu slame i čaura belog maka? Paradoksalno, ali ovaj zakon je na snazi. Šta tek reći o zlonamernoj proizvodnji sintetskih droga kojih ima na desetine vrsta.

Narkomanija se može suzbiti iskrenim a ne licemernim stavovima vlasti svih država i istinitim edukovanjem mladih generacija, ali i subpopulacije odraslih, o zavisnosti i psihoaktivnim supstancama.

Zloupotreba droga, odnosno psihoaktivnih supstanci, ponavljana u dovoljno dugom vremenu izaziva oštećenje mentalne ukupnosti konzumenta, tj. narkomana — **politoksikomana**.

Najčešći poremećaji psihičkog života izazvani drogama su sledeći.

Psihoze izazvane drogama — F1x.5 (Psihотиčni poremećaji)

Psihотични poremećaji su psihотични sindromi izazvani delovanjem droga. Nastaju na-

glo u toku ili neposredno, obično tokom 48 sati po uzimanju droge. Psihотична stanja izazvana drogom su kratkotrajna pod uslovom da se ne ponovi uzimanje nove količine droge.

Droge se prema farmakodinamskom dejstvu mogu podeliti u tri grupe:

1) droge farmakodinamski depresivnog delovanja na CNS (opijati, opioidi, barbiturati, alkohol),

2) droge sa farmakodinamskim ekscitatornim delovanjem na CNS (kokain, amfetamin — ekstazi),

3) droge sa farmakodinamskim halucinatornim delovanjem na CNS (meskalin, LSD, toksini iz nekih gljiva i dr.).

Psihотична fenomenologija izazvana pojedinim drogama iz bilo koje od tri navedene grupe podrazumeva i posebnost ispoljavanja kliničke slike psihотичnog ponašanja.

Sindrom posle prekida uzimanja droge — F11.3 (Apstinencijski sindrom)

Apstinencijski sindrom je psihosomatski fenomen. Klinička slika apstinencijskog sindroma po prestanku uzimanja droge posledica je disfunkcije autonomnog nervnog sistema. Klinički se manifestuje vegetativnom simptomatologijom od strane pojedinih organa ili sistema organa. Psihosomatski je fenomen po svojoj suštini i etiologiji, a pojmovno zlonamerno podržan uz marketinško opredeljivanje mladih da uzimaju psihoaktivne supstance, informacijama o apstinenciojalnoj krizi sa "teškim bolovima" kada droge prestanu da se uzimaju.

Paranoidna i/ili halucinatorna stanja izazvana drogama — F1x.51 i F1x.52

Paranoidna i/ili halucinatorna stanja izazvana drogama traju od nekoliko dana do nekoliko meseci. Izazvana su dugovremenim uzimanjem droga u većim dozama, posebno amfetamina (ekstazi) i droga iz grupe LSD. Kliničkom slikom ovakve psihoze dominiraju čulne obmane tipa halucinacija najčešće vizuelne, akustičke i taktilne.

Patološka intoksikacija drogom — F1x.07 označava idiosinkratične reakcije pojedinih, retkih individua na relativno male količine droge. Ispoljava se kao akutna, kratka psihotična epizoda različitih tipova psihotičnosti.

Akutno trovanje drogom — F1x.0 je posledica uzimanja veće količine, najčešće opioida — heroina "**over dosis**". Akutna trovanja, u narkomanskom žargonu "overavanja", su relativno česta, zadesna ili namerna i neretko se završavaju letalno.

KANABINOIDI — F12

Kanabinoidi su aktivni — psihoaktivni sastojak marihuane (*Cannabis sativa*), poznate kao *Cannabis Indica* i *Cannabis Africana*, a naziv u našem jezičkom području je konoplja ili kudelja. Sinonimi: srpski — konoplja, španiski — marijuana, arapski — hašiš, turski — hasis. **Nerazumljivo je zašto se u našim sredstvima informisanja stabljika konoplje preimenuje u marihuanu?** Biljka konoplje ili kudjelje u svojoj stabljici, listu, cvetu i semenu sadrži kanabinoide. Seme i afričke i indijske i kontinentalne konoplje je isto, a biljka se razlikuje po koncentracijskom sadržaju i kvalitetu kanabinoida zavisno od klime u kojoj se uzgaja. Konoplja se vekovima, a sve do pre nekoliko decenija rasprostranjeno, plantažno uzgajala u Srbiji i čitavoj Evropi, uz lan kao osnovna sirovina za proizvodnju tkanina, a da nijedan deo biljke nije zloupotrebljavan kao droga. Poslednjih godina ilegalni uzgajivači i nekoliko stabljika kudjelje u saksiji zbog zloupotrebe se hapse i opravdano pravno sankcionišu. Najcenjenija je afrička konoplja, a najmanje kontinentalna, tj. evropska. Kontinen-

talna ili evropska konoplja je najkvalitetnija po vlaknu i milenijumima je korišćena kao osnovna sirovina za proizvodnju tkanine. List konoplje, cvetovi, smola i seme sadrže toksične kanabinoide THC i zloupotrebljavani pušenjem, pijenjem ili jedenjem izazivaju euforično raspoloženje. Smola konoplje sadrži veću koncentraciju kanabinoidnih toksičnih supstanci i ako se nesmotreno uzima, izaziva delirantna stanja sa halucinacijama. Zloupotreba konoplje dubokom inhalacijom dima (džoint) obično prethodi uzimanju heroina, bar u evropskoj supkulturi *politoksikomana*.

Kanabinoli dovode do euforije, raspoloženja i osećanja smirenosti i posebnog doživljaja kao da se usporava protok vremena.

Konoplja (kanabis), kao i koka i opijum supkulturno su upotrebljavani milenijumima u ranijim i našoj civilizaciji, a u ekspanzivnoj i eksplozivnoj su zloupotrebi među mladima od pre oko pola veka, koja dobija sve veće razmere. Suština je kriminalna enormna zarada novca prodajom milionima zavisnika iz subpopulacije mladih.

STIMULANSI

CENTRALNOG NERVNOG SISTEMA — F14 i F15

Stimulansi centralnog nervnog sistema su kokain, dekstroamfetamin, metilfetamin i fenmetrazin. Navedene supstance "*podizhu*" raspoloženje, podržavaju budnost, snižavaju apetit, daju osećaj povećanja energije i utisak poboljšanja radnih sposobnosti. Navedeni stimulativni efekti na centralni nervni sistem su i marketinško polazište za opredeljivanje mladih na zloupotrebu, jer kao zavisnici postaju trajni kupci i konzumenti stimulusa na ilegalnom tržištu droga. Amfetamini su u ekspanziji tek u poslednjoj deceniji kroz ponudu mladima (tinejdžerima) tableta ekstazija i novih "osvežavajućih" i "podizućih" napitaka.

Akutno trovanje kokainom i amfetaminom — F14.0 i F15.0

Akutno trovanje kokainom i amfetaminom fenomenološki ima sličnu kliničku sliku. Najčešće bolesnik ima ideje veličine, pati od preterane aktivnosti i preterane budnosti, hiperaktivan je. Izraženi su vegetativni znaci tahikardija i proširene zenice zbog hiperaktivnosti

autonomnog nervnog sistema. Kokainska akutna intoksikacija praćena je i taktilnim halucinacijama.

Kliničkoj slici mogu biti priključeni i dezinhibicija, seksualno uzbuđenje, euforija i nerealna samoprocena.

Kofein — F15

Kofein zajedno sa teofilinom i teobrominom ubraja se u metilksantine (purinske baze). Kofein se nalazi u kafi, ima ga u čaju i kakaou, a koristi se širom planete. Zloupotrebljavaju ga politoksikomani kao medikamente sa Codein phosphasom (antitusici u tableti ili sirupu) jednokratnim konzumiranjem doze nesrazmerno veće od terapijske i po 20—40 puta.

Farmakodinamski efekti kofeina su blago stimulišući, povećavaju budnost, poboljšavaju verbalne i motorne performanse. Hronična zloupotreba kofeina u preteranim količinama pored gastričnih tegoba može dovesti do tzv. **kofeinskih anksioznih poremećaja**.

HALUCINOGENI — F16

Zloupotreba halucinogena izaziva doživljaje karakteristične za halucinogene psihoze. Radi se o poremećajima percepcije praćenim najčešće fenomenom derealizacije. U davno minulim civilizacijama halucinogene supsta-

nice, uglavnom iz bilja, upotrebljavale su se radi "*približavanja bogu*", "*širenja sopstvene svesti*". Zloupotreba halucinogena se beleži od šezdesetih godina XX veka.

NIKOTIN — F17

Nikotin je sastojak lista biljke duvana. Zloupotrebljava se u aktuelnoj civilizaciji pušenjem cigareta, a zloupotrebljavan je u prošlosti žvakanjem i ušmrkivanjem (burmut). Zavisnost od pušenja se razvija relativno brzo i raširena je u našoj civilizaciji na svim kontinentima. Deca i mladi žele da imitiraju odra-

sle pušenjem duvana. Nesporno je da katranske materije sadržane u dimu duvana deluju kancerogeno i da su krivci za preko 90% svih karcinoma larinksa i bronha, prema istraživačkim dokazima multicentrično sprovedenih pankontinentalnih studija.

ISPARLJIVI RASTVARAČI — F18

Isparljivi rastvarači su psihoaktivne supstance koje se unose inhaliranjem jer su isparljivi. Zloupotrebljavane isparljive supstance su lepak, rastvarači laka, benzin itd. Hidrokarboni su aktivne supstance isparljivih rastvarača, najčešće acetona, benzena i toluena. Zloupotreba isparljivih supstanci zbog psiho-

aktivnog efekta je vrlo raširena u subpopulaciji mladih još od dečje uzrasne dobi jer su lako dostupne, i jeftinije.

Organski hidrokarboni su depresori centralnog nervnog sistema i izazivaju efekte slične intoksikaciji etil-alkoholom ali kraće traju, najčešće 5 minuta, do maksimalno jedan sat.

FENCIKLIDIN — F19

Fenciklidin spada u halucinogene, a zloupotrebljava se kao i ostali halucinogeni od šezdesetih godina prošlog veka. Unosi se peroralno, ušmrkivanjem i intravenski. Dovodi, prema izjavi konzumenata, već za 5 minuta do

vrhunca, a doživljaji su euforija, bridenje, de-realizacija i osećaj toplote. Intoksikacija fenciklidinom klinički se manifestuje delirijumom, poremećajem raspoloženja i sumanutošću, impulsivnošću i psihomotornom agitacijom.

URGENTNA STANJA U PSIHIJATRIJI

REAKCIJA NA TEŽAK STRES I POREMEĆAJE PRILAGOĐAVANJA — F43

Urgentna medicina se danas profilise u posebnu disciplinu u okviru savremene naučne medicine. Urgentna medicina se izučava na posebnoj katedri medicinskog fakulteta, ali i u okviru poslediplomskog medicinskog studiranja.

Urgentna stanja u medicini su posledica naglo nastalog bolesnog stanja, perakutno i akutno. Posledica su najčešće iznenadnog akcidentalnog povređivanja tela, delova tela i organa i brojnih zadešenih oštećenja zdravlja i ugroženosti života. Nastaju tokom masovnih katastrofa — zemljotresi, poplave, ratna dejstva, odnosno borbena upotreba oružja za masovno uništavanje ljudi i materijalnih dobara izuzetne eksplozivne i razorne moći (recimo atomske bombe).

Institucionalno, naročito u velikim urbanim sredinama, formiraju se posebne ustanove urgentne medicine. U Beogradu Urgentni centar ima razvijenu multidisciplinarnu polikliničku službu i stacionarnu urgentnu zdravstvenu ustanovu. Odeljenja urgentne medicine se organizuju uz internistička i hirurška odeljenja u okviru bolnica i klinika. Potreba rešavanja urgentnih stanja u medicini je i izdvojila intenzivnu negu i reanimaciju u posebnu medicinsku disciplinu.

Urgentna stanja u psihijatriji su sva ona stanja narušenog mentalnog zdravlja nastala perakutno i akutno koja ugrožavaju:

- 1) život bolesnika;
- 2) sigurnost i život drugih ljudi od strane naglo obolele ili naglo mentalno poremećene osobe;
- 3) ugrožavaju materijalna dobra, recimo zbog nerazumnih preduzimanja osoba naglo zapalnih u tzv. urgentna psihijatrijska stanja ili iznenadna bolesna stanja uopšte.

Psihijatrija kao posebna disciplina naučne medicine unutar sebe danas razvija i poseban segment urgentne psihijatrije. Psihijatrijske bolnice i psihijatrijske klinike kao stacionarne psihijatrijske institucije u svojoj unutrašnjoj organizaciji izdvajaju deo posteljnog fonda u jedinice urgentne psihijatrije i urgentne psihijatrijske zaštite.

Psihijatrijski poremećaji nastali naglo u situacijama masovnih katastrofa su poznati i očekivani i laičkoj javnosti, kao i u svim situacijama teškog iznenadnog stresa. Urgentna psihijatrijska stanja, odnosno stanja naglo nastale narušenosti mentalne ukupnosti individue su moguća u svakoj nozološkoj jedinici. **Temibilnost** je termin koji označava stanje bolesnika kada je on opasan po integritet svog tela i sopstveni život ali i život drugih ljudi u okruženju, kao i po materijalna dobra.

Urgentna psihijatrijska stanja mogu se podeliti na sledeće grupe.

1. Urgentna psihijatrijska stanja neurotičnog nivoa poremećaja su relativno brojna i svakodnevna i u okviru primarne zdravstvene zaštite. Lekar je u situaciji da ih rešava ambulantno i tokom dispanzerskog polikliničkog rada, kako lekar opšte medicine, tako i lekari svih specijalističkih grana i naravno, psihijatri. Konverzivni napadi, odnosno histerični ili disocijativni poremećaji (F44.xx), najrazličitijeg kauzaliteta, su vrlo česta neurotična urgentna stanja. Neretko se takvi bolesnici kolima hitne pomoći uz uključenu zvučnu sirenu voze ka lekaru, odnosno zdravstvenoj instituciji. Ovde spadaju i naglo nastala konfuzna i delirantna stanja kao posledica poremećaja strukture ličnosti. Stanja panike i stresno nastale ugrožavajuće psihičke konfuznosti su takođe frekventna pojava u okviru neurotičnog nivoa psihijatrijskih poremećaja.

2. Urgentna psihotična stanja u psihijatriji su pojavni oblici akutnog ispoljavanja psihotičnih, shizofrenih, sumanutih i emocionalnih psihoza (manija i agitirana depresija). Indukovane psihoze, po pravilu, imaju sve kvalitete urgentnih prolaznih psihotičnih reakcija, kao i prolazne psihotične reakcije izazvane intenzivnim stresom, zbog recimo katastrofe ili ratnih dejstava.

3. Urgentna psihijatrijska stanja u okviru organskih moždanih psihosindroma, odnosno naglo nastalog oštećenja mozga. Moždani organski psihosindromi su vrlo heterogenog kauzaliteta i razumljivo vrlo često po kliničkoj fenomenologiji pripadaju urgentnoj psihijatriji jer ugrožavaju život bolesnika ili život drugih osoba u okruženju, ili pak materijalna dobra. Dovoljno je setiti se konfuznih

delirantnih stanja u senilnih ljudi koji tada mogu izazvati sopstveni zades, recimo paljenjem svog stana.

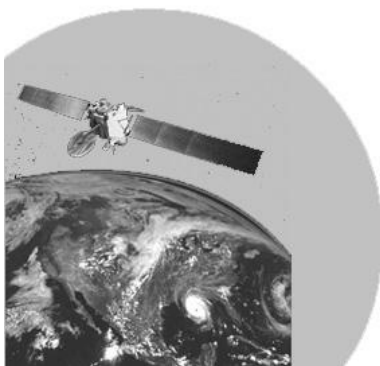
4. Urgentna psihijatrijska stanja u okviru bolesti zavisnosti i intoksikacije medikamentima su danas vrlo česta. U velikim urbanim sredinama danas se formiraju posebna odeljenja, čak i institucija za zbrinjavanje ovih bolesnika, kao i za posebnu edukaciju medicinskih kadrova, pre svih lekara. "**Overdosis**" — predoziranje psihoaktivnim supstancama, akutna napita stanja i prekomerno uzimanje medikamenata iz grupe psihofarmaka, a neretko i kardiotonika, rečju svih grupa lekova, direktno ugrožavaju život i pripadaju ne samo urgentnoj psihijatriji već urgentnoj medicini i posebnoj kliničkoj oblasti *toksikologiji*. Psihotične diskrazne reakcije naglog do perakutnog nastanka su vezane za uzimanje psihoaktivnih supstanci (droga i alkohola), kao i lekova nekada i u terapijski propisanim dozama.

Najčešći sindromi u okviru urgentnih stanja u psihijatriji su:

- sindrom psihičke konfuznosti;
- sindrom agitacije sa izraženim psihogenim nemirom;
- delirantni sindrom;
- sindrom sumračnog stanja;
- panični sindrom;
- raptus ili sindrom katatone pomame;
- suicidalni sindrom su najčešće neuspele suspenzije (vešanja, intoksikacije u suicidalnom tentamenu i tentamen upucavanjem vatrenim oružjem itd.);
- paroksizmalne diskinezije u okviru akutnog neuroleptičkog sindroma.

GRANIČNA STANJA — BORDERLINE

MEŠOVITI I DRUGI POREMEĆAJI LIČNOSTI — F61



Granični slučaj ili *borderline case* predstavlja pravo raskršće raznih entiteta u psihijatriji, a razvojem naučne psihijatrije gubi od nekadašnje svoje preciznosti u opisu. Granična stanja u psihijatriji ekvilibriraju kao dijagnostički entitet između nepostojanih neurotičnih stanja, psihotičnih stanja i modela ponašanja u okviru poremećaja ličnosti. Ovi pacijenti na psihološkim testovima iskazuju relativni poremećaj odnosa sa realnošću. Bolesnici su relativno socijalno dobro adaptirani uprkos nestabilnim i intenzivnim osećanjima i hiper senzitivnosti na kritiku. Imaju često mazohističke i paranoidne crte ličnosti i opterećeni su anhidonijom i interpersonalnim odnosima. Nikada nemaju fenomenologiju klasično dekompenzovanog psihotičnog bolesnika niti klasičnog neurotičnog poremećaja niti klasičnog poremećaja strukture ličnosti.

Borderline je po svemu sudeći nepostojeća nozološka jedinica u psihijatriji i istorijska je neminovnost kao deskriptivni entitet u razvoju psihijatrije kao nauke. Kernberg je 1967. godine definisao graničan slučaj ili granično stanje u psihijatriji onako kako se danas poima ova grupa psihijatrijskih poremećaja.

Granični slučaj je u osmoj deceniji XX veka obrađen kao posebna nozološka jedinica u psihijatriji i dat u udžbeničkoj literaturi po svim kriterijumima opisivanja bolesti, dakle sa etiologijom, kliničkom slikom, tokom, prognozom i terapijom.

Bitno je da studenti shvate da je *borderline* slučaj posebnost po kliničkoj fenomenologiji. Nema jasnu patognomoničnu determinantu ka nekom od poznatih poremećaja neurotičnog nivoa, ili psihotičnog, niti se može svrstati u poznate kliničke slike poremećaja strukture. Odatle i naziv jer su ova kvi bolesnici rezistentni na sve oblike psihijatrijske terapije i

tretmana. Recidivanti su u kliničkom deklansiranju znaka poremećaja svoje skladne mentalne ukupnosti.

Samo postavljanje dijagnoze **graničan slučaj** često je greška u psihijatriji, posebno ukoliko to psihijatar čini često. Neretko se u ovaj po svemu nedefinisan entitet svrstavaju poremećaji ličnosti. Razlika graničnog slučaja od antisocijalnih, odnosno psihopatskih ponašanja je pouzdano jasna jer bolesnik svrstan u borderline ima kažnjavajući Super Ego, istina nedovršen, za razliku od psihopatskog antisocijalnog poremećaja strukture ličnosti gde kažnjavajući Super Ego u potpunosti nedostaje.

Granični slučaj se lako razlikuje od psihotičnog poremećaja jer su očuvane jasne Ego granice. Iako granični slučaj ima podvojen Ego i dvojne predstave objekta ipak je očuvan, mada slab, pozitivan sud realnosti koji kod psihotičnog ne postoji.

Razlika graničnog slučaja od neurotičnog nivoa poremećaja i psihosomatskih poremećaja je jasna. Borderline karakterišu podvojen Ego i dvojne predstave objekta, što ne postoji kod neurotičnih i psihosomatičara.

Karakteristika borderline stanja je u neuverljivosti kauzaliteta poremećaja, a posebno tendencija trajnog i neizlečivog perzistiranja uprkos lečenju. Bolesnici ove kategorije misle na sebi svojstven nefleksibilan način. Emocionalna refleksija doživljavanja životnih situacija je u njih nerealna i nekvalitetna te se na sebi svojstven maladaptivan način odnose prema drugima, ali i prema sebi. Neretko ovi bolesnici ispoljavaju i subjektivnu patnju različitog stepena, ali uvek u funkciji remećenja socioodnosa — porodičnih i profesionalnih.

Specifičnost borderline stanja je psihopatoški sindrom, sa karakteristikama dva ili više poremećaja uvek bez dominantnih simptoma koji bi determinisali jasnu dijagnozu poremećaja.

PSIHIJATRIJSKI POREMEĆAJI U DETINJSTVU I ADOLESCENCIJI — F80-F98

Detinjstvo i adolescencija su jasno determinisani periodi biološke starosti. Detinjstvo i adolescencija je i etapa psihičkog razvoja od rođenja do same zrelosti, odnosno formiranja psihički zrele ličnosti.

Eksplozivni razvoj psihijatrije u XX veku i dometi psihijatrije kao nauke uslovili su u poslednjoj deceniji izdvajanje *psihijatrije razvojnog doba* u posebnu specijalnost u okviru psihijatrije. Na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu ustanovljena je specijalizacija *dečje psihijatrije*, a poslednjih godina su specijalistički ispit položili prvi lekari. Dakle, u našoj zemlji već imamo specijaliste dečije psihijatrije.

Dečja psihijatrija ili psihijatrija razvojnog doba, kao što i sam naziv opredeljuje, izučava psihički razvoj i formiranje psihičke ukupnosti od rođenja do kraja adolescencije, odnosno do zrelog doba sa aspekta psihijatrije. U svetskoj psihijatrijskoj literaturi je prihvaćeno da

je razvojno doba period od rođenja do 25 godina života, odnosno do kraja adolescencije, posle čega govorimo o zrelom dobu. Znači, razvojno doba je period biološke starosti do 25 godina.

Psihijatrija razvojnog doba izučava razvojni period ukupnog psihičkog tokom detinjstva i adolescencije, bitan za definitivno formiranu psihički zrelu ličnost. Psihijatrija razvojnog doba izučava i psihičke poremećaje tokom perioda psihičkog razvoja u smislu odstupanja od prihvatljivo i poželjno normalnog tokom sazrevanja. Izučava i leči nastale psihopatološke poremećaje u periodu formiranja i razvoja psihičkog života do potpune zrelosti.

Formiranje i razvoj psihičkog života i njegovi poremećaji rezultat su složenog interakcijskog delovanja bioloških, psiholoških i društvenih činilaca, delom specifičnih za svaku individuu.

Detinjstvo u smislu psihičkog razvojnog perioda traje od rođenja do desete, odnosno dvanaeste godine života. Dete je u poređenju sa novorođenčadima životinja najnezrelije, odnosno najnesposobnije za život bez zaštite i podrške roditelja. Mozak ljudske bebe je izuzetno vumelabilan ali i posebno kvalitetan i visoko plastičan. Period učenja najduže traje kod čoveka, što je suštinska prednost u poređenju sa svim drugim živim bićima.

Psihijatrija na današnjem nivou naučnog dostiža zna da su nasledni činioci mogući okvir globalnog opsega u sazrevanju psihičkog života, ali veoma zavisni od spoljašnje sredine, odnosno njenih povoljnih i nepovoljnih uticaja tokom razvojnog perioda psihičkog.

Najbitnija karakteristika psihičke ukupnosti deteta je konkretno mišljenje. Deca nemaju razvijeno apstraktno, tj. pojmovno mišljenje. Ova činjenica specifikuje normalno psihološko i psihijatrijsko u detinjstvu, ali i psihičke poremećaje.

Psihički poremećaji nastali u razvojnog periodu psihičkog koje nazivamo detinjstvo, mogu se podeliti — grupisati na sledeći način.

1. Zaostajanje u psiho-motornom razvoju najčešće je uzrokovano nasleđem ili here-ditetom. Definitivna posledica je slaboumnost. Primer su Downov sindrom (trizomija 21. para hromozoma), metabolopatije (urođeni ili nasleđeni poremećaj metabolizma ugljenih hidrata — brojne glikogenoze, bolesti i poremećaji metabolizma belančevina — fenilketonurija i poremećaji metabolizma masti — brojne lipidoze). Za psihički razvoj deteta značajni su i karencija vitamina i minerala. Uzroci oli-

gofrenije ili slaboumnosti, odnosno psihomotorne retardacije u detinjstvu mogu biti postnatalna oštećenja mozga deteta traumama, infekcijama i intoksikacijama. Mentalnu retardaciju ili slaboumnost deteta moguće je dijagnostikovati psihometrijski, primenom adekvatnih testova inteligencije.

2. Stresne i krizne situacije mogu biti uzrok psihičkih poremećaja deteta. Ovakve poremećaje moguće je popraviti psihijatrijskim tretmanom i dete nastavlja dalji psihički razvoj normalno i usklađeno. Stresne i krizne situacije u detinjstvu uspešno prevaziđene doprinose da ličnost deteta ojača i lakše savlađuje buduće slične situacije bez narušavanja sklada normalnog psihičkog života.

3. Poremećaji organizacije funkcija su po suštini poremećaji psihičkog deteta i u psihijatrijskoj literaturi se izučavaju kao regresivni fenomeni. *Enuresis nocturna* (nevoljno noćno mokrenje — umokranje u snu) i *encopresis* (izgubljena ranije već uspostavljena kontrola analnog sfinktera) predstavljaju najeklatantniji primer regresije dostignutog psihičkog razvoja deteta. Svi fenomeni u psihijatriji poznati kao regresivni su zapravo nevalitetan i nepoželjan način rešavanja, time i psihopatološki, narasle intrapsihičke konfliktnosti deteta pred zahtevima sredine. Konfliktnosti najčešće nastaju na relaciji dete — porodica, odnosno ličnosti iz okruženja.

Tikovi kao poseban tip nevoljnih radnji spadaju u ovu grupu poremećaja psihičkog razvoja deteta, tj. u poremećaje organizacije funkcija.

4. Teškoće prilagođavanja i poremećaji ponašanja u detinjstvu su nejasno definisana kategorija psihičkih poremećaja u smislu prolaznih ili trajnih odstupanja skladnog psihičkog reagovanja na spoljne konfliktne situacije. Radi se o poremećajima koje karakteriše teška prilagodljivost deteta na sopstvene unutrašnje zahteve i zahteve iz spoljne sredine. Ova vrsta psihičkih poremećaja u detinjstvu dijagnostikuje se kao *vaspitna zapuštenost deteta, asocijalno ponašanje deteta i predelinkventna i delinkventna ponašanja deteta*.

5. Neuroze u detinjstvu su neurotični simptomi kao prolazne reakcije na nepovoljne uslove socijosredine. Izmenom ili normalizacijom odnosa između deteta i ličnosti iz okruženja, prestaje dečja neurotičnost.

Najčešći neurotični poremećaji u detinjstvu su:

- *fobične reakcije;*
- *anksiozna stanja u smislu akutne ili razvijene hronične anksioznosti;*
- *konverzivne reakcije;*
- *opsesivno-kompulzivne reakcije;*
- *subdepresivne i hipomanične reakcije.*

6. Psihoze u detinjstvu su najteži stepen psihopatoloških poremećaja psihičkog razvoja tokom detinjstva. Psihotični poremećaji deteta se karakterišu trajno poremećenim odnosom ličnosti deteta prema realnom svetu, prekidanjem odnosa sa realnošću, povlačenjem u sebe. Psihoze detinjstva prate poremećaji opažanja, mišljenja, volje, pažnje itd.

— *Dečja shizofrenija* je poseban psihijatrijski entitet, tj. dečja psihoza i po fenomenologiji i tretmanu.

— *Manija i depresija* su emocionalne psihoze i posebne nozološke psihijatrijske jedinice po fenomenologiji i po tretmanu.

— *Sumanutost u dečjem dobu* je retka u fenomenološkom smislu strukture sumanutosti jer dete nema sposobnost apstraktnog, odnosno pojmovnog mišljenja.

U dečje psihoze ubrajaju se pervazivni poremećaji detinjstva: *autizam, atipični autizam, Rettov poremećaj, dezintegrativni poremećaji u detinjstvu, hiperkinetički poremećaj i Aspergerov sindrom*.

7. Psihosomatski poremećaji u detinjstvu su brojni — prolazni ili trajni funkcionalni i organski poremećaji pojedinih organa ili sistema organa. Nastaju zbog psiholoških poremećaja. Najčešći psihosomatski poremećaji u detinjstvu su: *bronhijalna astma, opstruktivni bronhitis, afektivno zacenjivanje, ulkusna bolest, sinkope, ekcemi, glavobolje itd.*

8. Epilepsije u dečjoj životnoj dobi su relativno frekventne, posebno "petit mal" i "grand mal" epileptički napadi. Posledica su epileptogenog delovanja brojnih noksia i nezrelosti centralnog nervnog sistema, odnosno nedovršene mijelinizacije. Psihički poremećaji kao posledica epileptičkih napada i kriza uslovljeni su pre svega neadekvatnom relacijom i stavom odraslih ali i drugova u školi.

PSIHIČKI POREMEĆAJI U ADOLESCENCIJI — F90-F98

Adolescencija je period označen početkom polnog sazrevanja — pubertetom. Nastavlja se na detinjstvo.

Rana *adolescencija* počinje sa desetom ili dvanaestom godinom života deteta i završava se sa dvadesetpetom godinom. Govori se i o "**produženoj adolescenciji**", koja traje do tri-desete godine.

Adolescencija je životni period pun burnih emocionalnih potresa jer je to period psihičkog razvoja kada se javlja apstraktno, odnosno pojmovno mišljenje. Adolescencija je normalno praćena poremećajima ponašanja slabijeg ili težeg stepena izraženosti zbog izrazite i specifične emocionalne turbulencije. Adolescenti imaju izuzetnu potrebu za ljubavlju i tolerancijom od osoba iz sociosredine. To im treba pružiti da bi ovaj period svog psihičkog razvoja proživeli bez psihopatoloških devijantnosti i odstupanja. Svakako da u periodu adolescencije nastaju psihički poremećaji najčešće neurotičnog nivoa zbog narasle intrapsihičke konfliktnosti, između narcisoidnih potreba, nagonskih pulzija i ograničenja koja dolaze iz sociosredine, što je karakteristično za period adolescencije.

Duševni poremećaji u adolescenciji se javljaju ne kao specifični za ovaj životni period već kao prvi deklansirani duševnog oboljenja, primeri su posebno hebefrene forme shizofrenije.

Adolescencija je period u kome nastaje kao pojava zavisnost od psihoaktivnih supstanci (droga), dakle adolescenti postaju narkomani, odnosno politoksikomani. Činjenica je u istorijskom pamćenju svih civilizacija, pa i naše, da se adolescenti kao buduće zrele ličnosti već opredeljuju za zloupotrebu alkoholnih pića.

Konačno, adolescencija je životni period u kome se odigrava proces definitivnog i celovitog sazrevanja i dorazvijanja psihičke ukupnosti individue. Adolescencija je i period mladosti, *mladalaštvo* je zbog toga sinonim za adolescenciju.

Mladost i mentalnu nezrelost ne bi trebalo podrazumevati jer se potpuna psihička zrelost ostvaruje u periodu adolescencije, znači baš u periodu mladosti. Stav savremene civilizacije to potvrđuje jer se 18 godina smatra potpunom zrelošću. Osoba sa 18 godina stiče sva prava u zajednici ali ima i sve odgovornosti prema zajednici, i trpi društvene i pravne sankcije u situacijama nepoštovanja društvenih normi.

GERONTOSIHIJARIJA

"Ko dugo živi, zna šta je tuga."

Francuska izreka

"**Geros**" je grčka reč i znači staro doba. *Gerontopsihijatrija* (psihijatrija starih) je oblast i supspecijalnost u okviru psihijatrije neophodna u savremenoj civilizaciji jer je sve više starijih od 65 godina u ukupnoj populaciji.

Period života posle 65 godina ima svoje posebnosti ne samo zbog biološke starosti već i zbog penzionisanja, odnosno prestanka aktivnog radnog učešća i doprinošenja sociozajednici. Ovaj period ljudskog života nije obavezno praćen psihopatološkim promenama mentalne ukupnosti, ali je po svemu specifičan i poseban.

Psihičke poremećaje u starosti nije moguće jasno razgraničiti od onih koji se javljaju u mlađem životnom dobu. Frekventnost psihičkog obolevanja je veća u subpopulaciji starih u odnosu na zrelu životnu dob. Ova konstatacija je razumljiva zbog interakcije različitih bioloških, psihopatoloških socijalnih činitelaca u prethodnom životu, odnosno u prethodnim decenijama života. Somatske bolesti su očekivani pratilac starosti, odnosno doba posle 65 godine. Ali, one same po sebi implikuju i narušavanje mentalnog sklada. S druge strane, samo saznanje o životnom dobu vrlo često izaziva kod ljudi manje-više opravdan strah od prolaznosti, te i pojavu psihopatoloških fenomena.

Konačno, civilizacija kojoj pripadamo, a biće to još izraženije u XXI veku, nosi jednu posebnu nepovoljnost za skladno mentalno funkcionisanje starih. Radi se o alijenaciji starih u porodici zbog civilizacijske tendencije razbijanja porodice. Realno, po mnogo čemu nije moguće uskladiti tri generacijska nivoa u okviru osnovne zajednice — porodice. Sve je veća potreba u svetu za posebnim ustanovama u kojima žive stara lica. To ne treba da budu klasične ustanova za smeštaj i čuvanje starih. Potrebno je da u njima ljudi posle prestanka aktivnog rada, odnosno sa penzionisanjem, nađu sebe i afirmišu lične ambicije, pre svega radno ostvarenje kroz fizički ili intelektualni rad (umetnost, književnost itd.).

Naučna saznanja odavno su dokazala da je gornja granica ljudskog života iznad 150 godina, a relativno aktivno življenje stogodišnjaka već je frekventna stvar u savremenim državama. Primer Japana je u tom smislu najreprezentativniji. Biološka i medicinska nauka ne može pouzdano danas odgovoriti na pitanje do kojih dobnih granica je čovek genetski programiran, ali je to izvesno značajno iznad 150 godina.

Gerontopsihijatrija iz svih navedenih razloga, a i mnogih drugih koji nisu navedeni, je potreba aktuelnog vremena i razvijaće se u

okviru psihijatrije kao njena izuzetno značajna supspecijalistička disciplina.

Poremećaji mentalnog sklada u starijem životnom dobu se mogu svrstati u sledeće celine.

1. Psihički poremećaji u poodmaklom životnom dobu su pre svega organski moždani psihosindromi, akutni i hronični, zbog organskog oštećenja mozga, zatim, funkcionalni poremećaji psihotičnog i nepsihotičnog nivoa. Dominantno su posledica decenijskog delovanja brojnih faktora tokom života. Na primer, efekti dugogodišnjeg pijenja alkoholnih pića. Neki iz ove grupe psihičkih poremećaja su reverzibilni ukoliko se eliminišu uzročni činioci.

2. Depresivni poremećaji su u starijem životnom dobu vrlo česti i moglo bi se reći pratilac starosti. Epidemiološka istraživanja govore da najmanje 15% starih pati od depresivnih poremećaja. Fenomenološki, teške depresije u starih podsećaju na demenciju organskog porekla - "*pseudodemencija*". Lečenjem depresije predstoje i kliničke slike demencije. Stope suicida u depresivnih starih osoba su visoke.

3. Somatoformni i anksiozni poremećaji u starih osoba. Anksiozni generalizovani poremećaji, fobije, opsesivno-kompulzivni po-

remećaji ili panični napadi česta su pojava u starosti. Somatoformni poremećaji u populaciji starih su češći nego u populaciji zrele životne dobi. Fenomenološki somatoformni poremećaji u starih su veoma slični simptomima somatske bolesti datog organa ili sistema organa, te su težak diferencijalno dijagnostički problem. Ovo proističe iz poznatih činjenica, da je 20% u subpopulaciji životne dobi iznad 65 godina dijabetičara, a preko 80% ljudi starijih od 75 godina ima neko kardiovaskularno oboljenje.

4. Kognitivni poremećaji su pratilac starijeg životnog doba koji se fenomenološki ispoljavaju kroz zaboravnost, nesećanje imena, povremeno gubljenje i zaturanje stvari itd. Navedeni kognitivni poremećaji su uvod u demenciju. Po statistikama, 5% starijih od 65 godina i čak 15% starijih od 75 godina ili više od 25% starijih od 85 godina ima jasnu kliničku fenomenologiju demencije.

5. Psihotični poremećaji u starosti su, po pravilu, prolazni. Ispoljavaju se samostalno ili u sklopu drugih psihoorganskih sindroma u starijem životnom dobu. Najčešće su to psihoze sa sumanutim idejama trovanja i proganjanja, neretko praćene halucinacijama. Shizofrenija i druge duševne bolesti po pravilu nastaju pre životnog doba koje nazivamo senijum.

FORENZIČKA PSIHIJARIJA



Sudska ili forenzička psihijatrija je primenjena psihijatrija u sudske svrhe.

Danas forenzička psihijatrija predstavlja posebnu supspecijalnost psihijatrije jer su psihijatri oduvek bili pozvani da pred sudom veštače lica koja su počinila krivična dela.

Sudskoj psihijatriji danas nije samo obaveza da se bavi psihijatrijskim veštačenjem lekara pred sudom već je njeno angažovanje značajno šire. Savremena forenzička psihijatrija *obuhvata sva pitanja u kojima se prepliću psihijatrija i pravo, ali i sve probleme koje mogu imati psihički poremećene osobe kada se ogreše o bilo koju pravnu normu.* U nadležnosti forenzičke psihijatrije je i postupanje sa takvim pacijentima, kao i njihovo lečenje.

Uloga sudske psihijatrije je:

- **zaštita zajednice od abnormalnog ponašanja duševno bolesnih;**
- **zaštita samih duševnih bolesnika i njihovih interesa od zajednice.**

Neophodno je da i studenti medicine u propedevtičkom obimu usvoje osnovna znanja iz sudskopsihijatrijskog veštačenja.

SUDSKOPSIHIJATRIJSKO VEŠTAČENJE

Sudskopsihijatrijsko veštačenje podrazumeva obavezu psihijatra da pruži sudskim organima i sudu stručnu psihijatrijsku pomoć. Psihijatra veštaka sud određuje uvek pismenim rešenjem. Zakonom je regulisana i lista stalnih sudskih veštaka psihijatara na republičkom državnom nivou.

Psihijatar veštak treba da na najbolji mogući način jednostavnim jezikom, isključivo zasnovano na medicinskom znanju i posebno znanju psihijatrije, na traženje suda odgovori da li je počinilac krivičnog ili prekršajnog dela sposoban da shvati značaj svojih radnji i da li upravlja sopstvenom voljom, odnosno da li je njegova volja slobodna. *Sud očekuje od psihijatra veštaka da se izjasni da li je neko uračunljiv ili ne da bi primenom pozitivnih zakonskih propisa optuženog oslobodio krivice ili mu izrekao kaznenu meru.* Psihijatar veštak je često u situaciji da zauzme stav da je "**uračunljivost bitno umanjena**", ili "**umanjena ali ne bitno**", te sudu prepušta da donese odluku o krivici. Sam psihijatar veštak ne treba da sugeriše sudu odluku niti da se meša u stav i odluku suda.

Veštačenje psihijatra u krivičnom postupku

Veštačenje psihijatra u krivičnom postupku zasniva se na izjašnjavanju psihijatra veštaka **da li je određena osoba sposobna da shvati značaj počinjenog dela i da li je u momentu činjenja dela bila sposobna da upravlja svojim postupcima.**

Sposobnost shvatanja značaja dela podrazumeva sposobnost individue da proceni da li je neka radnja dozvoljena sa stanovišta društvenih, moralnih i pravnih normi. Nepoznavanje zakona ne oslobađa počinioa krivičnog dela odgovornosti.

Sposobnost upravljanja svojim postupcima u trenutku vršenja krivičnog dela zapravo predstavlja **uračunljivost**. Sama uračunljivost svakako zavisi od sposobnosti te osobe da shvati značaj dela. Međutim, mogućnost upravljanja svojim postupcima može da bude izgubljena ili smanjena a da je sposobnost shvatanja značaja dela očuvana. Dejstvo intenzivnog afekta može onemogućiti upravljanje svojim postupcima iako je shvatanje značaja učinjene radnje očuvano.

Kriminogeni značaj pojedinih psihičkih poremećaja je nesporan a zavisi od vrste i prirode tih poremećaja. Nozološki psihijatrijski entiteti kao urođena i stečena slaboumnost, odnosno oligofrenije i demencije, imaju veliku kriminogenu potentnost. Počinioci krivičnih radnji su u velikom procentu slaboumnici (oligofreni ili dementni) prema svim svetskim statistikama. Za slaboumne je karakteristično da krivične radnje uporno ponavljaju i da se kao počinioци lako otkrivaju.

Shizofreni bolesnici vrše često krivična dela u sklopu svojih sumanutih sadržaja. Shizofrenik u stanju dobre remisije može da shvati značaj činjenih dela a uračunljivost mu je očuvana u potrebnoj meri. Ako poćini krivično delo psihijatar veštak ima problem kako da predloži sankciju. Budući da je shizofrenija

recidivantna, hronična bolest, treba predložiti ne zatvorsku kaznu već obavezno čuvanje u zatvorenoj psihijatrijskoj ustanovi, jer bi smeštanje takvog bolesnika u zatvor ugrozilo njega samog u slučaju recidiva bolesti, kao i osoblje zatvora i druge zatvorenike.

Bolesni od *manije* čine kriminalna dela koja su u direktnoj korelaciji sa ovom psihozom. Manični bolesnik pored vređanja može i fizički da ugrozi osobe iz okruženja ili da počinii homicid. Često zaključuje neshvatljive ugovore sa štetnim posledicama i vrši neadekvatno i druge pravne poslove.

Depresivni bolesnik takođe može da počinii krivične radnje zbog svoje bolesti. Poznata su, iako retka, altruistička ubistva bliskih članova porodice "da se ne bi mučili". Bolesnik to čini u sklopu svog sumanutog depresivnog sindroma.

Psihijatar veštak ima delikatnu obavezu da adekvatno veštači krivična dela počinjena u stanju izmenjene svesti kao posledice uzimanja *psihoaktivnih supstanci* ili *alkohola*. Krivica ovakvih počinilaca se ne isključuje u psihijatrijskom veštačenju. Oni su pre uvođenja sebe u stanje izmenjene svesnosti znali da će u tom periodu delovanja konzumirane supstance sposobnost kvalitetnog shvatanja dela i posledica, odnosno njihova uračunljivost biti umanjena pa je trebalo da izbegnu zloupotrebu psihoaktivnih supstanci ili alkohola. To se naročito odnosi na izazivanje saobraćajnih akcidenata sa letalnim ishodom ili teškim povređivanjem. Zavisnici od droga i alkohola sa trajnim psihičkim poremećajima, posebno psihotičnim, psihijatrijski se veštače pred sudom za počinjena krivična dela kao i svi duševni bolesnici, te im se često predlaže mera leče-

nja ili trajnog nadzora u zatvorenim psihijatrijskim ustanovama.

Psihijatrijsko veštačenje u oblasti građanskog i porodičnog prava

Psihijatrijsko veštačenje u oblasti građanskog i porodičnog prava obuhvata pitanja vezana za *oduzimanje poslovne sposobnosti, testatorske sposobnosti, razvoda braka i dodelu dece na čuvanje, negu i vaspitanje, kao i na veštačenja radi procene neimovinske štete, odnosno intenziteta i količine pretrpljenog ili trajnog duševnog bola i trajne duševne patnje.*

Oduzimanje poslovne sposobnosti

Psihijatar sudski veštak, kao i lekar opšte medicine pozvan na sud radi veštačenja, dobija zadatak da utvrdi psihičko stanje neke osobe i iznese mišljenje o potrebi delimičnog ili potpunog oduzimanja *svojevlasti* odnosno poslovne sposobnosti. Ukoliko se mera oduzimanja poslovne sposobnosti nekome izrekne na sudu na temelju psihijatrijskog veštačenja, istovremeno se imenuje osoba staralac. Najčešće je to blizak srodnik, ali može biti i neko iz sociookruženja takve individue, ili nadležna socijalna institucija.

Testatorska sposobnost

Testatorska sposobnost podrazumeva neoštećenu poslovnu sposobnost, te takva osoba

može zaveštati svoju pokretnu i nepokretnu imovinu po ličnoj slobodnoj volji i ličnom slobodnom opredeljenju. Primaoci zaveštanja ne moraju biti pravni i prirodni naslednici kojima se inače mora ostaviti pravo na tzv. nužni nasledni deo.

Psihijatrijsko veštačenje pred sudom testatorske sposobnosti je vrlo često delikatno. Osoba naizgled može biti poslovno sposobna, odnosno sposobna da shvati značaj svoga dela i njegove posledice, znači da je potpuno uračunljiva, a da je sporna njena testatorska sposobnost.

Psihijatar veštak mora uvažavati stanje ukupnog zdravlja testatora. Mora da vlada ukupnom naučnom medicinom, jer somatske bolesti ili saznanje o njima mogu za posledicu imati testatorsku nesposobnost. Testatori su obično stare osobe, neretko bolesne od infaustnih somatskih bolesti i kao takve vrlo zabrinute za svoj život. Zbog toga su sugestibilne i lako ih osobe iz okruženja i bliski rođaci navedu na protivprirodno zaveštanje i da iz nasleđstva isključe prirodne naslednike, najčešće svoju decu. Po pravilu, ovakvi testatori zaveštanja čine pred sudom u prisustvo svedoka, pravnika — advokata i nemaju nijedan dokaz o narušenosti sklada psihičkog života. Psihijatar veštak ovakve ugovore o zaveštanju najčešće veštači pred sudom nakon smrti zaveštaoca, te mora uvažavati izjave svedoka o pokojniku i njegovom ponašanju ali *i svu medicinsku dokumentaciju, a ne samo psihijatrijsku.*

Psihijatrijsko veštačenje radi dodele deteta jednom roditelju

Psihijatrijsko veštačenje radi dodele deteta jednom roditelju u postupku razvoda braka je naročito delikatna obaveza psihijatra veštaka pred sudom. Psihijatar, sudski veštak, treba da bude rukovođen potrebama deteta u emocionalnom, vaspitnom, moralnom i materijalnom smislu. Psihijatar veštak predlaže sudu da dete dodeli roditelju koji navedene uslove ispunjava, a sud nalaže drugom roditelju obaveznu da participira alimentacijom u izdržavanju deteta i pravo na povremeno viđanje sa detetom.

Ukoliko se kasnije promeni stanje roditelja kome je dete povereno, mogu se utvrditi novi uslovi starateljstva. Psihijatar veštak može veštačiti i o nepodobnosti oba roditelja da vaspitavaju sopstveno dete. Tada se po nalogu suda dete oduzima, izuzima iz roditeljskog staranja i daje specijalnim ustanovama za staranje i vaspitanje dece. Psihijatar veštak u postupku veštačenja radi dodele deteta jednom od roditelja uvažava i emocionalnu relaciju deteta i roditelja pojedinačno, posebno kada je dete starije od 10 godina. Dakle, traži se i izjašnjenje deteta sa kojim od roditelja želi da živi. Ako dete ima 15 godina, psihijatar forenzičar uvažava kao primaran izbor deteta sa kojim roditeljem želi da živi uprkos objektivnim materijalnim ili nekim drugim nepovoljnijim uslovima.

ETIČKO — PRAVNI ASPEKTI I PROBLEMI U SAVREMENOJ PSIHIJATRIJI

Psihijatrija je danas kao nijedna druga disciplina naučne medicine najekstenzivnija je regulisana pozitivnim pravnim propisima u većini zemalja sveta, pa i u nas.

Savremena medicinska etika na početku XXI veka dostigla je zavidan nivo razvoja. Ona brojnim jasnim stavovima i principima profilishe poželjni lik lekara, ali lekaru nameće i pravila profesionalnog ponašanja.

Paradoksalno je da uprkos aksiomatskoj vrednosti navedenih definicija psihijatrija kao najhumanija disciplina današnje naučne medicine nema svoj etički kodeks, odnosno **etičko-psihijatrijski kodeks**. Psihijatrija kao posebna izdvojena oblast kliničke medicine je posebno opterećena delikatnošću odnosa psihijatar — pacijent na nivoima **lekarske tajne, anonimnosti i zaštite interesa zajednice**. Dakle, sve te složene relacije u psihijatriji podležu načelima medicinske etike u opštem smislu bez razvijene psihijatrijske etike. Nijedan savremeni udžbenik psihijatrije na bilo kom jeziku ne konstatuje reč etika. Etički principi svake stručne discipline se menjaju, modifikuju i usavršavaju u funkciji vremena, a diktirani su razvojem civilizacije, odnosno razvojem i promenama socio-uređenih odnosa u njoj. Zakoni i drugi propisi zajednice ostvaru-

ju društvenu kontrolu, kao i unutrašnju kontrolu nad radom u okviru bilo koje stručne discipline, znači i nad radom u psihijatriji.

*Medikolegalni aspekti psihijatrijske pomoći su diktirani specifičnostima relacija stručnih, profesionalnih i etičkih pitanja u okviru psihijatrije. Idealan medikolegalni sklad u psihijatrijskom radu skoro nije moguć. Psihijatri, ali i ostali zdravstveni radnici u psihijatriji, često su nezaobilazno upućeni na rešenja po principu **najboljeg mogućeg kompromisa**. Zanimaraju se u korist stručnog administrativni, ili zapostavljaju zakonski okviri i dimenzije problema. Čini se da se ovog momenta u kliničkoj psihijatriji više nego u bilo kojoj drugoj kliničkoj grani medicine poštuje pravilo: **propisi postoje naravno da bi se poštovali**, ali se u nekom smislu računa i na njihovo kršenje u interesu bolesnika.*

Propedevtički, studenti medicine treba načelno da upoznaju etičko-psihijatrijske, psihijatrijsko-pravne i etičko-pravno-psihijatrijske savremene stavove, ali i probleme, jer prema statističkim podacima, 50% svih pacijenata koji se jave lekarima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za pomoć imaju narušen sklad psihičkog života.

SUŠTINA ETIČKO-PRAVNIH ASPEKATA I ETIČKO-PRAVNIH PROBLEMA PSIHIJATRIJE

Nepostojanje **etičko-psihijatrijskog kodeksa** u psihijatriji još uvek ne podrazumeva neprimenjivanje osnovnih principa i suštine medicinske etike uopšte, jer je ona po automatizmu implantirana u kliničku psihijatriju. Dva su osnovna velika etička načela generator razvoja i pravi izvor principa medicinske etike, znači i psihijatrijske etike.

1. Utilitarna etička teorija obavezuje da se pri odlučivanju za bilo koji postupak ka pacijentu (dijagnostički, prognostički, terapijski, rehabilitacioni itd.) sve podređuje **ostvarivanju najveće moguće dobiti za najveći mogući broj ljudi**. Utilitarna teorija ne priznaje fundamentalno pravo pacijentu na prethodnu informisanost i davanje lične saglasnosti o svom lečenju, niti pacijenta privileguje apsolutnim pravom na tajnost podataka o njemu i njegovoj bolesti. Drugi, a ništa manje važan nedostatak utilitarne teorije sa aspekta psihijatrije jeste primena **medicinskog paternalizma**. Paternalizam u psihijatriji podrazumeva dva oblika:

a) državni paternalizam — zakonski propisi regulišu pod kojim uslovima pacijent može biti lečen i

b) individualni paternalizam — po suštini je analogija relacije lekar (psihijatar) — pacijent po principu odnosa roditelj — dete. Dakle, podrazumeva se da psihijatar (roditelj) uvek čini najbolje za svog pacijenta (dete) i da je suviše usaglašavati potrebe i odnos dvosmerno. Smatra se da je taj odnos "kvalitetan jednosmerno paternalistički uvek i podrazumevajući".

2. Autonomna teorija medicinske etike je nesporno kvalitetnija od utilitarnih principa. Unosi se u novije vreme principijelno u savremenu kliničku medicinsku praksu, dakle i u psihijatriju. Autonomna etička teorija odnos lekar — pacijent postavlja na principe odnosa dve odgovorne i nezavisne osobe, ne prihvata i isključuje paternalistički odnos (odnos roditelj-dete). Savremene društvene zajednice ipak primenjuju utilitarne principe na globalnom planu kao osnovu za donošenje programa i planova razvoja zdravstvene zaštite, uspostavljanje mreže zdravstvenih institucija, utvrđivanje zdravstvene politike i razradu metodologija rada u okviru zdravstvene službe u zajednici. Pravi primer su načela primarne zdravstvene zaštite na nivou ministarstva zdravlja.

Donošenje odluke na medicinskoetičkim principima nije lako za lekara bilo koje struke, a posebno za lekara psihijatra. Medicinskoetički principi su ponekad međusobno suprotstavljeni. Nekada su suprotstavljeni ili neadekvatno usaglašeni sa zakonima i drugim propisima sociozajednice. Dihotomija i suprotstavljenost principa unutar same medicinske etike i etike u odnosu na zakon i društvene propise su najkompleksnija obaveza lekara da poštuje autonomiju pacijenta, odnosno njegovo pravo da bude detaljno informisan o prirodi svoje bolesti i donošenju odluka o načinu svog lečenja. Poznato je da lekar u brojnim bolestima mora kršiti ovaj princip i primeniti principe utemeljene na znanju i mogućnostima naučne medicine preduzimanjem najkvalitetnijeg načina lečenja u interesu svog pacijenta. Naravno, problem usložnjava i etički prin-

cip koji obavezuje lekara da istovremeno vodi računa o interesima pacijenta ali i o interesima njegove sredine, tj. njegove porodice i šire zajednice.

Zakoni savremene civilizacije zasnovani na pravnim normama, iako su postavljeni na humanističkim tendencijama, ipak su nedvosmisleno represivni u odnosu na pojedinca. Podrazumevaju primenu sile i represije, dakle i u odnosu na psihijatrijskog pacijenta. Lekar, a posebno lekar psihijatar, u dilemi je kada mora da se izjasni u kojoj meri poremećaj psihičkog života njegovog pacijenta ograničava interese samog bolesnika, a u kojoj meri uskraćuje njegova opšta ljudska prava, kao i prava njegove porodice, radne sredine i šire zajednice.

Problem je kada, kako i u kojoj situaciji psihijatar ima etičko pravo da se upliće svojom odlukom, bilo da bi pomogao svom pacijentu, bilo da bi pomogao njegovoj porodici ili zajednici.

Osnivanje **Organizacije ujedinjenih nacija** sredinom XX veka po završetku Drugog svetskog rata je u istorijskom smislu najhumaniji globalni pokušaj razrešenja problema ljudskih prava i ujednačavanja etičkih i zakonskih principa u svim državama. Zahvaljujući tome, poslednjih decenija XX veka poraslo je interesovanje u svetskim razmerama za pravno regulisanje zaštite psihički obolelih.

Ujedinjene nacije su osnivanjem *Svetske zdravstvene organizacije* 1946. godine zapravo omogućile izjednačavanje prava na zaštitu u stanju oštećenog zdravlja ili povređivanja svih ljudi u svim državama sveta. Privilegovan je od tada svaki bolesnik pravom i mogućnošću ostvarenja zaštite svog života i zdravlja, utemeljenom na ukupnim znanjima naučne medicine.

Ujedinjene nacije su donošenjem deklaracija zakonski uredile ostvarenje zdravstvene zaštite, tj. dijagnostike i lečenja na najsavremeniji način na svim kontinentima i za sve pojedince bez obzira na društveni status, pol, uzrast, veru i rasu.

Zakonsko i pravno regulisanje prava na zdravstvenu zaštitu, time i zaštitu mentalnog zdravlja, proisteklo je pre svega iz deklaracija Ujedinjenih nacija.

Osnovna i najbitnija deklaracija doneta je 1948. godine. To je ***Deklaracija o ljudskim pravima***.

— 1971. godine doneta je ***Deklaracija o pravima mentalno retardiranih***.

— 1976. godine — ***Deklaracija o pravima invalidnih osoba*** i

— konačno, najkapitalniji za psihijatriju je dokument usvojen na Plenarnom sastanku Ujedinjenih nacija 17. decembra 1991. godine: ***Deklaracija o principima zaštite osoba sa mentalnim oboljenjima i unapređenja zaštite mentalnog zdravlja***.

HAVAJSKA DEKLARACIJA SVETSKOG UDRUŽENJA PSIHIJATARA

Havajska deklaracija Svetskog udruženja psihijatarâ usvojena je na Havajima 1977. godine, a potvrđena u Beču 1983. godine na Generalnoj skupštini Svetskog psihijatrijskog udruženja.

Havajska deklaracija nalaže lekarima, odnosno psihijatrima da ***učine sve što je moguće i na najbolji način u interesu bolesnika, odnosno da im ni pod kojim uslovima ne nanesu bilo kakvu štetu, uvažavajući sve specifičnosti mentalnih poremećaja.***

Havajska deklaracija je u suštini medicinskoetički dokument u funkciji osnovnog načela Hipokratove zakletve — *pomoći a ne naškoditi bolesniku.*

Havajska deklaracija u 10 tačaka reguliše relaciju psihijatar — pacijent na principima i dostignućima aktuelne psihijatrijske nauke i naučne medicine, poštujući potrebe društvene zajednice i ostvarenje individualnih prava svih pojedinaca u njoj, dakle i psihijatrijskih bolesnika.

Etičko-pravne aspekte i probleme funkcionisanja savremene psihijatrije regulišu na globalnom nivou Svetska zdravstvena organizacija svojim deklaracijama i Ujedinjene nacije svojim zakonskim propisima. Sve je usmereno ka zaštiti dostojanstva, interesa i prava duševno obolelih, odnosno psihijatrijskih bolesnika, i to kroz rešavanje sledećih osnovnih problema:

— ***problem etiketiranja psihijatrijskog bolesnika i rešavanje posledica tog etiketiranja;***

— ***problem problematizovanog pitanja samih dijagnoza duševnih poremećaja koje neretko vređaju;***

— ***rešavanje problema obezbeđivanja adekvatnih ustanova i službi za različite kategorije psihijatrijskih pacijenata;***

— ***problem hospitalizacije psihijatrijskih bolesnika i njihovog otpuštanja iz bolnice;***

— ***problem zaštite od nenaučnih i neadekvatnih načina lečenja psihijatrijskih bolesnika;***

— ***problem socijalne zaštite psihijatrijskih bolesnika i zaštite njihovih građanskih prava.***

Pridržavanjem i poštovanjem etičkih stavova i smernica Havajske deklaracije obaveznih za sve psihijatre, unapređene su ne samo dijagnostika i terapija u psihijatriji već i zaštita mentalnog zdravlja stanovništva.

Poslednjih 10—20 godina mentalno obolelim se bave terapijski ne samo lekari — psihijatri već i parastručnjaci, psiholozi, defekto- lozi i laici, koji na lakovernosti i povećanoj sugestibilnosti duševno poremećenog ostvaruju materijalnu dobit, odnosno novac. Svako- ko da među ovim "**terapeutima**" ili "**iscelite- ljima**" duševnog poremećaja ima i duševnih bolesnika, paranoika koji veruju da raspolazu sposobnošću da izleče druge. Definitivno, *neophodno je u našoj zemlji zakonom onemogućiti zloupotrebu duševno obolelog zarad sticanja materijalne dobiti.*

PSIHIJATRIJSKA ISTRAŽIVANJA



Psihijatrija na početku XXI veka je stručna i naučna disciplina u okviru naučne humane medicine. Obuhvata sve aspekte i sve dimenzije psihičkog života čoveka.

Psihički život čoveka na nivou današnjeg razumevanja u psihijatriji je dinamički povezana nedeljiva celina, podložna stalnim promenama interakcijskog funkcionisanja biološke, psihološke i sociološke dimenzije.

Savremena psihijatrijska istraživanja su multidisciplinarno utemeljena, znači oslonjena na stručnjake brojnih naučnih disciplina. Ovakva istraživačka orijentacija u današnjoj psihijatriji je uticala i na eksplozivni razvoj skoro svih drugih medicinskih oblasti jer su i u njima prihvaćeni isti istraživački principi. Interdisciplinarna medicinska saradnja u oblasti psihijatrijskih istraživanja doprinela je promeni položaja psihijatrije. Donedavno je psihijatrija bila otuđena i separisana od drugih oblasti naučne medicine. Danas je nesporna pozitivna refleksija psihijatrije u smislu razvojnog naučnog doprinosa drugim medicinskim granama. Druge tzv. somatske grane medicine su već prihvatile stav prema čoveku kao nedeljivom jedinstvu biološkog, psihološkog i sociološkog vrednovanja.

Istraživanja u savremenoj psihijatriji mogu se podeliti na *laboratorijska*, *klinička* i *epidemiološka*. Psihijatrijska istraživanja danas postavljaju sebi zadatak da ubrzano izgrade uslove za primenu holističkih, odnosno integrativnih naučnih pristupa kroz ravnopravnu istovremenu zastupljenost organskih, psihodinamskih i sociodinamskih istraživačkih modela. Holistički pristup nije moguće izgraditi samo kroz multidisciplinarnu naučnu timove, već i jedinstvenim uvažavanjem svih pokušaja naučnog razumevanja psihičkog života čoveka.

Psihijatrijska istraživanja danas i u budućnosti moraju se temeljiti na aksiomatičnoj naučnoj premisi da je ***istraživanje javni čin i kao takav jedino u funkciji i službi nauke***. Podrazumeva se da se sva istraživačka dostignuća javno saopšte, publikuju, odnosno stave na raspolaganje drugim istraživačima. Treba publikovati ne samo istraživanja, već i metodologiju primenjenu u istraživanju jer je to mogućnost da rezultate provere drugi istraživači pod istim uslovima.

1. Danas se nova angažovanja psihijatrije neizbežno prožimaju i prepliću sa stručnim

ali i istraživačkim radom brojnih bioloških i psihosocijalnih nauka.

2. Psihijatrija je već danas proširila opus svog stručnog rada jer se pored lečenja bavi i aktivnostima usmerenim na zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja svih ljudi.

Istraživanja u savremenoj psihijatriji se mogu definisati kao sistematska ispitivanja koja se sprovode pomoću logičkih principa korišćenjem standardizovanih istraživačkih procedura i naučnih metoda kako bi se došlo do novih saznanja koja se mogu preneti drugima i koristiti u praktičnom psihijatrijskom radu.

VRSTE PSIHIJATRIJSKIH ISTRAŽIVANJA

Izučavanja kompleksnih odnosa unutrašnjih i spoljašnjih činilaca koji utiču pozitivno ili negativno na psihički život čoveka i uzrokuju psihopatološke poremećaje u okviru savremenih naučno istraživačkih projekata današnje psihijatrije moguće je ostvariti sledećim metodološkim pristupima.

— ***Eksperimentalnim istraživanjima na životinjama*** moguće je rasvetliti etiološke činioce nekih psihičkih poremećaja.

— ***Laboratorijska ispitivanja bolesnika*** doprinose boljem razumevanju mehanizama nastanka psihičkih poremećaja. Misli se na biohemijska, psihofiziološka, rendgenska, neurofiziološka, psihoneuroimunološka i druga laboratorijska ispitivanja.

— ***Studije porodičnih stabala i blizanaca*** su dobar metod za izučavanje značaja naslednih faktora u nastajanju mentalnih poremećaja.

— ***Fiziološka eksperimentalna istraživanja na čoveku*** su veoma kontrolisane studije u laboratorijskim uslovima, a doprinose preciznijem razumevanju određenih faktora koji utiču na pojavu psihopatoloških fenomena.

— ***Psihološka, sociološka i psihijatrijsko-epidemiološka istraživanja*** prospektivnog ili retrospektivnog tipa su važni metodološki pristupi u proučavanju kompleksnih faktora i njihovih interakcija u narušavanju mentalno skladnog funkcionisanja individue.

Psihijatrijska istraživanja su danas u svetu brojna i šire se velikom brzinom. Rezultat toga je sve veći broj novih kvalitetnih teoretskih postavki i hipoteza, ali i potpunih naučnih razrešenja u segmentima razumevanja psihičkog života čoveka i njegovog funkcionisanja u smislu normalnog ili u smislu bolesti ili poremećaja.

SAVREMENA KLASIFIKACIJA MENTALNIH POREMEĆAJA I POREMEĆAJA PONAŠANJA

Termin klasifikacija etimološki potiče od latinske reči *classificatio*, što znači podela, razvrstavanje, raspored.

Klasifikacija terminološki podrazumeva grupisanje niza jedinica po zajedničkim karakteristikama i razlikama, koji se odnose na predmete i pojave u okviru neke discipline, na klase i potklase.

Klasifikacija i klasifikacioni sistemi su posebnost, odlika, potreba i specifičnost savremene civilizacije u svim današnjim naučnim i stručnim oblastima. Klasifikacije služe da čovek organizuje sopstvena znanja o sebi i o svetu koji ga okružuje.

Klasifikacije su po svojoj suštini povezane međusobno i u stalnoj su dinamičkoj međuza-visnosti. Promene u jednoj klasifikaciji neminovno se reflektuju menjanjem druge klasifikacije.

Navedena opšta pravila odlikuju i klasifikacije u psihijatriji jer i one zavise od klasifikacija u drugim disciplinama koje se na bilo koji način bave čovekom i njegovim psihičkim zdravljem i poremećajem zdravlja.

Teškoće postavljanja kvalitetne klasifikacije u psihijatriji su brojne:

— Područje angažovanja psihijatrije je široko i stalno se proširuje;

— Priroda psihičkih poremećaja je specifična i skoro da se većinom suštinski razlikuje od somatskih (organskih) oboljenja;

— U psihijatriji su još uvek insuficijentni dijagnostički instrumenti i kriterijumi u smislu pouzdanosti i objektivnosti;

— Činjenično je nedovoljno još uvek istražena etiopatogeneza psihičkih poremećaja uopšte, a posebno psihoza kao najtežih.

Klasifikacije u svim naučnim i stručnim oblastima današnjice olakšavaju pamćenje i rukovanje pojmovima, doprinose stvaranju novih hipoteza i njihovih istraživačkih provera, dakle neophodne su u svakom istraživačkom i stručnom radu. Prihvatljivost i kvalitet svake klasifikacije podrazumeva ispunjenje sledeća dva preduslova.

1) *Klasifikacija mora da obuhvata celokupnu materiju kojom se bavi ta određena disciplina.*

2) *Klase i potklase u svakoj klasifikaciji moraju biti jasno razgraničene, ne smeju se preklapati, već uzajamno isključivati.*

RAZVOJ PSIHIJATRIJSKIH KLASIFIKACIJA

Pokušaj klasifikacije psihičkih poremećaja ozbiljnije je započet tek u XIX veku, reklo bi se, sa razvojem savremene naučne psihijatrije. Vezan je pre svega za period otvaranja psihijatrijskih bolnica kao posebnih zdravstvenih institucija u zemljama Evrope. Lekari su se tada opredelili za rad sa duševnim bolesnicima na jednom mestu i tako su mogli da opserviraju veći broj bolesnika sa različitim psihopatološkom fenomenologijom.

Pokušaji prvih klasifikacija u psihijatriji zasnivali su se isključivo na opisima simptoma ispoljavanja duševnog poremećaja koji su ujednačavani u svrhe klasifikacije za različite vrste tih poremećaja. Tek 1861. godine *Grižinger* insistira da klasifikacija treba da se zasniva i na evoluciji tih sindroma, dakle da se uvaže nastanak, tok i ishod bolesti.

Klasifikacije u somatskim disciplinama humane medicine XIX veka uticale su na modifikovanje klasifikacije u psihijatriji. *Krepelin* 1896. godine pravi klasifikaciju psihičkih poremećaja zasnovanu na opisima pojedinih sindroma i njihovoj povezanosti sa uzrastom kada je bolest počela, njenim tokom i ishodom. Prvi je u etiološke uzroke psihičkih poremećaja pored organskih ubrojao i etiološke faktore psihološke prirode. *Krepelinova* klasifikacija psihičkih poremećaja na: **organske** (senilna demencija i progresivna paraliza), **verovatno organske ali još neutvrđene etiologije** (shizofrenija, manično-depresivna psihoza) i **psihogene** (neuroze, reaktivne psihoze i dr.), zadržala se i do danas u psihijatriji.

Psihijatrija kao jedna od mlađih klinička grana savremene naučne medicine ušla je u XXI vek na krilima eksplozivno razvojnih tendencija. Naravno treba biti kritički svestan činjenice da humana medicina u celini u ovom momentu nije ni približno ostvarila željene naučne i stručne domete. Psihijatrija je u okviru naučne humane medicine još daleko od dostignuća u naučnim odgovorima, a posebno stručnoj primeni u oblasti duševnih poremećaja i njihovog dobrog i potpunog razumevanja.

Klasifikacija u okviru neke naučne ili stručne discipline najbolje odslikava dostignut nivo znanja kojim ta oblast raspolaže. Klasifikacija u medicini je još uvek u toku stalnog razvoja i usavršavanja. Klasifikacija u psihijatriji se danas (za razliku od somatske medicine) susreće sa izuzetno velikim i specifičnim problemima i još uvek ne raspolaže jedinstvenom opšte prihvatljivom klasifikacijom.

Teškoće sa kojima se susreće klasifikacija psihičkih poremećaja su brojne, a ovog momenta najbitnije su sledeća tri nivoa.

1. Teškoće zbog specifične prirode psihičkih poremećaja. Psihički poremećaji su brojni i raznovrsni, od najtežih (psihoze i duševna zaostalost), do najblažih, kao što su vremenski kratki i prolazni emocionalni poremećaji izazvani stresnim situacijama u svakodnevnom životu. Savremena psihijatrija ima tendenciju razvijanja vanbolničkog institucionalnog delovanja, rada i angažovanja, što povećava probleme dobre klasifikacije psihičkih poremećaja.

2. Nedostatak objektivnih i pouzdanih kriterijuma za dijagnostikovanje većine psihičkih poremećaja. Psihijatrijska dijagnoza se zasniva uglavnom na podacima subjektivnog doživljavanja pacijenta i na zapaženim manifestacijama njegovog ponašanja od strane psihijatra. Subjektivnost je znači dvostrana i bolesnika i lekara, psihijatra, zbog čega je deskripcija neizbežno fundament dijagnoze. Problematična je i najbolja deskripcija jer i slične i identične manifestacije mogu imati različite uzroke. Ovo je karakteristično i za somatsku medicinu a ne samo za psihijatriju. Temperatura, kašalj, dijareja i povraćanje mogu biti izazvani brojnim i različitim uzrocima.

3. Teškoće zbog nedovoljnog poznavanja etiologije i patogeneze psihičkih poremećaja. U psihijatrijskoj klasifikaciji su veće nego u oblastima somatske medicine. Poznato je da psihičke poremećaje izazivaju brojni biološki, psihološki i sociološki činioci istovremeno i u složenoj interakciji. Utvrđivanje značaja udela svakog pojedinačnog činioca u nastanku duševnog poremećaja skoro da nije moguće ni teorijski.

Zbog nerešene etiopatogeneze problem klasifikacije psihičkih poremećaja je dodatno teži i složeniji. Uprkos izuzetnom i eksplozivnom napretku poslednjih decenija naučnog razumevanja strukture i funkcije centralnog nervnog sistema, ipak smo u psihijatriji daleko od razumevanja nastanka i manifestovanja psihopatološkog kao refleksije poremećaja strukture i funkcionalnih poremećaja neurona.

Etiologija i patogeneza mentalnih poremećaja u savremenoj psihijatriji se konceptualizuju na organskim psihogenim i sociogenim modelima. Psihijatrija pokušava da objašnjava na nivou redukcionističkog naučnog pristupa, što je samo prva ali neophodna faza na putu otkrića naučne istine. Istraživači u psihijatriji već koriste integralni konceptualni model u pokušaju objašnjenja, znači ravnopravno vrednujući organske, psihogene i sociogene modele. Uvažavajući ovu činjenicu, optimistički možemo reći da je psihijatrija našeg vremena ipak zakoračila u višu naučnu fazu istraživanja, barem na prostoru odgovetke etiologije i patogeneze duševnih poremećaja kojima se bavi.

Posebnost psihijatrije nije sporna u okviru humane medicine. Naravno to je uslovalo i stavove psihijatarata tokom poslednjih decenija da duševne poremećaje nije moguće klasifikovati u grupe i na posebne zbirne entitete. Uporište ovih stavova je u kompleksnosti ljudske mentalne ukupnosti i jasne diferentnosti za svaku osobu kao kvaliteta neponovljive individualnosti. Dakle, posledično proističe da je svaki psihički poremećaj posebnost u kontekstu neponovljivosti mentalne ukupnosti svakog čoveka. Naravno da Svetska zdravstvena organizacija, a posebno psihijatrijska udruženja brojnih zemalja danas prioritarno nameću potrebu poboljšanja kvaliteta klasifikacije psihičkih poremećaja kao posebno značajnu za dalji razvoj psihijatrije.

SAVREMENA KLASIFIKACIJA U PSIHIJATRIJI

Problem savremene psihijatrijske klasifikacije mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja je kompleksan. Psihijatrijska klasifikacija ovog momenta ne zadovoljava u potpunosti zahteve stručnog i istraživačkog rada.

Kvalitet sadašnje klasifikacije u psihijatriji pogoršava nedozvoljena ali ipak česta upotreba istih termina za različite pojmove i obrnuto, upotreba različitih termina za isti pojam.

Potreba za jedinstvenom korespondencijom i razumevanjem svih stručnjaka i istraživača u oblasti naučne medicine globalno je ostvarena 1948. godine u Parizu, kada je Svetska zdravstvena organizacija donela Međunarodnu klasifikaciju bolesti, povreda i uzroka smrti. Danas je na snazi 10. revizija Međunarodne klasifikacije — **ICD-10** (*International Classification of Diseases and Related Health Problems*) i biće to sigurno do kraja prve decenije XXI veka. Istovremeno je u upotrebi **DSM-IV** klasifikacija (*American Psychiatric Association*). U okviru ICD-10 (poslednje revizije) i DSM-IV klasifikacije data je i Međunarodna klasifikacija psihičkih poremećaja.

Aktuelno danas psihijatrijske klasifikacije se temelje na sledeće dve tendencije:

1. Prilagođavanje klasifikacije datim namenama. Tako se prave klasifikacije za stručnu upotrebu u kliničkoj praksi, posebno prilagođene klasifikacije za dijagnostiku, epidemiološka istraživanja ili naučnoistraživački rad. Istinito je da su do danas u svetu neka dobro koncipirana psihijatrijska istraživanja

sa velikim očekivanjima jednostavno propala zbog nepostojanja kvalitetnih klasifikacija.

2. Stvaranje **multiakosijalnih ili multiaspektnih klasifikacija** u psihijatriji. Namera ovakvih klasifikacija je da obuhvate pored kliničke fenomenologije i druge aspekte psihičkih poremećaja u interesu boljeg razumevanja stanja bolesnika. Multiaspektne ili multiakosijalne psihijatrijske klasifikacije imaju tendenciju da istovremeno uvažavaju način nastanka, tok, težinu i ishod bolesti, ali i premorbidnu ličnost, intelektualni nivo, koinkidealne somatske bolesti, profesionalno i socijalno funkcionisanje bolesnika.

Za sve navedene klasifikacije u psihijatriji zajedničko je da se lako mogu konvertovati jedna u drugu, a posebno u važeću Međunarodnu klasifikaciju mentalnih poremećaja i bolesti.

Međunarodna klasifikacija psihičkih poremećaja stalno se usavršava kroz revizije boljim opisima kliničkih slika korišćenjem operacionalnih definicija i ugrađivanjem u klasifikaciju svega onog što predstavlja naučna otkrića u dijagnostici, etiologiji i tretmanu mentalnih poremećaja.

Savremena klasifikacija u psihijatriji u suštini predstavlja najvećim delom kombinaciju simptomatsko sindromske, a manjim delom etiopatogenetske klasifikacije.

Poštujući propedevtičke okvire ovog udžbenika, dovoljan će biti prikaz samo globalnog okvira DSM-IV klasifikacije u Međunarodnoj verziji sa šiframa iz ICD-10 Klasifikacionog sistema.

SKRAĆENA MEĐUNARODNA VERZIJA DSM-IV ZA PSIHIJATRIJU

DSM-IV klasifikacija sa šiframa ICD-10 Klasifikacionog sistema psihičke poremećaje i poremećaje ponašanja kategorizuje u 17 glavnih grupa na sledeći način:

1. F70 — F98.9 Poremećaji koji se obično prvi put dijagnostikuju u novorođenčeta, u detinjstvu ili u adolescenciji

F70 - F79	DUŠEVNA ZAOSTALOST (MENTALNA RETARDACIJA)
F81 - F81.9	POREMEĆAJI UČENJA
F82	POREMEĆAJI MOTORIČKIH SPOSOBNOSTI
F80 - F80.9	POREMEĆAJI KOMUNIKACIJE
F84 - F84.9	PERVARZIVNI RAZVOJNI POREMEĆAJI
F90 - F91.9	DEFICIT PAŽNJE I POREMEĆAJI SA NASILNIČKIM PONAŠANJEM
F95 - F95.9	TIK
F98 - F98.1	POREMEĆAJI ELIMINACIJE (KONTROLA SFINKTERA)
F98.2 - F98.3	POREMEĆAJI UZIMANJA HRANE ODOJČETA I U RANOM DETINJSTVU
F93 -F98.9	DRUGI POREMEĆAJI U NOVOROĐENČETA, DETINJSTVU ILI ADOLESCENCIJI

2. F00 — F06.09 Demencija, delirijum, amnestički i drugi kognitivni poremećaji

F00 - F03	DEMENCIJA
F00.xx	Demencija Alzheimerovog tipa
F01.xx	Vaskularna demencija
F02.4	Demencija zbog side
F02.8	Demencija zbog traume glave
F02.3	Demencija zbog Parkinsonove bolesti
F02.2	Demencija zbog Huntingtonove bolesti
F02.0	Demencija zbog Pickove bolesti
F02.1	Demencija zbog Creutzfeldt — Jakobove bolesti
F02.8	Demencija višestruke etiologije
F03	Neoznačena ili nespecifikovana demencija
F04	AMNESTIČKI POREMEĆAJI

F05.0 - F05.4	DELIRIJUM ZBOG RAZNIH UZROKA
F06.9	NESPECIFIKOVANI KOGNITIVNI POREMEĆAJI

3. F06 — F09 Svi duševni poremećaji zbog narušenog opšteg zdravstvenog stanja koji nisu klasifikovani na drugom mestu

4. F10 — F19.9 Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja u vezi sa upotrebom psihoaktivnih supstanci

F10 - F10.9	POREMEĆAJI IZAZVANI ZLOUPOTREBOM ALKOHOLA
F10.2x	Zavisnost od alkohola
F10.1	Zloupotreba alkohola
F10 - F10.9	Poremećaji izazvani alkoholom

F11 - F11.9	POREMEĆAJI IZAZVANI OPIJATIMA
F11.2x	Zavisnost od opijata
F11.1	Zloupotreba opijata
F11.00 - F11.9	Poremećaji izazvani opijatima

F12 - F12.9	POREMEĆAJI IZAZVANI KANABISOM
F12.2x	Zavisnost od kanabisa
F12.1	Zloupotreba kanabisa
F12.00 - F12.9	Poremećaji izazvani kanabisom

F13 - F13.9	POREMEĆAJI IZAZVANI SEDATIVIMA, HIPNOTICIMA ILI ANKSIOLITICIMA
F13.2x	Zavisnost od sedativa, hipnotika ili anksiolitika
F13.1	Zloupotreba sedativa, hipnotika ili anksiolitika
F13.00 - F13.9	Poremećaji izazvani sedativima, hipnoticima ili anksioliticima

F14 - F14.9	POREMEĆAJI IZAZVANI KOKAINOM
F14.2x	Zavisnost od kokaina
F14.1	Zloupotreba kokaina
F14.00 - F14.9	Poremećaji izazvani kokainom

F15 - F15.9	POREMEĆAJI IZAZVANI AMFETAMINOM
F15.2x	Zavisnost od amfetamina

F15.1	Zloupotreba amfetamina
F15 - F15.9	Poremećaji izazvani amfetaminom

F15 - F15.9	POREMEĆAJI IZAZVANI KOFEINOM
F15.00	Intoksikacija kofeinom
F15.8	Anksiozni poremećaji izazvani kofeinom
F15.8	Poremećaji spavanja izazvani kofeinom
F15.9	Poremećaji izazvani kofeinom, nespecifikovan

F16 - F16.9	POREMEĆAJI IZAZVANI HALUCINOGENIMA
F16.2x	Zavisnost od halucinogena
F16.1	Zloupotreba halucinogena
F16.00 - F16.9	Poremećaji izazvani halucinogenima

F17 - F17.9	POREMEĆAJI IZAZVANI NIKOTINOM
F17.2x	Zavisnost od nikotina
F17.3 - F17.9	Poremećaji izazvani nikotinom

F18 - F18.9	POREMEĆAJI IZAZVANI ISPARLJIVIM SUPSTANCAMA
F18.2x	Zavisnost od isparljivih supstanci
F18.1	Zloupotreba isparljivih supstanci
F18.00 - F18.9	Poremećaji izazvani isparljivim supstancama

F19.2x - 19.9x	POREMEĆAJI IZAZVANI FENCIKLIDINOM
F19.22	Zavisnost od fenciklidina
F19.21	Zloupotreba fenciklidina
F19.20 - 19.29	Poremećaji izazvani fenciklidinom

F19 - F19.9	POREMEĆAJI IZAZVANI UPOTREBOM DRUGIH I VIŠE PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI — POLITOKSIKOMANIJA
F19.2x	Zavisnost od više psihoaktivnih supstanci
F19.1	Zloupotreba drugih psihoaktivnih supstanci
F19.00 - F19.9	Poremećaji izazvani drugim psihoaktivnim supstancama

5. F20 — F29 Shizofrenija i drugi psihotični poremećaji

F20.xx	Shizofrenija
.0x	Paranoidni tip

.1x	Dezorganizovani tip
.2x	Katatoni tip
.3x	Nediferenciran tip
.5x	Rezidualni tip
F20.8	Shizofreniformni poremećaj
F25.x	Shizoafektivni poremećaj
.0	Bipolarni tip
.1	Depresivni tip
F22.0	Sumanuti poremećaj
F23.xx	Kratki psihotični poremećaji
.81	sa značajnim stresorima
.80	bez značajnog stresora
F24	Indukovani psihotični poremećaj

6. F32 — F39 Poremećaji raspoloženja (afektivne psihoze)

F30 - F39	BIPOLARNI POREMEĆAJI
F30.x	Manična epizoda
F30.0	Hipomanija
F30.1	Manija bez psihotičnih simptoma
F30.2	Manija sa psihotičnim simptomima
F30.8	Druge manične epizode
F30.9	Manična epizoda nespecifikovana
F32 - F32.9	DEPRESIVNI POREMEĆAJI EPIZODE
F32.0	Blaga depresivna epizoda
F32.1	Umereno jaka depresivna epizoda
F32.2	Teška depresivna epizoda
F32.3	Teška depresivna epizoda sa somatskim simptomima
F32.8	Druge depresivne epizode
F32.9	Depresivna epizoda nespecifikovana
F33 - F33.9	REKURENTNI AFEKTIVNI DEPRESIVNI POREMEĆAJI
F34 - F34.9	PERZISTENTNI POREMEĆAJI RASPOLOŽENJA (AFEKTIVNI POREMEĆAJI)
F38 - F38.9	DRUGI POREMEĆAJI RASPOLOŽENJA
F39	NESPECIFIKOVAN POREMEĆAJ RASPOLOŽENJA

7. F41 — F41.9 Anksiozni poremećaji

8. F45 — F45.9 Somatoformni poremećaji

9. F68.1 Umišljeni poremećaji

10. F44.0 — F44.9 Disocijativni poremećaji

11. F52.00 — F65.9 Seksualni poremećaji i poremećaji polnog identiteta

F52.00 - F52.9	SEKSUALNE SMETNJE
	Poremećaji seksualne želje
F52.0	Poremećaj sa smanjenjem seksualne želje
F52.10	Averzivni seksualni poremećaj

	Poremećaji seksualnog uzbuđivanja
F52.2	Poremećaji seksualnog uzbuđivanja kod žena
F52.2	Poremećaj erekcije

	Poremećaji orgazma
F52.3	Poremećaj orgazma kod žena
F52.3	Poremećaj orgazma kod muškaraca
F52.4	Prevremena ejakulacija

	Poremećaji sa pojavom bola pri seksualnom odnosu
F52.6	Dispareunija (ne zbog opšteg zdravstvenog stanja)
F52.5	Vaginizam (ne zbog opšteg zdravstvenog stanja)

F52.9 i N50.8 - N94.8	Seksualne smetnje zbog opšteg zdravstvenog stanja
N94.8	Poremećaj sa smanjenjem seksualne želje kod žena
N50.8	Poremećaj sa smanjenjem seksualne želje kod muškaraca
N48.4	Poremećaj erekcije kod muškaraca
N94.1	Dispareunija kod žena
N50.8	Dispareunija kod muškaraca
N94.8	Druge seksualne smetnje kod žena
N50.8	Druge seksualne smetnje kod muškaraca
	Seksualne smetnje izazvane psihoaktivnim supstancama
F52.9	Nespecifikovane seksualne smetnje

F64 - F52.9	POREMEĆAJI SEKSUALNOG IDENTITETA
F64.x	Poremećaji seksualnog identiteta
.2	kod dece

.0	kod adolescenata ili odraslih
F64.9	Nespecifikovani poremećaj seksualnog identiteta
F52.9	Nespecifikovani seksualni poremećaji

F65 - F65.9	PARAFILIJA
F65.2	Egzibicionizam
F65.0	Fetišizam
F65.8	Froterizam
F65.4	Pedofilija
F65.5	Seksualni mazohizam
F65.5	Seksualni sadizam
F65.1	Transvestitski fetišizam
F65.3	Voajerizam
F65.9	Nespecifikovana parafilija

12. F50 — F50.9 Poremećaji hranjenja

F50.0	Anoreksija nervoza
F50.2	Bulimija nervoza
F50.9	Nespecifikovan poremećaj hranjenja

13. F51 i G47 Poremećaji spavanja

F51 - F51.9	PRIMARNI POREMEĆAJI SPAVANJA
--------------------	-------------------------------------

F51.0 - F51.9	Disomnije
F51.0	Primarna insomnija
F51.1	Primarna insomnija (povratna)
G47.4	Narkolepsija
G47.3	Poremećaj spavanja vezan uz disanje
F51.2	Poremećaj cirkadijarnog ritma spavanja
F51.9	Nespecifikovana disomnija

F51.5 - F51.8	Parasomnije
F51.5	Noćne more
F51.4	Noćni strahovi
F51.3	Mesečarenje

F51.8	Nespecifikovana parasomnija
F51	POREMEĆAJI SPAVANJA POVEZANI SA DRUGIM DUŠEVNIM POREMEĆAJEM
F51.0	Insomnija povezana sa...
F51.1	Hipersomnija povezana sa...
G47 - G47.8	DRUGI POREMEĆAJI SPAVANJA
G47.x	Poremećaji spavanja zbog somatske bolesti
.0	tip insomnije
.1	tip hipersomnije
.8	tip parasomnije
.8	mešani tip

14. F63 — F63.9 Poremećaji kontrole poriva koji nisu do sada svrstani

F63.8	Intermitentni eksplozivni poremećaj
F63.2	Kleptomanija
F63.1	Piromanija
F63.0	Patološko kockanje
F63.3	Trihotilomanija
F63.9	Nespecifikovan poremećaj kontrole poriva

15. F43 — F43.9 Poremećaj prilagodavanja

16. F60 — F60.9 Poremećaji ličnosti

F60.0	Paranoidni poremećaj ličnosti
F60.1	Shizoidni poremećaj ličnosti
F21	Shizotipni poremećaj ličnosti
F60.2	Antisocijalni poremećaj ličnosti
F60.31	Granični poremećaj ličnosti (borderline)
F60.4	Histerionični poremećaj ličnosti
F60.8	Narcistični poremećaj ličnosti
F60.6	Izbegavajući poremećaj ličnosti
F60.7	Zavisni poremećaj ličnosti
F60.5	Opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti
F60.9	Nespecifikovani poremećaj ličnosti

17. Druga stanja koja mogu biti povezana sa mentalnim poremećajima i poremećajima ponašanja

F54	PSIHOLOŠKI ČINIOCI KOJI UTIČU NA ZDRAVSTVENO STANJE
F54	Izabrati ime utemeljeno na prirodi uzročnika

- ...(određeni psihološki činilac) utiče na...
- Izabrati ime utemeljeno na prirodi uzročnika
- a) Duševni poremećaj;
 - b) Psihološki simptomi;
 - c) Crte ličnosti ili način suočavanja;
 - d) Maladaptivno zdravstveno ponašanje;
 - e) Psihološki odgovor vezan za stres;
 - f) Drugi ili neodređeni psihološki uzročnici.

G21 - G25.9	POREMEĆAJI POKRETA IZAZVANI LEKOVIMA
G21.1	Parkinsonizam izazvan neurolepticima
G21.0	Maligni neuroleptički sindrom
G24.0	Tardivna diskinezija izazvana neurolepticima
G25.1	Posturalni tremor izazvan lekovima
G25.9	Nespecifikovan poremećaj pokreta izazvan lekovima

T88.7	DRUGI POREMEĆAJI IZAZVANI LEKOVIMA
T88.7	Nespecifikovani štetni uticaji lekova

Z63 - Z63.9	PROBLEMI ODNOSA
Z63.7	Problem odnosa povezan sa društvenim poremećajem ili opštim zdravstvenim stanjem
Z63.8	Problem odnosa dete — roditelj
Z63.0	Problem odnosa sa partnerom
F93.3	Problem odnosa sa bratom ili sestrom
Z63.9	Nespecifikovani problem odnosa

T74	PROBLEMI IZAZVANI ZLOUPOTREBOM ILI ZANEMARIVANJEM
T74.1	Fizička zloupotreba deteta
T74.2	Seksualna zloupotreba deteta
T74.0	Zanemarivanje deteta

T74.1	Fizička zloupotreba odrasle osobe
T74.2	Seksualna zloupotreba odrasle osobe

	DODATNA STANJA KOJA MOGU BITI U SREDIŠTU PAŽNJE KLINIČARA
Z91.1	Neusaglašenost sa tretmanom
Z76.5	Simuliranje
Z72.8	Antisocijalno ponašanje odraslih
Z72.8	Antisocijalno ponašanje dece ili adolescenata
R41.8	Granično intelektualno funkcionisanje
R41.8	Opadanje kognitivnog funkcionisanja vezano za dob
Z63.4	Tugovanje
Z55.8	Problemi sa savladavanjem akademskih predmeta
Z56.7	Problem na poslu
F93.8	Problem identiteta
Z71.8	Religiozni ili duhovni problem
Z60.3	Akulturacijski problem
Z60.0	Problem životne faze

Dodatne šifre

F99	Neodređeni duševni poremećaj
Z03.2	Nema dijagnoze ili stanja
R69	Dijagnoza ili stanje nesigurno
Z03.2	Nema dijagnoze
R46.8	Dijagnoza nesigurna

Međunarodna klasifikacija koju je usvojila Svetska zdravstvena organizacija primenjuje se u svim zemljama sveta, ali ne sprečava svaku zemlju da primenjuje svoje modifikacije prilagođene sopstvenim uslovima i potrebama. Neophodno je da se pri svakom modifikovanju Međunarodne klasifikacije poštuje uslov moguće konverzije dijagnostičkih kategorija, dijagnostičkih klasa i potklasa u one obuhvaćene važećom Međunarodnom klasifikacijom.

LEKARSKI PREGLED PSIHIJATRIJSKOG BOLESNIKA

OBRADA HOSPITALIZOVANOG PSIHIJATRIJSKOG BOLESNIKA

Pregled psihijatrijskog bolesnika je veoma kompleksan i zasnovan na izuzetnoj veštini lekara iz više razloga.

— Bolesnik sa narušenim skladom svoje mentalne ukupnosti, dakle ne samo u slučaju psihoza, je u celini bolestan čovek. Psihičku bolest prate i somatski poremećaji, ili je psihički poremećaj posledica somatske bolesti. Dakle, pregled u psihijatriji podrazumeva ukupan pregled pacijenta, ne samo psihijatrijski intervju već fizikalni lekarski pregled svih organa i sistema organa.

— **Lekarski pregled psihijatrijskog bolesnika zasnovan je na znanju ukupne medicine, a posebno znanju psihijatrije.**

— *Pregled bolesnika u psihijatriji, kao ni u jednoj drugoj medicinskoj disciplini, zahteva izuzetnu veštinu lekara da ostvari adekvatan verbalni kontakt, veštinu postavljanja pitanja, veštinu donošenja zaključka, odnosno razumevanja psihopatološkog u onom što bolesnik saopštava, kao i veštinu lekarsko psihijatrijske opservacije.*

— ***Psihijatrijski pregled je zasnovan ne samo na znanju medicine i psihijatrije već i na iskustvu lekara i lekarskoj praksi.***

Propedevtički je važno usvojiti kao trajno znanje da se tokom pregleda i ispitivanja psi-

hijatrijskog bolesnika ne smeju napraviti sledeće dve greške:

1) dopustiti bolesniku da slobodno bez prekidanja previše priča o nevažnim detaljima i

2) bolesnika ne "bombardovati" pitanjima i tako ga onemogućiti da slobodno izlaže svoje misli, osećanja i tegobe.

Psihijatrijski pregled počinje od momenta kontakta sa bolesnikom i/ili njegovim pratiocima. Odvija se ne samo slušanjem onoga što bolesnik ili njegovi pratioci govore već angažovanjem svih lekarevih čula. Lekar od samog ulaska pacijenta u ordinaciju zapaža čulom vida, sluha, mirisa i dodira (bar pri rukovanju sa bolesnikom ili tokom kasnijeg fizičkog pregleda). Pregled psihijatrijskog bolesnika je svakodnevni događaj u praktičnom radu svih lekara, znači i lekara opšte prakse. Može biti i najčešće je *ambulantni, dispanzerski ili hospitalni — bolnički, klinički.*

Da bi uspešno položili praktičan deo ispita iz psihijatrije studenti treba da nauče i na praktičnom delu ispita primene veštinu uzimanja psihijatrijske anamneze, naravno zasnovanu na već usvojenom minimumu opšteg znanja iz psihijatrije.

ISTORIJA BOLESTI

*"Kad se zid sruši zovu zidara,
a kad se neko razboli, svi postaju lekari."*

Ovde će biti detaljno objašnjen pregled psihijatrijskog bolesnika pri dolasku na stacionarno lečenje.

Student medicine treba da ovlada veštinom uzimanja i formiranja istorije bolesti o psihijatrijskom bolesniku jer će stečeno znanje koristiti u svakom kontaktu sa bolesnikom narušene psihičke skladnosti u toku obavljanja svoje buduće opšte ili bilo koje specijalističke lekarske prakse.

Istorija bolesti psihijatrijskog bolesnika razlikuje se od istorije bolesti u drugim kliničkim medicinskim disciplinama pre svega po obimu, kao i po značaju i redosledu opštih delova koji istoriju bolesti čine. Neophodno je pre uzimanja anamneze i obavljanja pregleda psihijatrijskog bolesnika obezbediti sledeće uslove.

— Obezbediti pogodno mesto gde lekar i pacijent neće biti često prekidani. Ako je to bolesnička soba, nikada ne treba sesti na bolesnikovu postelju.

— Najpre se predstaviti bolesniku i obratiti mu se uvek njegovim imenom. Obavezno bolesnika na samom početku informisati o svrsi intervju — razgovora i pregleda.

— Stavom ohrabriti bolesnika, a i verbalno i neskriveno mu pokazati sopstvenu empatiju i razumevanje u odnosu na njega i njegove probleme.

— Nikada ne ocenjivati bolesnika.

— Od samog susreta uočavati bolesnikovo neverbalno ponašanje, pokrete, držanje tela, izgled i ukupno njegovo ponašanje.

— Aktivno održavati razgovor, ne izazivati konflikte i ne pokazivati emocionalnu uzbuđenost ni u jednoj situaciji.

— Upotrebljavati jezik koji odgovara intelektualnom i obrazovnom nivou bolesnika.

— Sa natprosečno ili izuzetno inteligentnim i obrazovanim bolesnikom a posebno sa upućenim ili obrazovanim u oblasti medicine i psihijatrije, najbolje je razgovarati otvorenim pitanjima koja u rečeničkom sklopu ne nameću odgovor. Primer: "*Recite mi nešto više o tome?*" Izbegavati sugestivna pitanja kao: "*Vi se osećate depresivnim, zar ne?*"

— Psihijatrijski intervju treba da traje od 15 do 90 minuta, zavisno od ukupnog opšteg bolesnikovog stanja. Smatra se prosečno dovoljnim vreme od 45 — 60 minuta.

ANAMNEZA

"Qui bene interrogat bene diagnostic"

Anamneza je reč grčkog porekla — *anamnesis* i znači *sećanje* (*sposobnost sećanja*). Na početku anamneze, treba napisati rečenicu: **"Anamnestičke podatke daje sam bolesnik"** ili "Anamneza dopunjena heteroanamnestičkim podacima koje daje..." (na dan prijema, recimo) i uneti datum.

U psihijatriji je možda značajnije nego u bilo kojoj drugoj medicinskoj disciplini prikupiti podatke o bolesti i bolesniku od prati-laca ili naknadno od rodbine ili bolesniku bli-skih osoba iz sociosredine (sa radnog mesta, iz njegove okoline stanovanja itd.). Ovi poda-ci su **heteroanamnestički podaci** i pre njihovog navođenja u istoriji bolesti upisati **"heteroanamnestičke podatke daje..."** (ime i pre-zime osobe, njen status u odnosu na bolesni-ka — recimo, majka bolesnika, kolega iz pre-duzeća itd., adresu i telefon), sa datumom do-bijanja podataka.

Anamneza za bolesnike sa neurotičnim poremećajima uzima se po pravilu od samog bolesnika, a za duševno poremećene neophodna je i heteroanamneza.

Anamneza u celini ima cilj da lekar dobi-je jasne podatke i sliku o bolesnikovom životu sada i iz istorijsko hronološke perspektive. Dakle, anamneza predstavlja hronološki sled bolesnikovog života od rođenja do sadašnjeg trenutka.

Kvalitet istorije bolesti psihijatrijskog bo-lesnika, posebno anamneze kao njenog dela sa dosledno ispoštovanim redosledom, veoma je značajan za dijagnozu i tretman bolesnika. Uvek je istorija bolesti i potencijalno izuzetno važan sudskomedicinski dokument.

Anamneza u okviru istorije bolesti psihi-jatrijskog bolesnika treba da sadrži sledeće segmente i to ovim redosledom.

Generalije

(Opšti podaci o bolesniku)

- prezime i ime,
- godina rođenja i mesto,
- obrazovanje (završena škola, navesti ako je školovanje započeto pa prekinuto),
- zanimanje,
- bračno stanje (neoženjen – neudata, ože-njen – udata, razveden – razvedena, udovac – udovica),
- ima li i koliko dece (nema decu, nave-sti obavezno: nije rađala, ili otac dvoje dece, majka petoro dece,),
- sadašnja adresa i
- broj telefona.

Ko upućuje pacijenta i kako je došao

- Obavezno upisati ko ga je uputio u bo-licu (obavezno navesti: "Bolesnika uputio le-kar opšte medicine, neuropsihijatar, psihijatar ili lekar neke druge specijalnosti);
- Pod kojom dijagnozom ("Pod dijagno-zom: Psychosis...");
- Iz koje zdravstvene ustanove i iz kojeg mesta;
- "Pacijent dobrovoljno dolazi na lečenje. Ili pod pritiskom i ubeđivanjem porodice. Ili okoline. Prinudno, bilo preko stanice hitne me-dicinske pomoći ili organa vlasti..."

Koja je sadašnja hospitalizacija bolesniku po redu ("Peta hospitalizacija u ovoj bolnici...") i ***hronologiju dosadašnjeg psihijatrijskog lečenja***. Obavezno navesti: prva ili peta hospitalizacija u ovoj ustanovi. Ako sadašnje lečenje nije prvo, obavezno navesti kada je bila prva hospitalizacija u ovoj ustanovi i prva hospitalizacija u psihijatrijskoj ustanovi uopšte, razlog prve hospitalizacije i dijagnozu pri prvom lečenju. *Navesti hronološki redosled dosadašnjeg lečenja u psihijatrijskim ustanovama i kako se ono odvijalo.*

Glavni razlog hospitalizacije — glavne tegobe

Postaviti kratka i jasna pitanja. Primer: "Zbog čega ste došli u bolnicu?" ili "Zašto ste se javili psihijatru?" ili "Šta vas muči, odnosno u čemu je vaš problem?" Odgovor treba upisati doslovno, onako kako bolesnik izjavi.

Sadašnja bolest

Podatke o sadašnjoj bolesti, fenomenologiji, razvoju simptoma i trajanju do prijema, uzeti od bolesnika i navesti da su, ako jesu, autoanamnestički podaci, a dopuniti ih heteroanamnestičkim podacima i iz pribavljene ranije medicinske dokumentacije, obavezno i uvek ako je to moguće.

Ovaj deo anamneze uzimati jasnim, što kraćim pitanjima, umereno aktivno. Potrebno je dozvoliti bolesniku da detaljno, ali ne preopširno, opiše svoje stanje i svoja bolesna doživljavanja sa impresijom sopstvenog subjektivnog doživljaja i stava prema svom stanju.

Truditi se da se bolesnikove reči dosledno i doslovno upišu pod navodnicima. Ako bole-

snik prekida svoj misaoni tok, onda stavljati tačkice za nedovršene rečenice. Potrebno je zabeležiti što je moguće tačnije, rečima samog bolesnika njegovo viđenje razvoja simptoma od početka do danas i njihovu povezanost sa ličnim životnim okolnostima i događajima, stresovima, sukobima, uzimanjem lekova itd. *Pitanjima navesti bolesnika da uporedi svoje sadašnje stanje sa svojim stanjem i funkcionisanjem pre nastanka sadašnje bolesti.*

Raniji psihijatrijski poremećaji i dosadašnje bolesti

Aдекватnim, kratkim i jasnim pitanjima dobiti anamnestičke ili heteroanamnestičke podatke o ranijim psihijatrijskim poremećajima ili bolestima (duševnim, psihosomatskim, neurotičnim), o lečenju, uzimanju lekova i kojih, o ishodu tadašnjeg lečenja i kako je tada lečen (dispanzerski ili hospitalno). Insistirati na podacima o ranijim ili trajućim drugim bolestima, recimo, neurološkim, o kraniopovredama i traumatizmu, konvulzijama, te metaboličkim bolestima (hipertireoidizam ili dijabetes), srčane bolesti itd. Rečju anamneza bolesnikove prošlosti.

Ovde je potrebno posredno ili neposredno zaključiti da li bolest služi bolesniku da možda ostvari neki sekundarni cilj, odnosno dobit, kao što je bolovanje, penzionisanje, izbegavanje služenja vojnog roka ili pravosnažne zatvorske kazne itd.

Lična anamneza

Rođenje i period novorođenčeta

U ovom delu anamneze dopunjene ako je to moguće heteroanamnezom, uneti podatke

kao što su: "Dete iz prvog braka roditelja vanbračno je ili bračno dete, recimo iz prvog braka majke i drugog braka oca"; "*Dete iz željene ili neželjene trudnoće*". "*Redosled rođenja prvo ili recimo treće po redu rođenja*." Naveći koliko ima još starije i mlađe braće ili sestara. Utvrditi ukoliko se zna kako je tekla trudnoća majke sa bolesnikom i da li je porođaj bio u terminu ili prevremen, sam tok porođaja (korišćen forceps, oživljavano novorođenče itd.).

Uzeti i sledeće podatke: rani psihomotorni razvoj, prvo sedenje, stajanje, kada je prohodao, progovorio, podatke o temperamentu u prvoj godini života, kao i o eventualnim bolestima i traumama u životnom periodu kada je bolesnik bio novorođenče.

Period detinjstva

Utvrditi podatke vezane za *ishranu* u bolesnikovom ranom detinjstvu (da li ga je majka dojila ili ne), kada je ostvarena *kontrola sfinktera*. Karakterološke osnovne crte i osobine (komunikativnost, otvorenost, stidljivost). *Stav prema roditeljima*, braći i sestrama — insistirati na ovim pitanjima da bi se doneo zaključak koji je roditelj gratifikaciona figura. Utvrditi eventualne podatke o *enurezi*, *enkoprezi*, *tikovima* itd. Svakako utvrditi da li je u periodu ranog detinjstva bolovao od težih bolesti i da li je bilo ozbiljnijeg *traumatizma*. Da li je preležao *dečje bolesti*, sa komplikacijama ili ne. *Polazak u školu* — prevremen, na vreme ili je kasnio, ako jeste zbog čega. Utvrditi da li je pohađao redovnu ili specijalnu školu za retardiranu decu.

Adolescencija

Utvrditi stav bolesnika u odnosu na školu, odnosno školovanje, postignut uspeh tokom školovanja, odnos prema vršnjacima, kao i prema autoritetima (emocionalni subjektivni

stav i eventualne emocionalne probleme). Da li je probao ili koristio alkohol i/ili psihoaktivne supstance u tom uzrastu. Kada je nastao pubertet, posebno podaci o masturbaciji u tom periodu, o prvoj menstruaciji i menstrualnom ciklusu do danas. Utvrditi vreme prvog seksualnog iskustva, u kojoj godini, način, uslovi i osoba sa kojom se doživelo prvo seksualno iskustvo. Interesovati se pogodnim pitanjem: "*Imate li ili da li ste imali nekih problema što se tiče vašeg seksualnog života do danas?*" Potrebno je utvrditi da li bolesnik ima i kakav seksualni život sada, utvrditi subjektivni stav prema seksu i seksualnosti, da li pati od impotencije, anorgazmije, frigidnosti, ejakulacije prekoks, parafilije itd. Posebno steći uvid posredno ili neposredno u bolesnikovu seksualnu orijentaciju i seksualnu usmerenost i eventualne devijacije, odnosno odstupanja (stavovi prema seksualnosti, seksualne fantazije itd.)

Odrasla dob

Potrebno je utvrditi bračno stanje bolesnika (*neoženjen, neudata, oženjen, udata, razveden, razvedena, udovac, udovica, koliko je imao brakova, kao i bliže podatke o bračnom životu*). Odrasla dob podrazumeva utvrđivanje relevantnih podataka iz radne anamneze, opredeljenja za zanimanje, sadašnje profesionalno bavljenje, ili penzionisanje. Ako je prevremeno penzionisan, zbog bolesti ili nekih drugih okolnosti i od kada. Za muškarce bitno je utvrditi da li su služili vojni rok ili učestvovali u ratu (ovo će kod nas imati značaja u psihijatriji bar još nekoliko decenija u budućnosti). Treba utvrditi u okviru lične anamneze verispovest bolesnika i subjektivan stav u odnosu na religiju i religijsko ponašanje.

Utvrditi socioodnos pacijenta, pre svega prema porodici (nezavisnost, preterana veza-

nost), prema osobama na radnom mestu, prema prijateljima, osobama suprotnog pola (stidljivost, potcenjivanje, otvorenost, lako ili teško ostvarivanje prijateljstava), rečju — socio adaptabilnost.

Potrebno je utvrditi i osnovne podatke o navikama pacijenta, njegovim intelektualnim, psihomotornim i senzornim sposobnostima, kao i interesovanjima, odnosno aktivnostima ili negovanju hobija.

Konačno, u okviru lične anamneze potrebno je adekvatnim pitanjima utvrditi subjektivne ambicije i životne planove bolesnika.

Porodična anamneza

Utvrditi u ovom segmentu anamneze eventualne psihijatrijske bolesti ili poremećaje bližih srodnika (roditelji, braća, sestre, ujaci, stričevi, tetke itd.). Utvrditi podatke o zanimanju i obrazovnom nivou roditelja da bi se stekao bolji psihijatrijski uvid u ličnost boles-

nika, i što je za psihijatriju veoma važno, bolesnikov subjektivni stav i emocije prema roditeljima, posebno po polu, i prema bliskim srođnicima (braća, sestre). Svakako utvrditi da li je neko od bliskih srodnika lečen ili se leči od duševne bolesti. Ima li *homicida ili suicida* u bližoj porodici. Značajni su i podaci o težim somatskim bolestima bliskih srodnika.

Materijalno — socijalni status bolesnika

Utvrditi materijalni i socijalni status bolesnika (živi u svojoj osnovnoj porodici, sa suprugom, decom, ili roditeljima, braćom i sestrama, u stanu komfornom ili nekomfornom i koliko soba, porodičnoj kući koje površine), zaposlen, ima stalna primanja ili nezaposlen bez primanja, ili penzioner, približna visina primanja. *Utvrditi bolesnikov društveni položaj i društveni status* vezan za posao i u opštem smislu socio društvene aktivnosti.

STATUS PRAESENS

(SADAŠNJI NALAZ PRI LEKARSKOM PREGLEDU)

Status somaticus

U ovom delu istorije bolesti opisati:

— *Opšte stanje i konstitucija*: Potrebno je inspekcijom zapaziti i navesti: "*bolesnik je srednjeg muškog, odnosno ženskog ili visokog ili nižeg rasta*", definisati uhranjenost i razvijenost npr. "*dobre ili srednje uhranjenosti i dobre osteomuskulturne građe*", ili navesti adipozan, neuhranjen, slabije osteomuskularne građe, asteničan itd. Zapaziti i navesti: "*Normalno kolorisane kože i vidljivih sluzokoža,*

ili pak bleđe, ili lividne", hidriranost itd. Zapaziti i opisati telesne, odnosno fizičke malformacije (na primer, šest prstiju, kifoza torakalne kičme, nedostatak ekstremiteta, deformitet lakatnog zgloba leve ruke itd.).

— Obaviti internistički pregled bolesnika i uneti egzaktno, kratko šta je pregledom utvrđeno. Primer: "*Toraks cilindričan, ili bačvast, ili asteničan, auskultatorno na plućima disanje bronhovezikularno, ili opisati nalaz ako ga ima, recimo, "Atelektaza na desnoj stra-*

ni...", "Akcija srca ritmična ili aritmična, tonovi jasni ili tmuliji". Navesti frekvencu pulsa i vrednost arterijske tenzije.

— Abdomen: "U ravni, ili iznad, ili ispod ravni grudnog koša, palpatorno neosetljiv, ili rigidan, osetljiv u epigastrijumu" itd., "jetra se palpira i za koliko", ili "ne palpira ispod rebarnog luka, kao i slezina". "Bubrežne lože osetljive ili ne osetljive na perkusiju i palpaciju".

— Kičmeni stub: "pokretan u svim segmentima", ako nije: "ograničeno bolno pokretan u cervikalnom delu...", "bez deformiteta" ili, recimo, "torakalna skolioza ulevo..."

— Ekstremiteti: "pokretni u svim zglobovima", ili "nepokretni ili ograničeno pokretan u nekom, i u kom zglobu i koji ekstremitet". Konstatovati da li su simetrični, ako nisu, opisati odstupanje — asimetriju.

Status neurologicus

Obavezno uraditi neurološki pregled pacijenta i dati što kraće opis nalaza, na primer:

— glava pravilne ili nepravilne konfiguracije, imponuje kao mikrokefalija ili makrokefalija; nema palpatorne i perkutorne bolne osetljivosti; povreda i ožiljaka skorijeg datuma nema, ako ima, opisati, recimo, "ožiljak temporalno levo od neurohirurške trepanacije ante anos IV..."

— vrat valjkast, tireoidea normalne veličine ili uvećana, ako jeste opisati koji lobus levi ili desni, ili retrostenalno; limfne žlezde

se palpiraju ili ne; platizmu simetrično ili ne kontrahuje; zapaziti tortikolis ili asimetriju M. sternokleidomastoideusa ako postoji.

— obaviti neurološki pregled kranijalnih nerava od prvog do dvanaestog i izbegavati konstataciju da je nalaz na kranijalnim nervima u granici normalnog, odnosno uobičajenog, već kratko opisati "Nerus I — raspoznaje ili neraspoznaje poznate mirise" i tako redom do XII-og kranijalnog nerva. Utvrditi, ako postoje, piramidne lezije, kao i ekstrapiramidne znake, cerebralne znake i meningealne znake i ako postoje lezije perifernih nerava, recimo, peronealni hod zbog pareze desnog peroneusa itd.;

— pri izvođenju mišićnih refleksa utvrditi: "Refleksni odgovori simetrični i normalni" ili je "hiperrefleksija" ili "hiporefleksija", ili "asimetrija" ili se neki refleksi ne izazivaju, recimo kao patelarni refleks ili Ahilov refleks se ne izaziva desno ili obostrano. Naveći da se patološki refleksi ne izazivaju ili ukoliko se izazivaju, koji od njih, npr. refleks Babinskog i na kojoj strani ili obostrano. Utvrditi da li ima fenomena dezinhibicije, kao što je pozitivan palmomentalni refleks, ili polikomentalni, ili refleks pućenja. Navesti dijagnozu iz medicinske dokumentacije ako boluje od neke neurološke bolesti.

Neurološki nalaz je bitan u sklopu ukupnog pregleda psihijatrijskog bolesnika jer je postojanje neurološkog oboljenja ili neurološkog deficita uvek i najčešće posledica oštećenja centralnog nervnog sistema, odnosno mozga, a psihički život čoveka je odraz funkcije mozga, odnosno funkcije njegovih neurona.

STATUS PSYCHICUS — PSIHIČKI STATUS

Psihički status je presek ukupnog bolesnikovog psihičkog života i refleksija je psihijatrijskog pregleda i što objektivnijeg utiska o pacijentu u trenutku.

Kvalitet psihičkog statusa u okviru istorije bolesti direktno zavisi od lekarevog znanja (egzaminatora) ukupne medicine i psihijatrije posebno, ali i od iskustva i profesionalne veštine. Naravno da je psihički status, odnosno sagledavanje psihičkog života pacijenta i odraz subjektivnog doživljaja pacijenta o samom sebi, ili onih koji daju lekaru heteroanamnestičke podatke o pacijentu i na kraju subjektivni je odraz stava samog lekara. Lekar je dužan da oba navedena nivoa subjektivnosti što više suprimira i eliminiše i što objektivnije da svoj stav o bolesnikovom psihičkom stanju.

Psihički status je očigledno veoma značajan segment istorije bolesti psihijatrijskog bolesnika i najvećim delom utiče na *kvalitet psihijatrijskog zaključka, postavljanje privremene i konačne dijagnoze, na anticipiranje toka, prognoze i ishoda bolesti i konceptualizaciju tretmana, odnosno terapije i terapijskih postupaka*. S druge strane, psihički status je posebno značajan za kasniju komparaciju sa psihičkim statusom tokom lečenja i posthospitalnog tretmana pacijenta, i na kasnijim kontrolama ili pri ponovnim egzacerbacijama psihičkog poremećaja, ne samo sa fenomenološkog aspekta već sa aspekta prognoze toka i razvoja bolesti.

Status psychicus ima dva bitna dela: **psihijatrijski intervju i psihijatrijski nalaz ili**

psihijatrijski rezime kao rekapitulaciju psihijatrijskog intervju i psihijatrovog zapažanja.

Neizostavno je i neophodno zapaziti i u psihijatrijski intervju u okviru psihičkog statusa najpre uneti psihijatrijsko (lekarsko) zapažanje o opštem izgledu i stavu bolesnika.

Psihijatrijski intervju (Tehnika psihijatrijskog pregleda)

Vođenje psihijatrijskog intervju je posebna veština ali i suština psihijatrijskog pregleda pacijenta.

Psihijatrijski intervju podrazumeva veštinu lekara da adekvatnim pitanjima stekne utisak o psihičkim funkcijama bolesnika i utvrdi poremećaj u okviru pojedinih psihičkih funkcija, kao i kvalitet i obim tog poremećaja. U okviru psihijatrijskog intervju treba nastojati *da se odgovori dobijeni od bolesnika doslovno pribeležu pod znacima navoda*. Lekar pored toga što vodi intervju sa bolesnikom postavljajući adekvatna pitanja vezana za svaku psihičku funkciju, unosi u intervju i svoja zapažanja, pre svega o emocionalnom statusu. Recimo, prateći emocionalni tonaliteta govora, zapaža da li je on adekvatan ili ne u odnosu na misaoni sadržaj govora i kakva je propratna bolesnikova mimika. Na primer, bolesnik sa konverzivnom neurozom odaje mimiku zadovoljstva iako su tegobe koje iznosi teške *"la belle indifference"*. *Emocionalni tonaliteta govora: treba kvalifikovati kao odgovarajući (adekvatan) verbalnom sadržaju opisa tegoba, mo-*

že biti površan, ili neadekvatan (neodgovarajući).

Sledi prikaz tehnike i veštine lekarskog ispitivanja psihičkih funkcija pojedinačno i postavljanjem adekvatnih pitanja utvrđivanje poremećaja pojedinih psihičkih funkcija kao i kvaliteta tog poremećaja ukoliko postoji, što se navodi, kasnije, u okviru psihijatrijskog rezimea, odnosno nalaza.

Ispitivanje svesti

— Uočiti da li je bolesnik svestan i da li je ispravno orijentisan prema sebi (*autopsihički*), prema drugim ličnostima (*alopsihički*) i u vremenu i prostoru (*spaciotemporalno*).

— Uočiti kvantitativne alteracije svesti u smislu pospanosti — somnolencije (da li je to posledica primljenih lekova), sopora ili kome. Kvalitativni poremećaji svesti mogu postojati u sve tri navedene dimenzije.

— Zapaziti da li je bolesnik dezorijentisan u odnosu na sebe (derealizacija, depersonalizacija, transformacija) ili je autističan itd.

— Svesnost o vremenu i prostoru treba utvrditi adekvatnim pitanjima, recimo, da li je dan ili noć, ili da li je bolesnik svestan ambijenta i ustanove u kojoj se nalazi.

Ispitivanje orijentacije

— Za procenu bolesnikove orijentacije treba postavljati pitanja: "Gde se sada nalazite?", "Znate li ko sam ja?" "Koji je danas dan?". Ovo su pitanja za procenu senzoriјuma, tj. procenu da li je senzoriјum jasan, očuvan, ili se radi o smetenosti i zamagljenju senzoriјuma, dakle o dezorijentaciji.

— Konstatovati: "Bolesnik je ispravno i potpuno autopsihički, alopsihički i spaciotemporalno orijentisan", ukoliko nije, navesti precizno u kojoj dimenziji.

Ispitivanje pamćenja

— Neophodno je utvrditi bolesnikovu sposobnost rekognicije **upamćenih davnih događaja** (dugoročno pamćenje). Adekvatna pitanja su: "Kojeg dana ste se venčali?" ili "Gde ste rođeni?" ili "Kada je rođeno vaše dete?" ili "Da li se seća šta je bila udarna vest u prošloј nedelji?" itd.

— Treba zapaziti da li je kod bolesnika očuvano sećanje na ranije događaje u potpunosti, ili postoje "rupe" (praznine) u sećanju, ili potpuno nesećanje, amnezija, ili možda hipermnezija — karakteristična za paranoidne bolesnike.

— **Pamćenje iz bliže prošlosti** utvrđuje se pitanjima kao što su: "Šta ste radili juče?" ili "Da li ste i šta doručkovali jutros?" itd.

— Očuvanost pamćenja ili kratkoročno trenutno pamćenje se utvrđuje tako da se od bolesnika zahteva da recimo zapamti pokazana tri predmeta i reprodukuje redosled njihovog pokazivanja nakon 5 minuta. U međuvremenu se vodi dalji intervju sa njim, ili mu se kaže neka neutralna rečenica i zahteva da je upamti sa istim redosledom reči i ponovi za koji minut. Primer takve rečenice: "Na Južnom polu je veoma hladno i zato je život ljudi tamo jako težak." *Kroz ovaj zadatak se procenjuje i sposobnost koncentracije, odnosno usredsređenja pažnje.*

Ispitivanje mišljenja

— Mišljenje se kao psihička funkcija ispituje adekvatnim pitanjima za procenu sadržaja i forme misaonog toka, odnosno procesa mišljenja.

— Da bi se procenili **sadržajni poremećaji mišljenja**, treba pitati bolesnika, na primer: "Da li vam se čini da vas ljudi žele povrediti ili da vas vređaju u poslednje vreme?" ili "Da li ste uočili u poslednje vreme neke

svoje posebne sposobnosti?" ili "Da li neko u poslednje vreme utiče na vas ili pokušava da utiče?" ili "Da li imate neke misli koje vam se nameću same od sebe i smetaju vam da ih se ne možete osloboditi?" itd. Ukoliko bolesnik odgovori pozitivno na neko od ovakvih pitanja onda insistirati na bližim podacima o tim sadržajima novim pitanjima. Tako će se utvrditi poremećaji mišljenja po sadržaju, bilo u smislu *sumanutih ideja persekucije (proganjanja)* i *odnosa, veličine, nametanja misli, emitovanja misli, krađe misli, ideja nerealnosti, blokiranja misli, zaokupljenosti samoubistvom ili homicidom, nihilističkih ideja, doživljava depersonalizacije, derealizacije, bega misli, magijskog mišljenja, postojanja neologizama, eho misli* itd.

— **Procena forme mišljenja** i kvaliteta procesa mišljenja postiže se postavljanjem adekvatnih pitanja bolesniku da bi se utvrdila njegova sposobnost apstraktnog mišljenja i kvalitet apstraktnog mišljenja. Na primer, zamoliti bolesnika da objasni poruku neke poslovice, recimo: "Ko drugome jamu kopa, sam u nju pada." Ukoliko bolesnik konkretno razmišlja, može se dobiti odgovor: "*Zato što je zaboravio da stoji iznad jame*", manični bolesnik će na primer odgovoriti "Ko drugome jamu kopa fizički je radnik". Pitajte, recimo, koja je sličnost između hleba i kolača. Odgovor treba da bude "hrana"; ili za razliku između voća i povrća itd. Treba zapaziti formalne poremećaje procesa mišljenja, kao što su: *nesposobnost bolesnika da misaoni tok i ideje usmeri ka ciljnoj determinanti, nelogičnost u misaonom toku, gubitak asocijacija, udaljavanje od teme karakteristično za slaboumnost, opširnost, bujica ideja, nesposobnost apstraktnog mišljenja, misaoni tok po asocijacijama sličnim po zvučnosti, perseveriranje, eholalija* itd.

Ispitivanje percepcije ili opažanja

— Potrebno je ispitati percepciju u oblasti svih čula i konstatovati, recimo, "*negira čulne obmane*", ili "*ima obmane u sferi čula sluha*".

— Adekvatna i preporučljiva pitanja su: "*Da li vidite nekada stvari ili ljude kojih nema?*", ili "*Da li vam se nekada učini da čujete glasove, poziv po imenu ili da neko govori a da nikoga nema u vašoj blizini?*" ili "*Jeste li primetili da se svet promenio u poslednje vreme?*" "*Da li vam se nekad učini da osetite neki jak miris, a kada obratite pažnju, shvatite da vam se samo učinilo?*" itd. Ukoliko bolesnik potvrdno odgovori na neko od pitanja, potrebno je utvrditi vrstu i kvalitet poremećenog opažanja vezano za datu čulnu percepciju.

Ispitivanje pažnje

— Tokom trajanja psihijatrijskog intervjua treba zapažati kvalitete bolesnikove pažnje, te konstatovati recimo, da je pažnja očuvana, kako aktivna, tako i pasivna, da bolesnik pažnju pravilno usredsređuje i usmerava. Ukoliko se uoče poremećaji pažnje, treba ih precizno identifikovati njihov kvalitet (da li su u okviru aktivne ili pasivne pažnje i da li je poremećaj usredsređenosti i usmerenosti pažnje).

— Ispitivanje pažnje je najbolje uraditi na sledeći način: tražiti od bolesnika da brzo broji od 1 do 20 ili da oduzima broj 7 od 100 više puta, na primer 100 – 7, pa 93 – 7 itd., zatim zahtevati: "*Nabrojte dane u nedelji unazad, ili mesece u godini unazad*", ili postaviti pitanje: "*Koliko ima petodinarki u 175 dinara*". Ceniti brzinu odgovora, odnosno računске kalkulacije i greške.

Ispitivanje inteligencije i informisanosti

— Zaključak o inteligenciji i informisanosti pacijenta lekar, odnosno psihijatar donosi

na osnovu anamnestičkih, heteroanamnestičkih podataka i psihijatrijskog intervjua, a zasniva ih na pacijentovoj upotrebi rečnika (fonda reči, stepena obrazovanosti i ukupnog fonda znanja). Postavljanje pitanja bolesniku da bi se stekao utisak o njegovom koeficijentu inteligencije i informisanosti treba da je prilagođeno. Ako pacijent deluje kao osoba sa nižom inteligencijom ili slaboumnošću, ili je u pitanju neobrazovana osoba, birati lakša i uopštenija pitanja nego ako se radi o pacijentu sa visokim obrazovanjem i inteligentnom čoveku.

— Primeri za ispitivanje inteligencije i informisanosti: "Znate li kolika je udaljenost od Beograda do Niša?" ili "Nabrojte sve što spada u povrće?", "Znate li koja je najveća reka koja protiče kroz našu zemlju?", "Da li znate koliko ima kontinenata?", ili "Kakva je razlika između prozora i vrata?", ili "Po čemu se bitno razlikuju merdevine od stepenica?" itd. Odgovor inteligentnog je: "Vrata i prozori su otvori na prostori, vrata služe za ulazak i izlazak iz prostorije, a prozori za osvetljavanje i provetravanje prostorije." Konkretan odgovor neinteligentnog je najčešće: "Vrata su drvena a prozori od stakla." Inteligentan će odgovoriti: "Merdevine, kao i stepenice služe za penjanje, s tim što se merdevine mogu pomerati, a stepenice su fiksirane." Mogući su brojni različiti konkretni odgovori neinteligentnih osoba na ovo pitanje i uvek su netačni, odnosno neprecizni.

— Pri donošenju zaključka o bolesnikovoj inteligenciji i stepenu informisanosti treba uzeti u obzir obrazovanost i isključiti slaboumnost. Inteligenciju, odnosno koeficijent inteligencije treba procenjivati i na osnovu bolesnikove sposobnosti da pravilno tumači poslovice i reši postavljene zagonetke.

Ispitivanje afekata

— Afekti, odnosno afektivno stanje pacijenta procenjuje se na osnovu njegovog emocionalnog reagovanja tokom vođenja psihijatrijskog intervjua i na osnovu opšteg raspoloženja. Treba zapaziti i neverbalna emocionalna ispoljavanja mimikom, pokretima tela i promene u ritmu govora tokom intervjua.

— Ukoliko se uoči poremećaj afekata, potrebna su dodatna pitanja da bi se doneo zaključak o kvalitetu afektivnog poremećaja i zaključilo da li se radi o *anksioznosti, fobiji, maničnom raspoloženju, depresivnom raspoloženju, afektivnoj labilnosti, afektivnoj krutosti, afektivnoj ambivalenciji, afektivnoj inkontinenciji, apatiji, produženom afektivnom reagovanju, patološkoj razdražljivosti*, ili o *patološkom afektu*, ili možda o *afektivnom defektu odnosa*, ili o *paratimiji i paramimiji*.

Ispitivanje nagona i socijalnih stremljenja

— Neophodno je ispitati nagonsku sferu u okviru psihičkog života pacijenta. Znači vitalne nagone (nagon za ishranom i nagon za životom) i nagon održanja vrste (seksualni nagon i roditeljski nagon), kao i socijalne nagone, tj. socijalna stremljenja pacijenta.

— Bolesniku treba postaviti pitanja: "Kakav imate apetit?", "Da li smatrate da nije vredno živeti?", zatim "Da li ste kod sebe primetili neku promenu u želji za seksualnim odnosima?", te pitanje "Da li smatrate da se treba žrtvovati za svoju decu?" Ukoliko se na ovakva pitanja dobiju odgovori koji govore u prilog poremećaja, dodatnim pitanjima treba nastojati da se stekne adekvatan utisak o kvalitetu poremećaja datog nagona. Utvrditi dodatnim adekvatnim pitanjima da li se radi o kvantitativnom ili kvalitativnom poremećaju tog nagona.

— Socijalni nagoni, altruizam, afilijacija, nagon za uspešnošću i drugi mogu biti poremećeni u stanjima brojnih psihijatrijskih poremećaja, kao što su duševne bolesti: shizofrenija, ili depresija, ali i u alkoholizmu i toksikomanijama uopšte, kao i u neurotičnim i psihosomatskim poremećajima i bolestima. Treba adekvatnim pitanjima utvrditi da li je pacijent spreman da se žrtvuje za druge, pre svega članove svoje bliže porodice, ili osobe iz radne sredine i da li je došlo do degradacije socijalnog statusa, ili da li je oštećena socioadaptabilnost bolesnika, odnosno sposobnost njegove lične socioadaptacije.

Ispitivanje volje i voljnih delatnosti

— Tokom psihijatrijskog intervjua i na osnovu heteroanamnestičkih podataka, naravno i na osnovu posmatranja psihomotorike, spontanosti i inicijative koju bolesnik ispoljava, zaključuje se o stanju njegove volje i voljnih delatnosti.

— Uočene poremećaje volje treba jasno sagledati i definisati kao *hipobulija* (smanjenje volje), *abulija* (gubitak volje), *ambivalencija*, *pojačana sugestibilnost*, *psihomotorni nemir*, *negativizam*, *manirizam*, *ehopraksija*, *bizarno ponašanje*, *docilnost* (preterana i bez pogovorna poslušnost), *impulsivne radnje* itd.

— Adekvatnim pitanjima podstaći bolesnika da dâ sopstvenu ocenu o svojoj volji i voljnim pulzijama. Primer: "Da li ste primetili da vam se smanjila volja da radite svoj posao?" ili "Da li vam se smanjila želja da pratite sportske rezultate u fudbalu?" itd.

Ispitivanje bolesnikove uviđavnosti i kritičnosti

— Tokom psihijatrijskog intervjua neophodno je steći zaključak o bolesnikovoj kritičnosti i uviđavnosti u sopstveno stanje, odno-

sno svoju bolest pitati: "Mislite li da ste bolesni i da imate problema?", "Šta mislite, da li je vas potrebno lečiti?", "Da li biste mi mogli reći imate li planove za budućnost i kakvi su ako ih imate?". Na osnovu bolesnikovih odgovora donosi se zaključak o njegovoj kritičnosti i uviđavnosti u sopstveno stanje i sopstvenu bolest.

Ispitivanje bolesnikove sposobnosti razumevanja i rasuđivanja

— Odnosi se na sposobnost pacijenta da zaključuje na osnovu ponuđenih činjenica i procenjuje na osnovu podataka o njegovom reagovanju u datim sociookolnostima.

— Da bi se stekao uvid u bolesnikovu sposobnost rasuđivanja i razumevanja, treba mu postaviti adekvatna pitanja: "Šta biste učinili da na ulici nađete zapečaćeni koverat sa poštanskom markicom i adresiran?", ili "Šta mislite o lepo odevenom mladom čoveku koji šeta ulicom sa svojim novim štapom i rukama u džepovima?" i slična pitanja. Procenjuje se kvalitet bolesnikovih odgovora. Na ovakva pitanja mogu se dobiti čudni i neadekvatni odgovori u stanjima duševne bolesti iz kruga shizofrenija ili u stanjima organskog moždanog oštećenja itd.

Ispitivanje moralnosti

— Podrazumeva uvid u kvalitet bolesnikovog moralnog ponašanja i moralnog rasuđivanja.

— Pacijentu treba postaviti i adekvatna pitanja da bi se procenila njegova moralnost. Na primer: "Šta bi vi uradili da u kasno doba noću nađete na otvorena vrata neke prodavnice?" ili "Šta mislite o direktoru firme koji je sklon da novcem firme plati zimovanje svojoj deci?" itd.

PSIHIJATRIJSKI NALAZ ILI PSIHIJATRIJSKI REZIME

Psihijatrijski nalaz podrazumeva rezime utvrđenih oštećenja ili poremećaja u okviru psihičkih funkcija. U psihijatrijskom rezimeu se u sažetom obliku navode utvrđeni bitni poremećaji, kvantitativni ili kvalitativni, pojedinih psihičkih funkcija i zapažanja o bolesnikovom stavu, izgledu i držanju.

— *Psihijatrijski nalaz ili rezime treba obavezno početi zapažanjima o bolesniku.*

Veština zapažanja i opisa bolesnikovog izgleda, stava i držanja, mimike i ponašanja tokom vođenja psihijatrijskog intervjua odnosi se na:

— **Opšti izgled bolesnika.** Primer: "*Bolesnik je neupadljivog ili upadljivog izgleda*" (upadljivo se odnosi na higijenske norme, frizuru, negovanost, odeću, da li je recimo odevenost u skladu sa modom ili odstupa od nje, upadljivo i neobično nošenje rukavica i čizama u letnjem periodu, boja odeće ili upadljiva neusklađenost boja bilo u kontekstu ukupne odevenosti ili boje u odnosu na biološku, odnosno starosnu dob pacijenta, neadekvatna preterana šminka, itd.). Navodi se da je bolesnik *uredan*, *neuredan* ili *zapušten*.

— **Stav bolesnika** treba da bude zapažen i opisan jer može biti neuobičajen, na primer potencirano gordo, oholo držanje, ili feminizirano držanje muškarca itd., te se kvalifikuje "*upadljivog je stava i držanja...*"

Obavezno zapaziti tokom psihijatrijskog intervjua bolesnikov stav prema lekaru i upisati u psihijatrijski nalaz — rezime. Ukoliko je bolesnik razdražljiv, agresivan, oprezan, ili

pokušava da izbegne verbalni kontakt, ili se pak ponaša zavodljivo prema lekaru, ili preterano susretljivo, ili pak sarkastično, treba uspostaviti verbalni kontakt sa njim adekvatnim pitanjima: "*Izgledate nekako razdražljivo, zbog čega? Da li sam u pravu?*" ili "*Kako se osećate? Imate li osećaj da ne vredi živeti?*", "*Imate li planove možda da sebi oduzmete život?*" itd. Ova pitanja postaviti da bi se steкао potpuniji uvid u opšte raspoloženje bolesnika.

— **Mimika** je izuzetno važna. Treba konstatovati da li je ukupan mimički izraz lica normalan, odnosno *eumimičan*, ili je *hipomimičan* ili *hipermimičan*. (Mimična muskulatura odražava ukupno psihičko stanje individue, a posebno emocionalnu sferu. Izraz lica može odavati strah, tugu, preteranu veselost ili ukočenost — može biti posledica lekova neuroleptika).

— **Motorika** takođe mnogo govori o psihijatrijskom bolesniku i treba je zapaziti. Bolesnik može biti *eukinetičan*, *hiperkinetičan*, *hipokinetičan*. Ukoliko motorika odstupa od adekvatne, opisati to kao *psihomotornu uzbuđenost*, na primer, ili *psihomotornu usporenost*. Zapažanja poremećaja motorike treba preneti pitanjem bolesniku: "**Primetio sam da vam drhte ruke, možete li mi reći nešto o tome?**" Treba uneti i opisati konstatacije kao što su eventualni *tikovi*, *tremor*, *manirizmi*, *automatizmi*, *grimase*, *stereotipije*, *apraksija*, *voštana savitljivost*, *napetost*, *paničnost*, *zbuñjenost*, *promuklost*, *tih ili preterano glasan govor* itd.

— **Verbalni kontakt.** Neophodno je i bitno zapaziti i upisati da li se verbalni kontakt sa bolesnikom lako uspostavlja i održava ili je otežan. Ukoliko postoje smetnje u ostvarivanju i održavanju verbalnog kontakta, identifikovati ih i upisati (recimo, usporen govor, ubrzan govor, potreba da se razgovor odvija spontano, ili je bolesnik čutljiv, ima poremećaje u govoru kao što su mucanje, zamuckivanje, nejasan govor, isprekidan govor, zapaziti visinu glasa, artikulaciju, eventualno afazičnost, eholaliju, koprolaliju, logoreju ili ukočen govor, odnosno negovorljivost. *Konstatovati da se verbalni kontakt lako uspostavlja i održava, ili je potreban dodatni napor lekara, znači bolesnik se mora podsticati.*

Sada treba opisati psihičke funkcije i navesti za svaku utvrđeni eventualni poremećaj. Primer: *"Kod bolesnika postoje obmane u sferi čula vida tipa halucinacija sa kvalitetom telesnosti i pozitivnim sudom realnosti."*

Psihijatrijski rezime treba da sadrži kratak opis za svaku psihičku funkciju:

Svest — *"Bolesnik je svestan i ispravno orijentisan autopsihički, alopsihički i spaciotemporalno. Nema kvantitativne alteracije svesti"*.

Orijentacija. Ukoliko ima poremećaj orijentacije, precizno navesti recimo: *"Bolesnik je dezorijentisan u vremenu"*.

Pamćenje — *"Pamćenje je očuvano kako za događaje iz skorije, tako i davne prošlosti. Upamćivanje je dobro"*. Ukoliko postoji poremećaj, navesti ga precizno.

Mišljenje — *"Nema poremećaja funkcije mišljenja ni po formi, ni po sadržaju"*. Uko-

liko postoji poremećaj, navesti ga precizno, na primer: *"Mišljenje je poremećeno po sadržaju. Postoje sumanute ideje persekucije, intuitivnog mehanizma nastanka, paranoično struktuirane."*

Opažanje — navesti, na primer: *"Nema obmana u sferi čula"*. Ako ima *"Bolesnik ima akustičke halucinacije u smislu pogrđnih reči koje dolaze iz daljine."*

Pažnja — *"Očuvana aktivna i pasivna pažnja. Bolesnik aktivnu pažnju adekvatno usmerava i usredsređuje"*. Ukoliko postoji poremećaj pažnje, navesti, na primer: *"Postoji aporseksija u smislu povišenog tenaciteta i snižene vigilonosti pažnje"*.

Inteligencija — *"Inteligencija očuvana a informisanost i intelektualni nivo bolesnika je usklađen sa obrazovanjem i životnom dobi"*. Ukoliko postoje odstupanja ili poremećaji, precizno ih navesti, kao na primer: *"Kod bolesnika postoji primarna slaboumnost na nivou debiliteta"*.

Afekti — *"Afekti i afektivne reakcije bolesnika su usklađeni"*, ili *"Bolesnik je skladnog afektiviteta i emocija"*. Ukoliko postoji poremećaj, navesti kvalitet odstupanja, na primer: *"Bolesnik je hipertimičan polarizovano u pravcu bezrazložne sete i tuge"*.

Nagoni i socijalna stremljenja — *"Bolesnikove nagonske pulzije i socijalna stremljenja su bez poremećaja, adekvatne i očuvane"*. Ukoliko postoji odstupanje, navesti precizno kvalitet i nagonsku sferu, na primer: *"Bolesnik ima inapeticiju kao kvantitativni poremećaj nutricionog nagona već šest meseci uz gubitak telesne težine"*, ili *"Bolesnik je u po-*

slednjim mesecima izgubio interesovanje za školski uspeh svog deteta".

Volja i voljne delatnosti — "Volja i voljni dinamizmi su očuvani". Ukoliko postoji poremećaj, navesti: "Bolesnik je hipobuličan, bezvoljan i nezainteresovan za svoj posao".

Moralnost — "Bolesnikovo moralno rasuđivanje i moralno ponašanje je adekvatno". Ukoliko postoji poremećaj moralnosti precizno ga navesti, na primer: "Bolesnik nema grizu savesti zbog nanetih povreda svojoj supruzi dan pre prijema na kliniku".

Navesti obavezno da li je bolesnik **uvidan i kritičnog stava** u odnosu na svoju bolest.

Jednom rečenicom oceniti sposobnost i kvalitet bolesnikovog **rasuđivanja i razumevanja** na osnovu psihijatrijskog intervjua.

U psihijatrijskom nalazu ili rezimeu treba ukazati na dobijene podatke o hereditetu, premorbidnim karakteristikama ličnosti bolesnika i o somatosociopsihološkim nepovoljnim okolnostima.

Obavezno kvalifikovati u psihijatrijskom rezimeu početak bolesti kao nagao ili postepen, sadašnji nivo njene evolucije i konstatovati da li se radi o psihopatološkom procesu ili stanju.

PRIVREMENI PSIHIJATRIJSKI ZAKLJUČAK

"Jedna od najraširenijih bolesti je dijagnoza."

Karl Kraus

Psihijatrijski zaključak proističe iz ukupne anamneze dopunjene heteroanamnezom, te podataka iz ranije medicinske dokumentacije i psihijatrijskog nalaza, odnosno psihijatrijskog rezimea. Podrazumeva **privremeni dijagnostički zaključak**, odnosno privremenu ili radnu psihijatrijsku dijagnozu.

Privremena dijagnoza psihijatrijskog poremećaja treba da je opisna i bazirana na kliničkoj fenomenologiji uz uvažavanje standardnih sindroma u klasifikacionoj nomenklaturi korišćenjem precizne psihijatrijske terminologije.

Privremena dijagnoza treba da sadrži i dinamičku dijagnozu, kao i etiopatogenetsku deskripciju dijagnoze, odnosno psihijatrijskog zaključka. Primer privremene dijagnoze, od-

nosno privremenog zaključka: "**Shizofreni poremećaj sa paranoidno strukturiranom fenomenologijom, sa izraženim psihosocijalnim problemima (iznenadna smrt bliske osobe u saobraćajnoj nesreći itd.)**". Uputno je u privremenom psihijatrijskom zaključku, odnosno dijagnozi navesti i diferencijalnodijagnostičku mogućnost za navedeni primer, recimo: "Moguće je da se radi o duševnom poremećaju reaktivnog tipa."

Prognoza toka bolesti

Treba da sadrži minimalno sledeće:

"Prognostički, na osnovu kliničke fenomenologije sadašnjeg stanja poremećaja, neophodan je hospitalni tretman pacijenta. Hospitalizacija će najverovatnije trajati nekoliko

nedelja, a dalje lečenje se predviđa u dispanzeru tokom više meseci, a najduže do godinu dana".

Plan daljeg ispitivanja

Planira se sledeće dopunsko dijagnostičko ispitivanje.

— Laboratorijske analize: hematološki status i biohemijske analize serumskog nivoa elektrolita i metabolita (glikoze, ureje, kreatinina, mokraćne kiseline itd.) i enzima, kao i nivo proteina, lipida i glikoze u serumu.

— Konsultativni specijalistički pregledi kod interniste, endokrinologa, oftalmologa ili ginekologa.

— MR (magnetna rezonanca) endokranijskog juma.

— Psihološko testiranje.

— Sprovođenje socijalne ankete.

Plan lečenja

Zavisno od privremene dijagnoze uvesti:

— *medikamentoznu terapiju* — neuroleptici, anksiolitici i sedativi po potrebi;

— *medikamentoznu terapiju prema simptomatologiji* tokom hospitalizacije (moguća administracija analgetika, antibiotika itd.);

— *suportivno* uključiti bolesnika u *psihoterapijske procedure* na odeljenju a prema razvoju kliničke slike, odnosno fenomenologije toka bolesti;

— *socioprofesionalne metode rehabilitacije* započeti u bolnici posle poboljšanja bolesti radi konačnog vraćanja bolesnika obavezama u svojoj profesionalnoj, odnosno radnoj i sociosredini.

DECURSUS MORBI NASTAVAK TOKA BOLESTI

Decursus morbi (tok, odnosno opadanje bolesti) podrazumeva opis toka bolesti i u psihijatriji je od posebne važnosti.

— U istoriju bolesti se pod datumom što kraće unosi dekurzus, poželjno svakodnevno, a nekada i više puta u istom danu. Opisuje se kratkim jezgrovitim rečenicama uz upotrebu psihijatrijske pre svega, ali i opšte medicinske terminologije. U dekurzusu se opisuju pojave novih simptoma fenomenološki ili nestanak ranijih pojedinih psihopatoloških fenomena.

— Unose se uvek nalazi specijalista, kao i promena terapije (dnevna doze leka), ili uvo-

đenje novog leka, ili isključivanje medikamenta iz terapije.

— U dekurzusu se navode i dobijeni laboratorijski rezultati i rezultati primenjenih dijagnostičkih procedura, kao što su R_ö (rendgenski snimci), nalaz ultrazvuka, skenera, magnetne rezonance itd.

— U dekurzusu se navode kratko promene u ponašanju bolesnika na odeljenju u odnosu na osoblje, u odnosu na druge bolesnike, ili promene apetita, spavanja, održavanja lične higijene i učešća u održavanju kolektivne higijene u sobi i na celom odeljenju.

— U dekursus morbi se unose i zapažanja o odnosu pacijenta prema medikamentoznoj terapiji, bolesnikovo učešće u radnoj terapiji i rekreaciono-rehabilitacionim aktivnostima organizovanim u stacionaru.

— U dekursus se unose i dobijeni, tokom hospitalizacije, novi heteroanamnestički podaci, kao i bitno u ponovljenom psihijatrijskom intervjuu sa bolesnikom itd

DEFINITIVNI PSIHIJATRIJSKI ZAKLJUČAK

DEFINITIVNA PSIHIJATRIJSKA DIJAGNOZA PRI OTPUSTU

Po završenom hospitalnom ispitivanju i lečenju bolesnik se najčešće upućuje na dalje dispanzersko lečenje i otpušta iz stacionara. Tada se u *ekspertizu* — otpusnu listu unosi sledeće:

— Ako je moguće, *definitivna dijagnoza* — egzaktna kvalifikacija vrste psihičkog poremećaja, odnosno bolesti u skladu sa Međunarodnom klasifikacijom i nomenklaturom. Definitivna psihijatrijska dijagnoza ili zaključak proističe iz psihičkog statusa i privremenog zaključka toka i ishoda lečenja. Uz definitivnu dijagnozu, odnosno psihijatrijski zaključak, daje se jasan i **precizan predlog daljeg tretmana** (medikamentozne terapije i drugih terapijskih psihijatrijskih procedura).

— Utvrđuje se precizno **dan prve kontrole** (treba ostaviti i mogućnost "*a po potrebi i ranije*").

— Neizostavno navesti i **mišljenje o daljoj radnoj sposobnosti bolesnika**, kao i preporu-

ku da se eventualno ponove neka ili urade nova dopunska dijagnostička ispitivanja.

— Veoma je važno da iz etičkomedicinskih razloga u definitivnom zaključku (dijagnozi) dostupnom pacijentu i njegovim bližnjima se ne navodi prava dijagnoza, već samo šifra iz važeće Međunarodne klasifikacije bolesti. Ovako se postupa pre svega u **funkciji zaštite** pacijenta **od etiketiranja** kao psihijatrijskog bolesnika ili duševnog bolesnika u njegovom svakodnevnom okruženju. *Medicinskoetički pristup u smislu zaštite psihijatrijskog bolesnika od etiketiranja usklađen je sa stavovima u našoj supkulturi*. Poznato je da se duševno bolesni u našoj supkulturnoj sredini diskvalifikuju i diskredituju u kontekstu socio zajednice, posebno radne sredine i profesionalnog daljeg angažovanja ovih bolesnika čak i u stanjima potpune remisije, ili potpunog izlečenja.

INDEKS PSIHIJATRIJSKE TERMINOLOGIJE

Psihijatriju kao disciplinu naučne medicine odlikuju specifičnosti i diferentnosti u odnosu na druge medicinske kliničke grane i u odnosu na bilo koju humanu medicinsku oblast. Lekar treba da se u svakodnevnom profesionalnom radu i profesionalnoj korespondenciji služi medicinskom terminologijom, svakako zbog same profesije kojom se bavi. *Psihijatrija kao medicinska nauka i struka ima internacionalizovanu posebnu terminologiju.*

Student medicine a budući lekar neophodno treba da ovlada specifičnim i za psihijatriju karakterističnim terminima.

— *Abecednim redom su navedeni najznačajniji i najčešći psihijatrijski termini kojima treba da ovlada student medicine u pripremi za polaganje ispita iz psihijatrije.*

Afazija — oštećena sposobnost ili nesposobnost sporazumevanja govorom ili pisanjem najčešće zbog lezije u dominantnoj hemisferi.

Afekat — subjektivno osećanje koje prati neku ideju ili neku mentalnu sliku.

Agitacija — anksioznost, napeto stanje koje se reflektuje na psihomotoriku u smislu hiperaktivnosti i opšte uznemirenosti.

Agresija — neprijateljske emocije ili srdžba, agresivne misli ili aktivnosti usmerene na drugu osobu ili predmete iz okruženja.

Ambivalencija — istovremeno postojanje dve antipodno suprotstavljene emocije ili dva suprotstavljena stava, recimo istovremeno ljubav i mržnja, sreća i tuga itd.

Amnezija — gubitak pamćenja:

1) *anterogradna amnezija* — nesećanje na neposredno kratak period posle alteracije ili gubitka svesti;

2) *lokalizovana amnezija* — gubitak sećanja za izolovani događaj a pamćenje je očuvano za sve druge sadržaje i doživlja se u tom vremenskom periodu. Naziva se i **mrlijastom ili lakunarnom amnezijom** i kao psihopatoški fenomen je česta kod neurotičnih osoba ali i u stanjima lezije mozga, te je poseban forenzičko — psihijatrijski problem.

3) *retrogradna amnezija* — nesećanje za događaje pre gubitka svesti za kraći ili duži vremenski period, ali postoji i kod dementnih osoba.

Anhedonija — nesposobnost uživanja u aktivnostima u kojima je bolesnik ranije uživao.

Anksioznost — razlivena strepnja i napetost bez objektivnog razloga, osećanje straha zbog stalne strepnje od moguće nesreće.

Apatija — odsustvo emocija, interesovanja i bezrazložna zabrinutost — seta.

Apstrakcija — sposobnost izdvajanja pojedinačnih kvaliteta i osobina nekog predmeta ili neke osobe od celine. Apstrakcija je i sposobnost simboličnog mišljenja.

Autistično mišljenje — je oblik subjektivnog mišljenja sa potpunim zanemarivanjem objektivne realnosti.

Automatizam — stanje u kome individua izvodi aktivnosti a bez svesnog saznanja o tome.

Bujica ideja — brzo prelaženje sa jedne na drugu temu; *fuga idearum* (beg ideja).

Dèjà entendu — utisak da se čuje ili drugim čulima percipuje ono što je već ranije percipovano.

Dèjà vu — utisak da se doživljava ili vidi nešto što je već ranije viđeno iako je osoba prvi put u datoj situaciji.

Depersonalizacija — gubitak vlastitog identiteta; osoba ima utisak da je sama drugačija, nerealna ili kao strana sama sebi.

Depresija — kvalitet raspoloženja izražen tugom, apatijom, pesimizmom, opštom setom i osećanjem usamljenosti.

Derealizacija — subjektivni utisak izmenjene objektivne realnosti, te bolesniku okruženje izgleda strano ili nerealno.

Dereizam — psihička aktivnost neusklađena sa realnošću, iskustvom i logikom.

Dezorijentacija — gubitak sposobnosti shvatanja vlastitog položaja u vremenu, prostoru ili prema drugim osobama. Sinonim je konfuzija.

Diskinezija — bilo koji oblik nesvršishodnih pokreta.

Dizartriya — otežano izgovaranje reči zbog diskordinacije govorne muskulature.

Egzaltacija — izuzetno povišeno osećanje raspoloženja patognomonično za maniju.

Ekstaza ili zanos — bezrazložno intenzivno oduševljenje; posledica je prožimajućih emocija (religiozni zanos ili ekstaza).

Eholalija — nesvršishodno ponavljanje neke reči ili rečenice koju je izgovorio neko drugi.

Ehopraksija — nesvršishodno oponašanje nekog pokreta koji je izvela druga osoba.

Emitovanje misli — sumanuto uverenje da se sopstvene misli emituju u svet ili preko sredstava javnog informisanja (radio, televizije).

Euforija — preterano, neizazvano, intenzivno osećanje telesnog ili emocionalnog, ili psihološkog porekla.

Flešbek — ponovno javljanje sećanja, opaženog doživljaja ili osećanja iz prošlosti.

Fobija — intenzivan patološki strah uz snažnu anksioznost od neidentifikovane opasnosti.

Grandioznost — subjektivno osećanje izuzetne važnosti ili besmisleno preterivanje.

Gubitak asocijacija — poremećaji asocijacija koji se reflektuju netačnim, neodređenim, preopširnim i neusmerenim govorom.

Halucinacija — senzorička percepcija, čulna obmana u situaciji objektivnog nepostojanja predmeta percepcije, odnosno perceptivnog podražaja. Karakteristika halucinatornih percepcija je da osoba — bolesnik percipuje sa odrazom kvaliteta telesnosti i o ovakvoj svojoj lažnoj senzoričkoj percepciji ima pozitivan sud realnosti (čvrsto uverenje da halucinirani predmet objektivno postoji). Halucinirati se može u sferi svih čula. Postoje haptične (taktilne), hipnagogne (pri buđenju), liliptanske, gustatorne, auditivne i vizuelne halucinacije.

Hiperakuzija — bolna osetljivost na zvuk.

Hipermnezija — prekomerno pamćenje, odnosno sposobnost sećanja po obimu koji je inače nemoguć u procesu ekforijacije upam-

ćenog (zna se da utopljenik u kratkom vremenu ima hipermnezijско sećanje na ogroman inventar upamćenog "u sekundi ekforiše ceo život").

Hipersomnija — prekomerna pospanost izražena produženim noćnim i neželjenim dnevnim spavanjem.

Hipohondrija — preterana bezrazložna intenzivna zabrinutost usmerena na poremećaj funkcije sopstvenih organa i sopstvenog tela.

Ideje odnosa — pogrešna subjektivna interpretacija događaja i zbivanja u okruženju i njihovo dovođenje u vezu sa sobom.

Iluzija — pogrešna percepcija ili pogrešno opažanje objektivno postojećeg senzoričkog predmeta. Umesto slike na zidu, vidi se recimo razjarena zver usmerljena na pacijenta.

Inkoherentnost — stanje nepovezanosti u psihičkom funkcionisanju, odnosno u kognitivnoj sferi.

Intoksikacija — izmena mentalne skladnosti zbog unosa toksične materije u organizam (krvotok).

Katalepsiја — sposobnost bolesnika da održi telo ili delove tela nesrazmerno dugo u odnosu na normalno stanje u jednom položaju, koji je često nepovoljan, do bizarnog. *Flexibilitas cerea* ili voštana savitljivost je sinonim za katalepsiju.

Katapleksija — prolazna oduzetost ili nepokretnost ili mlitavost ili pad nastao zbog dejstva snažnih emociја.

Katatonija — tip shizofrenije koji opredeljuju period motorne rigidnosti, negativizam i stupor.

Koma — najteža kvantitativna alteracija svesti kada bolesnik ne reaguje ni na najintenzivnije bolne draži, po pravilu, uvek je po-

sledica organske lezije mozga ili teške intoksikacije.

Kompulzija — neodoljiva potreba da se izvede neka necelishodna, nerazumna i nesvrishodna aktivnost.

Konfabulacije — izmišljene priče; služe bolesniku da premosti i prikrije praznine u sećanju.

Konflikt — psihička borba ili patnja zbog intrapsihičke konfliktnosti nastale zbog istovremene pojave suprotstavljenih poriva ili motiva.

Koprolalija — nevoljno izgovaranje vulgarnih ili pogrđnih reči.

Koeficijent inteligencije (IQ) — brojčano izražena vrednost dobijena postignutim rezultatima na testovima, podeljena sa uzrasnim dobom i pomnožena sa 100.

La belle indifference — prelepa nezainteresovanost ili indiferentnost, u doslovnom prevodu. Patognomonično je znak konverzivnih neurotičnih poremećaja.

Logoreja — je preterana pričljivost koju individua ne može da obuzda.

Magijsko mišljenje — uverenje osobe da se može delovati mislima.

Makropsija — lažna percepcija uvećanih predmeta u odnosu na njihovu realnu veličinu.

Manirizam — pokreti ili neki oblici izražavanja nesvojstveni toj individui ili uopšte neuobičajeni za ljudsko ponašanje.

Mikropsija — lažna percepcija umanjenih predmeta u odnosu na njihovu realnu veličinu.

Mutizam — nesposobnost govora iako je on ranije bio razvijen.

Nametanje misli — sumanuto uverenje da druga osoba nameće svoje misli bolesniku.

Negativizam — otvoreno ili skriveno suprotstavljanje predlozima ili savetima drugih.

Neologizam — kovanice koje je sam bolesnik izmislio; najčešće predstavljaju kombinaciju dve ili više poznatih reči.

Nihilizam — intenzivno osećanje beznačajnosti ili utisak sopstvenog nestanka, odnosno subjektivnog nepostojanja.

Opsesija — stanje upornog nametanja u svest neke ideje ili emocije.

Orijentacija — svest o subjektivnom postojanju sebe u odnosu na vreme, u odnosu na prostor i u odnosu na druge ljude.

Panika — iznenadna veoma intenzivna anksioznost koja izaziva osećanje strave i užasa sa pratećim fiziološkim poremećajima.

Perseveracija - nevoljni, kontinuirani i preterani ponavljani odgovori, najčešće verbalni.

Pompezan govor — ukočenost i svečani ton i držanje pri govoru.

Psihomotorna usporenost ili retardacija — zaostajanje, odnosno usporavanje psihičke i motorne aktivnosti istovremeno.

Salata od reči — govor teško razumljiv; kombinacija reči i fraza kojima nedostaju smislenost, logička povezanost i značenje.

Smeteno stanje — stanje oštećene orijentacije ili sinonim za konfuzno stanje.

Stereotipija — trajne, po suštini mehaničke i besmislene skoro do bizarnog ponavljanje aktivnosti.

Strah — neugodan emocionalni i fiziološki odgovor na prepoznati realan ili irealan izvor opasnosti.

Stupor — stanje kvantitativno alterirane (izmenjene) svesti u kome individua ne reaguje na draži i nije svesna sebe i okoline.

Sumanutost — nerealno — lažno uverenje neprihvatljivo za druge ali ga se bolesnik čvrsto drži uprkos očiglednom realitetu. **Paranoidna sumanutost** je nerazumna i preterana sumnjičavost i neverovanje drugima. Postoji i **somatska sumanutost**, kada je bolesnik uveren da je njegovo telo obolelo ili izmenjeno. **Sumanuta ljubomora** je lažno i nerealno uverenje da bolesnika voljena osoba vara (paranoja ljubomore). **Sumanutost veličine** je uverenje da je on osoba od izuzetne važnosti — **megalomanija**

Svest — saznanje o sopstvenim unutrašnjim osećanjima i mislima i sposobnost prepoznavanja okruženja, tj. spoljašnjeg sveta.

Tik — iznenadni nevoljni mišićni pokret. Najčešće u sklopu neurotičnog poremećaja.

Uvidavnost — ispravno saznanje o objektivnoj realnosti ili objektivno saznanje o sopstvenoj bolesti.

Verbigeracija — stereotipija koju karakteriše besmisleno ponavljanje iste reči ili iste rečenice.

POGLAVLJE II

**PROPEDEVTIKA PSIHIJATRIJSKE
DIJAGNOSTIKE**



UVOD

**"Samo se obrati lekaru, on će već da ti pronade bolest."
Vijetnamska izreka**

— **Dijagnostika je osnova daljeg razvoja savremene naučne medicine.**

— *Usavršavanje i razvoj dijagnostike su generator i suština progresa svake medicinske discipline.*

— **Dijagnostika je uslov i polazište lečenja i rehabilitacije.**

Etimološko poreklo je od grčkih reči *diagnosis, diagignoskein* — *raspoznavanje i utvrđivanje* izvesne bolesti po njenim bitnim oznakama i pojavama kod bolesnika i, takođe, od grčke reči *diagnostikè* — nauka ili veština raspoznavanja i utvrđivanja bolesti.

Dijagnostika u savremenoj psihijatriji je izuzetno važna pre svega zbog nedovoljno poznate etiologije i patogeneze većine psihičkih poremećaja. Napredak psihijatrije bitno zavisi od dijagnostičkih istraživanja i unapređenja psihijatrijske dijagnostike. Teškoće u dijagnostikovanju psihičkih bolesti i poremećaja uslovljavaju otežano ili nemoguće delovanje na njihovu pojavu, razvoj i lečenje. Napori koji se u savremenoj psihijatriji ulažu na prepoznavanje, diferenciranje i klasifikaciju psihičkih poremećaja u svetu su ogromni ali ne i dovoljni.

Klinička psihijatrija danas obuhvata veoma široko područje psihičkih poremećaja i

bolesti, od sasvim blagih i prolaznih, kao što su emocionalni poremećaji izazvani uobičajenim stresom i kriznim situacijama svakodnevnog života, do najtežih, kao što su duševne bolesti i mentalna zaostalost težeg stepena. Opus psihijatrije aktuelno obuhvata i vrlo brojne psihosomatske kao i somatopsihičke poremećaje i bolesti. Psihijatrijsku pomoć, ali i pomoć lekara uopšte, danas traži i očekuje sve više ljudi. Činjenica je da se najveći broj pacijenata obraća psihijatru i lekaru uopšte zbog "**problema življenja**" ili "**psihosocijalnih problema**".

Dijagnostička zajednička karakteristika svih mentalnih poremećaja je da takav bolesnik subjektivno izmenjeno doživljava sebe i svet u okruženju, uz doživljavanje subjektivnih tegoba, i izmenjeno ponašanje što ga dovodi u stanje patnje i trpljenja, a to se odražava i na osobe iz bolesnikove socijosredine.

Psihijatrija je već danas veoma proširila opseg svog područja u kliničkom smislu angažovanja na izuzetno široki prostor poremećaja mentalne skladnosti pojedinaca izazvanih **psihosocijalnim problemima**, odnosno **problemima svakodnevnog življenja**, dnevnim kriznim situacijama i adaptacionim dnevnim naporima pojedinca. Blisko ovome je široko i možda još značajnije područje narušene mentalne skladnosti, nazvano **socijalna patologija**.

Ovi poremećaji se ispoljavaju kao emocionalni poremećaji, a imaju kvalitet subjektivnog trpljenja, i poremećaja ponašanja, često maskiranih somatskom fenomenologijom.

Socijalna patologija je *nova patologija čovečanstva*, koja nameće reviziju mentalnih poremećaja, nozološku i klasifikacionu, jer je na samom početku XXI veka veoma frekventna u subpopulaciji mladih. Socijalna patologija se ispoljava alkoholizmom, narkomanijom i drugim oblicima zavisnosti, disocijalnim i delinkventnim ponašanjima, kao i tentativnim i realizovanim samoubistvima, pre svega u savremenoj subpopulaciji generacija mladih.

Problemi *usamljenih i izolovanih* spadaju u ovaj opus, kao i razni pojavni oblici *patologije bračnog i porodičnog života* i *narušenih interpersonalnih odnosa*, te problemi izazvani *nezaposlenošću ili pretnjom od gubitka posla*. Svakako su ovde i problemi *akulturacije* (privikavanje na novu kulturnu sredinu), *inkulturacije* (problemi brzih promena sopstvene kulturne sredine), kao i *problemi starih*. Konačno i *ekonomska ugroženost u situacijama ratova, elementarnih katastrofa* izaziva mentalne poremećaje i bolesna stanja.

Socijalnopatološke manifestacije sa refleksijom na narušenu mentalnu skladnost su karakterističan problem svake globalne zajednice našeg vremena, a posebno u ekonomski

razvijenim zemljama i velikim urbanim sredinama. Najdemokratskije savremene zemlje prihvataju odgovornost za nastanak i širenje socijalne patologije, ali se odriču u potpunosti pojava oblika te patologije. Paradoksalno je da globalne zajednice preko državnih, odnosno društvenih institucija, organa i foruma, prihvataju recimo narkomaniju, alkoholizam, patologiju porodice i braka, delinkvenciju i disocijalna ponašanja kao društveni problem deklarativno, a praktično i *narkomana* i *alkoholičara* i *delinkventa* odnosno *disocijalnog maloletnika*, u potpunosti prepuštaju zdravstvenoj službi, a u najboljem slučaju i službi socijalne zaštite i policiji.

Neophodno je zato da lekar pored znanja iz psihijatrije poseduje i znanja iz psihologije, filozofije, sociologije i antropoloških disciplina iako nije specijalista psihijatrije.

Dijagnostika psihičkih poremećaja je izuzetno kompleksna i specifična u odnosu na sve druge medicinske discipline iz sledeća dva razloga.

1. *Dijagnostika i tretman psihičkih poremećaja u direktnom su reciprocitetu s intenzitetom izraženosti tog poremećaja, odnosno s intenzitetom subjektivnog trpljenja individue, ali i intenzitetom poremećaja njenog ponašanja.*

2. *Drugi aspekt se odnosi na pravilan izbor i primenu dijagnostičkih metoda zavisno od vrste i težine psihičkog poremećaja.*

PRAVNA PITANJA U PSIHIJATRIJSKOJ PRAKSI

posebno u psihijatrijskoj dijagnostici

1. Saglasnost informisanog bolesnika podrazumeva potpunu istinitu obaveštenost o lekarevim nameravanim, dijagnostičkim i terapijskim procedurama i načinu tretmana. Od obaveze davanja informisane saglasnosti izuzimaju se:

— **hitna stanja** psihičkog poremećaja u kojima neposredno prethodi telesna ili životna opasnost samom bolesniku ili drugoj osobi;

— **stanja** u kojima bi se prema oceni psihijatra, štetilo bolesniku i vodilo u terapijski neuspeh.

2. Poverljivost u relaciji odnosa lekar — pacijent u psihijatriji u segmentu dijagnostike, kao i terapije je pitanje etičke i pravne obaveze čuvanja tajne o svemu što je lekar saznao od bolesnika ili se na bolesnika odnosi. Povreda lekarske tajne, odnosno instituta poverljivosti, u relaciji lekar — pacijent uvek može biti razlog za tužbu sudu.

Izuzetak od obaveze čuvanja poverljivosti podataka, odnosno medicinske tajne, su sledeće situacije:

— **obaveza upozoravanja** — podrazumeva obavezu lekara u psihijatriji da u posebnoj situaciji upozori moguće žrtve agresivne namere pacijenta, za koju je saznao tokom psihijatrijskog intervjua;

— **davanje podataka** — podrazumeva da bolesnik ili njegov zastupnik treba da daju sa-

glasnost psihijatra da on u bilo kojoj situaciji oda dijagnostičke podatke iz medicinske dokumentacije. Psihijatrijska – medicinska dokumentacija je po suštini vlasništvo lekara, odnosno zdravstvene ustanove, međutim bolesnikovo zakonsko pravo na svoje lične psihijatrijske podatke je primarno;

— **tajnost medicinske dokumentacije** — podrazumeva zaštitu prava bolesnika na privatnost, te lekar, odnosno psihijatar nema pravo da otkriva podatke o bolesniku protiv njegove volje ili volje njegovog zastupnika ukoliko je bolesniku oduzeta poslovna sposobnost. Izuzetci su medicinska dokumentacija o bolničkom lečenju i dijagnostički psihijatrijski pregled po nalogu suda.

3. Zakonska uređenost bolničkog lečenja psihijatrijskih bolesnika.

Nadležnost i pravo države, odnosno zajednice je da primora individuu na bolničko lečenje (**prisilna hospitalizacija**). Prinudna hospitalizacija se zasniva na sledećim načelima.

a) **pravu na policijsku zaštitu društva** u funkciji dobrobiti *zajednice* ukoliko se radi o bolesniku opasnom po druge i okolinu zbog dijagnostikovanog duševnog poremećaja;

b) **parens patriae**, tj, pravu države da štiti interese *pojedince*; Primenjuje se ukoliko je neophodno lečiti dijagnostikovan duševni poremećaj u smislu dobrobiti za tu osobu.

Bolesnik sa psihičkim poremećajima se hospitalizuje na sledeće načine.

— **Neslužbeno** — i prijem i otpust se ostvaruje *usmenom* saglasnošću pri čemu bolesnik po sopstvenoj volji, često i protivno savetu lekara, može da napusti psihijatrijsku bolnicu u bilo kojem trenutku, dakle i pre sprovedenog dijagnostičkog postupka.

— **Dobrovoljno** — uz tzv. pismeni zahtev, odnosno *pismeni uput* za bolničko lečenje od lekara ili druge ustanove.

— **Prisilno** — *kada bolesnik predstavlja opasnost za sebe ili druge*. Najčešće bliski srodnik ili prijatelj podnese zahtev za bolničko lečenje, a najmanje dva psihijatra potpišu uput za hospitalizaciju.

— **Hitno** — podrazumeva privremenu prisilnu hospitalizaciju kada je bolesnik na primer, senilna osoba, nesposoban da donese odluku sam o potrebi hospitalnog lečenja. Prema zakonodavstvu SAD, bolesnik se ne može hitno duže hospitalizovati od 15 dana. *Po našem zakonu*, u slučaju ovog vida hospitalizacije u roku od 24 sata lekar je dužan da obavesti nadležni opštinski sud.

Kriterijumi za sprovođenje prisilne hospitalizacije su različiti i brojni, ali su bitni sledeći:

— očigledno *postojanje duševnog poremećaja* i u okviru njega postojanje opasnosti po bolesnika ili druge osobe;

— neizostavna potreba bolesnika *zbog duševnog stanja* za stalnom brigom i lečenjem.

— situacija kada bolesnik zbog prirode duševnog poremećaja *nije sposoban da sam brine o sebi*.

Pravo na lečenje je pravo prisilno hospitalizovanog duševnog bolesnika i ozakonjeno je u SAD i nekim drugim zemljama.

Pravo da se odbije prinudna hospitalizacija predstavlja najspornije pravno pitanje u savremenoj psihijatrijskoj praksi. Po pozitivnim zakonima, samo se duševni bolesnik prisilno hospitalizovan može lečiti protiv sopstvene volje. Prisilna hospitalizacija dispanzerski lečenog duševnog bolesnika je pravno prihvaćen institut u brojnim državama i podrazumeva dopuštanje neposredne hospitalizacije ambulantnog pacijenta iako se on ne saglašava sa takvim medicinskim postupkom. Smatra se korisnim institutom za sprovođenje adekvatne dijagnostike i tretmana u brojnim situacijama mentalnih poremećaja i duševnih bolesti.

4. Nesavesno postupanje lekara tokom psihijatrijske dijagnostike podrazumeva loš postupak lekara sa profesionalnog, odnosno deontološkog aspekta. Šira definicija razrađuje situaciju kada iz nesavesnog postupanja lekara proisteknu štetni efekti po bolesnika *zbog nebrige ili neznanja*, bez namere da se nanese šteta bolesniku.

Nesavestan postupak lekara se dokazuje postojanjem sledeća 4 elementa:

a) *ogrešenje o načela lekarske dužnosti*;

b) *lekarski propust*;

c) *direktna šteta bolesniku* nastala zbog povrede lekarske dužnosti;

d) postojanjem utvrdive ili *vidljive povrede*, odnosno oštećenja bolesnika.

5. Najčešći razlozi pokretanja sudskog postupka zbog nesavesnog postupanja lekara su sledeći.

1. *Samoubistvo* psihijatrijskog bolesnika uvek ostavlja dilemu da li je posledica nesavesnog lekarskog postupka u psihijatriji, posebno dijagnostičkog.

2. *Primena neodgovarajuće, tzv. somatske terapije*, odnosno neodgovarajuće primene lekova ili recimo elektrokonvulzivne terapije u psihijatriji. Najčešće se ovde radi o stabilnoj diskineziji i frakturama kostiju.

3. *Pogrešna dijagnoza* je iako retko razlog za tužbu sudu, moguća u situacijama pogrešne lekarske procene opasnosti od strane duševno poremećenog.

4. *Seksualni odnos sa bolesnikom* je mogući razlog tužbe sudu u većini zemalja. Seksualni odnos lekara sa psihijatrijskim bolesnikom kvalifikuje se nemoralnim kao povreda poverenja i nesavesno lekarsko postupanje.

5. *Nedobijanje saglasnosti informisanog bolesnika za dijagnostiku i lečenje* može biti predmet tužbe sudu protiv lekara. Optužba se zasniva na nesavesnom postupku lekara u psihijatrijskoj praksi.

6. Etička i pravna pitanja i problemi u oblasti dečje i adolescentne psihijatrijske zaštite.

a) *Prisilna hospitalizacija maloletnika* smatra se opravdanom i izvodi se u psihijatriji kada to zatraže roditelji ili staratelj deteta. Međutim, u sudskim sporenjima uglavnom se pribegava sledećoj kvalifikaciji: "*roditelj i staratelj deteta treba da ima važnu ako ne i odlučujuću ulogu u prinudnoj psihijatrijskoj hospitalizaciji*".

b) *Saglasnost za psihijatrijsko lečenje maloletnika*. Pravilo informisane saglasnosti bolesnika za hospitalno lečenje je i za maloletnike identično kao i za odrasle duševno poremećene. Samostalnim maloletnikom smatra se onaj ko je oženjen ili finansijski nezavistan od drugih osoba. *Samostalni maloletnik* se smatra odraslom osobom u posebnim okolnostima koje se najčešće tiču različitih ugovora.

c) *Starateljstvo* je u oblasti psihijatrije etičko i pravno pitanje i neretko problem za lekare, a odnosi se na maloletnu decu iz razvedenih brakova. Sa psihijatrijskog aspekta najčešće se prihvata kriterijum opredeljenja za jednog od roditelja kao vaspitača i staratelja deteta prema načelu "***što je najbolje za dete***". Od psihijatra se u ovoj situaciji očekuje da pruži stručno mišljenje u interesu deteta, a nakon opservacije oba roditelja i deteta. Duševna bolest jednog ili oba roditelja je takođe problem u ovom segmentu psihijatrije.

ETIČKOPRAVNA POSEBNOST RELACIJE PACIJENT — LEKAR U PSIHIJATRIJI

Relacija lekar — pacijent u savremenoj naučnoj medicini ima po suštini karakteristike ugovornog odnosa zasnovanog na uzajamnim pravima i obavezama lekara, s jedne strane, i pacijenta, s druge. Ova relacija je pored profesionalne lekar — pacijent zasnovana na potpunom reciprocitetu. *Lekar u toj relaciji obavlja i javnu funkciju te je dužan da štiti ne samo interese pacijenta već i interese zajednice.* Neretko je ovakva dužnost lekara u sukobu s izvornim načelima lekarskog poziva, što za posledicu ima često veoma ozbiljne etičke dileme, a nekada i pravne posledice.

Posebnost, a time i povećana kompleksnost relacije lekar — pacijent u psihijatriji je svaka situacija narušenog psihičkog zdravlja zbog koje je pacijent nekompetentan da samostalno štiti lične interese i donosi odluku o svom lečenju jer bi to moglo ozbiljno ugroziti i njega samog i osobe iz njegovog okruženja. Lekar, posebno u radu sa bolesnicima oštećenog mentalnog zdravlja, mora uvažavati činjenicu da psihički obolela osoba ima svoje **poreklo, uzrasne karakteristike, ima porodicu, svoje posebne stavove, usvojene navike, ostvareni socijalni status, svoju profesiju, ostvarene ili neostvarene lične ambicije, postignute uspehe, doživljene životne padove, ima lična razočarenja, ali i neotuđivu nadu.** Dakle, za psihijatriju izrazitije nego za druge medicinske discipline važi **ne postoji bolest, već uvek i samo bolesna osoba.**

Relacija lekar — pacijent u psihijatriji možda značajnije nego u drugim medicinskim di-

sciplinama obavezuje lekara na posebnu obazrivost u okviru neminovne transferne situacije, odnosno transfera i kontratransfera.

Transfer predstavlja prenošenje nezrelih stavova i osećanja na lekara koje je bolesnik doživljavao najčešće u ranom detinjstvu prema roditeljima (majci ili ocu), ili drugim autoritetima.

Transferna situacija je celokupna atmosfera koja se stvara u kontaktu pacijenta sa lekareskom i po kvalitetu je emocionalna interakcija.

Kontratransfer je specifična reakcija lekara na ličnost pacijenta, generisana iz lekarskih podsvesnih emocija, te se bolesnik identifikuje kao ličnost iz intimnog života lekara.

Psihijatrijska dijagnostika zbog zasnovanosti na nezaobilaznoj relaciji lekar — pacijent i njemu bliske osobe nalaže posebno ponašanje lekara, a često implicira etičkim i pravnim problemima lakšeg ili težeg stepena. Savremene državne zajednice uređuju pravne obaveze stručnog rada lekara u oblasti dijagnostike, terapije i istraživanja u psihijatriji vezano za svakog pacijenta pojedinačno. Pravna uređenost se ostvaruje posebnim zakonima ili podzakonskim aktima usaglašenim sa stavovima Svetske zdravstvene organizacije (SZO), odnosno Međunarodnog odbora i udruženja psihijataru u okviru SZO.

DIJAGNOSTIČKI METODI U SAVREMENOJ PSIHIJATRIJI

" Istu bolest svako na svoj način boluje."
Ruska izreka

Psihijatrija kao naučna medicinska disciplina u dijagnostici koristi pored specifičnih metoda, kao što su *psihijatrijski intervju, brojne fizičke i biološke i sociološke dijagnostičke metode*.

Psihički poremećaji i bolesti su često nepoznate etiologije i patogeneze. Naravno da su i brojni etiološki uzroci narušavanja psihičkog života čoveka poznati. Stoga se psihijatrijska dijagnostika koristi skoro svim dijagnostičkim postupcima i dijagnostičkim dostignućima savremene medicine. Često su dijagnostički postupci u psihijatriji veoma složeni i oslonjeni na najsavršenija tehnička dijagnostička sredstva. Poznato je, recimo, da se 50% pacijenata svih danas dijagnostikovanih ekspanzivnih procesa u mozgu najpre obrati psihijatru zbog psihičkih poremećaja kao prvih izraženih simptoma bolesti.

Savremena psihijatrijska dijagnostika se temelji na primeni brojnih fizičkih, bioloških, psiholoških, socioloških metoda, postupaka i pregleda.

A) Dijagnostički postupci lekara — psihijatra su:

- 1. opservacija bolesnika;**
- 2. mimika bolesnika;**
- 3. dijagnostika svesne psihike;**

- 4. dijagnostika nesvesne psihike;**
- 5. psihijatrijski intervju;**
- 6. psihijatrijske skale procene psihičkog stanja bolesnika.**

B) Fizički dijagnostički pregledi i metode

Najčešći dijagnostički pregledi i metodi koji se koriste u psihijatriji danas su:

- 1. opšti telesni pregled;**
- 2. neurološki pregled;**
- 3. konsultativni specijalistički pregledi** podrazumevaju u dijagnostičkom planu u savremenoj psihijatriji najčešće neurooftalmološki pregled, pregled interniste, ginekologa, endokrinologa i moguće svih specijalista medicinskih grana prema potrebi;

Dijagnostički postupci u psihijatriji podrazumevaju često i sledeće fizičke preglede, odnosno dijagnostičke procedure.

- 4. neurofiziološke metode** kao što su:
 - *standardni EEG (elektroencefalografija) uz aktivaciju ili deprivaciju,*
 - *poligrafske EEG tehnike,*
 - *EEG u spavanju,*
 - *komputerizovani EEG,*
 - *evocirani potencijali (auditivni, vizuelni i somatosenzorni),*
 - *elektronistagmografija,*
 - *mireoencefalografija itd.;*

5. dijagnostika ultrazvukom;
6. radioizotopi u psihijatrijskoj dijagnostici

- scintigrafija mozga,
- scitilaciona gama kamera;

7. primena neuroimidžing metoda kao što su:

- rendgengrafija kranijuma,
- kompjuterizovana tomografija mozga,
- magnetna rezonancija,
- pozitronska emisiona tomografija mozga i
- SPECT;

C) Psihološka dijagnostika u psihijatriji podrazumeva:

1. psihometriju u psihijatrijskoj dijagnostici;

2. psihološke testove u identifikaciji i dijagnostici psihičkih poremećaja.

- testovi i testiranje inteligencije;

D) Socijalna dijagnostika u psihijatriji — **socijalna anketa**

E) Biološke dijagnostičke metode su:

1. laboratorijski pregled krvi, likvora i ekskreta;

2. hematološke analize;

3. biohemijske analize, tzv. rutinski screening u serumu i likvoru ili posebne;

4. biološki markeri mentalnih poremećaja;

- neuroendokrinološki testovi;
- genetički markeri;
- neurohemijski testovi;
- neurofiziološki, odnosno psihofiziološki testovi;

— psihofarmakološki testovi;

— neuroimunološki indikatori,

— citološki i imunološki pregled likvora;

5. neurocitološki pregled, tj. biopsija CNS-a ili drugih tkiva za potrebe psihijatrijske dijagnostike.

DIJAGNOSTIČKI POSTUPCI LEKARA — PSIHIJATRA

"Imati lošeg lekara gore je od same bolesti."
Portugalska izreka

Uloga psihijatra kao lekara specijaliste je najznačajnija u identifikaciji i dijagnostici mentalnih poremećaja. Psihijatar od samog susreta sa pacijentom i njegovim pratiocima započinje pregled sa ciljem da utvrdi (dijagnosti-

kuje) stanje mentalnog zdravlja tog bolesnika.

Studenti medicine (budući lekari) treba da usvoje na propedevtičkom nivou tehniku i veštinu psihijatrijskog pregleda u svrhu postavljanja dijagnoze.

OPSERVACIJA KAO DIJAGNOSTIČKI METOD U PSIHIJATRIJI

Opservacija je termin nastao od latinske reči **opservatio** — *posmatranje, ispitivanje, motrenje, opažanje*.

Lekarska opservacija pacijenta u psihijatriji je značajan metod u postavljanju dijagnoze ili utvrđivanju postojanja psihičkog poremećaja, odnosno mentalne bolesti. Opservacija bolesnika se koristi u savremenoj psihijatriji i kada pregledom nije moguće utvrditi psihijatrijsku bolest, te se bolesnik zadržava u psihijatrijskoj instituciji radi opservacije.

Psihijatrijska opservacija započinje od susreta sa bolesnikom. Lekar psihijatar zapaža *način kako pacijent kuca na vrata, kako ulazi u prostoriju, da li ga neko dovodi, kako se kreće i ponaša, kako osmatra okolinu, način kako pruža ruku, način i tonalitet njegovog govora*, što je sve zajedno ali i pojedinačno značajno za psihijatrijsku dijagnostiku, odnosno postavljanje dijagnoze. Naravno, *bilo bi*

idealno da se psihijatrijska opservacija pacijenta može obaviti u sredini u kojoj bolesnik živi, ali je u praksi to retko izvodljivo.

Pojava bolesnika, njegov izgled, odeća i držanje odražavaju njegovu mentalnu ukupnost. Sentenca "**odelo ne čini čoveka**" nema vrednost za psihijatriju, jer je odelo često refleksija psihičkog života. Nije sporno da i laici lako mogu opservacijom zaključiti da se u nekom slučaju radi o duševno poremećenoj osobi. Samom opservacijom bolesnika, odnosno zapažanjem u psihijatriji može se ponekad postaviti egzaktna dijagnoza. Zapažanje opservacijom postojanja obmana u sferi čula sluha je moguće naročito ako se bolesnik nagine, stavlja ruku iza uha da bolje čuje a niko mu ništa ne govori, ili u ušnom kanalu ima neobične predmete kao što je plutani čep ili vosak. Bolesnik tako pokušava da se zaštiti od neprijatnih auditivnih obmana.

VREDNOST MIMIKE BOLESNIKA U PSIHIJATRIJSKOJ DIJAGNOSTICI

Mimika je reč grčkog porekla (*mimios* — izražajni pokreti mimičke muskulature lica).

"Mimika predstavlja nemi govor psihe jer otkriva intrapsihička zbivanja bolesnika, posebno njegov emocionalni status."

Mimika je posledica kontrakcija i pokreta mimičke muskulature lica, ostvaruje se istovremenom integralnom saradnjom centralnog i perifernog nervnog sistema i mišića. Korteks velikog mozga reguliše voljnu mimiku. Ekstrapiramidni sistem omogućava automatsku i nevoljnu mimiku i mimičke pokrete koji prate emocije. Impresivnost i izražajnost mimike posledica su kontrakcija najdiferenciranijih mišićnih grupa oko otvora na kostima lica uz značajno i važno učešće očiju.

Fiziognomika ili **fiksirana forma lica** otkriva karakteristike ličnosti po spoljašnjem izgledu i izvan je psihičkog života individue. **Mimički pokreti** odražavaju stanje psihe individue i odnose se na nevoljne pokrete mišića lica.

Poznavanje mimike kao refleksije emocija individue, kao i znanje o poremećajima mimike, pomoć su lekaru u postavljanju dijagnoze u psihijatriji. **Lekar ne sme mozaički interpretirati mimiku jer puni dijagnostički smisao pravilno opservirane mimike ima vrednost samo uz patognomoničnu fenomenologiju za dati psihički poremećaj ili duševnu bolest.**

Neophodno je znati da se neka mimička izražavanja karakteristična za mentalne poremećaje mogu opservirati i kod zdravih osoba. Karakterističan mimički izraz slaboumnih može se zapaziti i kod inteligentnih osoba i obr-

nuto, inteligentni mimički izraz kod oligofrene osobe.

Mimika primarno razumljivim pokretima mišića lica odražava emocionalno doživljavanje, a indirektno preokupaciju individue.

— **Podizanje obrva** označava čuđenje i iznenađenje.

— **Namršteno čelo** označava usredsređenost pažnje, napetost, namerno intenzivno razmišljanje, ili patnju i neraspoloženje.

— **Čvrsto stisnuta usta** znače inat ili otpor prema verbalnoj komunikaciji.

— **Otvorena usta** odražavaju iznenađenje, bezvoljnost ili strah.

— **Midrijaza i široko otvorene oči** su znak iznenađenja i intenzivnog straha.

Mimika je i sredstvo kojim individua namerno želi i može sebe da predstavi pred drugima.

Dugotrajno ponavljanje određenih mimičkih pokreta mišića lica ostavlja trajne tragove na licu — **"kruta i fiksirana mimika"**. Češće je karakteristična za određene duševne bolesti.

— **Depresivni bolesnici** su hipomimični (imaju usporenu mimiku). Često im je čelo naborano u vidu grčkog slova *omega*, imaju spušten pogled i udvostručen nabor na gornjim kapcima (**Veragouthov nabor**) i pojačane, duboke, horizontalne i vertikalne bore na čelu.

— **Delirantni bolesnici** imaju uplašen i unezveren pogled kao posledicu zastrašujućih halucinacija koje vide.

— **Egzaltirani bolesnici** imaju očne bulbose sjajne, jako irigirane i egzorbiterirane.

— **Manični bolesnici** imaju sjajne oči, veselog, retko oštrog i ljutitog pogleda.

— **Dementni bolesnici** imaju bezizražajan, inertan, prazan pogled.

— **Paranoični bolesnici** fiksiranim pogledom prate sagovornike bez mimičkog ispoljavanja.

— **Ehomimija** shizofrenih bolesnika je fenomen imitacije mimike sagovornika. Eho-

mimija je brza i identična kao da je u pitanju refleksni fenomen.

— **Mimika simulanata i psihopata** je prepoznatljivo puna bolnog grimasiranja i različitih patetičnih izražavanja i ne pričinjava teškoću lekaru za prepoznavanje.

DIJAGNOSTIKA SVESNE PSIHIKE

Svesna psihika predstavlja mentalnu ukupnost jedne osobe u granicama prihvatljivog ili poželjno normalnog, ali i osoba u stanju poremećenog psihičkog funkcionisanja.

Dijagnostika svesne psihike u psihijatriji za određenu osobu ostvaruje se kroz anamnezu (autoanamnezu i heteroanamnezu), uzimanje podataka o bolesti (*anamnesis morbi*), uzimanjem podataka od bolesnika u smislu porodične anamneze, kroz objektivni pregled psi-

hijatrijskog bolesnika i vođenje psihijatrijskog intervjua.

Istorija bolesti u psihijatriji je po svojoj suštini dijagnostika bolesnikove svesne psihike. Svesni sadržaji bolesnikovog psihičkog života dijagnostikuju se u psihijatriji na osnovu pacijentovih odgovora na pitanja egzaminatora i opservacijom njegovog ponašanja tokom psihijatrijskog intervjua i uzimanja anamnestičkih podataka.

DIJAGNOSTIKA NESVESNE PSIHIKE

Nesvesna psihika podrazumeva intrapsihičke sadržaje svake individue direktno nedostupne svesti.

Psihoanaliza je oruđe dijagnostike nesvesnih sadržaja u mentalnoj ukupnosti bolesnika.

Poseban, ako ne i izuzetan značaj, za nesvesno u mentalnoj ukupnosti individue, ima pojam **libido energije**, odnosno **seksualni nagon**. Dakle, za psihoanalizu je utvrđivanje razvoja seksualnog nagona i seksualno nagonskih pulzija i težnji, kao i objekta seksualnog vezivanja individue, od primarne važnosti. *Libido se smatra energetskim generatorom psihičkog života čoveka.*

Id (ono), prema psihodinamskom razumevanju strukture psihičkog života čoveka, pre-

dstavlja sedište nagonskog, sedište potisnutih želja i nagonskih pulzija, tj. predstavlja *nesvesnu psihiku*.

Sadržaj nesvesnog je u savremenoj psihijatriji moguće otkriti i razumeti samo indirektno. Lekar — psihijatar u dijagnostici nesvesnog služi se psihoanalitičkim metodima: *asocijacijama, tumačenjem bolesnikovih snova i fantazija, uočavanjem omaški — "parapraksija", tumačenjem stava, odnosno položaja tela, dikcije govora bolesnika, tumačenjem karakterističnog, a neobičnog ponašanja* itd. Bolesnikove nesvesne sadržaje psihičkog otkrivaju i način uzimanja hrane, rukopis, smeh i dr.

PSIHIJATRIJSKI INTERVJU KAO DIJAGNOSTIČKI METOD U PSIHIJATRIJI

Forma i sadržaj klasičnog psihijatrijskog intervjua dati su u poglavlju *Istorija bolesti* ovog udžbenika.

Intervju podrazumeva razgovor usmeren na dobijanje određenih informacija, pružanje pomoći ili davanje saveta.

Psihijatrijski intervju je specifičan intervju koji lekar — psihijatar vodi sa bolesnikom da bi identifikovao i/ili dijagnostikovao psihičke poremećaje. U stručnoj literaturi se koristi naziv *klasičan psihijatrijski intervju*.

Klasičan psihijatrijski intervju podrazumeva **klasičan psihijatrijski pregled** u širem smislu. Klasičan psihijatrijski intervju koristi se i za procenu validnosti drugih metoda koji se koriste u psihijatrijskoj dijagnostici za procenu psihičkog stanja pacijenta kao što su:

- 1) **psihološki testovi;**
- 2) **skale za procenjivanje;**
- 3) **upitnici za samoprocenu.**

Danas ne postoji test za procenu validnosti psihijatrijskog intervjua. Primenjuje se u ove svrhe testiranje reabilnosti, odnosno pouzdanosti psihijatrijskog intervjua. Radi se procenjivanje pomoću psihijatrijskog intervjua jednog psihijatra i zaključaka po njemu drugog psihijatra o istom bolesniku. Ovakva procena psihijatrijskog intervjua ima nedostatke pre svega zbog nejednake edukacije psihijatara i zbog tendencije psihijatra da uvažava jedan od aktuelnih psihijatrijskih pravaca. Dakle, ovog momenta u psihijatriji ne postoji metod za procenu validnosti psihijatrijskog intervjua.

Posebna vrednost psihijatrijskog intervjua kao dijagnostičkog metoda u psihijatriji je diskriminacija, odnosno razdvajanje psihički normalnog, odnosno zdravog od mentalno poremećenog ili psihički bolesnog. Psihijatrijski intervju nije egzaktno dijagnostički metod u psihijatriji. Egzaktno postavljanje psihijatrijske dijagnoze, ali i identifikacija postojanja psihičkog poremećaja, odnosno identifikacija mentalne normalnosti je kompleksan problem današnje psihijatrije i njene kliničke primene.

Greške identifikacije psihičkog poremećaja i postavljanja dijagnoze primenom klasičnog psihijatrijskog intervjua, prema istraživanjima, najčešće nastaju:

1. *zbog promenljivog ponašanja samog pacijenta u 5% slučajeva;*
2. *zbog subjektivnosti, nedovoljnog znanja i nedovoljne veštine lekara — psihijatra u preko 30% slučajeva;*
3. *zbog neadekvatne primene uputstava, stavova i rešenja u okviru važećeg dijagnostičkog sistema u skoro 65% svih grešaka dijagnostičkih i identifikacionih primenom psihijatrijskog intervjua.*

Pouzdanost klasičnog psihijatrijskog intervjua, odnosno klasičnog psihijatrijskog pregleda u identifikaciji i dijagnostici psihičkih poremećaja može se povećati na sledeći način:

- *poboljšanjem psihijatrijske nomenklature i klasifikacije psihičkih poremećaja;*
- *primenom precizne i nedvosmislene operacionalne definicije pojedinih simptoma u okviru psihopatologije;*

— *standardizacijom psihijatrijskog intervjua. Zato treba: standardizovati tehniku psihijatrijskog intervjua, opservaciju pacijentovog ponašanja i doslovno beležiti njegove verbalne iskaze, donositi zaključke i dijagnoze, odnosno postaviti privremenu dijagnozu psihičkog poremećaja.*

Identifikaciju psihijatrijskih slučajeva (ne dijagnostiku) u današnjoj kliničkoj psihijatrijskoj praksi, a posebno u psihijatrijskim istraživanjima, mogu vršiti i lekari opšte prakse, socijalni radnici, studenti medicine, psiholozi,

čak i obučeni laici pomoću opšteg ili strukturisanog ciljanog tekstualno pripremljenog psihijatrijskog intervjua. Ovakav psihijatrijski intervju konstruisan za identifikaciju psihičkog poremećaja neophodno i uvek procenjuje psihijatar, odnosno grupa psihijatara i po njemu zaključuje.

Konačno, klasičan psihijatrijski intervjui, odnosno klasičan psihijatrijski pregled je specifičan dijagnostički metod i od izuzetne je vrednosti u savremenoj psihijatriji i savremenoj psihijatrijskoj dijagnostici.

PSIHIJATRIJSKE SKALE PROCENE PSIHIČKOG STANJA BOLESNIKA

Skale, odnosno psihijatrijske skale, tj. *skale za procenjivanje u psihijatriji* nastale su iz standardizovanog semistrukturisanog psihijatrijskog intervjua za potrebe psihijatrijskih istraživanja, ali i za potrebe kliničke psihijatrijske prakse.

Psihijatrijske skale procene omogućuju kvantitativni prikaz psihičkog stanja bolesnika.

Skale za procenu psihičkog stanja ili *rejting skale* su pravi psihološko-psihijatrijski merni instrumenti i omogućuju uspešnu objektivniju standardizovanu procenu psihopatološke fenomenologije u istraživačkoj, ali i kliničkoj psihijatrijskoj praksi. Psihijatrijskim skalama može se procenjivati svaka mentalna osobina bolesnika koju je moguće eksplicitno definisati. Znači, to mogu biti: *crte ličnosti, snaga Ega i njegova uravnoteženost, Ego funkcija i mehanizmi odbrane, ponašanje i socijalna adaptabilnost i svi manifestni simptomi psihičkog poremećaja, odnosno psihopatološke fenomenologije*.

Praktično sam pojam psihijatrijskih skala za procenjivanje ima višestruko značenje.

1. U najširem smislu podrazumeva posebnu proceduru i instrumente pribavljanja pojedinačnih ili istovremeno više kvantitativnih pokazatelja.

2. U užem smislu podrazumeva matematički izračunat ukupni skor na osnovu dobijenih rezultata dve procene ili više procena.

3. U najužem smislu podrazumeva pojedinačnu procenu određene dimenzije iskazane u formi *ajtema* — stavke.

Teškoće procenjivanja psihičkog bolesnika primenom psihijatrijskih skala za procenu potiču od nepouzdanog eksplicitnog definisanja pojmova koji su predmet ispitivanja. *To je slučaj s ispitivanjem crta ličnosti, posebno ako se sledi psihoanalitički koncept crta i dimenzija ličnosti*.

Psihijatrijske skale za procenu psihičkog stanja uvek konstruiše tim stručnjaka u kojem su psiholog, odnosno psihometričar i psihijatar obavezni, a svaka skala je podređena osnovnom cilju istraživanja. Skale procenjuju psihopatološke fenomene, te ih kod konstruisanja treba precizno definisati bez dvosmislenosti.

Psihijatrijske skale procene treba da su sveobuhvatne i da pokrivaju sva tri glavna područja ljudskog funkcionisanja, i to:

— *poremećaje ponašanja i psihopatološke fenomene* kao direktnu manifestaciju mentalnog poremećaja;

— *socijalnu prilagodljivost* bolesnika;

— *profesionalnu uspešnost* ispitivanog.

Ovakve skale omogućavaju procenu poremećaja i nesposobnosti u pojedinim područjima ljudskog funkcionisanja, ali i opštu procenu ispitivanog. Naravno, prava vrednost psihijatrijskih skala za procenu psihičkog poremećaja leži u identifikaciji mentalne bolesti i postavljanju dijagnoze identifikovanog psihičkog poremećaja.

FIZIČKI DIJAGNOSTIČKI PREGLEDI I METODE

Fizički dijagnostički pregledi i metode u psihijatriji podrazumevaju opšti lekarski pregled, internistički i neurološki pregled bolesnika. Pregled vrši psihijatar nakon obavljenog psihijatrijskog intervjua. Ukoliko se pri fizikalnom lekarskom pregledu (auskultaciji srca, pluća, arterija vrata, palpaciji trbuha i neurološkom pregledu) utvrdi oštećenje ili patološki

nalaz, traži se konsultativni pregled određenog lekara specijaliste.

Psihijatrijski bolesnik se podvrgava i brojnim savremenim fizikalnim dijagnostičkim metodama pregleda. Neke od njih će na propedevtičkom nivou biti opisane u ovom poglavlju.

OPŠTI LEKARSKI PREGLED

Opšti telesni pregled podrazumeva opšti lekarski pregled. Dakle, fizikalni pregled pacijenta, inspekciju, palpaciju, perkursiju, sususiju, rečju sistematski lekarski pregled pacijenta. Utvrđivanje nekog organskog obolje-

nja ili defekta podrazumeva određeni konsultativni specijalistički pregled, na primer, internistički, urološki, endokrinološki, ginekološki, neurohirurški, neurološki, hirurški, gastroenterološki, pulmološki itd.

NEUROLOŠKI PREGLED

Neurološki pregled treba shvatiti kao dijagnostički metod u savremenoj psihijatrijskoj dijagnostici. Psihijatar treba da ovlada minimumom tehnike neurološkog pregleda za klinički praktični rad, ali i za istraživački rad u psihijatriji.

Neurološki pregled u psihijatrijskoj dijagnostici podrazumeva:

1. inspekcijski pregled glave (inspekcija lobanje i lica), vrata, kičmenog stuba trupa,

ramenog pojasa, karličnog pojasa i ekstremiteta. Treba uočiti oštećenja čiji uzrok može biti lezija periferne inervacije ili centralne, piramidne, motorne, ekstrapiramidne, cerebelarne i senzitivne inervacije;

2. neurološkim pregledom se utvrđuju i oštećenja inervacije kranijalnih nerava od prvog do dvanaestog kranijalnog nerva;

3. utvrđivanje motorne lezije odnosno pareze ili plegije, tj. lezije piramidnog puta;

4. utvrđivanje oštećenja perifernih nerava, odnosno perifernog motornog neurona;

5. utvrđivanje ekstrapiramidnih znakova odnosno oštećenja ili oštećenja bazalnih ganglija;

6. utvrđivanje cerebelarnih znakova i

7. utvrđivanje meningealnih znakova.

Neurološki pregled je metod i u psihijatri-

jskoj dijagnostici jer utvrđivanje lezije CNS ili lezije perifernih nerava, kao i vegetativnih simptoma upućuje na etiologiju ili etiopatogenezu psihičkih poremećaja. Takođe određuje psihijatra da u slučaju neurološkog deficita preduzme posebne dijagnostičke procedure kao što su snimanje endokranijuma magnetnom rezonancom i sl.

NEUROFIZIOLOŠKI DIJAGNOSTIČKI METODI U PSIHIJATRIJI

Klinička neurofiziologija je važno područje funkcionalne dijagnostike.

Neurofiziološkim metodama se utvrđuje električno funkcionisanje moždanih struktura.

Brojni metodi kliničke neurofiziologije se koriste u psihijatrijskoj dijagnostici i identifikaciji psihičkih poremećaja uopšte.

Razvijene savremene psihofiziološke tehnike dijagnostikuju *vegetativne, kognitivne i perceptivne* poremećaje u situaciji emotivnog disbalansa i poremećenog mentalnog skladnog funkcionisanja individue. Ove metode su posebno vredni postupci u identifikaciji i dijagnostici psihičkih poremećaja i bolesti.

Elektroencefalografija (EEG)

Klinička elektroencefalografija (EEG) predstavlja potpuno neinvazivan dijagnostički metod kao i svi neurofiziološki dijagnostički metodi.

EEG registruje bioelektrične potencijale mozga sa skalpa ispitanika.

EEG odslikava karakterističnu električnu funkcionalnost neurona ljudskog mozga, ali i poremećaje svesti kao i posebne specifične neurobioelektrične pojave, kao što su električna pražnjenja ili spori — delta fokusi iznad lokusa cerebralnog trpljenja.

Dijagnostička primena kliničke elektroencefalografije u psihijatriji je značajna za sve psihičke poremećaje izazvane *intoksikacijama, za epileptične psihoze, organski uslovljene mentalne poremećaje, za utvrđivanje poremećaja svesti, ali i za praćenje terapijskih efekata aplikovanih medikamenata, odnosno neuroleptika.*

Poligrafske neurofiziološke tehnike

Poligrafske tehnike predstavljaju sinhrono praćenje većeg broja psihofizioloških parametara, kao što su EEG, EMG (*elektromiografija*), EKG (*elektrokardiografija*), *psihogalvanski refleks, respiracija* itd. Često se koriste u psihijatrijskoj dijagnostici, ali i u psihijatrijskom i psihofiziološkom istraživačkom radu.

Poligrafsko registrovanje spavanja

Poligrafsko registrovanje spavanja predstavlja po međunarodno prihvaćenim kriterijumima istovremeno registrovanje EEG, EMG, EOG (*elektrooftalmografija*) u spavanju. Ovom tehnikom dobija se elektrofiziološki profil spavanja, odnosno **hipnogram** sa vernim odražavanjem stadijuma spavanja — NEREM faza 1, 2, 3 i 4 i REM faze tokom noćnog spavanja, tj. tokom svih ciklusa spavanja u kontinuitetu.

Ovaj metod je značajan u psihijatrijskoj dijagnostici ne samo poremećaja spavanja već i u diferenciranju endogenih od reaktivnih duševnih poremećaja.

Kompjuterizovana analiza

Kompjuterizovana analiza je dijagnostički važan metod u savremenoj psihijatriji. Kompjuterski se analiziraju:

- *bioelektrični signali*, odnosno *spektralna analiza* EEG-a, sumirana komparacija evociranih potencijala itd.;

- kompjuterska analiza *statističkih kliničkih podataka i rezultata istraživanja*;

- *kompjuterska banka podataka* za medicinsku dokumentaciju;

- *kompjuterska banka podataka* iz područja psihijatrije i njoj graničnih disciplina i

- *kompjuterska banka podataka stručnih i naučnih publikacija*.

Kompjuterska obrada rezultata dobijenih primenom neurofizioloških metoda omogućuje brzu i preciznu obradu rezultata i procenu njihove statističke značajnosti, što je posebna vrednost u savremenom psihijatrijskom dijagnostičkom postupku.

Farmakoelektroencefalografija

Farmakoelektroencefalografija (FEEG) je poligrafski neurofiziološki metod za praćenje efekata i propratnih pojava tokom primene psihofarmaka. Farmakoelektroencefalografski primenom kompjuterizovane analize EEG-a može se utvrditi profil lekova primenjenih u psihijatrijskoj terapiji, kao što su *trankilansi, neuroleptici, timoleptici, antiholinergici, halucinogeni* itd.

Evocirani potencijali

Evocirani potencijali u eksperimentalnoj psihijatriji, ali i u kliničkoj psihijatriji, omogućuju objektivnu procenu senzoričkih funkcija i kognitivnih procesa u okviru ukupnog psihičkog individue. Koriste se u diferencijalnoj dijagnozi akutnih, od hroničnih bolesti, recimo u krugu shizofrenih psihoza. Evocirani potencijali se takođe i u diferencijalnoj dijagnozi afektivnih duševnih poremećaja, od shizofrenih i u dijagnostici organskih moždanih psihosindroma.

Dijagnostički u psihijatriji se koriste AEP — *auditivni* evocirani potencijali, SEP — *somatosenzorni* evocirani potencijali, VEP — *vizuelni* evocirani potencijali, CNV — *kontigent negativnih varijacija*, *kognitivni evocirani potencijali* i drugi.

Mireoencefalografija

Mireoencefalografija predstavlja dijagnostički registrovanje *pulsnih oscilacija*, odnosno *promena otpora na zidovima arterija karotidnog i VB sliva*, što je posredan uvid u *cerebral blod flow*, ali i u tonus i elastičnost

zidova cerebralnih arterija, naravno i posredan je uvid u ukupnu cerebrovaskularnu dinamiku. Ovaj neurofiziološki dijagnostički metod danas je skoro potpuno supstituisan kvalitetnijim ultrazvučnim dopler-dijagnostičkim metodima.

Značaj nabrojanih neurofizioloških metoda za savremenu psihijatrijsku dijagnostiku je ne samo u njihovoj validnosti nego primarno u neinvazivnosti primene svake od njih.

ULTRAZVUČNI DIJAGNOSTIČKI METODI U PSIHIJATRIJSKOJ DIJAGNOSTICI

Ultrazvuk je oblik energije koji nastaje mehaničkim vibracijama učestalosti između 20 i 1.000 kHz.

Aparati za ultrazvučnu dijagnostiku u medicini su konstruisani tako da se vibracije u ultrazvučnoj sondi izazivaju električnim aktiviranjem kristala sonde, što stvara ultrazvuk. Skandinavski lekar *L. Leksell* je 1953. godine uveo ultrazvuk u neuropsihijatrijsku dijagnostiku.

Savremena psihijatrijska dijagnostika se oslanja na sledeće dijagnostičke ultrazvučne metode.

Ultrazvučno snimanje pomeranja struktura u endokranijumu

Prvi je ultrazvučni dijagnostički metod u psihijatrijskoj dijagnostici. Pomoću snopa pulsog ultrazvuka kroz intaktnu lobanju određuje se središnji položaj ili odstupanje moždanih masa (hemisfera, komora, falksa). Koriste se najšire u novorođenačkoj dobi usmeravanjem ultrazvuka kroz nezaraslu parijetalnu fontanelu.

Ehoencefalografija

Ehoencefalografija ili dopler-ultrasonografija zasniva se na dopler-efektu, odnosno pojavi da se frekvencija talasa zvuka ili svetlosti ili bilo kojeg drugog vida energije pretvorene vibracijama u talase menja kretanjem izvora ili prijemnika talasa.

Približavanjem frekvencija raste, udaljavanjem opada.

Dopplerov-efekat u medicini se koristi za snimanje kretanja krvi u krvnim sudovima, odnosno eritrocita (uobličenih krvnih elemenata), za snimanje ploda u materici, ili pokreta srčanih otvora (zalistaka) ili pulziranja arterija.

Dopplerov-efekat se snima slikama uživo ili metodom dobijanja niza tačaka na ekranu kao odjek od površine zida arterije. Veličina tačke zavisi od intenziteta odjeka. Pomeranjem sonde i snimljenih tačaka dobija se slika uživo, odnosno snima se organ u pokretu.

Dupleks doppler

Metod *Duplex doppler* je istovremeno korišćenje dvodimenzionalne kompjutersko aparne slike krvnog suda uživo i određivanje protoka krvi u njemu.

Transkranijalni doppler

Transkranijalni doppler (TDC) je kao encefalski dijagnostički metod uveden 1982. godine i predstavlja ultrazvukom disponirane velike krvne sudove mozga, recimo Willisovog šestougla vertebralnih i baznih arterija u lobanji.

Transkranijalni doppler se ostvaruje stavljanjem sonde preko kostiju male gustine, **koštani prozori**, kao što je *squamae ossis temporalis* i veliki subokcipitalni otvor (*foramen subokcipitale magnum*), ređe i teže preko očne orbite.

Primena navedenih ultrazvučnih dijagnostičkih metoda u psihijatriji, odnosno dijagnostici mentalnih poremećaja, ima posebnu validnost u stanjima psihičkih poremećaja iz grupe moždanih organskih psihosindroma (MOPS).

RADIOIZOTOPI U PSIHIJATRIJSKOJ DIJAGNOSTICI

Primena radioizotopa u psihijatrijskoj dijagnostici zasniva se na osobini tumorskog tkiva mozga i leđiranog moždanog tkiva, recimo infarktom ili traumom, da zadržavaju radioizotopske supstance, za razliku od normalnog moždanog tkiva.

Dijagnostička primena radioizotopa nije štetna po pacijenta. Najčešće se za potrebe neurološke, neurohirurške, kao i psihijatrijske dijagnostike koristi **tehnicijum 97 i 99**.

Dijagnostički radioizotopski metodi u psihijatrijskoj dijagnostičkoj upotrebi su **scintigrafija** i **scintilaciona gama kamera**.

snu stranu. Kompjuterski aparat istovremeno na ekranu ocrta radioaktivnu zonu koja predstavlja, recimo, konture tumora ili infarkta u mozgu.

Scintilaciona gama kamera

Upotreba scintilacione gama kamere je znatno brži metod snimanja. Aparat je snabdeven fotografskom kamerom koja odjednom snima u celom polju mozga impulse dobijene od scintilacionog brojača. Gama kamera registruje dinamičke promene tokom samog snimanja.

Scintigrafija

Scintigrafija mozga izvodi se prethodnim davanjem tehnicijuma 97 ili 99 *per os* ili *intravenski*, a snimanje se vrši u periodu od 3 do 24 časa nakon davanja.

Tehnika scintigrafije se ostvaruje kretanjem kristala scintilacionog brojača iznad glave bolesnika, smerom od frontalnog ka okcipitalnom polu glave, ili temporalno sa leve na de-

Savremeni aparati mogu automatski dati nekoliko snimaka prolaza radioaktivnog izotopa tehnicijuma 97 ili 99 u arterijskoj, venoskoj ili kapilarnoj fazi protoka krvi u mozgu.

Scintigrafija i scintilaciona gama kamera su dijagnostički metodi za utvrđivanje i dijagnostiku psihijatrijskih poremećaja pre svega iz grupe moždanih organskih psihosindroma (MOPS).

IMIDŽING METODI U PSIHIJATRIJSKOJ DIJAGNOSTICI

Imidžing metodi predstavljaju *slikovne dijagnostičke metode u medicini* i značajni su u savremenoj psihijatrijskoj dijagnostici.

Danas se u medicini koristi veliki broj imidžing dijagnostičkih metoda, a za psihijatriju su najvažnije sledeće.

Radiografija

Radiografski snimak prikazuje fotografijom rendgen-zrake koji su delimično apsorbirani prolaskom kroz tkiva.

Različite tkivne absorpcije rendgen-zraka su četiri diferentne gustine — *vazduh, voda, masno tkivo i kost*. Za psihijatrijsku dijagnostiku radiografski snimak lobanje ili kičmenog stuba može imati vrednost u smislu utvrđivanja naglašenih kalcifikata, digitalnih impresija girusa na krovu lobanje, dokalcifikacije moždanih struktura, recimo, falksa ili kalcifikacija u regiji hipofize, epifize itd.

Istorijsku vrednost već danas imaju radiografski dijagnostički metodi kao što su *pneumoencefalografija (PEG), ventrikulografija, cerebralna angiografija, digitalna supstrakciona angiografija i mielografija*.

Svi navedeni slikovni, odnosno imidžing radiološki metodi za savremenu psihijatrijsku dijagnostiku imaju istorijsku vrednost jer su zamenjeni efektivnijim i kvalitetnijim novim metodima, kao što je magnetna rezonanca mozga i moždanog tkiva, pozitronska emisiona tomografija mozga (PET) i SPEKT.

Kompjuterizovana tomografija

Skener ili kompjuterizovana tomografija (CT) mozga u primeni je od 1972. godine kao radiografska tehnika. Zasnovan je na radovima Oldendorfa iz 1962. godine, na merenju absorpcije rendgen-zraka pri poprečnom prolasku kroz telo. *Kompjuter različite vrednosti absorpcije rendgen-zraka meri i daje kao digitalne, odnosno brojčane podatke*. Ti podaci se kompjuterski mogu pretvoriti u sliku sačinjenu od skale sa 1.000 podeljaka — gustina, tj. intenziteta.

Skener je konstruisan tako da se rendgen-cev može kretati rotaciono po jedan stepen, znači 180 sekvenci za snimanje glave i translaciono za snimanje tela (body scanner). Tehnički skeniranje glave se realizuje na sledeći način — rotaciono rendgen-cev napravi 180 rendgenskih eksponaža, a za svaki taj pokret od 1 stepena kompjuter izvrši 240 merenja, što je 43.200 podataka u kompjuteru. Kompjuter preračunava te podatke za 25.600 tačaka poprečnog preseka snimljenog dela. Veličina svake snimljene tačke je 1,5 x 1,6 mm, a debljina snimljenog sloja mozga ukošenog preseka je 8 do 12 mm.

Moždano tkivo menja gustinu u patološkom procesu i na slici dobijenoj skenerom predstavljeno je kao zona povećanog ili sniženog denziteta (gustine) od normalnog tkiva. Dijagnostička osetljivost kompjuterizovane tomografije povećava se intravenskom aplikacijom jednog kontrasta. Jodni kontrast apsorbuje veću količinu X - zraka, odnosno rend-

gen-zraka i tako čini vidljivijom, na primer, tumorsku kolekciju u mozgu.

Skener ili kompjuterizovana rendgen-tomografija je prvi veliki revolucionaran dijagnostički imidžing metod u verifikaciji patološke lezije ne samo mozga već svih drugih tkiva i organa, kao i mišićno-koštanog sistema.

Magnetna nuklearna rezonanca (MNR, NR ili MR)

Magnetna nuklearna rezonanca je savršeniji i osetljiviji skener od kompjuterizovane rendgen-tomografije i potpuno neštetan dijagnostički metod jer nije zasnovana na primeni rendgen-zračenja snimanog tkiva ili dela tela. MNR je savršeno poželjan imidžing dijagnostički metod. Tehnički je zasnovan na identifikaciji gustine vodonikovih jona u tkivu.

Aparat magnetne nuklearne rezonance je zapravo magnet velike jačine koji dejstvom na jedra vodonika u tkivu snimanog organa stvara elektromagnetni signal i kompjuterski ga reprodukuje u sliku. Tehnika magnetne rezonance zasniva se na činjenici da atom vodonika ima jedan proton u jezgru sa pozitivnim nabojem i iskorišćen je kao magnetni dipol, odnosno kao mali magnet.

Imidžing, tj. (slikovno) realizovanje zavisi direktno od količine, tj. koncentracije vodonikovih atoma u snimanom tkivu. Dakle, koštano tkivo snimljeno magnetnom nuklearnom rezonancom se najlošije prikazuje.

MNR daje detaljniji slikovni prikaz mozga nego CT, sa više podataka o osobinama tkiva mozga. Prednost je i u tome što se slikom prikazuje posebno koronarni sagitalni i kosi, odnosno horizontalni presek, a uz to nema zračenja, ne koristi se ni jod, ni izotopski

kontrast. MNR aparat može se koristiti i za prikaz krvnih sudova, odnosno kao *angiograf* (MNA — *magnetna nuklearna angiografija*). Magnetna nuklearna angiografija omogućava snimanje arterijske i venske cirkulacije bez korišćenja kontrastnih sredstava i bez upotrebe rendgen-zraka i lagodno je snimanje u sve tri ravni, a bez pomeranja glave bolesnika.

Pozitronska emisiona tomografija (PET)

Pozitronska emisiona tomografija (PET — *Positron Emission Tomography*) predstavlja imidžing tehniku kompjuterskog slikanja, a koristi rastvorljiva hemijska jedinjenja za dobijanje kvantitativnih podataka o **regionalnom krvotoku mozga, regionalnom metabolizmu mozga i regionalnoj zapremini krvi u mozgu.**

Tehnički PET se realizuje upotrebom izotopa koji emituju pozitrone kratkog veka dobijene pomoću akceleratora visoke energije — **ciklotrona.**

Tomografija u PET dijagnostičkom metodu zasnovana je na osobini anihilacije zračenja koja nastaje kada se apsorbuju pozitroni. Imidžing, odnosno rekonstrukcija slike iz podataka dobija se kompjuterskim izračunavanjem iz radioaktivnih podataka i ostvaruje preciznu predstavu rasprostranjenosti u prostoru, odnosno tkivu radionukleotida u svakoj ravni sloja preseka kroz tkivo.

SPECT

SPECT — *Single Photon Emission Computed Tomography* je nov imidžing dijagnostički metod, zasnovan na aparatnoj mogućnosti dinamičkog merenja cerebralnog krvotoka.

SPECT se tehnički ostvaruje korišćenjem inhaliranog Xenona 133 ili N-isopropyl P-iodo-amphetamin iodine 123 (IMP).

SPECT je imidžing dijagnostički metod ECT (emisione kompjuterske tomografije) **pojedinačnim fotonima**, za razliku od emisione kompjuterske tomografije dvostrukim fotonima nastalim pri raspadu atoma pozitronskih emitera. Ovo je prednost i razlog za korišćenje tomografske scintigrafije pomoću ovakvih aparatnih emitera u medicinskoj dijagnostici u okviru nuklearne medicine.

Primenom Angerove kamere u SPECT slikanju tkiva moguća je detekcija aplikovanih psihofarmaka u tkivu mozga, odnosno merenje njihove koncentracije u moždanoj cirkulaciji.

Savremena psihijatrija za potrebe svoje kompleksne i specifične dijagnostike koristi opisane imidžing metode. Naravno da oni u psihijatrijskoj dijagnostici imaju izuzetnu vrednost, na nivou anatomopatološke verifikaci-

je moždanih lezija u situacijama fenomenološki u klinici izraženih moždanih organskih psihosindroma i organskih moždanih psihoporemećaja.

Imidžing (imaging) tehnike snimanja mozga CT, MNR, PET i SPECT obavljaju se skupim aparatnim opremama. Naša zemlja zbog ekonomske situacije pre svega za sada nema aparatnu opremu za PET imidžing tehniku.

Psihijatrija za dijagnostiku i identifikaciju psihičkih poremećaja danas koristi sve ili većinu savremenih dijagnostičkih metoda u humanoj medicini. Propedevtičko informisanje studenata medicine o tome više je nego potrebno. Studenti medicine a budući lekari treba da trajno usvoje da je psihijatrija istinski i dokazivo ravnopravna sa drugim kliničkim disciplinama savremene naučne medicine i ne samo u okviru svoje dijagnostike.

PSIHOLOŠKI DIJAGNOSTIČKI METODI

Psihologija kao filozofska disciplina uključena je intenzivno u razvoj psihijatrije posebno tokom XX veka. Razvojni zamah psihijatrije uslovio je diferenciranje *kliničke psihologije* u okviru opšte psihologije, kao posebne discipline. Klinička psihologija je prerasla u posebnu specijalističku oblast, prevashodno ukomponovana u psihijatrijsku dijagnostiku i ide-

ntifikaciju psihičkih poremećaja.

Naravno da klinička psihologija ima i značajnu ulogu u savremenom lečenju psihijatrijskih bolesnika.

Psihijatrija našeg vremena u dijagnostici i identifikaciji mentalnih poremećaja i bolesti koristi brojne *psihološke testove* i *psihometriju*.

PSIHOMETRIJA U PSIHIJATRIJSKOJ DIJAGNOSTICI

Psihometrija je termin nastao od dve grčke reči; *psychè* i *metria* (označava *želju ili pokušaj da se psihičko predstavi matematički*).

Psihopatološki fenomeni u situaciji identifikovanog psihički poremećenog nisu po svojoj suštini podobni za iskazivanje u kvantitativnom smislu.

Psihologija kao posebna disciplina u opusu filozofskih disciplina ima značaj i ulogu u okviru psihijatrijske dijagnostike psihopatološkog uopšte. Psihometrija u tom smislu podrazumeva psihodijagnostiku kao granu kliničke psihologije koja je po suštini operativna jer spaja klinički metod i testološku tradiciju u primeni psiholoških testova i skala. Znači, merenje, kao i stepenovanje intenziteta psi-

hopatološke fenomenologije moguće je danas u psihijatrijskoj dijagnostici zahvaljujući psihometriji.

Vrednost psihometrije za psihijatrijsku dijagnostiku utemeljena je na sentenci "*Sve što postoji, postoji u nekoj količini, te se može i meriti*" (Thornike).

Psihometrija u psihodijagnostičkom smislu danas je potreba psihijatrijske i kliničke psihološke prakse. Činjenica je da su u savremenoj psihodijagnostici kao primenljivom dijagnostičkom metodu u kliničkoj psihijatriji ostali poneki već zastareli testovi i skale, a istovremeno su isključeni neki noviji, bogati kvalitetnim savremenim psihometrijskim parametrima.

PSIHOLOŠKI TESTOVI U IDENTIFIKACIJI I DIJAGNOSTICI PSIHIČKIH POREMEĆAJA

Test je engleska reč znači **merenje, proba, ogled**.

Psihološki testovi, odnosno psihološko testiranje je veoma poznat i značajan metod za dijagnostiku i identifikaciju vrste psihičkih poremećaja u savremenoj psihijatriji.

Psihološki testovi su veoma brojni u savremenoj kliničkoj psihologiji i rezultat su nje primene u praksi i psihijatriji. Psihološko testiranje za potrebe psihijatrije u smislu identifikacije mentalnih poremećaja i njihove dijagnostike obavlja klinički psiholog na zahtev psihijatra.

Psihijatri ne primenjuju sami psihološke testove, te je studentima, a budućim lekarima, potrebno samo osnovno informativno znanje o vrstama psiholoških testova, kao i o psihološkom testiranju uopšte.

Katel (J. Catell) je 1890. godine prvi uveo testiranje u psihološku praksu, dakle i u psihijatriju. Svrha psihološkog testiranja je uvid u dublja dešavanja i promene u ukupnom psihičkom ili njegovim delovima, a koja su psihijatru nedostupna kroz posmatranje i vođenje intervjua sa pacijentom.

Psihološki testovi i sprovođenje psihološkog testiranja onako kako se danas primenjuje, nastalo je i razvijalo se u poslednjih 100 godina, od 1903. godine, sa konstruisanjem Bine-Simonovog testa za merenje inteligencije dece. **Bine-Simonov test** je uzor i model dodanašnjih testualnih tehnika u psihologiji.

Objektivni, odnosno validni testovi u aktuelnoj kliničkoj psihologiji su oni čija se primena i ocena može standardizovati. Neophodno je da rezultat testiranja zavisi isključivo

od ispitivane osobe, a nikako od subjektivne interpretacije psihologa. Postoji danas veliki broj testova koji se primenjuju u kliničkoj psihologiji.

Svi psihološki testovi mogu se svrstati u dve grupe.

A) Testovi ličnosti mere ukupan *inventar ličnosti*, kao i *projektivne* testološke tehnike. Danas od brojnih testova ove grupe najčešće se koriste Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I. — *Minnesota multifazni inventar ličnosti*), *Plučikov inventar emocija* — P.I.E., *Ajzenk MPI*, *Cosiol Jones skala ličnosti*, *TAT (Test tematske apercepcije)*, *Roršahov test procene ličnosti*, *Test Ego percepcije* i *Ego ideala*, *Kornel index*, *BernRojterov (BernReuter) upitnik* i dr.

B) Testovi sposobnosti služe za procenu sposobnosti individue da postigne određeni uspeh u različitim područjima mentalne aktivnosti. Najčešće se koriste razni psihomotorni testovi, testovi pojedinih psihičkih funkcija (testovi za pažnju, pamćenje, mišljenje itd.), senzorni testovi i testovi inteligencije.

Propedevtički za studente medicine je najpraktičniji osnovni informativni prikaz testova i načina testiranja inteligencije kao primer.

Testovi i testiranje inteligencije

Inteligencija je sposobnost snalaženja u novim i nepoznatim situacijama (najjednostavnija, najrasprostranjenija i najpoznatija definicija ove psihičke funkcije).

Testiranje inteligencije je najčešća potreba u kliničkoj psihijatrijskoj praksi. **Količnik inteligencije (IQ)** predstavlja odnos mentalnog uzrasta sa stvarnim uzrastom pacijenta pomnožen sa 100.

$$\text{IQ} = \frac{\text{UMNA STAROST}}{\text{KALENDARSKA STAROST}} \times 100$$

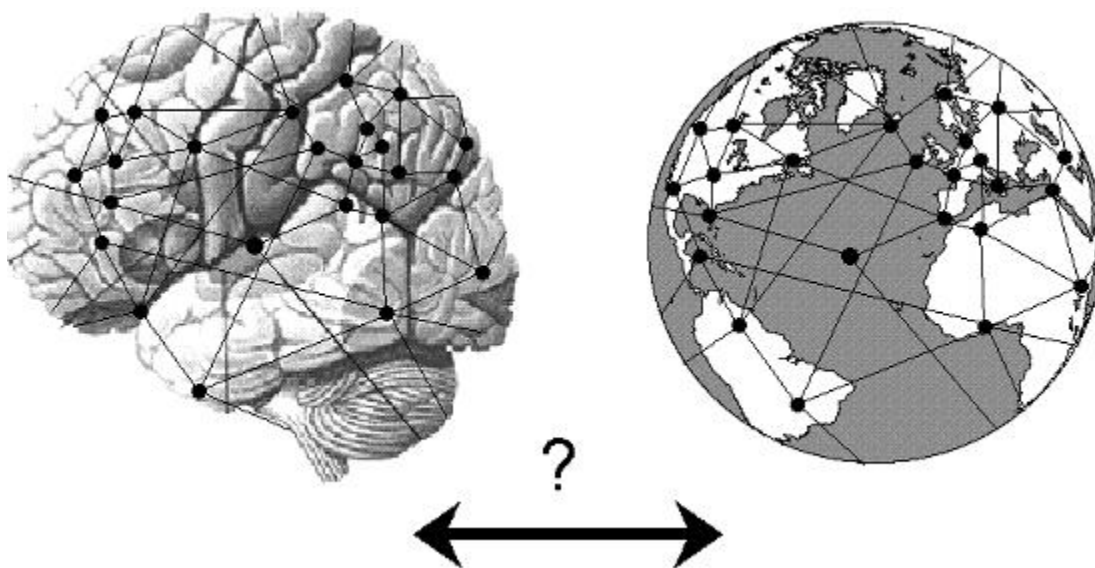
Veksler Belvu (Wechsler - Bellevue) WB skala je danas najviše upotrebljavani test za utvrđivanje količnika inteligencije. U našoj kliničko-psihološkoj praksi upotrebljava se modifikacija **Vekslerov individualni test inteligencije** — **VITI** od 11 verbalnih i neverbalnih delova, odnosno supstestova.

Primenom VITI klinički psiholog registruje oštećenja intelektualnih funkcija pacijenta, specifične malformacije psihičkog, neujednačenost u razvoju psihičkih funkcija, kao i neujednačenost u razvoju inteligencije zbog ispoljene psihopatologije.

Kliničkom psihologu rezultati koje testirani ostvari primenom VITI omogućavaju procenu intelektualne efikasnosti sledećim postupcima:

- **upoređivanjem razlika** ostvarenog verbalnog IQ i manipulativnog IQ;
- **skater analizom**, tj. intersuptest razlikom;
- **vršenjem intrasuptest analize**;
- **analizom verbalizacije**;
- **primenom indeksa deterioracije**.

Skraćeni prikaz testa i testiranja inteligencije iz grupe psiholoških testova sposobnosti je dovoljno za informativno studentsko znanje o ovoj oblasti. Ovo je najčešće korišćen metod identifikacije i dijagnostike inteligencije i poremećaja inteligencije u svakodnevnoj psihijatrijskoj praksi. Ostale testove sposobnosti, kao i testove ličnosti dovoljno je znati nabrojati.



SOCIJALNA DIJAGNOSTIKA U PSIHIJATRIJI

Opus rada i delovanja savremene psihijatrije u praksi je veoma širok.

Psihijatrija se danas bavi ne samo tretmanom i čuvanjem duševnih bolesnika u hospitalnim institucijama i psihijatrijskim bolnicama zatvorenog tipa već i širokim područjem:

- *rehabilitacije psihički poremećenih,*
- *preventivnim radom,*
- *ranim otkrivanjem mentalnih poremećaja,*
- *mentalnohigijenskim radom u većim grupama stanovništva,*
- *razvijanjem vanbolničke zaštite mentalnog zdravlja i naročito*
- *socijalnom rehabilitacijom lečenih.*

Psihijatrijska stručna delatnost danas podrazumeva često timski, odnosno multidisciplinarni rad. Član psihijatrijskog tima je nezaoobilazno socijalni radnik.

Socijalni dijagnostički metodi neophodni su savremenoj psihijatriji. Oni podrazumevaju pre svega uzimanje socijalne ankete. **Socijalna anketa** je značajno pomoćno dijagnostičko sredstvo savremene psihijatrije.

Socijalna anketa je dokument sa podacima o bolesniku i njegovoj porodici, o njegovom radnom mestu i ponašanju u profesionalnoj sredini, o privatnom miljeu i široj socijalnoj sredini važnoj za bolesnika.

Socijalnu anketu kompetentno uzima socijalni radnik, što predstavlja osnovu delatnosti socijalnog radnika, a za psihijatriju važan metod u identifikaciji i dijagnostici psihičkog poremećaja. Vrednost podataka dobijenih socijalnom anketom je ne samo u identifikaciji i dijagnostici psihičkog poremećaja već i za rehabilitaciju bolesnika nakon psihijatrijskog lečenja.

BIOLOŠKE DIJAGNOSTIČKE METODE

Savremena psihijatrija u dijagnostičke svrhe, a često i u cilju identifikacije psihičkih poremećaja i bolesti koristi biološke dijagnostičke metode naučne medicine. Najčešće biološke dijagnostičke metode koje se primenjuju

u stanjima mentalnih poremećaja su:

- *laboratorijski pregledi krvi, seruma, likvora i urina,*
- *utvrđivanje bioloških markera i*
- *biopsija moždanog tkiva.*

LABORATORIJA U PSIHIJATRIJSKOJ DIJAGNOSTICI

Egzaktnu dijagnozu psihičkog poremećaja u psihijatriji danas kao i ni u drugim kliničkim disciplinama savremene naučne medicine nije moguće postaviti bez primene laboratorijskih dijagnostičkih metoda. Savremena psihijatrija koristi u identifikaciji i dijagnostici psihičkih poremećaja praktično sve današnje laboratorijske tehnike i metode pregleda krvi, seruma, likvora i urina.

Hematološke laboratorijske analize

Svakom psihijatrijskom bolesniku, posebno u hospitalnim uslovima ispitivanja i tretmana, treba uraditi minimum hematološkog skrininga. Ako nalazi odstupaju od referentnih vrednosti, traži se i specifična hematološka la-

boratorijska obrada koja podrazumeva i moguće uzimanje sternalnog punktata kostne srži.

Hematološki poremećaj i hematološke bolesti mogu uzrokovati psihopatološke simptome pa se u nekim slučajevima bolesnik od hematološke osnovne bolesti može pojaviti najpre u psihijatrijskoj ustanovi.

Biohemijski humoralni status

Biohemijski humoralni status podrazumeva uzimanje osnovnih biohemijskih analiza, u serumu, likvoru i urinu. U smislu skrininga, utvrđuje se koncentracijski nivo *glikoze, ureje, kreatinina, proteina, elektrolita* itd. Pored rutinskih biohemijskih analiza psihijatrija u svojoj dijagnostici koristi i tzv. specijalne biohemijske analize u serumu, kao što su: *određi-*

vanje serumskog nivoa aktivnih bioloških supstanci, neurotransmitera, hormona, metabolita itd.

Psihijatrijska dijagnostika se koristi i biohemijskim pregledom urina i posebno likvora.

Koncentracijski nivo neurotransmitera i njihovih metabolita, te koncentracijski nivo hormona u likvoru nekada je od značaja za egzaktnu dijagnozu psihijatrijskog poremećaja. Biohemijski pregled likvora se posebno koristi u svrhe psihijatrijskih istraživanja.

BIOLOŠKI MARKERI PSIHIČKIH POREMEĆAJA

Psihijatrijska dijagnostika danas koristi i laboratorijske dijagnostičke metode utvrđivanja bioloških markera u cilju postavljanja egzaktne dijagnoze psihičkog poremećaja, kao što su:

— **neuroendokrinološki testovi** (test supresije deksametazona DST, utvrđivanje koncentracije tireoidea stimulirajućeg hormona (TSH itd.);

— **genetički markeri** (psihijatrija danas u dijagnostičke svrhe koriste preko 20 genetičkih markera počev od Rh faktora i ABO sis-

tema, do brojnih specifičnih belančevinastih struktura, haptoglobine, komponente komplemента itd.);

— **psihofarmakološki testovi** su značajni za izbor i opredeljenje psihofarmaka laboratorijskim praćenjem farmakokinetikog i farmakodinamskog efektiranja primenjenog psihofarmaka;

— **neuroimunološki pokazatelji** (određuju se u savremenoj psihijatrijskoj dijagnostici i specifični antigeni, rade serološke probe, imunoforeza, imunofluorescentne tehnike itd.).

BIOPSIJE TKIVA MOZGA I NERVNOG SISTEMA

Biopsije tkiva mozga i nervnog sistema su dijagnostički metodi i u savremenoj psihijatrijskoj dijagnostici. Dakle, psihijatrija u dijagnostici mentalnih poremećaja koristi patohistološke i histohemijske i imunološke preglede moždanog tkiva jer su duševni poremećaji

neretko izazvani cerebralnom degeneracijom i heredodegenerativnim oboljenjima mozga.

Tehnički, biopsiju moždanog tkiva za potrebe psihijatrijske dijagnostike izvodi neurohirurg, a drugih tkiva hirurg.

POGLAVLJE III

**PROPEDEVTIKA TERAPIJE U
PSIHIJATRIJI**



SHVATANJE ZDRAVLJA I BOLESTI U SAVREMENOJ PSIHIJATRIJI

"Velika se namera u početku doima kao ludost."
Gete

Klasični medicinski stav o zdravlju i bolesti je: ***Zdravlje i bolest su međusobno suprotstavljene, uzajamno isključujuće kategorije.*** Znači, *"zdravlje je odsustvo bolesti, a bolest je oštećenje zdravlja."*

Bolest kao pojava i posebno izmenjeno kognitivno stanje izaziva kod svakog čoveka nekvalitetno emocionalno doživljavanje. Neizbežna refleksija svake bolesti je separacija bolesnika iz dotadašnje njegove "prirodne" sociosredine i u simboličkom smislu i objektivno. Ovo generiše bar u podsvesnom strahu analogan zaboravljenom separacionom strahu i strepnji malog deteta. Ako je bolest somatska ovaj strah pogoršava osnovnu bolest, pogoršava njenu prognozu, ishod i trajanje što komplikuje lečenje u svakog bolesnika. Poznato je da svi primarno reaguju na bolest depresivno, zbog pojave makar nesvesne strepnje od smrti. Naravno da je kod svakog bolesnika ravnoteža mentalnog sklada recipročna težini bolesti, ali je istovremeno u značajnoj meri i posledica individualnog, pre svega, emocionalnog stava prema novonastaloj situaciji izazvanoj bolešću. Težina bolesti se objektivizuje primenom kodiranog instrumentarijuma savremene naučne medicine. Međutim, svaki lekar iskustveno uvažava u objektivizaciji težine pouzdano dijagnostikovane bolesti i subjektivni stav bolesnika prema svojoj bolesti i

svom bolesnom stanju. Ovo je doprinos naučnog dodanašnjeg razvoja psihijatrije ukupnoj medicini.

Bolest uopšte, po svojoj suštini, izaziva poremećaje ravnoteže i ima posledice u subjektivnom doživljavanju sebe, menja dotadašnje ponašanje u smislu obavljanja socijalnih, profesionalnih i porodičnih uloga. Odnos prema sopstvenoj bolesti je potpuno individualan, bilo da je bolest stvarna ili umišljena. Stav prema sopstvenoj bolesti uslovljen je vrstom bolesti, njenom težinom, premorbidnim tipom ličnosti, prethodnim iskustvom, uzrastom, stavom sredine itd.

Individualni stav bolesnog prema svojoj bolesti je rezultanta realnih činilaca izazvanih bolešću i bolesnikovog nesvesnog.

Lekar u svom profesionalnom iskustvu uočava da se bolesni mogu ponašati i odnositi prema svojoj bolesti kao izuzetno teškoj iako je ona činjenično po svim medicinskim standardima sasvim laka i benigna, a nekada i kada bolest ne postoji. Naravno, neki bolesnici imaju obrnuti stav prema svojoj bolesti i svom bolesnom stanju.

Lekar u današnjoj primeni naučne medicine kroz relaciju bolesnik — lekar predstavlja autoritet, nadležnost i aktivnu moć, a bolesni-

ku pripadaju objektivno obrnute uloge reflektovane submisivnošću, bespomoćnošću i pasivnošću.

Psihijatrija danas u shvatanju zdravlja i bolesti polazi od stava da su ove dve kategorije više rezultat ortogonalne dimenzije čovekovog stanja i mentalnog doživljaja, nego stvarne suprotnosti.

Mentalno zdravlje može biti očuvano uprkos dijagnostički utvrđenoj bolesti u medicinskom smislu i mentalno zdravlje može biti oštećeno iako bolest ne postoji.

Savremeno shvatanje bolesti i zdravlja se ne oslanja u dijagnostičkom smislu u današnjoj psihijatriji samo na medicinske kategorije, već u znatnijoj meri na kvalitet življenja individue i na njene zdrave potencijale i u situaciji zdravlja i u stanju bolesti.

Definicija zdravlja i bolesti u savremenoj psihijatriji usklađena je sa definicijom zdravlja Svetske zdravstvene organizacije. "**Zdrav-**

lje je očuvan psihosocijalni ekvilibrijum", što zapravo znači stanje zdravlja koje može, mirno, da inkorporiše i samu bolest.

Terapijski ciljevi se stoga danas pomeraju sa klasičnog istorijskog "*restitutio ad integrum*", jer je to objektivno nemoguće na novi cilj "*pomoći pacijentu da postigne optimalno mogući nivo i kvalitet zdravog življenja i u situaciji kada se ne može ukloniti bolest*".

Lečenje za psihijatriju prestaje da postoji samo kao medicinska procedura i postaje i kulturni čin i društveni proces.

Danas u psihijatriji termin "*situacija lečenja*" zamenjuje termin "*terapijska situacija*" i obuhvata šire polje od područja terapije, odnosno tehnike lečenja duševnih poremećaja i duševnih bolesti.

Propedevtički je neophodno da studenti medicine, pre upoznavanja terapijskih procedura u psihijatrijskoj stručnoj praksi usvoje znanje o tretmanu bolesnika i bolesti sa globalnog aspekta.

MENTALNA HIGIJENA

Psihijatriju na početku XXI veka treba shvatiti kao naučnu i stručnu disciplinu humane medicine angažovanu na zaštiti i unapređenju mentalnog zdravlja.

Aktivnosti psihijatrije u praksi se odvijaju kroz preduzimanja primarne mentalnohigijenske zaštite i prevencije, sekundarnu i tercijalnu prevenciju duševno poremećenih.

PRIMARNA PREVENCIJA PSIHIČKIH POREMEĆAJA I MENTALNA HIGIJENA U PSIHIJATRIJI

Primarna prevencija u okviru psihijatrije ima zadatak ne samo da spreči pojavu psihičkog poremećaja već i da unapredi ukupno mentalno zdravlje stanovništva, odnosno da podigne kvalitet svakodnevnog življenja svake individue. Ovo je postulat mentalnohigijenskog efekta aktuelne psihijatrije.

Zadatak primarne prevencije savremene medicine, naravno i u oblasti psihijatrije je da spreči nastanak i razvoj bolesti, a broj novoobolelih svede na najmanju moguću meru. Kvalitet zdravlja opšte populacije je ocena uspešnosti sprovedenih primarno preventivnih mera. Medicinska nauka, time i psihijatrija fokus svog delovanja pomera sa borbe protiv bolesti na borbu za zdravlje i kvalitet življenja.

Opšti zadatak psihijatrije u opusu mentalnohigijenskog, odnosno primarno preventiv-

nog, jeste smanjenje psihičkih poremećaja u opštoj populaciji na moguću najnižu meru, svakako i smanjenje broja duševnih bolesti. Efikasnost mentalnohigijenskih primarno preventivnih preduzetih mera u savremenoj psihijatriji meri se incidencijom novih pacijenata sa psihičkim poremećajima i oboljenjima u nekom vremenskom periodu u određenoj populaciji.

Unapređenje duševnog zdravlja stanovništva i sprečavanje nastanka duševnih bolesti je osnovni cilj *mentalne higijene*. Preventivna nastojanja su u medicini nastala u XIX veku. Mentalna higijena se razvija tek intenzivno u drugoj polovini XX veka. Inicijator je bio Beers (Birz), godinama pre toga sam lečen u duševnim bolnicama SAD. Razvoj mentalne higijene posle SAD je posebno ekstenzivno tekao u Evropi, te danas pri Svetskoj zdravst-

venoj organizaciji postoji Svetski savez za mentalnu higijenu (*World Federation for Mental Health*) sa sedištem u Ženevi. Pored toga, postoji i Odeljenje za mentalnu higijenu u okviru SZO u Kopenhagenu.

Glavni mentalnohigijenski cilj je unapređenje psihičkog razvoja dece svuda u svetu. Mentalnohigijenska briga za dete jednaka je za zdravo kao i duševno izmenjeno ili telesno defektno dete i u osnovi je preventivnog karaktera. Počevši od prevencije u okviru *eugenike* (borba da se ne rađaju deca sa naslednim etiološkim faktorom za duševnu bolest), do uticaja na pravilan razvoj psihičkog života od prvog dana po rođenju edukativnim mentalnohigijenskim uticajem na roditelje i zajednicu u celini. *Težak i kompleksan zadatak za psihijatriju XXI veka.*

Uspešnost primarne psihijatrijske prevencije, odnosno mentalnohigijenska uspešnost u datoj sredini zavisi od opšte saglasnosti zajednice za koordiniranu akciju svih stručnih službi, ne samo psihijatrijske već i brojnih službi u domenu društvenog sektora. Navedene akcije se usmeravaju prema svim poznatim biološkim i psihosocijalnim činiocima koji pozitivno ili negativno utiču na mentalno zdravlje pojedinaca. Mere u okviru primarne psihijatrijske prevencije dele se na :

— **opšte ili nespecifične**, čiji je cilj da uklone ili ublaže sve štetne činioce koji mogu da favorizuju nastajanje mentalnih poremećaja i duševnih bolesti,

— **specifične mere** primarne psihijatrijske prevencije, koje treba da spreče razvoj psihičkih poremećaja i bolesti poznate etiologije.

Opšte mere primarne psihijatrijske prevencije

Nespecifična ili opšta primarna mentalnohigijenska prevencija podrazumeva:

1. *obezbeđivanje uslova za normalan psihički razvoj individue od njenog rođenja;*
2. *borbu za zdravu okolinu i mentalnohigijenske uslove življenja u sociosredini svake individue;*
3. *koordiniranu aktivnost na eliminisanju ili suzbijanju štetnih a favorizovanju zdravih stilova življenja ("droga ne, sport da");*
4. *kvalifikovanu psihijatrijsku pomoć u kriznim i stresnim životnim situacijama svakoj individui.*

Specifične mere primarne psihijatrijske prevencije

Specifične mere primarne psihijatrijske prevencije podrazumevaju utvrđivanje i eliminaciju ili bar ublažavanje uticaja poznatih etioloških faktora za nastanak psihičkih poremećaja i duševnih bolesti. Savremena psihijatrija koristi istraživačka dostignuća iz oblasti genetike, molekularne biologije i drugih disciplina. Tako psihijatrija u specifičnom preventivnom mentalnohigijenskom smislu koristi mogućnost predviđanja i utvrđivanja, recimo genetskih malformacija mozga i mogućih opterećenja pre nastajanja novog života (primer trizomija XXI para hromozoma) te kontroliše začeće ili sprečava rađanje takve dece.

Korišćenjem dostignuća savremenih bioloških naučnih disciplina psihijatrija umanjuje i eliminiše biološke, etiološke uzroke duševnih bolesti. Naravno i dostignuća u oblasti brojnih socioloških nauka pomažu u realiza-

ciji primarne psihijatrijske prevencije mentalnih poremećaja.

Konačno, primarna psihijatrijska prevencija je po svojoj suštini humana medicina budućnosti.

Psihijatrija već danas u primarnoj prevenciji koristi dostignuća brojnih naučnih disci-

plina koje se staraju o čoveku, njegovoj životnoj sredini, uslovima i stilovima življenja. Cilj je da se u što većoj meri eliminišu svi faktori koji:

- remete život u njegovom kvalitetu,
- ometaju pozitivan psihički razvoj,
- uspešnu socioadaptaciju individue i
- utiču na kvalitet mentalnog zdravlja svake pojedinačne ličnosti.

SEKUNDARNA PSIHIJATRIJSKA PREVENCIJA

Sekundarna prevencija u psihijatriji podrazumeva rano otkrivanje, identifikaciju i dijagnostiku psihičkih poremećaja i duševnih bolesti, te preduzimanje adekvatnog doktrinarnog lečenja, odnosno psihijatrijskog tretmana.

Primarne psihijatrijske mere prevencije u našem vremenu nigde nisu u svetu, za razliku od drugih grana medicine, dovoljno efikasne, te je značaj sekundarne prevencije u psihijatriji tim veći. Psihijatrija je danas u nepovoljnom položaju u odnosu na somatsku medicinu i u oblasti sekundarne prevencije. Razlog su neotkrivena etiologija i patogeneza brojnih mentalnih poremećaja i duševnih bolesti, kao i poznate teškoće u njihovoj identifikaciji i dijagnostici.

Sekundarna psihijatrijska prevencija, tj. lečenje mentalnih poremećaja ostvaruje se primenom brojnih terapijskih metoda u okviru savremene psihijatrije. Najčešće korišćene metode lečenja psihijatrijskih bolesnika su:

- *biološka terapija,*
- *psihoterapija i*
- *socioterapija.*

Najčešće se ove terapijske metode primenjuju kombinovano i istovremeno na istom pacijentu.

Evalvacija efikasnosti lečenja psihijatrijskih bolesnika, odnosno sekundarne psihijatrijske prevencije otežana je i neprecizna iz brojnih razloga, a to usporava razvoj terapijske uspešnosti u psihijatriji. Najvažniji uzroci otežane evaluacije terapijske efikasnosti (sekundarne prevencije) u psihijatriji su:

— *Nedovoljno poznavanje načina delovanja i terapijske efikasnosti pojedinih psihijatrijskih metoda lečenja.*

— *Nepotpuno je još uvek proučeno specifično, nespecifično i moguće štetno delovanje pojedinih terapijskih metoda koje se primenjuju.*

— *Samo kombinovana, a istovremena primena više terapijskih psihijatrijskih metoda.*

— *Nepoznavanje još uvek prirodnog toka ishoda velikog broja duševnih poremećaja, jer na njih utiču brojni endogeni i egzogeni faktori istovremeno.*

Sekundarna psihijatrijska prevencija danas opterećena teškoćama ranog otkrivanja i dijagnostikovanja psihičkih poremećaja zbog još uvek oskudnih etiopatogenetskih saznanja,

u lečenju psihijatrijskih bolesnika nije dovoljno efikasna. Zato je psihijatrijsko lečenje u

velikom broju poremećaja i bolesti ograničeno na **nivo simptomske terapije**.

TERCIJARNA PSIHIJATRIJSKA PREVENCIJA

Tercijarna prevencija u psihijatriji podrazumeva rehabilitaciju lečenih zbog psihičkih poremećaja i bolesti.

Cilj tercijarne prevencije, odnosno rehabilitacije u psihijatriji je da otkloni ili smanji štetne posledice već postojećeg mentalnog poremećaja i da takvom bolesniku vrati zbog bolesti izgubljenu sposobnost, ili pak razvije nove sposobnosti. Rehabilitacione, odnosno tercijarno preventivne mere u psihijatriji podrazumevaju:

- **porodičnu,**
- **socijalnu i**
- **profesionalnu rehabilitaciju, odnosno readaptaciju psihijatrijskog bolesnika.**

Većina težih duševnih bolesti zahteva primenu rehabilitacionih procedura na samom početku lečenja. Izbor rehabilitacionih procedura i tehnika, kao i ciljeve rehabilitacije, određuje vrsta i stadijum duševnog poremećaja, ali i oštećenja koje je bolest već izazvala. Kvalitetna procena izgubljenih i preostalih sposobnosti u svakog bolesnika posebno određuje ciljeve i način sprovođenja rehabilitacije. Uspešnost tercijarne prevencije, odnosno rehabilitacije psihijatrijskog bolesnika zavisi od:

- *same bolesti,*
- *ličnosti bolesnika,*
- *bolesnikove porodice,*
- *uključivanja sociozajednice i*
- *prihvatanja bolesnika od strane njegove radne sredine.*

Mentalne poremećaje prate pored primarnih nesposobnosti izazvanih samom bolešću i takozvani *sekundarni hendikepi* kao posledica neadekvatnog stava porodice i sociosredine. Nepoželjni stavovi sociosredine prema psihijatrijskom bolesniku su uobičajena pojava u našoj supkulturi. Posledica je nekvalitetan stav samog bolesnika prema sebi, prema svojoj budućnosti i neprihvatajući stav prema rehabilitacionim procedurama.

Smisao lečenja duševne bolesti ili mentalnog poremećaja u savremenoj psihijatriji se evaluira u pravom smislu osposobljavanjem lečenog za vraćanje normalnom, odnosno ranijem životu u njegovoj porodici, radnoj sredini i socijalnoj zajednici.

Jasno je da tercijarna prevencija, odnosno rehabilitacija u psihijatriji prevazilazi značajno okvire čiste psihijatrijske delatnosti. Stoga je neophodno u proceduri rehabilitacije pod stručnom psihijatrijskom kontrolom angažovati bliske srodnike bolesnika i članove zajednice.

Dostignuti razvoj savremene psihijatrije upućuje da primarnu, sekundarnu i tercijarnu psihijatrijsku prevenciju treba shvatiti samo kao delove jedinstvene programske celine angažovane na zaštiti i unapređenju mentalnog zdravlja ukupne ljudske populacije.

METODI BIOLOŠKE TERAPIJE

"Lekar izleči ponekad, pomaže često, ali treba da uteši uvek."

Mogućnosti lečenja mentalnih poremećaja i duševnih bolesti u savremenoj psihijatriji nisu dovoljno velike, ali su u ekspanzivnom razvojnem zamahu.

Organoterapija ili biološka terapija u psihijatriji podrazumeva lečenje primenom fizičkih metoda i hemijskih supstanci koje uslovljavaju promene uglavnom u nervnom sistemu, odnosno neuronima bolesnika, modifikujući ili eliminišući posredno psihopatološke simptome. Sam naziv biološka terapija ili organoterapija treba shvatiti deskriptivno i uslo-

vno jer bi u doslovnom poimanju termina podrazumevalo dihotomiju psihe i some, što je neprihvatljivo na razvojnem nivou savremene psihijatrije.

Neophodno je u propedevtičkom smislu da student odmah prihvati psihijatrijsku terapiju terminološki, samo kao tretman. Uvek u smislu dinamičke istovremene kombinacije organoterapije, psihoterapije i socioterapije u svakom pojedinačnom slučaju tretmana psihičkog poremećaja i bolesti.

PSIHOFARMAKOTERAPIJA

Psihofarmakoterapija podrazumeva peroralnu, intravensku ili intramuskularnu aplikaciju određene hemijske supstance, odnosno farmaka ili leka bolesniku.

Psihofarmak je Svetska zdravstvena organizacija definisala 1967. godine kao **"lek koji deluje na psihičku funkciju, ponašanje i doživljavanje konzumenta"**.

Psihofarmakoterapija u modernoj psihijatriji je prava terapijska era započeta 1952. godine primenom **largaktila** — **hlorpromazina** (fenotiazinski derivat). Lek su u Parizu primenili, i time započinjše psihofarmakoterapija,

dva apikalna psihijatra tog vremena *Delay* i *Denicer*.

Istorija psihofarmakoterapije od ravno pola veka je doživela u pravom smislu reči eksplozivni razvoj otkrićem i uvođenjem u tretman psihijatrijskih bolesnika brojnih lekova, odnosno psihofarmaka.

Psihofarmaci su terapijskim efektom doprineli razvoju savremene psihijatrije. Psihofarmaci su radikalno promenili poimanje duševnih poremećaja i bolesti, kao i stav o mogućem lečenju i potpunom izlečenju nekih stanja oštećenog mentalnog zdravlja.

Klasifikacija savremenih psihofarmaka ili psihotropnih lekova

Nema opšteprihvaćene klasifikacije psihotropnih lekova u savremenoj psihijatrijskoj primeni.

Razlog nepostojanja opšteprihvaćene klasifikacije psihofarmaka je u:

- *teškom utvrđivanju farmakoloških i kliničkih efekata pojedinih supstanci,*
- *teškom utvrđivanju hemijskopsihokinetičke i kliničke korelacije i*
- *terminološkoj neusklađenost u smislu svrstavanja pojedinih supstanci u psihofarmakološke grupe lekova.*

Studentima medicine na propedevtičkom nivou ovog udžbenika dovoljno je da upoznaju klasifikaciju psihotropnih lekova Svetske zdravstvene organizacije iz 1967. godine na 5 grupa psihofarmaka, i to:

- **neuroleptici ili antipsihotici;**
- **anksiolitički sedativi, ili anksiolitici;**
- **antidepresivi;**
- **psihostimulansi;**
- **psihodisleptici.**

Neuroleptici (Antipsihotici)

Neuroleptici ili **antipsihotici** su danas poznate brojne farmakosupstance ili lekovi, odnosno psihofarmaci.

Neuroleptici imaju zajedničke karakteristike delovanja na psihoze i druge tipove psihičkih poremećaja i pri primeni kod brojnih bolesnika izazivaju neurološke efekte pozna-

te kao ekstrapiramidni simptomi ili **neuroleptički sindrom**.

Farmakološki učinak antipsihotika, odnosno neuroleptika je:

- *smirivanje psihomotornog nemira agitiranih i agresivnih psihotičnih bolesnika,*
- *postizanje emocionalne relaksacije i afektivne indiferentnosti.*

Sinonimi danas napušteni u stručnoj literaturi za neuroleptike, odnosno antipsihotike su **veliki trankvilizeri ili veliki sedativi**.

Neuroleptici eliminišu ili suzbijaju halucinacije i sumanute ideje kao patognomonične psihotične fenomene u stanjima akutne ili hronične psihotičnosti.

Neuroleptici se razvrstavaju ili klasifikuju prema **hemijskom sastavu i kliničkim efektima**.

Klasifikacija neuroleptika (Antipsihotika) prema hemijskom sastavu

Prema hemijskoj strukturi, neuroleptici se dele na:

- *grupu fenotiazina;*
- *grupu butirofenona;*
- *grupu difenil-butil-piperidina;*
- *grupu tioksantena;*
- *grupu indola;*
- *neuroleptike neke druge hemijske strukture.*

Prema kliničkim efektima, postoji više klasifikacija neuroleptika i antipsihotika.

NEUROLEPTICI (*Antipsihotici*)

1. grupa FENOTIAZINI

Flufenazin	Lyogen	Drag. 3mg i 6mg
	Metoten	Tbl. 1mg, 2,5mg i 5mg
	Moditen depo	Amp. 25mg
Hlorpromazin hlorid	Largactil	Tbl. 25mg i 100mg, Amp. 50mg i.v./i.m.
Levomepromazin	Nozinan	Tbl. 25mg i 100mg, Amp. 25mg za i.v. i i.v. davanje
Perazin dimalonat	Taxilan	Tbl. 100mg; Drag. 25mg Amp. 50mg i.v.
Periciazin	Neuleptil	Tbl. 10mg i 25mg, Sol 1% i 4%
Promazin	Prazine	Drag. 25mg i 100mg, Amp. 50mg i 100mg i.v./i.m.
Tioridazin	Melleril	Drag. 25mg, 100mg, 200mg retard
	Mellerethae	Drag. 10mg
	Trixifen	Drag. 25mg

2. grupa BUTIROFENONI

Dehydrobenzperidol	Droperidol	Amp. 25mg i.v./i.m.
Haloperidol	Haloperidol	Tbl. 2mg i 10mg
	Haldol	Tbl. 2mg i 10mg; Sol. 2mg/1ml
	Haldol depo	Amp. 5mg i.m.

3. grupa OSTALIH NEUROLEPTIKA

Hlorprotiksen	Truxal	Tbl. 5mg, 15mg i 50mg
Clopentixol	Sordinol	Amp. 10mg i 50mg i.v./ i.m.
		Tbl. 5mg, 10mg i 25mg
		Amp. 10mg
Clozapin	Leponex	Tbl. 25 i 100mg Amp. 50mg i.m.
Litium karbonat	Litijum karbonat	Tbl. 300mg
Pimozid	Orap forte	Tbl. 4mg
Sulpirid	Eglonyl	Caps. 50mg Amp. 100mg
	Eglonyl forte	Tbl. 200mg
Sultoprid	Topral	Tbl. 400mg i Amp. 200mg i.m.

Mehanizmi delovanja neuroleptika

Mehanizmi delovanja neuroleptika (antipsihotika) su na nivou sinapsi blokiranjem receptora za noradrenalin i adrenalin, odnosno blokiranjem noradrenergičkih i dopaminergičkih receptora na neuronima pretežno supkortikalnih struktura. Danas se zna da neuroleptici deluju na mezokortikalne i mezolimbicke dopaminergičke puteve.

Farmakokinetika neuroleptika

Farmakokinetika neuroleptika (antipsihotika) je u kliničkom efektu 30 do 60 minuta nakon peroralne aplikacije, a znatno ranije nakon muskularne i praktično trenutno nakon intravenske aplikacije.

Optimalizacija lečenja duševnih poremećaja neurolepticima, odnosno antipsihoticima je moguća laboratorijskim merenjem serumске koncentracije ili nivoa leka u krvi.

Neželjeni efekti neuroleptika su pojava neuroleptičkog, tj. ekstrapiramidnog sindroma, koji može biti infaustan u akutnom pojavnom kliničkom obliku. Znake neuroleptičkog sindroma u kliničkoj praksi je moguće umanjiti aplikacijom antiparkinsonika.

Anksiolitici (Anksiolitički sedativi)

Anksiolitici ili anksiolitički sedativi su grupa psihofarmaka koji se veoma često primenjuju i u drugim medicinskim granama, ne samo u psihijatriji.

Anksiolitike administriraju lekari opšte prakse i lekari svih specijalnosti bez stručne konsultacije psihijatra, kao i pacijenti samoinicijativno.

Anksiolitici se u aktuelnom vremenu često zloupotrebljavaju u smislu sticanja navike i zavisnosti — *medikamentomanija*, ili u okviru *politoksikomanije*, posebno u subpopulaciji generacija mladih na svim kontinentima.

Anksiolitici su danas izuzetno velika grupa lekova. Prema statističkim podacima, u prometu je preko 2.500 lekova iz ove grupe. Anksiolitici su psihofarmaci koji efektiraju u peroralnoj ili parenterarnoj konzumaciji *smanjivanjem anksioznosti, unutrašnje napetosti i agitiranosti*, a aplikovani u terapijskim dozama ne oštećuju percepciju niti kognitivno saznavnu sferu. Povećavaju prag neuronske razdražljivosti, znači podižu prag ekscitativnog, paroksizmalnog, električnog neuronskog pražnjenja, te se terapijski aplikuju u protekciji (sprečavanju) konvulzivnih epileptičkih napada i febrilnih konvulzija kod dece.

Istorijski gledano, barbiturati su prvi otkriveni još 1862. godine kao anksiolitički sedativi. Danas se ne upotrebljavaju mnogo široko u psihofarmakologiji. Administriraju ih skoro samo psihijatri u svim zemljama sveta, i to pod kontrolom, odnosno pišu se na "duple recepte" i zavode u posebnu knjigu za barbiturate, tj. narkotike.

Benzodiazepini su otkriveni početkom šezdesetih godina XX veka i tipični su anksiolitici, vezuju se na benzodijazepinske receptore neurona na koje se vezuje i etil-alkohol. Anksiolitičko dejstvo im je slično etil-alkoholnom i ove dve supstance su sinergične u farmakološkom smislu.

Benzodiazepini su praktično danas tipični savremeni anksiolitici. Farmakodinamski deluju snižavanjem aktivnosti CNS-a, a anksiolitičko dejstvo ostvaruju inhibicijom limbičkog sistema i talamusnih jedara.

ANKSIOLITICI ILI ANKSIOLITIČKI SEDATIVI

1. grupa BENZODIAZEPINSKIH ANKSIOLITICI

Alprazolam	Xanax	Tbl. 0,25mg, 0.50mg i 1mg
Bromazepam	Bromazepam	Tbl. 1,5mg, 3mg i 6mg
	Lekotam	Tbl. 1,5mg, 3mg i 6mg
	Lexaurin	Tbl. 1,5mg, 3mg i 6mg
	Lexilium	Tbl. 1,5mg, 3mg i 6mg
Diazepam	Apaurin	Tbl. 2mg, 5mg i 10mg Amp. 10mg i.v./i.m.
	Bensedin	Tbl. 2mg i 5mg i 10mg Amp. 10mg i.v./i.m.
	Diazepam	Tbl. 2mg, 5mg Amp. 10mg i.v./i.m.
	Valium	Tbl. 2mg, 5mg i 10mg Amp. 10mg i.v./i.m.
Hlorazepat dikalium	Tranex	Caps. 5mg i 10mg
Hlordiazepoxid	Librium	Drag. 5mg i 10mg
Clonazepam	Rivotril	Tbl. 0,5mg i 2mg
Lorazepam	Loram	Tbl. 1mg i 2,5mg
	Lorsilan	Tbl. 1mg i 2,5mg
	Tavor	Tbl. 1mg i 2,5mg
Medazepam	Nobriten	Caps. 5mg i 10mg
	Ansilan	Caps. 5mg i 10mg
	Medaurin	Caps. 5mg i 10mg
	Nobrium	Caps. 5mg i 10mg
Midazolam	Flormidal	Tbl. 15mg i Amp. 15mg
Nitrazepam	Cerson	Tbl. 5mg
	Mogadon	Tbl. 5mg
	Nitram	Tbl. 5mg
Oxazepam	Adumbran	Tbl. 10mg
	Oxazepam	Tbl. 10mg
	Praxiten	Tbl. 10mg
Prazepam	Demetrin	Tbl. 10mg
Triazolan	Triasan	Tbl. 0,125mg i 0,250mg

2. OSTALI ANKSIOLITICI

Buspiron	Buspinol	Tbl. 5mg i 10mg
Propanediol	Meprobamat	Tbl. 200mg
Barbiturati	Phenobarbiton	Tbl. 15mg i 100mg; Amp. 50mg i.v./i.m.

Antidepresivi

Antidepresivi su psihofarmaci koji se aplikuju bolesnicima u stanjima klinički manifestne depresivnosti, odnosno bezrazložne sete ili tuge.

Amfetamin je kao antidepresiv upotrebljen još 1930. godine i smatra se prvim pokušajem hemijskog lečenja endogene depresije. Svakako da je amfetaminsko lečenje depresije ubrzo napušteno zbog njegovih efekata samo na lakše kliničke depresivne slike.

Lečenje tuberkuloznih bolesnika ***Iproniazidom*** je započeto 1951. godine, a ubrzo je klinički zapaženo da ovaj lek uklanja bezrazložno patološko nerazpoloženje i da u nekim slučajevima dovodi čak do hipomaničnog i maničnog ponašanja. Ustanovljeno je kasnije da Iproniazid deluje inhibitorno na monoamino-oksidadu (MAO).

Zapaženo je 1954. godine da *antihipertenziv Rezerpin* može delovati razvojem kliničke slike depresije. Kasnije je utvrđeno da Rezerpin sprečava normalno uskladištenje noradrenalina u nervnim završecima.

Pre oko 50 godina otkriveni su i uvedeni u terapiju depresije drugi *inhibitori monoaminooksidaze*, što je dovelo do *aminske hipoteze* objašnjenja nastanka depresije.

Antidepresivi su uvedeni u terapiju depresije 1957. godine otkrićem *tricikličnih neuroleptika*, odnosno antidepresiva izvedenih iz *hlorpromazina*. Sintetizovani su *imipramini*, odnosno *triciklični iminodibenzili*.

Činjenica je da je tek pre nešto više od jedne decenije sintetizovan prvi kvalitetan reverzibilni inhibitor monoaminoooksidaze — *moklobemid*.

Moklobemid je reverzibilni inhibitor monoaminoooksidaze, ne treba ga aplikovati deci jer može izazvati konfuzna stanja. Neželjeni

efekti u aplikaciji depresivnim odraslim su gastrointestinalne smetnje, glavobolje i poremećaji sna.

Antidepresivi se danas ne koriste samo kod depresija već i u lečenju raznih mentalnih poremećaja. Najbolji terapijski učinak antidepresiva je u lečenju takozvanih depresivnih sindroma, posebno pacijenata sa "melanholičnim simptomima" i "sekundarnim depresijama". Antidepresivi su efikasni u lečenju depresivne faze bipolarnih emocionalnih psihoza, naravno i unipolarnih depresija. Povoljan terapijski učinak antidepresiva je i u lečenju:

- *agorafobija*,
- *distimičnog premećaja*,
- *generalizovanog anksioznog poremećaja*,
- *opsesivno-kompulzivnog poremećaja*,
- *paničnog poremećaja*,
- *socijalne fobije*,
- *poremećaja spavanja*,
- *hroničnog bola*,
- *fobije od škole* itd.

Mehanizam delovanja antidepresiva uprkos brojnim, a značajnim, istraživanjima još uvek nije u potpunosti dorazumen. Aksiomatično je samo saznanje da svi poznati antidepresivi utiču na metabolizam amina u neuronima. Količina slobodnih, a funkcionalnih amina se povećava i/ili pojačava njihov učinak na receptore postsinaptične membrane delovanjem antidepresiva.

Antidepresivi se mogu podeliti prema dominirajućim kliničkim efektima pri aplikaciji depresivnim bolesnicima na:

- antidepresivi pretežno antidepresivnog, odnosno timoleptičkog delovanja;
- antidepresivi sa izrazitim anksiolitičnim i sedativnim delovanjem;
- antidepresivi sa snažnim aktivirajućim delovanjem.

ANTIDEPRESIVI

1.grupa TRICIKLičNIH ANTIDEPRESIVA

Amitriptilin	Amyzol	Tbl. 10mg i 25mg Amp. 25mg i.v./i.m.
	Saroten	Tbl. 10mg i 25mg Amp. 25mg i.v./i.m.
Doxepin	Sinequan	Caps. 10mg i 25mg
Dotiepin	Prothiaden	Caps. 25mg Drag. 75mg
Clomipramin	Anafranil	Tbl. 25mg i Amp. 25mg i.v./i.m.

2. grupa TETRACIKLIčNIH ANTIDEPRESIVA

Maprotilin	Ludiomil	Tbl. 25mg i 50mg Amp. 25mg i.v./i.m.
	Ladiomil	Tbl. 25mg i 50mg Amp. 25mg i.v./i.m.
	Maprotilin	Tbl. 25mg i 50mg
	Maprothin	Tbl. 25mg i 50mg
Mianserin	Miansan	Tbl. 10mg, 30mg i 60mg
	Talvon	Tbl. 30mg i 60mg

3. grupa TRICIKLičNIM I TETRACIKLIčNIM ANTIDEPRESIVIMA SLIčNIH

Viloxazin	Vivalan	Tbl. 50mg i 150mg
-----------	---------	-------------------

4. grupa INHIBITORI PONOvNOG PREUZIMANJA SEROTONINA

Fluoxetin	Flunirin	Caps. 20mg
Fluvoxamin	Avoxin	Tbl. 20mg
Trazadon	Devidon	Tbl. 20mg i 50mg

Istovremena aplikacija MAO sa inhibitorima ponovnog preuzimanja serotonina je kontraindikovana jer može usloviti fatalni ishod, odnosno smrt.

5. grupa INHIBITORI MONOAMINOOKSIDAZE TIPa A — (IMAO - A)

Moklobemid	Auromid	Tbl. 150mg
------------	---------	------------

Psihostimulansi

Psihostimulansi su psihofarmaci koji deluju na raspoloženje i u kliničkom efektu privremeno uklanjaju osećaj umora, izazivaju euforično raspoloženje, govorljivost i podstiču inicijativnost. Psihostimulansi još izazivaju opadanje psihičke i fizičke aktivnosti, te se u psihofarmakoterapiji koriste samo u izuzetnim situacijama.

Indikaciona područja u psihijatriji za primenu psihostimulansa su:

- *stanja deficita pažnje* (posebno kod dece),
- *neki poremećaji spavanja,*
- *lečenje depresije kod starih,*
- *potenciranje terapijskog efekta trici-kličnih antidepresiva,*
- *lečenje depresivnosti u bolesnika sa primarnim somatskim oboljenjem itd.*

Klasični psihostimulansi pripadaju grupi simpatikomimetičkih amina, ali u psihostimulanse se ubrajaju i *nootropne supstance*, odnosno *psihoenergetici*.

Najpoznatiji psihostimulansi su *amfetamini*, uvedeni u terapiju još 1930. godine, i *metilfenidat* (slične hemijske strukture amfetamina). Danas se zloupotrebljavaju u *politoksikomaniji*, odnosno *narkomaniji*, a najpoznatiji oblik zloupotrebe amfetamina je ekstazi, najčešće u tableti. Vrlo raširena je zloupotreba psihostimulansa. Danas se zloupotrebljavaju preparati i psihofarmaci iz grupe psihostimulansa i brojni od njih se ilegalno sintetišu. Važno je znati da je tehnologija sinteze psihostimulansa relativno jeftina, te je njihova zloupotreba u subpopulaciji generacija mladih od dečje uzrasne dobi raširena. Ovo proizlazi

iz mogućnosti jeftine kupovine na ilegalnom tržištu droge, odnosno psihoaktivnih supstanci.

Psihodisleptici (Psihodelici)

Psihodisleptici ili *psihodelici* ili *halucinogeni* ili *psihozomimetici* pripadaju psihoaktivnim supstancama, tj. drogama i veoma su ograničene primene u savremenoj psihijatriji.

Najpoznatiji psihodisleptici, odnosno halucinogeni su: *Dietil-amid-lizerginske kiseline* — LSD, *Meskalin* i *Psilocibin*. Sve tri nabrojane supstance su u grupi psihoaktivnih supstanci, odnosno droga i u raširenoj narkomanskoj zloupotrebi danas u politoksikomaniji. Supstituisani su i potisnuti iz psihofarmakoterapije u potpunosti već decenijama.

Antiparkinsonici

Antiparkinsonici su u psihijatrijskoj proskripciji kao *antiholinergici* u stanjima neurolepticima izazvanog neuroleptičkog, odnosno ekstrapiramidnog sindroma klinički izraženog tremorom i rigorem muskulature.

Antipsihotici, poznato je, dovode do apsolutnog sniženja dopamina blokirajući njegovo ponovno preuzimanje. Antiholinergici blokirajući acetilholin u *corps striatumu* uspostavljaju ponovo ekvilibrijum *dopamin-acetilholin*, što se klinički reflektuje nastankom ekstrapiramidnih simptoma.

Zna se da je za normalno motorno funkcionisanje neophodna ravnoteža acetilholinske (ekscitatorne) i dopaminergičke (inhibitorne) neuronske aktivnosti bazalnih ganglija.

Antiholinergici ili antiparkinsonici su po svojoj farmakodinamici svi slični i slični po učinku, odnosno kliničkoj terapijskoj efikasnosti.

Najčešće se u psihijatrijskoj kliničkoj praksi koristi antiholinergik *Benztropin* — **Akineton**. U kliničkoj fenomenologiji neuroleptičkog sindroma predlaže se započinjanje terapije sa 1-2 mg Benztropina *pro die*. Propranololhidrochlorid, kao i drugi beta blokatori se u psihofarmakoterapiji koriste kao antiholinergici, odnosno antiparkinsonici u razvijenom neuroleptičkom sindromu koji se odražava pojavom *akatzija*. Za suzbijanje ili lečenje akatzija koristi se i *Clonidin* — agonista alfa 2 receptora.

Lečenje neuroleptičkog ili ekstrapiramidnog sindroma potrebno je zbog neprijatnosti

koje psihijatrijski bolesnik doživljava a što snižava dalju njegovu saradnju u lečenju.

Ostali lekovi

Savremena psihijatrija kao klinička medicinska disciplina obavezuje lekara psihijatra da poznaje farmakološke supstance izvan psihofarmakologije.

Psihičke poremećaje i bolesti, posebno iz grupe psihosomatskih i somatopsihičkih, prate brojni klinički znaci somatskog porekla. Psihijatar lečeći takve bolesnike ima potrebu da u terapiju uvede i lekove koji inače pripadaju somatskim granama medicine, ili lekove koji otklanjaju pojedine, a bolesniku neprijatne simptome — **simptomatska terapija** u psihijatriji.

PSIHOFARMAKOGENETIKA

Pedesetogodišnja istorija psihofarmakoterapije kao dela biološke terapije u psihijatriji podstakla je brojna istraživanja, a posebno u oblasti farmakokinetike psihofarmaka, kao i istraživanja genetske regulacije sudbine leka u organizmu mentalno zdravih i bolesnih ljudi.

Psihofarmakogenetska istraživanja u poslednjih 20 godina su pokazala da je sudbina svakog u organizam unetog psihofarmaka genetski determinisana, *monogeniski ili poligeniski*.

— **Monogenska uslovljenost** farmakokinetike psihofarmaka dovodi do karakterističnih bimodalnih varijacija koje je moguće istraživački pratiti u porodicama i ukupnoj populaciji.

— **Poligenско nasleđivanje** determiniše unimodalnu distribuciju psihofarmaka po principu multiplih gena sa malim i aditivnim efektima.

Istraživački je utvrđeno da genetski faktori utiču značajno na 3 grupe psihofarmaka, i to:

— *solitijuma*,

— *triciklične antidepressive* i

— *hidrazidne inhibitore monoaminooksidaze* — **IMAO**.

Genetski je determinisano barem 5 faktora farmakokinetike psihofarmaka, i to:

— **apsorpcija**,

— **distribucija**,

— **vezivanje u tkivima**,

— **biotransformacija** i

— **eliminacija**.

NEFARMAKOLOŠKI METODI BIOLOŠKE TERAPIJE U PSIHIJATRIJI

Lečenje (bolji termin je **tretman**) bolesnika sa psihičkim poremećajima i bolestima zasnovano na naučnim saznanjima u psihijatriji nema dugu tradiciju, tek oko 100 godina.

Ravnopravno u tretmanu duševnih bolesti danas se koriste *biološki*, *psihološki* i *socio-loški* metodi lečenja ili terapije. Sve tri vrste terapijskih tretmana u savremenoj psihijatriji se primenjuju na istom pacijentu, istovremeno i u dinamičkoj korelaciji.

Biološki metodi lečenja psihičkih poremećaja i bolesti pored opisanih psihofarmakoloških su još:

- brojne vrste konvulzivnih terapijskih metoda i tehnika,
- terapija snom,
- vitaminska terapija,
- terapija svetlom,
- terapija ugljen-dioksidom,
- pneumoterapija,
- terapijski učinak ishrane duševnih bolesnika,
- psihohirurgija i
- druge metode.

Konvulzivna terapija u psihijatriji

Lečenje psihijatrijskih poremećaja i bolesti artifičijelnim izazivanjem konvulzija, odnosno konvulzivnih napada, kao u spontanom konvulzivnom epileptičkom GRAND MAL napadu, uvedeno je u psihijatrijsku terapijsku

praksu na zapažanjima kliničara da se klinički shizofrenija i epilepsija isključuju kod istog pacijenta. *Današnja saznanja opovrgavaju ovaj stav.*

Artificijelno izazvane konvulzije dovodile su do kliničkog poboljšanja u smislu umanjavanja ili nestanka psihopatološke fenomenologije kod duševnih bolesnika. Tokom nekoliko decenija široke primene konvulzivne terapije u psihijatriji, konvulzije su izazivane brojnim agensima namerno aplikovanim, te su najčešći vidovi korišćene konvulzivne terapije bili sledeći.

Farmakološka konvulzivna terapija

Mađarski psihijatar Meduna, je 1943. godine saopštio konvulzivne, a potom terapijske efekte intramuskularno ordiniranog *Kamfora*. Veoma brzo Kamfor je zamenjen *Kardiazolom* (zbog sporednih efekata intramuskularno aplikovanog Kamfora u smislu pojava lokalnih apscesa).

Kardiazolski šok

Tehnika izazivanja konvulzivnih napada Kardiazolom u svrhe lečenja duševnih bolesnika je izvođena aplikacijom 10%-ne solucije Kardiazola (*pentametil* — *entetrazol*) tokom pola minuta, 5 do 10 ml intravenski. Veoma brzo po aplikovanju rastvora Kardiazola u rečenoj količini nastaje gubitak svesti praćen to-

ničkim, a zatim kloničkim grčevima mišića po tipu klasičnog velikog epileptičkog napada.

Konvulzije izazvane indoklonom

Lečenje konvulzijama izazvanim inhalacijom Indoklona primenjuje se od 1957. godine. Indoklon ili *heksafluor-dietil-eter* se aplikuje u svrhe konvulzivnog lečenja u psihijatriji. Aplikuje se aparatom za anesteziju, dakle inhalatorno, uz primenu relaksansa i barbiturata ultrakratkog dejstva (*Kemital*) u svrhu mitigiranja konvulzivnog napada.

Acetilholinski konvulzivni šok

Acetilholinski konvulzivni šok primenivan je u lečenju psihoza intravenskim davanjem acetilholina od 0,5 g. Acetilholin izaziva anoksiju mozga praćenu diskretnim konvulzijama i izraženom vaskularnom reakcijom uz intenzivna neprijatna doživljavanja praćena strahom.

Lečenje psihijatrijskih bolesnika insulinskim komama

Insulin je doživeo široku primenu u psihijatriji u lečenju shizofrenije tokom 4. i 5. decenije XX veka. Tehnika lečenja u psihijatriji inzulinskim komama sprovedena je davanjem kristalnog insulina u dozama koje izazivaju insulinsku komu, odnosno hipoglikemijsku komu. Prvi objavljeni rezultati dobrog terapijskog učinka insulinske kome u lečenju shizofrenije publikovani su 1936. godine (*Mamfred Sakel*).

Otkrićem psihofarmaka lečenje farmakološkim izazivanjem konvulzija u psihijatriji svedeno je na najmanju meru i danas je gotovo sasvim zapostavljeno i zaboravljeno.

Elektrokonvulzivna terapija u psihijatriji — EKT

Italijanski psihijatri Ugo Čarleti i Bini uveli su 1938. godine u lečenje duševnih bolesnika konvulzivne krize svesti izazvane primenom električne struje.

Elektrode se stavljaju pacijentu bitemporalno i aplikuje se struja u vremenu od 0,1 do 0,5 s potencijala oko 110 W, a jačine 200 do 1.600 mA, što trenutno izaziva gubitak svesti i konvulzivni napad.

Elektrokonvulzivna terapija (EKT) se decenijama primenjivala u svim psihijatrijskim stacionarnim institucijama za lečenje duševnih bolesnika iz kruga shizofrenih psihoza i teških endogenih depresija. Danas se elektrokonvulzivna terapija koristi retko i uz asistiranje anesteziologa reanimatora, kao mitigirana elektrokonvulzivna terapija prethodnom medikacijom barbituratima ultrakratkog i kratkog dejstva.

Mehanizam terapijskog delovanja elektrokonvulzivnog šoka ni do danas nije u potpunosti razjašnjen ili bar ne usaglašeno. Pretpostavljeno objašnjenje bi bilo artificijelna funkcionalna razgradnja diencefaličnih struktura, te njihovo spontano ponovno uspostavljanje bez validnog i ubedljivog objašnjenja kako se ostvaruje poboljšanje psihičkih funkcija, odnosno kako nestaju psihopatološki fenomeni u duševnog bolesnika.

Lečenje psihijatrijskih bolesnika snom

Terapija produženim snom uvedena je još 1922. godine u stacionarne psihijatrijske ustanove. Produženi san izazivan je artificijelno

aplikacijom barbiturata, a lečenje je sprovedeno u serijama po 2 nedelje. Bolesnik je buđen samo radi hranjenja i obavljanja fizioloških potreba.

Lečenje produženim snom danas se izvodi davanjem neuroleptika i takve terapijske kure traju do 3 meseca.

Lečenje **elektrosnom** uveo je Giljarovski 1958. godine. Terapija elektrosnom izvodi se uspavlivanjem bolesnika aplikacijom slabe naizmenične struje preko 2 elektrode. *Katoda* se postavlja supraorbitalno, a *anoda* na predeo mastoida. Elektrosan–metod nema neželjenih efekata. Elektrosan se ostvaruje delovanjem slabe struje na retikularnu supstancu moždanog stabla.

Terapija produženim snom se i danas rasprostranjeno koristi u psihijatrijskim ustanovama, bilo aplikacijom neuroleptika, bilo elektrosnom.

Lečenje svetlom ("Phototherapy" ili "Light therapy")

Lečenje psihijatrijskih poremećaja i bolesti svetlom započeto je 1980, odnosno 1982. godine u okviru hronobioloških saznanja u psihijatriji značajnih za psihički život čoveka. Izlaganjem Sunčevom ili arteficijelnom svetlu utvrđena je supresija lučenja *melatonina*, te je nastala ideja o primeni svetla radi lečenja hronobioloških mentalnih poremećaja.

Lewy je 1980. godine prvi primenio fototerapiju na šezdesettrogodišnjem bolesniku sa bipolarnom depresijom dijagnostikovanom i lečenom 13 godina pre toga. Bolesnik je pre fototerapijske procedure 16 nedelja patio od depresije da bi posle 4 dana primenjene arte-

ficijelne fototerapije intenziteta 2.000 luxa 2 puta po 3 sata dnevno nastupilo značajno kliničko poboljšanje.

Dvodecenijsko iskustvo lečenja svetlom determinisalo je indikacije za primenu ovog metoda, te su to: *sezonske afektivne depresije, zimske depresije, endogene depresije, poremećaji cirkadijalnog ritma* i druge.

Danas su u vezi sa primenom fototerapije otvorena pitanja bez egzaktnog odgovora:

— Kolika je potrebna jačina svetla da bi se ostvario terapijski učinak?

— Koliko treba da traje ekspozicija bolesnika arteficijelnim svetlom?

— Koja je optimalna talasna dužina terapijski primenjenog svetla?

— Treba li fototerapija da obavezno suprimira lučenje melatonina da bi se postigao terapijski učinak i ukoliko je tako u kojoj meri?

— Da li je potrebno da pri terapijskom izlaganju svetlu bolesnik bude budan?

— Koji su rizici od fototerapije i nuspojave?

Ugljendioksid u lečenju mentalnih poremećaja

Tehnički lečenje ugljendioksidom u psihijatriji sprovodi se aplikacijom 20—100 inhalacija smeše od 30% ugljen-dioksida i 70% kiseonika – **oksigenošok**. Inhalacija ovakve gasne miksture dovodi do rigiditeta miškulature, spastične fleksije ekstremiteta i gubitka svesti.

Saopštenja o pozitivnim efektima ovakvog lečenja upućuju na terapijsku uspešnost u neurozama sa dominantnom anksioznošću i poremećajem ličnosti, ali i kod psihopatskih struktura.

Pneumoterapija psihičkih poremećaja

Pneumoterapija je biološki terapijski metod koji se ređe primenjuje u lečenju poremećaja neurotičnog nivoa. Tehnički pneumoterapija je neprijatna za bolesnika jer podrazumeva aplikaciju vazduha subduralno kroz punkcijsku iglu pošto se prethodno ispusti 80—100 kubika likvora.

Smatra se da pneumoterapija ostvaruje povoljan klinički efekat zbog metaboličkih reakcija u neuronima nakon ispuštanja veće količine likvora iz subarahnoidnog prostora i komornog sistema mozga lumbalnom punkcijom.

Vitaminsko lečenje (Megavitaminska terapija duševnih bolesnika)

Shizofrenim bolesnicima u poslednjim decenijama XX veka aplikovane su megadoze (zato megavitaminska terapija) niacina — vitamina iz grupe B. Saopštenja nekontrolisanih studija su o pozitivnom terapijskom efektu kod shizofrenih bolesnika. Nažalost, *sve do danas kontrolisane studije megavitaminske terapije shizofrenije niacinom nisu potvrdile terapijski efekat.*

Ishrana kao terapijski suport u psihijatriji

Kontrolisana ishrana duševnih bolesnika je sastavni deo terapijskog tretmana u savremenoj psihijatriji. Duševni bolesnik treba da

kontrolisano unosi dovoljno optimalne količine hranljivih materija i tečnosti tokom lečenja.

Režim pravilne ishrane duševnih bolesnika ima terapijsku vrednost jer je stav duševnog bolesnika prema uzimanju hrane vrlo često negativistički. Razlozi su u fenomenologiji nekih duševnih bolesti (sumanutost trovanja hranom npr.).

Nekada nije moguće ostvariti pravilnu ishranu duševno poremećenog u hospitalnim uslovima kroz uobičajene obroke. Potrebno je tada duševnom bolesniku "*plasirati*" nazogastričnu sondu (nosno—želudačnu sondu) i omogućiti pravilnu ishranu kao terapijsko sredstvo, odnosno metod. Ukoliko duševni bolesnik uzima hranu ali u nedovoljnim količinama, primenjuje se tzv. **hranljiva infuzija** (500 ccm rastvora 10%—ne nutritivne glikoze sa ampulom aneurina 250 mg, 2 ampule bedoksina po 100 mg i 2 ampule ascorbita od po 500 mg).

Psihohirurgija u lečenju mentalnih poremećaja i bolesti

Portugalac *Egaz Monic*, inače nobelovac, 1936. godine je publikovao rezultate kliničkog poboljšanja shizofrenije nakon hirurške operacije frontalnog režnja telencefalona. Tako je inagurisana psihohirurgija kao terapijski metod u psihijatriji.

Psihohirurgija kao terapijski psihijatrijski metod podrazumeva hirurški zahvat na intaktnom mozgu. Dakle, operacija moždanih tumora i stereotaktičke operacije temporalne regije radi uklanjanja epi-fokusa nisu psihohirurške intervencije.

Psihohirurški metod lečenja duševnih bolesnika bio je posebno prihvaćen i rasprostranjen u SAD i u Velikoj Britaniji do pre pola veka, tj. do ere neuroleptika, odnosno psihofarmakologije.

Psihohirurški metod lečenja duševnih bolesti podrazumevao je:

— prefrontalnu leukotomiju u različitim varijantama:

- bilateralnu prefrontalnu lobotomiju;
- parcijalnu destrukciju frontalnog režnja;
- bimedijalnu lobotomiju.

Duševni bolesnik nakon izvršene psihohirurške intervencije na frontalnom lobusu je klinički manifestovao jasne eklatantne promene. Fenomenološki ovi bolesnici su:

- *gubili afektivnu rezonancu,*
- *postajali abulični,*
- *gubili interesovanje za socijalne kontakte,*

- *neuredno se oblačili,*
- *neadekvatno se odnosili prema okolini,*
- *zanemarivali ličnu higijenu,*
- *zanemarivali porodicu i*
- *gubili sposobnost bilo kakvog kreativnog rada.*

Psihopatološki sadržaji duševnog poremećaja u kliničkoj slici bolesti pre psihohirurške intervencije su ostajali, ali je bolesnik bivao ravnodušan prema svojim intrapsihičkim doživljajima i kada su oni zastrašujući. Danas je psihohirurški metod lečenja u psihijatriji izuzetno retko primenjivan i ima samo značaj za istorijat razvoja do savremenog psihijatrijskog lečenja.

Mnogi od opisanih metoda se koriste u psihijatrijskim institucijama širom sveta.

Neki navedeni metodi su istorijska prošlost psihijatrijske terapije u našoj zemlji.

PSIHOTERAPIJA



Psihoterapija je svaki terapijski, odnosno lečeci odnos terapeut — pacijent, tj. lekar — bolesnik.

Psihoterapija je lečenje osoba sa psihičkim i svakim drugim tegobama psiho uticajem.

Psihoterapija označava svaki odnos između ljudi sa terapijskim, odnosno lečecim ciljem.

Psihoterapija u užem smislu podrazumeva posebne tehnike i procedure zasnovane na različitim teorijskim principima pri kojima psihološkim putem terapeut utiče na pacijenta.

Svrha psihoterapije može biti dvostruka:

1. ublažavanje ili uklanjanje simptoma bolesti ili poremećenog ponašanja;
2. uklanjanje uzroka mentalnog poremećaja.

Psihoterapija se primenjuje i bez fenomenologije psihičkih poremećaja i bolesti sa namerom uspostavljanja harmoničnog funkcionisanja individue, odnosno zdravog i harmoničnog mentalnog i opšteg funkcionisanja.

Psihoterapija je veoma rasprostranjen metod lečenja u savremenoj psihijatriji i vrlo širokog područja primene. Primeњуje se na sva stanja psihičkog poremećaja i bolesti, stanja svih emocionalnih poremećaja kao pratilaca svake somatske bolesti i problema svakodnevnog življenja sa ciljem podrške razvoju ukupnih ljudskih potencijala.

Psihoterapeutska relacija nije samo privilegija psihijatra, tj. lekara i ne odvija se samo odnosom lekar — bolesnik, već psihoterapeut može biti edukovan stručnjak nekog nemedicinskog profila, ali i laik može ostvariti uspešnost u "neformalnoj psihoterapiji".

Psihoterapija je po suštini moć interpersonalnih transakcija sa ciljem uklanjanja ili umanjivanja psihičkih poremećaja, bolesti i nekvalitetnih emocionalnih doživljavanja. Međutim, svaka interpersonalna transakcija može prouzrokovati sledeću nepoželjnost i moguću zloupotrebu. *Poznata je sugestivna podložnost čoveka sa strahom, zabrinutog i/ili bolesnog delovanju onih kojima veruje i u takvom stanju često im pripisuje natprirodnu moć.*

Istorijski gledano, u najranijim pisanim dokumentima i usmenim predanjima održanim iz daleke prošlosti, te *knjigama postanja*, lečenje rečima je dokaz primene psihoterapije i dokaz njene uspešnosti u ljudskoj milenijumskoj prošlosti.

Psihijatrijski intervju je fundament i osnova psihoterapije i svake njene varijante. Intervju nije samo prikupljanje podataka o pacijentu već uspostavljanje relacije psihijatar — bolesnik koji je po svojoj suštini odnos poverenja i odnos pozitivnih emocija. Kroz psihijatrijski intervju pacijent se motiviše i osposobljava da prihvati lečenje i da u njemu aktivno učestvuje, a to je već psihoterapijski kvalitet i rezultat.

Psihijatrijski ciljevi se zasnivaju na prethodnoj saglasnosti i terapeuta i bolesnika usklađeno sa dijagnozom, motivacijom pacijenta i njegovom podobnošću za odgovarajući psihoterapijski metod. Naravno, psihijatrijski ciljevi moraju biti usklađeni i sa edukovano-

šću terapeuta za odabrani psihoterapijski metod.

Savremena psihoterapija je poseban metod lečenja u psihijatriji. Razvila se u poslednjih oko 100 godina u veliki broj varijeteta.

Ovog momenta ima nekoliko stotina različitih psihoterapijskih modela, ali su svi oni varijante i podvarijante desetak osnovnih modela psihoterapije. Danas u psihoterapiji najzastupljeniji su:

- *psihoanalitički model*,
- *bihevioralni model*,
- *geštalt model*,
- *egzistencijalistički model*,
- *transakciono-analitički model*,
- *kognitivni model* i
- *psihosomatski model psihoterapije*.

Zavisno od ciljeva, svi metodi psihoterapije se dele na:

- 1) **površinske** ili podržavajuće (*suportivne*) psihoterapijske metode;
- 2) **dubinske**, odnosno *psihodinamske* psihoterapijske metode;
- 3) **ostale** psihoterapijske metode, kao bihevioralne, humanističke psihoterapijske metode.

Psihoterapijom kao metodom lečenja u savremenoj psihijatriji ne bave se samo lekari psihijatri već i drugi obrazovni profili, pre svih psiholozi, pedagozi, defektolozi itd. Bitno je da svi psihoterapeuti prolaze edukaciju i specifično obrazovanje za opredeljeni i izabrani model psihoterapije.

Svaka relacija lekar — pacijent je samim uspostavljanjem psihoterapijska situacija.

Studenti medicine, a budući lekari XXI veka, neophodno je propedevtički da usvoje najelementarnija znanja iz danas veoma razvijene i široko teoretski obrađene psihoterapijske oblasti.

GRUPNA PSIHOTERAPIJA

Grupna psihoterapija je kao metod lečenja u psihijatriji mlađa od individualne psihoterapije. Počela je da se razvija u okviru psihijatrije pre oko pola veka. Razvoj psihijatrije kao nauke i struke uslovio je posledično grupne psihoterapijske metode, bar iz dva najbitnija razloga.

1. *Čovek je nesporno društveno biće i kao takav trpi uticaje grupe u kojoj živi.* Na psihički život individue utiču kompleksni odnosi koji vladaju u sociozajednici ne samo pozitivni i podržavajući već i negativni koji uslovljavaju mentalne poremećaje. Uticaje iz socio-okruženja savremena psihijatrija može koristiti u svrhe primarne prevencije, lečenja i u tretmanu i rehabilitaciji psihičkih poremećaja.

2. *Socijalna orijentacija psihijatrije* u poslednjih 50 godina je usloвила okretanje ka potrebama stanovništva, odnosno grupe. Sa psihijatrijskog aspekta, mogućnosti i potrebe grupe su ogromne, ali ogromni su i uticaji grupe na moguću pojavu mentalnih poremećaja.

Karakteristično za grupnu psihoterapiju je podržavanje potreba savremenog čoveka za pripadnost grupi kroz bliske i neposredne odnose sa drugima. Grupna psihoterapija podstiče nezavisnost pacijenta od postojećeg, a sputavajućeg Ego — stanja roditelja i prevazilaženje potrebe za igrom koju nameće Ego — stanje deteta.

Danas su u psihijatriji razvijeni posebni psihoterapijski metodi primenjivi samo na grupu. ***Metodi grupne psihoterapije obezbeđuju efikasan način lečenja većeg broja pacijenata istovremeno.*** Psihoterapijski modeli i psihoterapijski ciljevi opredeljuju *veličinu grupe* (manja ili veća), *heterogenost* ili *homogenost* grupe, bilo u *odnosu na vrstu men-*

talnih poremećaja ili psihičkih i emocionalnih problema, pol, uzrast itd. Grupe mogu biti otvorene ili zatvorene.

Neki danas razvijeni metodi grupne psihoterapije usmereni uglavnom na obezbeđivanje podrške mogu postojati i delovati bez profesionalnog lidera, znači lekara ili psihoterapeuta u širem smislu.

Metodi grupne psihoterapije ne omogućavaju intenzivniji individualni psihoterapijski pristup, te se prema potrebi kombinuju s individualnim psihoterapijskim metodima. Grupna psihoterapija je efikasna u lečenju bolesnika sa:

- *interpersonalnim problemima,*
- *anksioznim poremećajima,*
- *sa poremećajima strukture ličnosti i*
- *blažim oblicima depresivne fenomenologije.*

Grupni psihoterapijski tretman psihotičnih nije dao povoljne i dovoljno validne rezultate, mada se i ovakvi modeli tretmana duševno obolelih koriste u psihijatrijskoj praksi.

Porodična psihoterapija

Porodična psihoterapija predstavlja poseban oblik grupne psihoterapije i odnosi se na terapijsko uključivanje cele bolesnikove porodice ili pojedinih članova iz nje. Nekada se članovima porodice priključuju i za bolesnika značajne osoba iz radne sredine ili životnog sociookruženja.

Porodična psihoterapija može biti zasnovana na psihoanalitičkom, bihevioralnom, transakcionom i egzistencijalnom psihoterapijskom modelu.

Porodična psihoterapija, iako različita po primenjenim psihoterapijskim metodima, ima zajedničke ciljeve, a to su:

- razrešenje konfliktnih porodičnih situacija;
- bolje interpersonalno razumevanje unutar porodice;
- uspostavljanje novih emocionalnih odnosa unutar porodice;
- identifikovanje, negovanje i razvijanje pozitivnih relacija u porodici.

Bračna psihoterapija

Bračna psihoterapija je takođe oblik grupne psihoterapije sa brojnim varijacijama, zavisno od postavljenih ciljeva oba vanbračna ili bračna učesnika. Bračna psihoterapija kao poseban vid tretmana u psihijatriji primenjuje se u različitim situacijama narušenih interpersonalnih odnosa partnera. *Kriza partnerskog odnosa je patognomonični fenomen na kojem se zasniva psihoterapijski rad.*

Uspeh bračne psihoterapije zavisi od nepristrasnog i neutralnog stava i držanja terapeuta, a neretko i od terapeutovog pola, po-

sebno u situacijama seksualne bračne krize ili u situaciji poremećaja seksualnog nagona jednog od partnera.

Balintove grupe

Balintove grupe su posebna podvarijanta grupne psihoterapije, odnosno psihoanalitičke grupne terapije edukativnog profila. Psihoanalitičar *Michail Balint* iz Budimpešte je pre nešto više od pola veka na Tavistock klinici u Londonu instituisao edukativno psihoanalitički profil grupne psihoterapije "**Balintove grupe**".

Balintove grupe su *grupa lekara opšte prakse* koji na grupi iznose sopstvena iskustva sa svojim pacijentima. Balint je nekoliko godina sprovodio edukaciju tih grupa lekara iz oblasti psihoanalize uz istovremenu psihoanalizu strukture njihove ličnosti. Model "**Balintove grupe**" je visoko vrednovan u psihijatriji i primenjuje se u celom svetu kao svojevrsni spoj **edukacije i supervizije** u stručnom radu lekara. **Balintove grupe povezuju ulogu i ličnost terapeuta na nivou transferne relacije u situaciji nastalog odnosa pacijent — terapeut.**

INDIVIDUALNA PSIHOTERAPIJA

Psihoterapija po definiciji preferira relaciju ili odnos dve individue sa pomažućim, lečećim ciljem.

Preko 90% razvijenih i u praksi primenjenih psihoterapijskih metoda od nekoliko stotina njih koristi se u individualnoj psihoterapiji. Većina su isključivo individualni psihoterapijski metodi.

Psihoanaliza je osnov svakog metoda individualne psihoterapije, a nastala je početkom XX veka razvijajući se na Frojdovom iskustvu u lečenju bolesnika sa histeričnim (konverzivnim) bolovima i oduzetostima. Uspešnost psihoanalitičkog tretmana bolesnika zasniva se primarno na ostvarenom pozitivnom emocionalnom odnosu pacijenta prema lekaru (terapeutu). *Transfer* je termin za to. Transfer je kvalitet svake uspostavljene terapijske relacije i njena odlika od samog početka te relacije. Svaka uspostavljena terapijska relacija reflektuje i *kontratransfer*. Kontratransfer nastaje kao posledica bolesnikovog uticaja na nesvesna osećanja lekara — terapeuta i može biti pozitivan i negativan (prema uticaju na odvijajući terapijski proces). Lekar ima obavezu tokom individualne psihoterapije da prepozna kontratransfer i da ga kontroliše i ovlađuje njime.

Individualno psihoterapijsko delovanje i efekte ne ostvaruje samo psihijatar u svakodnevnom radu već i svaki lekar u najširem smislu u svakodnevnoj lekarskoj praksi kroz

svaki uspostavljeni odnos lekar — pacijent. Razumevanje i prihvatanje sa pozitivnim emocijama pacijentovih sadržaja je individualni psihoterapijski pristup po suštini, jer pacijent lekaru ne daje samo simptome svoje bolesti već nudi sebe i ukupnu svoju ličnost.

Bolesnik lekaru pored znakova i opisa svoje bolesti iznosi svoje brige, nemire, strahove, nezadovoljstva, sve što ga muči. Bolesnik se plaši svoje trajne nesposobnosti zbog bolesti, svoje dezintegracije zbog svesnog ili podsvesnog straha od smrti. Svaki bolesnik je pri obraćanju lekaru u regresivnom stanju, koje po mnogo čemu podseća na stanje bespomoćnog deteta i po tom principu ima potrebu za svesmoćnim likom koji transferno predstavlja lekar. **Lekar je za bolesnog spasitelj, čovek koji sve zna i sve može.**

Bolesnikovo doživljavanje lekara kao nadmoćne i onipotentne osobe može necelishodno podsticati narcizam lekara kao nepoželjni kvalitet u relaciji lekar — pacijent. Pozitivne emocije prema lekaru bolesnik neredovno hipertrofisano usmerava kroz preterane jadikovke, uz sve veće i veće zahteve, što se vremenom transformiše u nezadovoljstvo do nepoverenja u svog lekara, pa konačno do neprijateljstva i čak agresivnih napada na njega.

Opisana transferna situacija odnosa lekar — pacijent je česta u praksi, te su osnovna znanja individualne psihoterapije neophodna za savremenog lekara opšte prakse, kao i specijalistu bilo koje medicinske discipline.

DUBINSKA PSIHOTERAPIJA

Dubinska ili interpretativna psihoterapija kao metod psihoterapije ima uporište i poreklo u klasičnoj psihoanalizi *Sigmunda Frojda*.

Metodi dubinske psihoterapije su:

- *klasična psihoanaliza*,
- *psihoanalitička psihoterapija* i
- *kratka analitički orijentisana psihoterapija*.

Psihoanaliza a time i dubinska psihoterapija obuhvata:

- *poseban metod psihoterapije*,
- *specifičan pristup ispitivanju nesvesnog u okviru psihičkog individue* i
- *skup teorijskih saznanja o strukturi ličnosti, njenoj mentalnoj ukupnosti, etiologiji psihičkih poremećaja, posebno poremećaja neurotičnog nivoa i psihosomatskih poremećaja*.

Metodi dubinske psihoterapije se baziraju na psihoanalitičnom učenju o strukturi psihičkog kroz teorijsko objašnjenje relacija **Id**, **Ego** i **Super Ego**. Dubinska ili *interpretativna psihoterapija* u suštini je terapija putem sticanja uvida i rekonstrukcija psihičkog individue.

Teorijski **dubinska ili interpretativna psihoterapija je kauzalno lečenje jer otklanja uzrok mentalnog poremećaja ili poremećenog emocionalnog ponašanja**.

Dubinska psihoterapija se služi:

- *psihoanalitičkom psihoterapijom*,
- *kratkom analitički orijentisanom psihoterapijom*,
- *klasičnom psihoanalizom* i
- *neoanalizom*.

POVRŠINSKI PSIHOTERAPIJSKI METODI

Površinska psihoterapija je zapravo **supportivna psihoterapija** i predstavlja lečenje pružanjem podrške bolesniku u najširem smislu.

Površinska ili suportivna (podržavajuća) psihoterapija je usmerena ka samom pacijentu da savlada teškoće kroz koje prolazi ili u koje je zapao. Površinska ili suportivna psihoterapija je inkorporirana u bilo koji danas poznati psihoterapijski metod, osim u klasični psihoanalitički i iz njega izvedene modele.

Terapeut kroz površinsku, odnosno suportivnu psihoterapiju menja nepoželjno emocionalno reagovanje i ponašanje svog pacijenta, razvijajući mu uvid u sopstvene sadržaje dostupne njegovoj svesti ili one sadržaje koji mogu postati dostupni svesti. Terapeut deluje pružanjem pacijentu podrške i ohrabrenja:

— *persuazijom* tj. nagovaranjem (suzbijanje pacijentovih zabluda u odnosu na opasnost doživljavanja tegoba, u odnosu na mehanizam njihovog nastanka i u odnosu na mogućnost izlečenja, što pacijenta smiruje i ohrabruje),

- *savetovanjem*,
- *sugestijom*,
- *treningom adekvatnih interpersonalnih odnosa i socijalnih veština uopšte* i
- *učenjem tehnikama relaksacije*, tj. *auto-relaksacije*.

Površinski, odnosno podržavajući ili suportivni psihoterapijski metodi imaju mesta u radu lekara opšte prakse, kao i specijalista svih grana medicine i neophodna su profesionalna lekarska veština.

BIHEVIORALNA PSIHOTERAPIJA

Bihevioralna psihoterapija je specifična tehnologija menjanja ponašanja.

Bihevioralna psihoterapija je konceptualni sistem, preciznije — teorijski model objašnjenja psihopatologije namenjen tumačenju abnormalnog ponašanja, od sagledavanja etiologije, patogeneze, terapije, sve do primarne prevencije i rehabilitacije psihičkog poremećaja.

Bihevioristi naglasak stavljaju na opservaciju autonomnog, motornog i kognitivnog ponašanja, dostupnog posmatranju i kvantifikaciji.

Bihevioristi ne prihvataju hipoteze o nesvesnoj motivaciji, odnosno o intrapsihičkim uzrocima mentalnog poremećaja. Problemi i situacije u kojima se ispoljava mentalni poremećaj bihevioristi deskriptivno izlažu. Konačno, za bihevioriste je samo stvarna promena ponašanja pacijenta isključivi kriterijum evaluacije njegovog tretmana.

Bihevioristi strogo određuju ciljeve promene starog, odnosno psihopatološkog modela ponašanja i insistiraju na opredeljenom usvajanju novih obrazaca adaptivnog ponašanja bolesnika. Tek po utvrđivanju cilja terapeut ostvaruje dogovor sa pacijentom a terapija počinje posle bihevioralne procene, tj. sprovedenog bihevioralnog dijagnostičkog postupka ili analize.

Bihevioristi insistiraju na tome da je njihov pristup proučavanju i lečenju mentalnih poremećaja i bolesti **naučan**, jer počiva na opservaciji i objektivnom merenju, odnosno kvantifikaciji. Bihevioristi tvrde da sve što postoji u prirodi postoji u izvesnoj količini, znači može se izmeriti.

Bihevioralni terapeuti, odnosno psihoterapeuti smatraju da je u svakoj situaciji neprilagođenog ponašanja ili mentalnog poremećaja učenje suština korektivne procedure. Bolesnik treba uz pomoć terapeuta da nauči nove modele ponašanja koji mu nedostaju. Bolesniku treba pomoći da ovlada poželjnim i adekvatnim ponašanjem prilagođenim situaciji, mestu, sociookruženju itd. Bolesnik tokom biheviorterapije treba da modifikuje svoje maladaptivno ponašanje učenjem i usvajanjem novih modela.

Suština biheviorterapije je u odučavanju i ponovnom učenju i usvajanju modela ponašanja.

Vrednost biheviorterapijskih tehnika je pragmatična težnja ka verifikaciji, odnosno evaluaciji terapijskog uspeha, što omogućava dinamičko usavršavanje samih terapijskih tehnika u praktičnom radu.

Većina savremenih bihevioralnih terapijskih tehnika je proizašla iz eksperimentalnih studija klasičnog i operacionalnog uslovljavanja. U optičaju su i bihevior terapijske tehnike bez adekvatnog i dobrog teorijskog objašnjenja, ali su i one nastale na eksperimentalnoj analizi ponašanja.

Savremena bihevioralna psihoterapija se temelji na:

- *klasičnom uslovljavanju,*
- *operacionalnom uslovljavanju,*
- *kontrauslovljavanju i gašenju.*

Bihevioralna psihoterapija je danas veoma rasprostranjena u psihijatriji i raspolaže ovog momenta sa preko 100 razvijenih varijeteta terapijskih tehnika.

KOGNITIVNA PSIHOTERAPIJA

Kognitivna psihoterapija *per se* je svoju specifičnost realizovala poslednjih godina. Nastala je na razvoju bihevioralne terapije, odnosno kada su biheviorterapeuti počeli insistirati na pacijentovom uvidu u sopstveno stanje. Pre toga biheviorterapeuti su smatrali da je dovoljno uticati na promenu modela ponašanja i da će njegovim usvajanjem logična posledica biti pacijentov uvid u suštinu vlastitog poremećaja.

Kognitivni pristup nije specifikum našeg vremena jer su još *stoici* u antičkoj Grčkoj shvatili značaj kognitivne obrade informacija za društveni život individue. "**Ljude ne ometaju događaji, već viđenja tih događaja i stavovi koje o njima imaju**" (*Epiktet*).

Savremena kognitivna psihoterapija zasnovana je na teoriji psihopatologije i korišćenju terapijskih tehnika proisteklih iz empirijskih istraživanja u aktuelnoj psihijatriji.

Kognitivna psihoterapija je na neki način integracija koncepcija kognitivne psihologije, bihevizma i socijalne psihologije.

Kognitivna psihoterapija se zasniva na naučnim saznanjima psihijatrije da kognitivne, odnosno saznajne strukture u ukupnom psihičkom čoveku oblikuju način njegovog reagovanja i adaptaciju na različite životne situacije. Sami kognitivni poremećaji, odnosno kognitivne distorzije su razlog brojnih poremećaja psihičkog života i konačno mentalnih bolesti. Struktura kognicije, odnosno saznajnog individue zavisi od biološke dispozicije i prethodnog iskustva. Dakle, kognitivna struktura je specifična za svaku osobu.

Sušтина kognitivne psihoterapije je stručna terapeutska pomoć bolesniku da svoje pogrešne kognitivne sheme prepozna i da na-

uči da ih koriguje, da im se suprotstavi ili da ih zameni novim, ispravnim modelima. Primer primene kognitivne psihoterapije na depresivnom bolesniku je insistiranje na korekciji negativnog mišljenja o sebi i zameni depresivne fenomenologije (samopotcenjivanja, osećanja manje vrednosti, bezvrednosti, samooptuživanja, bespomoćnosti i beznađa), novim kognitivnim shemama gratifikacije sopstvenog Ega.

Kognitivna psihoterapija se iskazala u lečenju depresije zahvaljujući Beckovom konceptu. Beck je na glavu obrnuo stav klasične psihijatrije da je depresija samo refleksija afektivnog poremećaja, dakle po suštini biološkog poremećaja. Beck tvrdi da se radi etiološki o kognitivnoj distorziji, a da je poremećaj afekta posledica, znači ne uzrok. Rezultati Beckove studije (jedna od najvećih, najobimnijih i najskupljih do danas) dovršena je 1986. godine potvrdili su neuporedivo bolje terapijske efekte u lečenju kognitivnom psihoterapijom poređeno sa farmakoterapijom depresija. Posebno je manji broj recidiva depresivne bolesti u pacijenata lečenih Beckovim kognitivnim psihoterapijskim konceptom.

Kognitivna psihoterapija se uspešno primenjuje, pored lečenja depresije, u stanjima:

- *fobične neuroze,*
- *opsesivno kompulzivne neuroze,*
- *anksiozne neuroze,*
- *hipohondrijaze,*
- *poremećajima strukture ličnosti,*
- *psihosomatskim poremećajima itd.*

Ovog momenta u svetu je razvijeno desetak različitih tehnika kognitivne terapije.

OSTALI PSIHOTERAPIJSKI METODI

S obzirom na to da postoji nekoliko stotina različitih psihoterapijskih metoda u savremenoj psihijatriji, brojni među njima su heterogeni po tehnici, kao i prema terapijskim ciljevima. Znači ne pripadaju psihoterapijskim do sada opisanim tehnikama.

Propedevtički za nivo znanja studenta medicine dovoljno je nabrojati važnije psihoterapijske metode koji se eksploatišu u većem obimu danas u svetu.

Geštalt psihoterapija

Termin geštalt znači *oblik, konfiguracija, celina, različita od prostog zbira delova te celine*. Zasnovana je na pristupu psihičkom životu čoveka po holističkim principima, što znači da se pojedini elementi psihičkog moraju posmatrati u sklopu celine.

Rogersova nedirektivna psihoterapija usmerena ka klijentu

Rogersova nedirektivna psihoterapija usmerena ka klijentu zasnovana je na psihoterapijskom verovanju da je individua sposobna da sama rešava svoje životne probleme. Pacijent je centar interesovanja ovog psihoterapijskog pravca, sa svim svojim željama, potrebama i snagom psihološke strukture svoje ličnosti.

Transakciona psihoanaliza

Transakciona psihoanaliza je zasnovana na nekim principima klasične psihoanalize sociodinamskih koncepcija i egzistencijalne analize.

Humanistička (neoanalitička) grupna psihoterapija

Ovaj pokret se javlja kao revolucionarna reakcija na konzervativne poglede psihoanalize. Suprotstavlja se Frojdovom pesimističkom stavu da je čovek u stalnom konfliktu između instiktivnih poriva i zahteva kulture, podržavajući izrazito optimistički stav o neograničenim potencijalima ljudske mentalne ukupnosti.

Grupe susretanja

Grupe susretanja su psihoterapijski pravac razvijen iz humanističke psihologije, a specifikuje ga klima u grupi koja se formira u delu spontano, a delom uticajem egzistencijalno-humanističke psihologije. Ovaj psihoterapijski metod se oslanja i na tehnike podsticanja kontakta, odnosno dodirivanja i kožnih senzacija, kao i tehnike suočavanja i tehnike meditacije.

Psihoterapijska tehnika konfrontacije pacijenta sa problemom

Psihoterapijska tehnika konfrontacije pacijenta sa problemom pripada grupi površinskih psihoterapijskih metoda. Bolesniku terapeut obrazlaže psihopatološke aspekte njegovog ponašanja i zahteva da se sam izjasni šta misli i oseća u vezi sa tim. Ovakvim konfrontiranjem bolesnika sa sopstvenim problemom teži se ostvarenje razrešenja, ali terapeut stiče i uvid u bolesnikovu sklonost da nepoželjno i neadekvatno reaguje u datim situacijama.

Psihoterapija putem direktnog odlučivanja

Ova psihoterapijska tehnika se zasniva na važnosti pacijentove odluke da se leči. Terapeut samo pomaže da bolesnik donese i odabere konstruktivnu odluku ka izlečenju. Izboru prave pacijentove prave odluke prethode:

— *Detaljna analiza mogućih alternativnih ponašanja i odluka;*

— *Analiza ranijih bolesnikovih odluka koje su dovele do nepovoljnog ponašanja i posledica po njega;*

— *Utvrdjivanje i analiza okolnosti u kojima su donešene pacijentove problematične ranije odluke.*

Logoterapija

Logoterapija je utemeljena na teoretskoj postavci da smisao ljudske egzistencije nije dat *per se*, nego ga individua tek treba da otkrije. Termin **noogene** neuroze (grčki *nous* — duh) podrazumeva neuroze razvijene u nedostatku životnog smisla. Ove neuroze pogađaju duhovnu stranu individue. Cilj logoterapije je pomaganje bolesniku da nađe smisao svog života, koji je zaboravljen ili izgubljen.

Postoji još veliki broj psihoterapijskih metoda i tehnika koje su ovog momenta u manjoj ili široj primeni u tretmanu psihičkih poremećaja i bolesti.

HIPNOZA

Hypnos na grčkom znači *san*, odnosno *uspavljivanje*.

Hipnoza predstavlja sugestijom izazvano stanje izmenjene svesti koje podseća na san, ali se od njega bitno razlikuje.

Hipnotisani održava kontakt sa hipnotizmom zasnovan na posebnoj emotivnoj vezi.

EEG hipnotisanog ima zone alfa ritmova za razliku od EEG-a snimljenog u klasičnom snu.

Hipnoza, odnosno *hipnotski san* se koristi u psihijatrijskoj praksi kao *terapijski metod*.

Termin **katarzična hipnoza** je specifičan oblik psihoterapije u hipnotskom snu, zasno-

van na oživljavanju sećanja na zaboravljene doživljene događaje u prošlosti pacijenta. Hipnoza se u psihoterapijskom smislu danas zamenjuje narkosugestijom i narkoanalizom (aplikuju se hipnotička sredstva pentotal, skopolamin i dr.).

Terapijske sugestije se daju u somnolentnom stanju, te se označavaju terminom **narkosugestije** ili se ostvaruje emocionalno abrogovanje zaboravljenih i potisnutih u nesvesno za pacijenta neprijatnih doživljaja i događaja iz prošlosti.

Hipnoza se sve manje koristi kao terapijski metod u psihijatriji ali predstavlja istorijsku vrednost u razvoju psihijatrije.

SOCIOTERAPIJA

**"Lako je zdravom bolesnog savetovati."
Srpska izreka**

Socioterapija je terapijska tehnika korišćenja uticaja socijalne sredine na ponašanje bolesnika.

Socioterapija se bitno razlikuje od psihoterapije koja insistira na razumevanju intrapsihičkog stanja bolesnika. Socioterapija kao terapijski metod razvila se na saznanjima u oblasti *sociologije, socijalne psihologije i kulturne antropologije*. Socioterapijski principi su bliski grupnim psihoterapijskim metodima uz specifičnosti zbog kombinovanja grupne psihoterapije i terapijskog rada na socijalizaciji pacijenta.

Socijalizacija podrazumeva sticanje znanja, veština, motiva i stavova bitnih za izvršavanje sadašnjih i budućih uloga pojedinca u zajednici.

Socijalizacija je proces kojim individua uči ponašanje prihvatljivo za članove zajednice, odnosno grupe kojoj pripada.

Savremena socioterapija podrazumeva:

- 1) Socioterapiju u užem smislu kao što su:
 - *grupna socioterapija,*
 - *terapijska zajednica,*
 - *podučavanje bolesnika za socijalni život,*
 - *okupaciona socioterapija i*
 - *rekreativna socioterapija.*
- 2) Socioterapija u širem smislu, a sprovodi se u:
 - *dnevnoj, vikend ili noćnoj bolnici,*
 - *socioterapijskim klubovima,*
 - *lečenjem bolesnika u njegovoj porodici,*
 - *alternativnim oblicima smeštaja,*
 - *zaštitnim radionicama i*
 - *specifičnim fabričkim pogonima.*

Socioterapija se pretežno izvodi u psihijatrijskim ustanovama, ali ima i socioterapijskih metoda primenjivih i u vanbolničkim ustanovama kao što su *zaštitne radionice* ili *terapijski klubovi*. Najčešće se primenjuju sledeći socioterapijski metodi.

TERAPIJSKA ZAJEDNICA

Zajednica bolesnika i osoblja psihijatrijske bolnice koja omogućuje interpersonalne komunikacije sa potencijalnim terapijskim učinkom predstavlja **terapijsku zajednicu** (TZ).

Tom Main je 1946. godine prvi upotrebio termin terapijska zajednica objavljujući iskustva britanskih psihijatara iz Drugog svetskog rata o bolničkom lečenju demoralisanih vojnika.

Kroz terapijsku zajednicu bolesnici se uključuju u razne oblike grupne aktivnosti, značajne po stavu terapeuta za otklanjanje psihopatoloških fenomena ili usmerene ka stimulaciji bolesnikovih zdravih potencijala.

Terapijsku zajednicu čine svi pacijenti i svo osoblje ravnopravno, nema hijerarhijskog odnosa. Razmena informacija se obavlja u oba

smera. Sadržaji sastanaka terapijske zajednice treba da su spontani, mada nije pogrešno i kada imaju tematski koncept.

Model terapijske zajednice omogućava i *psihoterapijsko delovanje*, *edukativno delovanje*, *autoritativno* i *nedirektivno delovanje* na bolesnika u cilju njegovog oslobađanja od unutrašnje napetosti.

RADNA TERAPIJA

Radna terapija se zasniva na stavu o korisnom efektu rada i podsticaja radom zdravog a suzbijanje bolesnikovog psihopatološkog ponašanja. Radna terapija se primenjuje u situaciji raznih mentalnih poremećaja i bolest na bolesnicima različitog uzrasta i životne dobi.

Ergoterapija (grčki *ergos* znači rad), odnosno radna terapija obuhvata u praktičnom smi-

slu realizacije:

- *okupaciono-terapijske*,
- *radno-terapijske* i
- *rekreativne aktivnosti*.

Radna terapija ima i ciljeve resocijalizacije, dakle pomaganje bolesniku da se adaptivno uklopi u svoju životnu sredinu nakon završenog psihijatrijskog tretmana i lečenja.

REKREATIVNA TERAPIJA

Poseban je vid socioterapije sa organizovanom aktivnošću pacijenta od strane osoblja. Rekreativna terapija bila je rasprostranjena u 18. i 19. veku u prosvetnim psihijatrijskim bolnicama u okviru programa "**moralnog prosvetavanja**". Danas nije neophodno da se striktno razgraniče "slobodne" od "terapijskih" aktivnosti u bolničkim ustanovama tokom 24 časa.

Rekreacione terapijske aktivnosti mogu biti organizovane kao:

- 1) sportske aktivnosti i telesne vežbe;
- 2) kulturno-zabavne aktivnosti (literarne, dramske, likovne, muzičke i dr. aktivnosti) i
- 3) neobavezujuće društvene aktivnosti (igranke i čajanke u koje može biti uključena i rodbina).

SOCIOTERAPIJSKI KLUBOVI

Socioterapijski klubovi kao oblik socioterapije funkcionišu samostalno ili u sklopu psihijatrijskih ustanova. Socioterapijski klubovi

okupljaju institucionalno lečene psihijatrijske bolesnike. Vrlo su rasprostranjeni i atraktivni **klubovi lečenih alkoholičara**.

A	
abnormalna razdražljivost	79
abreagovanje afekata	76
abulija	83, 199
abuzus	96, 143
adaptivan organ	35
adaptivne sposobnosti	114
adolescencija	37, 38, 99, 134, 162, 192
adolescentna psihijatrija	37
afazija	205
afekt straha	78
afekti	73, 75, 205
afektivitet	73
afektivna ambivalencija	198
afektivna indiferentnost	248
afektivna inkontinencija	198
afektivna krutost	198
afektivna labilnost	198
afektivna rezonanca	260
afektivne psihoze	135
afektivne reakcije	75, 79, 201
afektivni defekt odnosa	198
afektivno mimička disocijacija	110
afektivno stanje	73, 198
afilijativni motiv	93, 199
agitacija	205
agnozije	50
agorafobija	121
agresija	92, 205
agresivne misli	205
agresivne pulsije	33
akatizije	255
akoazmi	52
aktivan negativizam	84
aktivna pažnja	54
akulturacija	212
akustičke agnozije	50
akustičke halucinacije	52
algo halucinacije	52
alijenacija	111, 133, 163
alkoholičarske demencije	89
alkoholizam	143, 145, 212
alkoholna epilepsija	146
alkoholna halucinoza	146
alkoholna ljubomora	146
alkoholna paranoja	146
alkoholne polineuropatije	145
alkoholne psihoze	146
alkoholni delirijum	51
alopsihička dezorijentacija	111
alopsihička orijentacija	109
alopsihička svesnost	105
alteracija svesti	80, 95, 107, 108, 207
altruističko ubistvo	167
altruistički motiv	93
altruizam	93, 104, 199
ambivalencija	83, 199, 205
amentni sindrom	107, 138
amfietotizam	98
amnezija	60, 80, 108, 125, 205
amnezija dementnih	61
amnezija u agnoziji	61
anafrodizija	96
analno erotički stadijum	35
analno sadistički stadijum	35
anamnesis morbi	221
anamneza	190, 202
anankastična neuroza	123
anerotizam	96
anhedonija	205
anhormija	95, 96, 134
animistički način mišljenja	64

anksiolitici	248, 250	autofilija	98
anksiolitički sedativi	248, 250	automatizam	108, 206
anksiozna neuroza	120, 122, 268	automatska poslušnost	84
anksiozni poremećaji	122, 263	automatsko ponašanje	108, 125
anksioznost	78, 120, 124, 198, 205, 208	autonomna etička teorija	170
anoreksija	95	autopsihička derealizacija	111
anoreksija mentalis	95	autopsihička dezorijentacija	110
anorgazmija	96, 192	autopsihička orijentacija	109
anterogradna amnezija	60, 205	autopsihička svesnost	105, 107, 196
antidepresivi	248, 252	autoregulacioni mehanizmi	81
antiholinergici	254	autoskopofilija	100
antiparkinsonici	250, 254	autoskopske halucinacije	51
antipatija	103	averzija	95
antipsihotici	248		
antisocijalna ličnost	130		
antisocijalni motiv	102		
Antonov fenomen	52		
antropofagija	97		
apatija	79, 198, 205		
apel fenomen	94		
apercepcija	49		
apraksija	200		
aproseksija	56		
apstinencijalne teškoće	145, 151		
apstrakcija	66, 205		
apstraktna inteligencija	86		
apstraktno mišljenje	64, 65, 197		
arhajsko mišljenje	65		
Aristotel	7		
asocijacione zone	48		
asocijalna manifestacija	92		
asocijativno pamćenje	58		
Aspergerov sindrom	161		
astenični strah	78		
atimija	79, 134		
atributivna teorija	25		
Aulus Kornelijus Celzijus	7		
autistično mišljenje	206		
autizam	64, 112, 161, 196		
autoafirmacija	93		
autoanamneza	191, 221		
		B	
		Balintove grupe	264
		barbiturati	151, 250
		beg ideja	68, 206
		bekstvo u bolest	132
		benigna agresija	92
		benzodiazepini	250
		benzodijazepinski receptori	143, 250
		Benzotropin - Akineton	255
		bespojmovno mišljenje	65
		bestijalnost	100
		bezosećajno moralno rasuđivanje	104
		bezrazložna seta	252
		bifokalna pažnja	55
		bihevioralna procena	267
		bihevioralna psihoterapija	267
		bihevioralni model	262
		biheviorizam	24
		biheviorterapeut	268
		bilansna samoubistva	95
		Bine - Simonov test	234
		bioelektrični potencijali mozga	226
		biohemijski humoralni status	237
		biološka adaptacija	92
		biološka psihijatrija	113
		biološka terapija	247

biološki motivi	30
biomedicinski pristup	141
bizarno ponašanje	199
bizarnost	84
blok misaonog procesa	67
blokiranje misli	197
bolesna imaginacija	62
bolesna opširnost	67
bolesna proždrljivost	95
bolesno maštarenje	62
bolusna smrt	95
borbeni zamor	124
borderline case	157
bradilalija	67
bradipsihija	67
brisanje granice svesnog Ja	111
bujica ideja	67, 206
bulimija	95

C

Cannabis Africana	152
Cannabis Indica	152
Cannabis sativa	147, 152
cenestetične halucinacije	52
cenotimija	73
cerebralna angiografija	230
Cesare Lombrozo	9
Ciceron	7
ciklotron	231
cilj libida	92
ciljna predstava	68
citološki pregled likvora	218
clonidin	255
coitus	92

Č

čulna obmana	73, 78, 108, 134, 152, 206
čulni centar	22
čulno saznanje	93

D

debilnost	87, 88, 201
dečja psihijatrija	10, 159
dečja savest	130
dečja shizofrenija	112, 161
dečje mišljenje	65
decursus morbi	203
dedukcija	66
defekt emocionalne rezonance	80
dèjà entendu	206
dèjà vu	62, 206
delirantni sindrom	156
delirijum	68, 107, 138
delirium tremens alcoholicum	118, 146
demencija	44, 68, 88, 89, 139, 140, 164, 166
Demokrit	7
demonstrativna samoubistva	95
depersonalizacija	111, 125, 196, 197, 206
depresija	94, 96, 102, 124, 135, 206
depresivna neuroza	120
depresivna sumanutost	136
depresivne sumanute ideje	71
depresivni poremećaj	122, 164
depresivni sindrom	140
depresivno raspoloženje	79
depressio reactiva exhaustiva	118
derealizacija	196, 197, 206
dereističko mišljenje	65
dereizam	206
determinišuća tendencija	67
dezinhibicioni sindrom	80
dezintegracija ličnosti	110
dezintegracija svesnog Ja	110
dezintegrativni poremećaji u detinjstvu	161
dezorijentacija	68, 107, 110, 206
Dhat sindrom	129
digitalna supstrakciona angiografija	230
dihotomija	134, 170
dijagnostički imidžing metod	231

dijagnostika nesvesne psihike	217, 221
dijagnostika psihičkih poremećaja	229, 245
dijagnostika svesne psihike	217, 221
dijalektički pristup	28
dinorfini	149
dipsomanija	95, 145
diskinezija	206
disocijacija Ega	111
disocijacija ličnosti	110, 134
disocijacija sna	108
disocijalno ponašanje	212
disocijativna amnezija	126
disocijativna anestezija	127
disocijativna fuga	126
disocijativne konvulzije	127
disocijativni poremećaji	125
disocijativni stupor	126
dizartrija	206
dobrovoljna smrt	94
docilnost	199
Dopplerov-efekat	228
double forme	135
Downov sindrom	28, 160
društvo kibernetičke kulture	11
državni paternalizam	170
dubinska psihoterapija	266
Duplex doppler	228
duševna bolest	69, 115, 134, 193, 199, 211, 215, 220, 243, 244
duševna zaostalost	176
duševni bolesnik	73, 133, 257, 260

DŽ

džoint	152
--------------	-----

E

eaculatio praecox	97, 192
Edipov kompleks	35
Ego ideal	33
egzaltacija	206

egzibicionizam	100
egzistencijalistički model	262
egzogene psihoze	137
egzogeni mentalni poremećaji	117
eho misli	197
eholalija	84, 206
ehomimija	84, 221
ehopatija	84
ehopraksija	84, 199, 206
eksforijacija upamćenog	207
ekspanzivna sumanutost	136
ekspanzivne sumanute ideje	71
eksperimentalna psihijatrija	227
ekstazi	151, 254
ekstrakampalne halucinacije	51
ekstrapiramidni sindrom	250
ekuteri	100
električno pamćenje	58
Elektrin kompleks	35
elektromiografija	226
elektrooftalmografija	227
elektrosan	258
elementarni čulni centri	48
elementarni senzitivni centar	48
elementarni senzorički centri	48
embolusna reč	68
emitovanje misli	197, 206
emocije	74, 75, 80, 103, 142
emocionalna demencija	79
emocionalna indiferentnost	79
emocionalna inkontinencija	80
emocionalna interakcija	216
emocionalna labilnost	79
emocionalna relaksacija	248
emocionalna rezonanca	80
emocionalna tupost	79
emocionalna turbulencija	162
emocionalni doživljaj	74
emocionalni energetske deficit	79
emocionalni transfer	77
emocionalno abreagovanje	270

emocionalno mimička disocijacija	80
emocionalno reagovanje	198
empatija	103
Empedokle	7
encompresis	160, 192
endogena depresija	252, 257, 258
endogene psihoze	134
endogeni mentalni poremećaji	117
endogeni opijati	149
endokrinološka involucija	41
endorfini	149
energetska snaga libida	96
engrami	47, 57, 58, 108
enkefalini	149
enuresis nocturna	160, 192
epilepsija	108, 161
epileptične psihoze	226
epizodična paroksizmalna anksioznost	122
erotična razdražljivost	98
erotomanija	136
erotomanska sumanutost	72, 136
erotsko uzbuđenje	100
etičko-psihiatrijski kodeks	169, 170
etiketiranje	204
etiopatogenetska dijagnoza	202
etiopatogenetska klasifikacija	178
etiopatogeneza psihičkih poremećaja	226
euforija	79, 206, 254
eugenika	244
eukinetičan	200
eumimičan	200
evocirani potencijali	217, 227

F

fames lupina	95
fantomski ud	52
farmakodinamika	255
farmakoelektroencefalografija	227
farmakokinetika psihofarmaka	250, 255
felacija	101

feminizirana manirovanost	84
fenciklidin	154
fenilketonurija	160
fenomen ogledala	84
fetišizam	100
fiks ideje	69
fiziogene halucinacije	52
fiziognomika	220
fiziološka masturbacija	99
fiziološka tupost	87
flegmatik	73
flexibilitas cerea	84, 207
fobična neuroza	120
fobična situacija	120
fobični anksiozni poremećaji	120
fobija	120, 198, 206
fobogeni objekt	121
forenzička psihijatrija	7, 60, 83, 165
fotomi	51
frenit	7
frenologija	9
Frojd	7, 23
fuga idearum	68, 206
fuge	108, 125

G

Ganserov sindrom	125, 127
genetička istraživanja	28
genetički markeri	218, 238
genitalna faza	36
germinativne psihoze	138
gerontofilija	98
gerontopsihijatrija	10, 43, 44, 163
geštalt model	262
geštalt psihoterapija	269
globalne demencije	89, 146
granični slučaj	157
gratifikaciona figura	192
gregarni motiv	93, 104
griža savesti	75, 103, 104, 130

grupe susretanja	269
grupna psihoterapija	263
gubitak asocijacija	206
gubitak sećanja	205
gubitak slobodne volje	83
gustativne halucinacije	52

H

halucinacija	51, 94, 152, 206
halucinacije deformisanih predmeta	51
halucinacije dugih konaca	51
haluciniranje polnog odnosa	52
halucinogena psihoza	154
haptične halucinacije	52, 206
haptoglobini	238
Havajska deklaracija	172
hebefrenija	134
heptanon	149
heroin	148
heroinomanija	147
heteroanamnestički podaci	190, 191, 195, 198
heteroanamneza	202, 221
hiperkinetičan	200
hiperkinetički poremećaj	161
hipermimičan	200
hipermnezija	196, 206
hipertenacetna rasejanost	56
hipertimija	135
hipervigilna rasejanost	56
hipnogram	227
hipnotičko stanje	108
hipnotski san	270
hipnoza	61, 77, 108, 270
hipobulija	83, 199
hipohondrična neuroza	120, 128
hipohondrija	207
hipohondrijske ideje	71
hipokinetičan	200
Hipokratovo učenje	7

hipomanični veseljak	73
hipomimičan	200
hipotimija	79
histerična fobija	78
histerična pseudodemencija	125
histerična psihoza	126
histerični napadi	156
histerično suženje svesti	108
histerija	120, 125, 126
histrioničko pojačanje	129
holistički principi	269
holistički pristup	12, 18, 20, 22, 28, 141, 173
homicid	52, 72, 92, 193
homofilija	98
homoseksualnost	98
hospitalizam dece	125
hranljiva infuzija	259
humana seksualnost	93
humanistička psihologija	269

I

Id	23, 32, 130, 221
ideje odnosa	207
identifikacija	131
identifikacija psihičkih poremećaja	226, 232
ideoafektivna disocijacija	80, 110
ideo-afektivni blok	67
idiosinkratične reakcije	152
idiotija	88
iluzije	51, 75, 207
imbecilnost	88
imidžing metode	230, 231, 232
imperativne slušne halucinacije	52
impotencija	96, 192
impulsivne radnje	199
imunodezintegracija	142
imunološki pregled likvora	218
imunopsihijatrija	142
inapeticija	95
indeks deterioracije	235

individualizacija.....	31	ispitivanje afekata	198
individualna psihoterapija	265	ispitivanje inteligencije	197
individualni paternalizam.....	170	ispitivanje mišljenja	196
individualno pamćenje	57	ispitivanje moralnosti.....	199
indukcija	66	ispitivanje nagona	198
indukovane psihoze.....	137, 156	ispitivanje orijentacije	196
induktivni metod	66	ispitivanje pamćenja.....	196
infantilna masturbacija.....	35	ispitivanje pažnje.....	197
infantilna savest.....	130, 131	ispitivanje percepcije.....	197
infantilna seksualnost	35	ispitivanje razumevanja i rasuđivanja	199
infantilni egzibicionizam.....	35	ispitivanje svesti.....	196
informisana saglasnost	213	ispitivanje volje	199
inkohherentan govor	68	istorija bolesti.....	189, 195, 221, 222
inkohherentno mišljenje	68	istraživanja u psihijatriji.....	216
inkohherentnost	207	izolovane fobije.....	121
inkulturacija	212		
insania.....	7		
insomnija.....	124	J	
instinkti.....	91	jama is vu	62
instinktivna psihologija.....	53		
integrativni naučni pristup	173	K	
intelektualna obrada	76	kanabinoidi.....	152
intelektualni deficit	88, 115, 139	kanibalizam	97
inteligencija.....	85, 103	karakter.....	40
intermitentna manija	135	kasna adolescencija	38
intermitentna melanhlija	135	katalepsijsa.....	84, 207
interpersonalna transakcija	261	katapleksijsa.....	207
interpretativna psihoterapija.....	266	katarza	7
intersuptest razlika	235	katarzična hipnoza.....	270
intrapsihička konfliktnost.....	119, 162, 207	katatona shizofrenija	68, 134
intrapsihički konflikt	76, 83, 131	katatoni sindrom.....	84
intrapsihički mehanizmi	125	katatoni stupor.....	84
intrapsihički sadržaj	32	katatonija.....	134, 207
introvertni narcis	100	kažnjavajući Super Ego.....	158
inventar emocija	234	kinestetične halucinacije	52
involutivna psihičkog života	41	klasični psihijatrijski intervju.....	222
involutivna melanhlija	42	klasično uslovljavanje	267
involutivna sumanutost	42	klasifikacija u psihijatriji.....	176, 178
iracionalno.....	32, 33	klasifikacioni sistemi	175
iradijacija afekta.....	77	klaustrorobija	78, 121
ispitanje uvidavnosti	199		

M

magija	16	mentalnohigijenska prevencija.....	244
magijsko mišljenje	64, 207	mentalnohigijenska zaštita	243
magnetna nuklearna angiografija	231	mera trajnog nadzora.....	167
makropsija.....	207	mesečarstvo	108, 125
maladaptivni odgovori	124	metadon	149
maligna agresija	92	metod hipoteze	66
maloumnost.....	88	metodi grupne psihoterapije.....	263
manično ponašanje	252	metatropizam.....	101
manično-depresivna psihoza	28, 116, 135	mielografija	230
manifestni sadržaj sna	132	mikropsija.....	207
manija.....	94, 135	mikturicija	121
manirizam	69, 199, 207	mimika	200, 217, 220, 221
manirovana radnja.....	69	mireoencefalografija	227
manirovanost.....	84	mirisne halucinacije	52
marihuana.....	147, 148	misaoni blok.....	67
masturbacija.....	35, 96, 99, 100, 192	mišljenje.....	63, 104, 109
mazohizam	100	mladalaštvo	37, 162
medicinska psihologija.....	45	model ponašanja.....	267
medicinska tajna.....	213	model psihičke bolesti.....	24
medicinski paternalizam	170	moklobemid	252
medikamentomanija.....	250	molekularna demencija	90
medikolegalni aspekti	169	monoaminooksidaza (MAO).....	252
međunarodna klasifikacija	187, 204	monogenska uslovljenost	255
megalomanija	208	MOPS.....	117, 156
megalomanska sumanutost	136	moralno delovanje.....	104
megavitaminska terapija	259	moralno osećanje.....	103
mehaničko učenje.....	59	moralno rasuđivanje	104
melanholija.....	8	moralnost.....	103
melatonin.....	258	mors voluntaria	94
menopauza.....	42	motiv samopotvrđivanja	93
mentalna bolest	219, 268	motiv samoubistva	94
mentalna higijena	10, 243	motiv za položajem u društvu	93
mentalna konfuzija	138	motiv za radom	93
mentalna krutost.....	44	motiv za saznanja	93
mentalna retardacija.....	28, 139	motivacija učenja	59
mentalna zaostalost	211	motivi	91
mentalna zrelost	39	multifokalna pažnja.....	55
mentalni poremećaj	18, 244, 272	multiinfarktna demencija	89
mentalno zdravlje.....	174, 242, 244	multipla ličnost.....	125
		muškobanjasta manirovanost	84
		mutizam.....	207

N

Nad Ja.....130

nadkompenzacija131

nagon društvenosti104

nagon ishrane.....92

nagon održanja vrste92, 97

nagon samoodržanja.....92, 97

nagon za uspešnošću199

nagon življenja92

nagoni.....91, 103, 130

nagonske pulzije.....35, 92, 94, 162

nagonske radnje.....76, 82

nagonsko ponašanje76, 92

nametanje misli112, 129, 197, 207

napeto stanje.....205

narcisoidne potrebe162

narcizam98

narkoanaliza270

narkomanija.....147, 162, 212, 254

narkosugestija270

nastranost u ishrani.....97

naturalističko učenje8

naučeni automatizmi81

naučnička rasejanost56

negativizam84, 199, 207, 208

negativna moralnost104

nekrofagija97

neologizam68, 208

nepojmovno mišljenje.....65

nepopravljive demencije89

neproductivno učenje59

NEREM faza spavanja227

nervozna dijareja129

nesavesno postupanje lekara214, 215

nesvesna psihika.....221

nesvesni deo psihe.....32

nesvesno Ja.....130

nesvrshodan pokret.....206

neurastenija120, 129

neuroendokrinološki testovi.....218, 238

neurohemijski testovi218

neurohemijski trag.....58

neuroimunološki indikatori218

neuroleptički sindrom250

neuronauka134

neuropsihologija50

neurotični nivo poremećaja96, 100

.....115, 119, 158, 208

neurotski strah78

neuroza želuca.....129

neuroze102, 119, 120

neuroze u detinjstvu.....161

nevoljna pažnja55

nevoljne radnje81

nevoljni mimički pokret82

nezrelo moralno rasuđivanje104

nihilističke ideje197

nihilističke sumanute ideje.....71

nihilizam.....208

nimfomanija96

nivo psihičke tenzije.....62

noktambulizam.....108

Novo doba9

nutricione perverzije97

O

obmana sećanja62

obrazac nagonskog ponašanja92

odbrambeni mehanizmi Ega.....76, 131

oduzimanje poslovne sposobnosti.....167

oksigenošok258

oligofrenija88, 139, 160, 166

opažajno mišljenje.....65

opažanje pokreta49

opažanje prostora i vremena49

operacionalno uslovljavanje.....267

opiodi149, 151

opijatska zavisnost149

opservacija bolesnika217, 219

opsesija.....	68, 208
opsesivna fobija.....	69, 78
opsesivne misli.....	123
opsesivni fenomeni	68, 69
opsesivni rituali	123
opsesivno-kompulzivna neuroza.....	120, 123
opšti telesni pregled	218, 225
optičke agnozije	50
optičke halucinacije	51
oralna faza.....	35
organoterapija.....	247
organski mentalni poremećaji	116
organski psihogeni modeli	177
orgazam.....	92, 96, 100
orijentacija prema sebi	109, 208
osećaj.....	47, 48, 74
osećanje	73, 74, 80
osećanje krivice.....	7, 33, 103, 104
otuđenje od realnosti	69
over dosis	156

P

panični napad	122
panični sindrom.....	156
panično stanje.....	122
panika	208
Paracelzijus	9
parafrenija	7
parafrenija fantastika.....	62
paraidolije	51
paramimija	80, 110, 198
paranoičke ideje	136
paranoična sumanutost.....	70
paranoidna sumanutost.....	70, 208
paranoidni sindrom.....	140
paranoja	7, 116, 136
paranoja ljubomore	208
parapraksija	221
paratimija	80, 110, 198
parens patriae	213

paroksizmalne diskinezije.....	156
pasionirani sumanuti	70, 71
pasivan negativizam	84
pasivna pažnja	55
Paskal	8
paternalizam u psihijatriji.....	170
patološka interpretacija	73
patološka lažljivost	62
patološka opširnost.....	67
patološka razdražljivost.....	198
patološki afekat	80, 198
patološko pijanstvo	146
pederastija.....	98, 100
pederastija mulierna	100
pedofilija.....	98
pelagrinovna demencija	89
perceptualno mišljenje	65
perseveracija.....	68, 208
persuazija	266
pervazivni distres.....	124
pervazivni poremećaji detinjstva	161
perverzna masturbacija	99
peting.....	99
petit mal.....	161
Pinel	9
plastičnost neuronske funkcije	43
Platon	7
pneumoencefalografija (PEG).....	230
pneumoterapija	256, 259
pojmovno mišljenje.....	65, 162
polidipsija.....	96
polifagija	96
poligensko nasleđivanje	255
poligrafske tehnike.....	226
poligrafsko registrovanje spavanja.....	227
polimorfno perverzno	35
politoksikomanija	148, 162, 250, 254
polni identitet	38
pompezan govor.....	208
ponavljano upamćivanje	59
poremećaj autoorijentacije	111

poremećaj prilagođavanja	124	prisilne radnje.....	69, 123
poremećaj prostorne orijentacije	110	prisilni fenomeni	68
poremećaji mišljenja po formi	67	problemi življenja	12, 211
poremećaji mišljenja po sadržaju	67, 68	produktivno mišljenje	65
poremećaji moralnosti	104	produktivno učenje	59
poremećaji organizacije funkcija	160	produžena adolescencija	162
poremećaji prilagođavanja	124	produžena depresivna reakcija	125
poremećaji socijalnog nagona	102	produženo afektivno reagovanje	198
porodična psihoterapija	263	projekcija.....	131
porodično pravo	167	projekcija afekta.....	76
poslovna sposobnost	213	projekcione zone	48
posttraumatski stresni poremećaj	124	projektivni testovi	77
potiskivanje	131	prolazne psihotične reakcije.....	156
potiskivanje afekta	76	prožimajuće emocije	206
potisnuta želja	221	pseudodemencije	90
poverljivost.....	213	pseudohalucinacije	51
povišenje nagona za životom	94	pseudokonvulzivni napadi	127
povreda lekarske tajne.....	213	pseudologija fantastika	62
površinska psihoterapija.....	266	pseudostupor	126
pozitivan sud realnosti	18, 51, 158	psihička energija	53, 55
praktična inteligencija	86	psihička funkcija	45, 63, 75, 109
pravni poslovi.....	167	psihička tenzija.....	108
pravo bolesnika na privatnost	213	psihička trauma.....	137
procenjene ideje.....	69, 95	psihička zrelost.....	162
predmetno mišljenje.....	65	psihičke rukavice.....	127
predsvesni deo psihe	32	psihički normalno.....	16
predsvesno Ja	130	psihički poremećaj.....	161, 164, 177,217, 219, 220, 243, 244, 246, 261
preduslov moralnosti	103	psihički šok	124
prekomerno pamćenje	206	psihičko zdravlje	175
prelogičko mišljenje	65	psihijatar veštak.....	166, 167, 168
presenilna demencija.....	90	psihijatrija adolescentnog doba.....	10
preterana pričajljivost.....	207	psihijatrija budućnosti	12
prethodna informisanost.....	170	psihijatrija detinjstva	34
približnost odgovora	127	psihijatrija razvojnog doba.....	159
pribrana svest	52, 108	psihijatrijska bolnica	8
primarna neurotična renta	132	psihijatrijska dijagnostika	216, 217,222, 226, 228, 232, 233, 238
primarna slaboumnost	89, 139, 201	psihijatrijska normalnost	28
princip dominante	53	psihijatrijska opservacija.....	219
princip realnosti.....	33	psihijatrijska praksa.....	223
prisilna hospitalizacija.....	213		
prisilne misli.....	69		

psihijatrijske skale procene	224	psihopatološka ispoljavanja	116, 119
psihijatrijski rezime	195, 202	psihopatološka pojava	78
psihijatrijski tretman	245	psihopatološka stanja	118
psihijatrijski zaključak	195, 202	psihopatološki fenomeni	130, 163, 203,233, 257
psihijatrijsko istraživanje	173, 174, 223, 226	psihopatološko ponašanje	272
psihoaktivne supstance	147, 167, 254	psihosenzorijelni centri	48
psihoanalitički koncept	119, 224	psihosocijalni činioci	244
psihoanalitički metod	61	psihosocijalni motivi	91
psihoanalitički model	262	psihosocijalni problemi	12, 211
psihoanaliza	61, 77, 221, 264	psihosomatika	141
psihodelici	254	psihosomatska medicina	76
psihodinamsko objašnjenje	23, 24, 95, 130	psihosomatske bolesti	141
psihodisleptici	248, 254	psihosomatski fenomen	151
psihoendokrinoimunologija	12, 19	psihosomatski model	262
psihofarmaci	227, 247, 250	psihosomatski poremećaji	24, 76, 116,141, 158, 266, 268
psihofarmakološki testovi	218, 238	psihosomatski pristup	141
psihofarmakoterapija	247, 254, 255	psihostimulansi	248, 254
psihofiziologija	57, 141	psihoterapeut	261, 262
psihofiziološki doživljaj	92	psihoterapijska situacija	262
psihofiziološki testovi	218	psihoterapijske seanse	127
psihogalvanski refleks	226	psihotična epizoda	152
psihogena afazija	126	psihotična stanja	51
psihogena amnezija	61, 126	psihotične diskrazne reakcije	156
psihogena disfonija	127	psihotični strah	78
psihogena hiperventilacija	129	psihotropni lek	248
psihogena paraplegija	127	psihoze	51, 119, 133, 176
psihogena pareza	127	psihoze izazvane drogama	151
psihogene halucinacije	52, 75	psihoze u adolescenciji	138
psihogeni gubitak vida	127	psihoze u detinjstvu	138, 161
psihogeni mentalni poremećaji	118	psihoze u senijumu	138
psihohirurgija	256, 259	psihozomimetici	254
psihoimunologija	142	psilocibin	254
psihološki testovi	77, 222, 234	psychopathia sexualis	101
psihološko-filozofska učenja	24	pubertet	36, 95, 96, 99, 192
psihometrija	160, 233	puerperijum	138
psihomotorna retardacija	160		
psihomotorna usporenost	200, 208		
psihomotorna uzbuđenost	200		
psihomotorni epileptički napad	108		
psihoneuroendokrinoimunologija	142		
psihopatija	102		
		R	
		racionalna samoubistva	95

radiografska tehnika.....	230	roditeljsko staranje.....	168
radioizotopi.....	229	Rogersova nedirektivna psihoterapija.....	269
radna anamneza.....	192	Roršahov test.....	77
radna terapija.....	272	ruminacije.....	123
rana adolescencija.....	38, 162		
raptus.....	156		
rasejanost.....	56		
rasulo misli.....	68		
razlivena strepnja.....	205		
razvoj moralnosti.....	104		
razvoj psihijatrije.....	11		
reakcija kratkog spoja.....	80		
reakcija na stres.....	124		
reakcija tugovanja.....	125		
reaktivna formacija.....	132		
reaktivne neuroze.....	118		
reaktivne psihoze.....	118, 137		
realni strah.....	78		
reanimacija.....	155		
receptori.....	47		
refleksne radnje.....	81		
regresija.....	77, 131		
regresivni fenomen.....	36		
regresivno stanje.....	265		
rejting skale.....	224		
religijsko ponašanje.....	192		
religijsko stanje transa.....	126		
religiozna sumanutost.....	136		
religiozna uverenja.....	72		
religiozne sumanute ideje.....	72		
REM faza spavanja.....	227		
Renesansa.....	8		
reparabilne demencije.....	89		
reprodukcija upamćenog.....	58		
resocijalizacija.....	272		
retencija upamćenog.....	58		
Retov poremećaj.....	161		
retrogradna amnezija.....	60, 205		
revandikaciona sumanutost.....	71		
Rimljani.....	7		
ritualne radnje.....	69		
		S	
		sadizam.....	100
		sadržaj sumanutih ideja.....	70
		safizam.....	98
		salata od reči.....	68, 208
		samostalni maloletnik.....	215
		samoubistvo.....	94
		samozaljubljenost.....	98
		satirijaza.....	96
		savest.....	33
		scensko viđenje.....	51
		scintigrafija mozga.....	229
		seksualna anestezija.....	96
		seksualna identifikacija.....	31
		seksualna impotencija.....	96
		seksualna orijentacija.....	192
		seksualna perverzija.....	100
		seksualna usmerenost.....	192
		seksualne aberacije.....	98
		seksualne fantazije.....	192
		seksualne inverzije.....	98
		seksualne perverzije.....	99
		seksualne pulzije.....	99
		seksualni akt.....	93, 96, 99, 101
		seksualni nagon.....	92, 98, 221
		seksualni objekt.....	92, 98
		seksualno iskustvo.....	192
		seksualno ponašanje.....	98
		seksualnost.....	97
		sekundarna neurotična renta.....	132
		sekundarno slaboumlje.....	89
		selektivnost pažnje.....	53
		senescencija.....	43
		senijum.....	43, 164
		senilna demencija.....	44

senilne psihoze	44	socijalna adaptabilnost	193, 199, 224
senzibilitet	52	socijalna adaptacija	93, 130
senzitivna sumanutost odnosa	71	socijalna anketa	236
senzitivne halucinacije	52	socijalna inteligencija	86
senzitivni centar	48	socijalna neuroza	121
senzorička percepcija	206	socijalna patologija	211, 212
senzoričke promene	44	socijalna psihijatrija	10, 113
senzorički nervi	48	socijalna psihologija	268, 271
senzorni gubitak	127	socijalne fobije	121
senzorni testovi	234	socijalni činioci	25
sezonske afektivne depresije	258	socijalni nagoni	93
shizoafektivne psihoze	135	socijalno stremljenje	198
shizofrena demencija	90	socijalnopatološke manifestacije	212
shizofrene psihoze	68, 257	sociogeni modeli	177
shizofrenija	28, 94, 96, 102, 116, 134,	sociološke teorije	25
.....	164, 167	socioterapija	247, 271
Sideman	9	socioterapijski klubovi	272
simboličko mišljenje	65	somatizacioni poremećaji	128
simptom pometenosti	107	somatoformni poremećaji	128
simptomatske psihoze	28, 116, 137	somatopsihički poremećaji	24
simptomatski mentalni poremećaji	117	somatska sumanutost	208
sindrom agitacije	156	somnambulizam	108, 125
sindrom depersonalizacije	120	somnolencija	107
sindrom hiperhormije	94	sopor	107, 196
sindrom katatone pomame	156	spaciotemporalna orijentacija	109
sindrom spoljne akcije	71	spaciotemporalna svesnost	105
sindrom sumračnog stanja	156	srčana neuroza	129
sindrom uticaja	71	standardizacija psihijatrijskog intervjua	223
sinkinetski pokreti	82	stanja panike	156
sinkretičko mišljenje	64	stanje transa	126
skale	222, 224	starateljstvo	215
skater analiza	235	statistička starost	90
skladan afektivnitet	201	stečena slaboumnost	89, 140, 166
slabost pamćenja	44	stereotipija	84, 200, 208
slabost upamćivanja	129	stond	149
slaboumnost	65, 88, 90, 115, 139, 160, 198	strah	73, 120, 208
sladostrašće	92	strasna sumanutost	136
slikovni prikaz	231	strastnost	70
smanjena odgovornost	7	stresne situacije	160
smeteno stanje	208	struktura ličnosti	94, 130
socijalizacija	271	struktura sumanutosti	70

stupor.....	84, 207, 208
subjektivnost opažanja	48
sublimacija	131
sudska psihijatrija.....	165
sudskomedicinski dokument	190
sudskopsihijatrijska ekspertiza.....	80
sudskopsihijatrijsko veštačenje	61, 166
sugestibilnost.....	83
suicid	44, 71, 94, 193
suicidalna ideja.....	94
suicidalna tendencija	94
suicidalni sindrom	156
sumanuta interpretacija	70
sumanuta ljubomora	208
sumanute ideje.....	69, 78, 134
sumanute ideje ljubomore	72
sumanute ideje persekucije	71, 136, 197
sumanute psihoze	136
sumanuti poremećaji.....	129
sumanuti sindrom.....	69
sumanuto uverenje	206, 207
sumanutost	116, 136, 208
sumanutost ljubomore	72, 136
sumanutost trovanja hranom	259
sumanutost veličine	208
sumračna svest	78
sumračno stanje.....	108
supkulturni obrasci.....	95
suportivna psihoterapija	266
suprotstavljeni motivi.....	207
suprotstavljenost principa	170
sužena svest.....	76, 80, 107, 108
svesna psihika.....	221
svesno Ja	82, 130
svesno prigušivanje emocija	76
svesnost o kontinuitetu sebe.....	103
svest.....	103, 105, 106, 109, 130, 208
Svetski savez za mentalnu higijenu	244
Svetsko udruženje psihijatara	172

T

tajnost podataka.....	170
taktilne agnozije	50
temibilnost	155
temperament.....	40
temporalna epilepsija	95
tentamen suicidi	94
tenziona glavobolja.....	129
teorija asocijacija	58
teorija selfa.....	26
terapija snom	256
terapija svetlom	256
terapija ugljen-dioksidom	256
terapijska situacija.....	242
terapijska zajednica	271
terapijske sugestije	270
terapijski ciljevi.....	242
terminus technicus.....	45
teškoće prilagođavanja	161
test apercepcije	77
Test Ego percepcije	234
testatorska sposobnost.....	167
testiranje inteligencije	234
testiranje reabilnosti	222
testovi ličnosti	234
testovi sposobnosti	234
tik	160, 192, 208
Toma Akvinski.....	8
trajna duševna patnja	167
transakciona psihoanaliza	269
transakciono-analitički model	262
transfer	77, 216
transferna situacija	216
transformacija ličnosti.....	111, 196
transvestiti	84
transvestizam.....	101
tranzitivizam.....	112
traumatska neuroza	124
traumatske psihoze	138

U		
ubrzan govor	201	vestibularne halucinacije
učnička rasejanost	56	višestruka ličnost
učenje	55, 58, 59	vitalni nagoni
udvojena ličnost	110, 125	vitalno raspoloženje
ultrakratka faza pamćenja	58	VITI
umna starost deteta	87	vizije
upamćivanje	58	vizuelne halucinacije
upitnici za samoprocenu	222	voajerizam
upravljanje slobodnom voljom	95	voljna delatnost
uračunljivost	166	voljna pažnja
urgentna medicina	155, 156	voljna radnja
urgentna psihijatrija	155, 156	voljne aktivnosti
uslovi starateljstva	168	vreme latencije
usmena saglasnost	214	vremenska orijentacija
usmerenost pažnje	56	vučja glad
usporen govor	201	
usredsređenost pažnje	55, 56	Z
uticaj idola	32	zablude
utilitarna etička teorija	170	zaboravnost
uzajamna masturbacija	99	zadovoljenje libida
uzus	143	zaokupljenost samoubistvom
		zaštitne radionice
V		zatvorene psihijatrijske ustanove
već viđeno	62	zavisnici od droga
vegetarijanstvo	95	zavisnost
vehementna reakcija	80	zavisnost od opijata i opioida
Vekslerov individualni test	235	zavisnost od pušenja
Velike tajne sveta i života	6	zdrav stil življenja
veliki psihogeni napadi	125	zimske depresije
Veragouthov nabor	220	zloupotreba alkohola
verbalna inteligencija	86	zloupotreba droga
verbalne akustičke halucinacije	52	zloupotreba isparljivih supstanci
verbigeracija	68, 208	zoofilija
		zrela savest

Literatura

- [1] **Abrams, A.**, at al:
Psychosocial Aspects of Adiction Am,
J. Publ. Health, 1968.
- [2] **Abrams, R.**, and **Taylor, M.A.**:
Unipolar and Bipolar Depressive Illness,
Archives of General Psychiatry, 30:3,
20-321, 1974.
- [3] **Abs, R.**, **Verhelst, J.**, **Maeyaert, J.**, **Van Buyten, J.P.**:
Endocrine Consequences of Long-term Intrathecal Administracion of Opioids, J. Clin Endocrinol Metab 2000 Jun, 85 (6): 2215-22.
- [4] **Achtée, K.**, **Aalberg, V.**, and **Lönqvist, J.**:
Psychopatology of Depression,
Psychiatric Fennica Suppl., 1980.
- [5] **Adamović, V.**:
Emocije i telesne bolesti, Nolit, Beograd, 1983.
- [6] **Addonizio, G.**, **Susman, V.L.**, **Roth, S.B.**:
Neuroleptic Malignant Syndrome: Review and Analysis of 115 cases, Biol. Psychiatry, 22, 1004-1020, 1987.
- [7] **Ader, R.**, **Felten, D.**, **Cohen, N.**:
Interactions Between the Brain and the Immune System, Ann. Rev. Pharmacol. Toxicol., 30, 561, 1990.
- [8] **Ader, R.**:
On the Clinical Relevance of Psychoneuro-immunology, Clinical Immunology and Immunopathology, 64, 1, 6, 1992.
- [9] **Adler, A.**:
O nervoznom karakteru, Prosveta, Beograd, 1972.
- [10] **Akerman, N.**:
Psihodinamika porodičnog života, Grafički zavod, Titograd, 1966.
- [11] **Akiskal, H.S.**, **Mallya, G.**:
Criteria for the "Soft" Bipolar Spectrum: Treatment Implications. Psychopharmacol. Bull, 23, 68-73, 1987.
- [12] **Alexander, F.**:
Psychosomatic medicine, Norton, New York, 1980.
- [13] **American Psychiatric Association**:
Practice Guidelines for Eating Disorders, Am. J. Psychiatry, 150, 212-228, 1993.
- [14] **Andreasen, N. C.**, **Black, D. W.**:
Introductory Textbook of Psychiatry, Second Edition, American Psychiatric Press, Inc., Washington, DC, London, England, 1995.
- [15] **Angst, J.**, **Frey, R.**, **Lohmeyer, B.**, **Zebrin-Rüdin, E.**:
Bipolar Manic-Depressive Psychoses: Results of a Genetic Investigation. Hum. Genetic, 55, 237, 1980.
- [16] **Arandelović, J.**:
Priroda moralnog rasuđivanja "Savremene filozofske teme", br. 1 za 1966.
- [17] **Atkinson, R.**:
Depression, Alcoholism and Ageing: a Brief Review. Int J Geriatr Psychiatry 1999 Nov 14 (11) : 905 -10.
- [18] **Baillarger, O.G.F.**:
De la folie a double forme, A. Med. Psychol., 6, 369, 1854.
- [19] **Balint, M.**, **Bailint, E.**:
Psychotherapeutic Tecniques in Medicine, Tavistock Publications, London, 1961.
- [20] **Ballenger, J.C.**, **Burrows, G.D.**, **DuPont, R.K.**, et al:
Aplrazolam in Panic Disorder and Agoraphobia: Results from a multicenter trial. I. Efficacy in short-term treatment. Arch. Gen. Psychiat., 45, 413-21. 1988.
- [21] **Barker, P.**:
Basic Child Psychiatry, Oxford:

- Blackwell Scientific Publications, 1994.
- [22] **Barlow, D.H.:**
Anxiety and Its Disorders The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. New York, Guilford, 1988.
- [23] **Baruk, H.:**
Psychiatrie morale experimentale individuelle et sociale, Paris, 1950.
- [24] **Baumaister, A.A.:**
Mental Retardation. In: "*Child Psychiatric Diagnosis*", ed. C. Last, M. Hersen. New York: John Wiley & Sons, 61-94, 1989.
- [25] **Bean - Bayong, M.:**
Psychopathology Prodused by Alcoholism in Meyer RE (ed): *Psyhopathology and Addistive Disorders*, New York, Guifor Press, 1986.
- [26] **Becek - Dvoržak Maja, Blažević Duška, Cividini - Stanić, E.:**
Medicinska psihologija, Jugoslovenska medicinska naklada, Zagreb. 1978.
- [27] **Beck, A.:**
Cognition, Affect and Psychopathology, Arc. Gen. Psychiatry, 24, 495, 1971.
- [28] **Beck, A.T., Emery, G., Greenberg, B.L.:**
Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective, New York, Basic Books, 1985.
- [29] **Becker, T.:**
Psychiatric Reform in Italy - How does it work in Piedmont? Brit. J. Psychiat., 147, 254, 1985.
- [30] **Berger, J.:**
Psihodijagnostika, Nolit, Beograd, 1979.
- [31] **Biro, M., Berger, J., Hrujica, S.:**
Klinička psihologija, Naučna knjiga, Beograd, 1990.
- [32] **Biro, M.:**
Samoubistvo - psihologija i psihijatrija, Nolit, Beograd, 1983.
- [33] **Blažević Duška, Cividini - Stranić Eugenija, Beck - Dvoržak Maja:**
Medicinska psihologija, Jugoslovenska medicinska naklada, Zagreb, 1978.
- [34] **Bleuler, E. and Bleuler, M.:**
Lehrbuch der Psychiatrie, Berlin, 1955.
- [35] **Bleuler, E.:**
Dementia Praecox or the Group of Schizphrenias, International Universities Press, 1950.
- [36] **Bogdanoff, M., at al:**
The Doctor - Patient Relationship, JAMA, 192:1, 45-48, 1965.
- [37] **Bojanin, S., Radulović, K.:**
Socijalna psihologija razvojnog doba, Naučna knjiga, Beograd, 1988.
- [38] **Bojanin, S.:**
Mentalno-higijenski pristup adolescentnom dobu, Anali Zavoda za mentalno zdravlje, 4:105-15, 1973.
- [39] **Bokun, P.:**
Antropološka psihijatrija, Split, 1990.
- [40] **Bonhoeffer, K.:**
Les types de reaction exogenes, Arch. Psychiatrie, 58, 358, 1917.
- [41] **Böök, J.A.:**
Genetic and Neuropsychiatric Investigation of a North Swedich Population, Acta Genet. et Statist. Med., 4, 1, 1953.
- [42] **Borison, R.L., Pathiraja, A.P., Diamond, B.I., et al:**
Risperidone: Clinical Safety and Efficacy in Schizophrenia, Psychopharmacol Bull, 28, 213-218, 1992.
- [43] **Borysenko, J.:**
Psychoneuronimmunology - Behavioral Factors and the Immune Response. Revision, 7, 1, 56, 1984.
- [44] **Bowen, M.:**
Family Therapy in Clinical Practice, New York, Jason Aronson, 1978.
- [45] **Boyle, M.H., Offord, D.R., Racine, Y. et al.:**
Ontario Child Health Study Follow-up: Evaluation of Sample Loss, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 30, 3, 449-456, 1991.

- [46] **Bregman, J.D., Hodapp, R.M.:**
Current Developments in Understanding of Mental Retardation, Part I: Biological and phenomenological perspectives. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 30, 5, 707-719, 1991.
- [47] **Brennan, M.F., Kinsela, T., Fredman, M.:**
Psychologic Aspects of Patients with Cancer, in: *Cancer: Principles and Practice of Oncology*, Edited: De-Vita, VT., Gellman, S., Rosendorg, S., 3rd Edition. Philadelphia, Published by J.B., Lippincott, 1989.
- [48] **Brown, T.A., Barlow, D.H., Liebowitz, M.R.:**
The Empirical Basis of Generalized Anxiety Disorder, Am. J. Psychiatry, 151, 1281-1288, 1994.
- [49] **Bryant, S.G., Brown, C.S.:**
Current Concepts in Clinical Therapeutics; Major Affective Disorders, 1. Clin. Pharm, 5, 304, 1986.
- [50] **Burd, L., Kerbeshian, J.:**
Psychogenic and Neurodevelopmental Factors in Autism, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 27, 2, 252-253, 1988.
- [51] **Cadoret, R.J., O' Gorman, T.W., Troughton, E., et al:**
Alcoholism and Antisocial Personality - Interrelationships, Genetic and Environmental Factors, Arch. Gen. Psychiatry, 42, 162-167, 1985.
- [52] **Caplan, G.:**
Principles of Preventive Psychiatry, Basic Books Inc., New York, 1964.
- [53] **Chouinard, G., Jones, B., Remington, G., et al:**
A Canadian Multicenter Placebo-Controlled Study of Fixed Doses of Risperidone and Haloperidol in the Treatment of Chronic Schizophrenic Patients, J. Clin. Psychopharmacol, 13, 25-40, 1992.
- [54] **Clark, D.:**
A Cognitive Approach to Panic, Behav. Res. Ther., 24, 461, 1986.
- [55] **Coccaro, E.F., Kramer, E., Zemishlany, Z., et al:**
Pharmacological Treatment of Non-cognitive Behavioral Disturbances of Elderly Demented Patients, Am. J. Psychiatry, 147, 1640-1645, 1990.
- [56] **Čomski, N.:**
Novi militaristički humanizam, Plato, Beograd, 2000.
- [57] **Consensus Conference:**
Electroconvulsive Therapy, JAMA, 254, 2103-2108, 1985.
- [58] **Cooper, J.R., Bloom, F.E., Roth, R.H.:**
The Biochemical Basis of Neuropharmacology, 6th Edition. New York, Oxford University Press, 1991.
- [59] **Culebras, A.:**
Update on Disorders of Sleep and the Sleep-wake Cycle, Psychiatr. Clin. North. Am., 15, 467-486, 1992.
- [60] **Dahl, R.E.:**
The Pharmacologic Treatment of Sleep Disorder, Psychiatr. Clin. North. Am., 15, 161-178, 1992.
- [61] **Darwin, C.:**
The Expression of the Emotions in Man and Animals, Chicago, University of Chicago Press, 1965.
- [62] **Davidović, M.:**
Gerijatrija, Medicinski fakultet u Beogradu, poslediplomska katedra iz gerijatrije, Beograd, 1998.
- [63] **De Haas, R.A., Calamari, J.E., Bair, J.P., Martin, E.D.:**
Anxiety Sensitivity and Drug or Alcohol Abuse in Individuals with Anxiety and Substance use Disorders, Addict Behav 2001 Nov-Dec. 26(6) : 787-801.
- [64] **Deklaracija iz Helsinkov**
Preporuke lekarima kod biomedicinskog istraživanja na ljudima, cit. po Milčinski, J., 1.c., 1964, dopunjena u Tokiju, 1975.

- [65] **Dencla, M.B.:**
New Diagnostic Criteria for Autism and Related Behavioral Disorders, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 25, 221-224, 1986.
- [66] **Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care:**
ICD-10 Chapter V primary Care Version. WHO/Hogrefe and Huber Publishers, Gottingen, Germany, 1996.
- [67] **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**,
Fourth Edition, DSM - IVtm, International Version with ICD-10 Codes, Published by American Psychiatric Association, Washington, DC, 1995.
- [68] **Di Clemente, R.J.:**
Parental Monitoring: Association with Adolescents Risk Behaviors. Pediatrics 2001; 107 (69) : 1363-8.
- [69] **Doll, W.R.S.:**
Clinical Trials, In Evaluation of New Drugs in Man, Ed. Zaimis, E., Oxford, 159, 1965.
- [70] **Drevets, W.C., Rubin, E.H.:**
Psychotic Symptoms and the Longitudinal Course of Senile Dementia of the Alzheimer Type, Biol. Psychiatry, 25, 35-48, 1989.
- [71] **Dubas, J.S., Gerris, J.R.M., Janssens, J.A.M. et al.:**
Personality Types of Adolescents: Concurrent Correlates, Antecedents, and Type X Parenting Interactions. Journal of Adolescence 2002; 25:79-92.
- [72] **Đukić - Dejanović Slavica:**
Milovanovićev uvod u kliničku psihijatriju, Medicinski fakultet Kragujevac, Univerzitet u Kragujevcu, 1977.
- [73] **Dunn, J.:**
Psychoneuroimmunology for the Psychoneuroendocrinologist: A Review of Animal Studies of Nervous-immune System Interactions. Psychoneuroendocrinology, 14, 4, 215-274, 1989.
- [74] **Đurđević, N.:**
Pretpostavljeni pristanak pacijenta na lečenje. U knjizi: *Medicinsko pravo i medicinska etika*, Institut društvenih nauka - Centar za pravna istraživanja, Beograd, 1994.
- [75] **Ekerman, N.:**
Psihodinamika porodičnog života, Titograd, 1996.
- [76] **Elson, A.S., Temple, D.L.:**
Buspirone: Review of its Pharmacology and Current Perspectives on its Mechanism of Action, The American Journal of Medicine, 80 (suppl, 3B), 1, 1986.
- [77] **Engel, G.L.:**
The Clinical Application of the Biopsychosocial Model, Amer. J. Psychiatry, 137, 535, 1980.
- [78] **Erić, Lj., Šulović, V., Manojlović, D.:**
Medicinska seksologija, Beograd - Zagreb, Medicinska knjiga, 1988.
- [79] **Erikson, E.:**
Brain Neurotransmission in Panic Disorder, Acta Psychiat. Scan., 76 (Suppl. 335), 31, 1987.
- [80] **Fairbairn, R.:**
Psihoanalitičke studije ličnosti, Naprijed, Zagreb, 1982.
- [81] **Fawcett, J., Kravitz, H.M.:**
The Long-term Management of Bipolar Disorders with Lithium, Carbamazepine, and Antidepressants, J. Clin. Psychiatry, 46, 58-60, 1985.
- [82] **Fenichel, O.:**
Psihoanalitička teorija neuroza, Medicinska knjiga, Beograd, Zagreb, 1961.
- [83] **Fishbain, D.A., Rosomoff, H.L., Cutler, R., et al:**
Opiate Detoxification Protocols - a Clinical Manual, Annals of Clinical Psychiatry, 5, 53-65, 1993.
- [84] **Flaherty, J.A., Channon, R.A., Davis, J.M.:**

- Langeov klinički priručnik, *Psihijatrija . Dijagnoza i terapija*, Savremena administracija, Beograd, 1988.
- [85] **Freedman, M., Kaplan, H., Sadock, B.:** *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, The Williams & Wilkins., Baltimore, 1985.
- [86] **Freud, A.:** *The Ego and the Mechanisms of Defense*, International Universities Press, New York, 1946.
- [87] **Freud, S.:** *Collected Papers*, The International Psycho-Analytical Press, New York - London, 1924-1950.
- [88] **Freud, S.:** *Odabrana dela*, Matica srpska, Novi Sad, 1977.
- [89] **Fromm, E.:** *Revolucija nade*, Grafos, Beograd, 1980.
- [90] **Fuller, R.K., Branchey, L, Brightewell, D.R., et al:** *Disulfiram Treatment of Alcoholism - a Veterans Administration Cooperative Study*. JAMA, 256, 1449-1455, 1986.
- [91] **Fuster, J.M.:** *The Prefrontal Cortex: Anatomy, Physiology, and Neuropsychology of the Frontal Lobe*, 2nd Edition. New York, Raven, 1989.
- [92] **Gabbard, G.O.:** *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1990.
- [93] **Gawin, F.H., Kleber, H.D.:** *Cocaine Abuse Treatment*. Arch. Gen. Psychiatry, 41, 903-909, 1984.
- [94] **Gerić, R.:** *Socijalna medicina*, Naučna knjiga, Beograd, 1970.
- [95] **Gillin, J.C., Byerley, W.F.:** *The Diagnosis and Management of Insomnia*. N. Enlg. J. Med., 322, 239-248, 1990.
- [96] **Gillon, R.:** *Utilitarianisu*. Br. Med. J., 290, 1411-1413, 1985.
- [97] **Glesinger, L.:** *Medicina kroz vjekove*, Zora, Zagreb, 1954.
- [98] **Goenjian, A.:** *A Mental Health Relief Programme in Armenia after the 1988 Earthquake - Implementation and Clinical Observations*. Br. J. Psychiatry, 163, 230-239, 1993.
- [99] **Goodwin, D.W.:** *Alcoholism and Genetics*. Arch. Gen. Psychiatry, 42, 171-174, 1985.
- [100] **Graham, P.:** *Child Psychiatry. A Developmental Approach*. Oxford: Oxford University Press, 1991.
- [101] **Guyton, A.C.:** *Textbook of Medical Physiology*, 1996.
- [102] **Hall, S, and Lindzly, G.:** *Teorije ličnosti*, Nolit, Beograd, 1983.
- [103] **Hamilton, M.:** *Frequency of Symptoms in Melancholia (Depressive Illness)*. Br. J. Psychiatry, 154, 201-206, 1989.
- [104] **Hamilton, M.:** *The Assessment of Anxiety States by Rating*. Brit. J. Med. Psychol., 32, 50, 1959.
- [105] **Hartl, D., Freifelder, D., Snyder, L.:** *Basic Genetics*, Jones and Barlett Publishers, 1988.
- [106] **Havajska deklaracija**, *Kodeks etičkih načela psihijatrijskih radnika*, 1977, po: The Bulletin of the Royal College of Psychiatrists (Ashford), 12-13. jan. 1978.
- [107] **Havelka, N.:** *Socijalna psihologija*, Beograd, 1972.
- [108] **Heston, L.L.:** *Psychotic Disorders in Foster Home Reared Children of Schizophrenic Mothers*, Brit. I. Psychiatr., 112, 819, 1996.
- [109] **Hilton, D.:** *Savetovanje roditelja hronično obolele dece*, Beograd, 1995.

- [110] **Hirschfeld, R.M.A., Klerr, G.K., Klerr, M.B. et al:**
Personality of Recovered Patients with Bipolar Affective Disorder. J. Affect. Disord., 11, 81-8, 1986.
- [111] **Hobhouse, L.:**
Morals in Evolution, London, 1906.
- [112] **Holmbeck, G.N.:**
A Development Perspective on Adolescent Health and Illness: an Introduction to the Special Issues. I *Pediatr Psychol* 2002, In press.
- [113] **Horney, K.:**
Neurotična ličnost našeg doba, Grafički zavod Titograd, 1964.
- [114] **Ignjatović, M.:**
Značaj normalnosti u psihijatriji, u *Normalnost i psihijatrija*, Avalske sveske 2, str. 7-14, 1979.
- [115] **Jackson, D.D.:**
The Etiology of Schizophrenia. Basic Books, New York, 1960.
- [116] **Jakovljević, Đ., Novakov, S.:**
Socijalna medicina, Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, 1987.
- [117] **Jakulić, S., Desimirović, V.:**
Biološke osnove psihijatrije. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1990.
- [118] **Jaspers, K.:**
Filozofija egzistencije, Beograd, 1967.
- [119] **Jaspers, K.:**
Opšta psihopatologija, Prosveta, Beograd, 1978.
- [120] **Jašović-Gašić, M.:**
Psihijatrijski pristup neurozama, Doktorska disertacija, 1980, Beograd.
- [121] **Jellinek, E.M.:**
Disease Concept of Alcoholism, Hillhouse Press, New Haven, 1960.
- [122] **Jerotić, V.:**
Karl Gustav Jung i alternativna psihijatrija, Engrami, br. 3-4, 63, 1983.
- [123] **Jospe, M.:**
The Placebo Effect in Healing, Lexington Books, Toronto, 1978.
- [124] **Jung, K.G.:**
Odabrana dela, Matica srpska, Novi Sad, 1977.
- [125] **Kaličanin, D., Lečić - Toševski, D., Peković, I.:**
Tradicionalna i naučna medicina - prihvatanje i integracija, Evropski centar za mir i razvoj Univerziteta za mir UN; Savezni zavod za zdravstvenu zaštitu; Institut za mentalno zdravlje, Beograd, 1993.
- [126] **Kaličanin, P. i Paranosić, V.:**
Psihijatrija budućnosti, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, 1992.
- [127] **Kaličanin, P., Stožinić, S., Paleev, N. R., Slijepčević, D.:**
Stres zdravlje - Bolest, Beograd, 2001.
- [128] **Kaličanin, P.:**
Psihijatrija i zaštita prava mentalno obolelih, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, 1992.
- [129] **Kaličanin, P.:**
Psihijatrija u službi satanizacije i genocida, Beograd, 1999.
- [130] **Kaličanin, P.:**
Psihijatrija, Beograd, 1997.
- [131] **Kanner, L.:**
Autistic Disturbances of Affective Contact, *Nervous Child*, 2, 217, 1943.
- [132] **Kant, I.:**
Kritika praktičnoga uma, Zagreb, 1956.
- [133] **Kapamandžija, B.:**
Sudska psihijatrija, Novi Sad, Matica srpska, 1974.
- [134] **Kaplan, H. & Sadock, B.:**
Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6th ed., Williams & Wilkins, Baltimore 1985.
- [135] **Kaplan, H.I., Sadock, B.J.:**
Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1993.
- [136] **Kažić, T.:**
Gotovi lekovi, Priručnik za farmakoterapiju, V izdanje, Beograd, 1995.

- [137] **Kecmanović, D.:**
Psihijatrija, Medicinska knjiga, Beograd - Zagreb, 1989.
- [138] **Kellner, R.:**
Hypochondriasis and Somatization.
JAMA, 258, 2718-2722, 1987.
- [139] **Kendler, K.S., Myers, J., Prescott, C.A.:**
The Etiology of Phobias. An Evaluation of the Stress - Diathesis Model. Arch Gen Psychiatry 2002; 59 (3):242-48.
- [140] **Klaja - Tatić, V.:**
Neka medicinska, etička i pravna pitanja koja pokreće doktrina o informisanom pristanku pacijenta na medicinsku intervenciju, U knjizi: *Medicinsko pravo i medicinska etika*. Institut društvenih nauka - Centar za pravna istraživanja, Beograd, 1994.
- [141] **Klajn, V.:**
Neuroze, Naučna knjiga, Beograd, 1962.
- [142] **Korać, V. i sar.:**
Istorija filozofije, Zavod za udžbenike SR Srbije, Beograd, 1981.
- [143] **Korin, N.:**
Neke misli o medicinskoj deontologiji, Lij. vjes. 91:613, 1969.
- [144] **Krstić, D.:**
Učenje i razvoj, Pedagoška psihologija, Savremena administracija, Beograd, 1992.
- [145] **Kupfer, D.J., Thase, M.E.:**
The Use of the Sleep Laboratory in the Diagnosis of Affective Disorders. Psychiat. Clin. North. Am., 5, 23, 1983.
- [146] **Lachaux, B., Lemaire, P.:**
Placebo, un médicament qui cherche la vérité, MEDSI - Mc Graw Hill, Auckland, Paris, Toronto, 1988.
- [147] **Last, C.G., Hersen, M.:**
Handbook of Child Psychiatric Diagnosis. New York, John Wiley & Sons., 1989.
- [148] **Lazarus, A.A.:**
Multimodal Behavior Therapy. New York, Springer Publishing Company, 1976.
- [149] **Lebovici, S., Diatkine, R., Soule, M. (eds.):**
Traite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescence, PUF, Paris, 1985.
- [150] **Leonhard, K.:**
The Classification of Endogenous Psychoses, Irvington Publ., Fifth Edition, New York, 1979.
- [151] **Levy - Bruhl. L.:**
La mentalite primitive, Paris, 1922.
- [152] **Levy - Bruhl. L.:**
La mythologie primitive, Paris, 1935.
- [153] **Levy, N.B.:**
Psychosomatic Medicine and Consultation - Liaison Psychiatry: Past, Present and Future. Hosp. Community - Psychiatry, 40/10, 1989.
- [154] **Lewis, G., Appleby, L.:**
Personality disorders: the Patients Psychiatrists Dislike. Br. J. Psychiatry, 153, 44-49, 1988.
- [155] **Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms**,
2nd Edition, World Health Organization, Geneva, 1994.
- [156] **Liebowitz, M.R., Fyer, J., Gorman, J.M.:**
Social Phobia: Review of Neglected Anxiety Disorder. Arch. Gen. Psychiatry, 42, 729-736, 1985.
- [157] **Lilienfeld, S.O., VanValkenberg, C., Larntz, K., et al:**
The Relationship of Histrionic Personality Disorder to Antisocial Personality and Somatization Disorders. Am. J. Psychiatry, 143, 718-722, 1986.
- [158] **Lipinsky, J.F., Zubenko, G., Cohen, B.M., et al:**
Propranolol in the Treatment of Neuroleptic. Induced Akathisia. Am. J. Psychiatry, 141, 412-415, 1984.
- [159] **Locke, S, Gorman, J.:**
Behavior and Immunity, In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, V, ed., Kaplan, H.I., Saddock, B.J. (eds), Williams and Wilkins, Baltimore, London, vol. 2, 1240, 1990.
- [160] **Lopašić, R., Betlheim, S., Dogan, S.:**
Psihijatrija, Medicinska knjiga, Beograd - Zagreb, 1965.

- [161] **Lukić, R.:**
Dehumanizacija u medicini s gledišta etike, Zdravstvena zaštita, 1988.
- [162] **Luria, A.R.:**
Osnovi neuropsihologije, Nolit, Beograd, 1976.
- [163] **Mac Lean, P.D.:**
The Triune Brain, Emotion, and Scientific Bias. In Schmitt, F.O. (izd.), *The Neuroscience, Second Study Programme*, Rockefeller University Press, New York, 1970.
- [164] **Marić, J.:**
Klinička psihijatrija, Savremena administracija, Beograd, 1993.
- [165] **Marks, I.M.:**
Fears, Phobias and Rituals: Panic, Anxieties, and Their Disorders. New York, Oxford University Press, 1987.
- [166] **Marmor, C.R.:**
Brief Dynamic Psychotherapy of Post-traumatic Stress Disorder. *Psychiatric Annals*, 21, 405, 1991.
- [167] **Masserman, J.H.:**
Behavior and Neurosis, Haffner, 1964.
- [168] **McCracken, J.T., Diamond, R.P.:**
Bipolar Disorder in Mentally Retarded Adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 27, 3, 494-499, 1988.
- [169] **Međunarodne preporuke za izvođenje biomedicinskih istraživanja na ljudima**, Prevod, Novi Sad, Medicinski fakultet, 1988.
- [170] **Meichenbaum, D.:**
Cognitive-Behavior Modification: An integrative Approach. Plenum Publishing Corp., New York, 1977.
- [171] **Mendels, J.:**
Electroconvulsive Therapy and Depression, Significance of Endogenous and Reactive Syndromes. *B.J. Psychiatry* III, 628, 1965.
- [172] **Menolascino, F.J., Levitas, A., Greiner, C.:**
The Nature and Types of Mental Illness in the Mentally Retarded. *Psychopharmacol. Bull.*, 22, 1060-1071, 1986.
- [173] **Menolasciono, F.J., Stark, J.A.:**
Handbook of Mental Illness in the Mentally Retarded. New York, Plenum, 1984.
- [174] **Metz, M.E., Epstein, N.:**
Assessing the Role of Relationship Conflict in Sexual Dysfunction. *Sex Marital Ther* 2002; 28 (2) : 139-64.
- [175] **Meyer, V., Liddel, A.:**
Behavior Therapy. Ed. by D. Banister, John Wiley and Sons, London, 1975.
- [176] **Mid, M.:**
Spol i temperament u tri primitivna društva, Zagreb, 1968.
- [177] **Milanović, V.:**
Kriza vrednosti u medicini i njeni uzroci, Zdravstvena zaštita, 1988.
- [178] **Milovanović, D., Šternić, M.:**
Dijagnostičko-terapijski psihijatrijski praktikum, Univerzitet u Beogradu, Subotica - Beograd, 1973.
- [179] **Milovanović, D.:**
Etika i psihijatrija (etika i psihoze), "Psihijatrija danas", Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Vol. XIX, 1-2, 91-97, 1987.
- [180] **Milovanović, D.:**
Medicinska etika, Naučna knjiga, Beograd, 1992.
- [181] **Milovanović, D.:**
Osnovi medicinske etike, Beograd, 1974.
- [182] **Milovanović, D.:**
Klinička psihofarmakologija, Beograd 1999.
- [183] **Milutinović, P., Bošnjaković, V., Kostić, K.:**
Osnovi nuklearne medicine, Medicinski fakultet u Univerziteta u Beogradu, Beograd, 1990.
- [184] **Morić-Petrović, S. (urednik):**
Psihijatrija, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1987.
- [185] **Morić-Petrović, S.:**
Nasleđivanje mentalnih oboljenja, Nolit, Beograd, 1982.
- [186] **Mršulja, B.B., Kostić, V.S., Nenadović, M.M.:**
Neurobiologija kognitivnih poremećaja,

- Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, 1993.
- [187] **Mršulja, B.B., Kostić, V.S.:**
Neurohemija u neurološkim bolestima, Medicinska knjiga, Beograd, 1994.
- [188] **Mršulja, B.B.:**
Neurobiologija poremećaja cerebralne cirkulacije, Medicinska knjiga, Beograd - Zagreb, 1986.
- [189] **Munoz, R.A., Amado, H., Hyatt, S.:**
Brief Reactive Psychosis. J. Clin. Psychiatry, 48, 324-327, 1987.
- [190] **Nauta, W.J.H., Feirtag, M.:**
Fundamental Neuroanatomy, New York, W.H. Freeman, 1986.
- [191] **Nenadović, M.M.:**
Psihijatrija morala i moralnosti; U: Psihijatrija II odabrana poglavlja, Nenadović, M.M., Milovanović, D.P., Beograd, 2001.
- [192] **Nenadović, M.M., Milovanović, D.:**
Psihijatrija odabrana poglavlja II, Beograd, 2001.
- [193] **Nenadović, M.M.:**
Kognicija sa neurobiološkog aspekta, U knjizi: *Religija i duševni život čoveka*, str. 47-68, Beograd, 1995.
- [194] **Nenadović, M.M.:**
Medicinska etika, Beograd, 2002.
- [195] **Nenadović, M.M.:**
Narkomanije i alkoholizam, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, 1995.
- [196] **Nenadović, M.M.:**
Pervazivni razvojni poremećaji, U Odabrana poglavlja iz psihijatrije I, Milovanović, D., Đukić - Dejanović Slavica, str. 38-80, Beograd - Kragujevac, 2000.
- [197] **Niče, F.:**
Volja i moć, Beograd, 1972.
- [198] **Nichols, M.:**
Family Therapy: Concepts and Methods. New York, Gardner, 1984.
- [199] **Nikolić, M.:**
Propedeutika i tehnika neurološkog pregleda, Medicinska knjiga, Beograd - Zagreb, 1980.
- [200] **Nosev, S.D.:**
Pitanja deontologije u naučnoistraživačkom radu lekara, Moskva, "Medicina", 1975.
- [201] **Noyes, R., Garvey, M.J., Cook, B.L., et al.:**
Benzodiazepine with Drawal: a Review of the Evidence. J. Clin. Psychiatry, 49, 382-389, 1988.
- [202] **Očić Gordana:**
Klinička neuropsihologija, Beograd, 1998.
- [203] **Olajide, D., Lader, M.:**
A Comparison of Buspirone, Diazepam, and Placebo in Patients with Chronic Anxiety States. J. Clin. Psychiatry, 75, 148-152, 1987.
- [204] **Olport, G.:**
Sklop i razvoj ličnosti. Kultura, Beograd, 1969.
- [205] **Osovska, M.:**
Psihologija morala, Zavod za izdavanje udžbenika, Sarajevo, 1971.
- [206] **Paunović, V.R., Babinski, T.:**
Biološka psihijatrija 1, Molekularna osnova mentalnih procesa, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, 1995.
- [207] **Paunović, V.R.:**
Antipsihotici, Sveske iz kliničke psihofarmakologije, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, 1996.
- [208] **Pavićević, V.:**
Problem važenja moralnih urednosti i moralnih normi ("Filozofija", br. 2 za 1959).
- [209] **Paykel, E.S. (ed.):**
Handbook of Affective Disorders, 2nd Edition. New York, Guilford, 1992.
- [210] **Pejaković, S.:**
Sudsko medicinska ekspertiza, Beograd, BIGZ, 1972.
- [211] **Pejović, M.:**
Interpersonalni odnosi i porodica, "Avalske sveske", 1982.

- [212] **Pelletier, K.R., Hertzling, D.L.:**
Psychoneuroimmunology: Toward a Mindbody Model: a Critical Review. Advances, 5 (1), 27, 1988.
- [213] **Perls, F.:**
Gešalt Therapy. Bantam Books, New York, 1974.
- [214] **Petrović, G.:**
Fromovo shvaćanje čoveka (pogovor Fromovoj knjizi Čovjek za sebe, Zagreb, 1966).
- [215] **Piaget, J.:**
La naissance de l'intelligence chez l'enfant. Edit. Neuchatel, Delachaux, Suisse, 1936.
- [216] **Pitts, W., Gustin, Q., Mitchell, C., et al:**
MMPI Critical Item Characteristics of the DSM-III Borderline Personality Disorder. The Journal of Nervous and Mental Diseases, 173, 10, 628-631, 1985.
- [217] **Pollack, J.:**
Obsessive-Compulsive Personality. Journal of Personality Disorders, 1, 248-262, 1987.
- [218] **Pope, H.G., McElroy, S.L., Keck, P.E., et al:**
Valproate in the Treatment of Acute Mania. Arch. Gen. Psychiatry, 48, 62-68, 1992.
- [219] **Popović, M., Milovanović, D.:**
Prisilne i fobične neuroze i njihovo lečenje, Lek Ljubljana, 1981.
- [220] **Rabins, P.V., Folstein, M.F.:**
Delirium and Dementia: Diagnostic Criteria and Fatality Rates. Br. J. Psychiatry, 140, 149-153, 1982.
- [221] **Radišić, J.:**
Aktuelni pravni problemi u medicini (Zbornik radova), Institut društvenih nauka - Centar za pravna istraživanja, Beograd, 1996.
- [222] **Radojčić, B.:**
Psihopatologija, Medicinska knjiga, Beograd, 1974.
- [223] **Radojčić, B.:**
Opšta i specijalna klinička neurologija, Beograd, 1998.
- [224] **Radunović, K.:**
Zbirka važećih propisa iz oblasti zdravstva Savezne Republike Jugoslavije i Republike Srbije. Preduzeće "Gradac" sa P.O., Beograd, 1998.
- [225] **Redmond, D.E.:**
Studies of the Nucleus Coeruleus in Monkeys and Hypotheses for Neuropsychopharmacology. In: H.Y. Meltzer (ed) Psychopharmacology. The Third Generation of Progress. Raven Press, New York, 1193, 1987.
- [226] **Reid, D.H., Parsons, M.B., Green, C.W.:**
Evaluating the Functional Utility of Congregate Day Treatment Activities for Adults with Severe Disabilities. Am J Ment Retard 2001; 106 (5) : 460-90.
- [227] **Rickels, K., Schweizer, E.:**
Clinical Overview of Serotonin Reuptake Inhibitors. J. Clin. Psychiatry, 51 (12 suppl B), 9-12, 1990.
- [228] **Ristić, J.:**
Medicina i društvo, BIGZ, Beograd, 1973.
- [229] **Ristić, J.:**
Savremena psihijatrija - grana medicinske nauke, Engrami, 3, 1, 1980.
- [230] **Ristić, J.:**
Socijalistički humanizam i medicina, Otisak iz GLASA CCLXXXIV Srpska akademija nauka No. 16. Beograd, 1973.
- [231] **Rogers, C.:**
Client Centered Therapy, Constable, London, 1976.
- [232] **Roth, M.:**
Neurosis, Psychosis and the Concept of Disease in Psychiatry. Acta Psychiat. Scand., 39, 128, 1963.
- [233] **Rutter, M.:**
Brain Damage Syndromes in Childhood: Concepts and Findings. J. Child Psychol. Psychiatry, 18, 1-21, 1977.
- [234] **Sanyal, D.K.:**
A Story of Medicine and Pharmacy in India, Calcutta, 1964.

- [235] **Sartorius, N., and Harding, W. Timothy:**
The WHO Collaborative Study on Strategies for Expanding Mental Health Care, I: The genesis of the study, Am. J. Psychiatry, 140, 11, 1983.
- [236] **Scheski, H.:**
Soziologije und Sexualitat, Hamburg, 1960.
- [237] **Seeman, P., Lee, T., Chau-Wong, M., et al:**
Antipsychotic Drug Doses and Neuroleptic-Dopamine Receptors. Nature, 261, 717-719, 1976.
- [238] **Sergjev, D.:**
Pojam anomije i alijenacija ("Sociologija" br 3 za 1969).
- [239] **Shear, M.K.:**
Pathophysiology of Panic: a Review of Pharmacologic Provocative Tests and Naturalistic Monitoring Data. J. Clin. Psychiatry, 47, (6, suppl), 18-26, 1986.
- [240] **Shepherd, M., Sartorius, N.:**
Non-Specific Aspects of Treatment. Huns Huber Publishers, Toronto-Lewiston N.Y., Nern, Stuttgart, 1989.
- [241] **Sim, T.N.:**
Adolescent Psychosocial Competence: the Importance and Role of Regard for Parents. I Res adolesc 2000; 10 (1) : 49-64
- [242] **Simeon, D., Hollander, E.:**
Depersonalization Disorder. Psychiatric Annals, 23, 382-388, 1993.
- [243] **Solomon, G.F.:**
Psychoneuroimmunology: Interactions Between Central Nervous System and Immune System. J. Neuroscience Research, 18, 1, 1987.
- [244] **Spektorski, E.:**
Hrišćanska etika, Sv. Simeon Mirotičivi, Vrnjačka Banja, 1992.
- [245] **Stevanović, B.:**
Merenje inteligencije, Beograd, 1937.
- [246] **Stojiljković, S.:**
Psihijatrija sa medicinskom psihologijom, Medicinska knjiga, Beograd - Zagreb, 1965.
- [247] **Sullivan, H.:**
The Interpersonal Theory of Psychiatry, W.W. Norton, New York, 1953.
- [248] **Svetska zdravstvena organizacija:**
ICD-10 klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Klinički opisi i dijagnostička uputstva. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 1992.
- [249] **Tadić Nevenka:**
Psihijatrija detinjstva i mladosti, Naučna knjiga, Beograd, 1981.
- [250] **Telch, M., Agras, W.S., Taylor, C.B., Roth, W.T., Gallen, C.C.:**
Combined Pharmacological and Behavioral Treatment for Agoraphobia. Behaviour Research and Therapy, 23, 325-335, 1985.
- [251] **Thompson, D.J., Goldberg, D.:**
Hysterical Personality Disorder, Br. J. Psychiatry, 150, 241-245, 1987.
- [252] **Thompson, R.C.:**
Assyrian Medical Texts from the Originals in the British Museum, Oxford, 1923.
- [253] **Timotijević Ivana, Paunović, V.R.:**
Instrumenti kliničke procene u psihijatriji, Naučna knjiga, Beograd, 1992.
- [254] **Timotijević Ivana:**
Principi psihofarmakoterapije, Beograd, 1995.
- [255] **Torgerson, S.:**
Genetic Factors in Anxiety Disorders, Arch. Gen. Psychiatry, 40, 1085-1089, 1983.
- [256] **Vardy, M., Kay, S.:**
LSD Psychosis of LSD Induced Schizophrenia?, Arch. Gen. Psychiatry, 40, 877-883, 1983.
- [257] **Vartanjan, M.E.:**
Shizofrenija, Multidisciplinarna istraživanja. Medicina, Moskva, 1972.
- [258] **Vasiljević, T., Grubač, M.:**
Komentar zakona o krivičnom postupku, četvrto dopunjeno izdanje, Savremena administracija, Beograd, 1990, čl. 43, čl. 402.

- [259] **Veljković, J., i sar.:**
Antipsihijatrija - osnovne koncepcije i stavovi, Engrami, 3, 89, 1980.
- [260] **Vesel, J.:**
Hronične psihoze sumanutosti, U: Prvi seminar iz kliničke psihijatrije, Documenta - Galenika, Beograd, 1977.
- [261] **Vesel, J.:**
Medicinska psihologija sa psihopatologijom, Udžbenik za studente više medicinske škole, Beograd, 1981.
- [262] **Vesel, J.:**
Opšta psihopatologija, Beograd, 1975.
- [263] **Vesel, J.:**
Shvatanje o duševnoj bolesti kroz istoriju, poglavlje u knjizi *Duševni život čoveka*, grupa autora, Sloboda, Beograd, 1980.
- [264] **Vidanović, I., Kolar, D.:**
Mentalna higijena, Beograd, 2003.
- [265] **Vidanović, I.:**
Pojedinac i porodica - metode, tehnike i veštine socijalnog rada, Nic, Beograd, 2001.
- [266] **Vlajković, J.:**
Teorija i praksa mentalne higijene, Savez društava psihologa Srbije, Beograd, 1990.
- [267] **Vučković, N.:**
Uloga i značaj alkoholizma i alkoholisanih stanja u deliktima ubistva, Doktorska disertacija, 1990, Novi Sad.
- [268] **Warner, E.A.:**
Cocaine Abuse, Ann. Intern. Med., 119, 226-235, 1993.
- [269] **Watson, S. J., Khachaturian, H., Lewis, M.E., Akil, K.:**
Chemical Neuroanatomy as a Basis for Biological Psychiatry, In P.A. Berger and H.K. Brodie (eds), American Handbook of Psychiatry, Vol. 8, Basic Books, New York, 1986.
- [270] **Weiner, C.:**
Developmental Psychopathology, MC. Graw Hill. New York, 1994.
- [271] **Weiner, M.:**
Practical Psychotherapy. New York, Brunner/Mazel, 1986.
- [272] **Weissman, M.M., Markowitz, J.C.:**
Interpersonal Psychotherapy: Current Status. Arch. Gen. Psychiatry, 51, 599-606, 1994.
- [273] **Werman, D.S.:**
The Practice of Supportive Psychotherapy, New York, Bruner/Mazal, 1984.
- [274] **Willis, R.G., Vernon, M.:**
Residential Psychiatric Treatment of Emotionally Disturbed Deaf Youth. Am Ann Deaf 2002; 147 (1) : 31-7.
- [275] **Wirz-Justace, A.:**
Light Therapy for Depression: Prevent Status, Problems and Perspectives. Psychopathology, 19 (suppl. 20), 136-141, 1986.
- [276] **World Health Organization:**
Formulation Strategies for Health for all by Year 2000., Geneva, 1979.
- [277] **Yalom, I.D.:**
The Theory and Practice of Group Psychotherapy, 3rd Edition. New York, Basic Books, 1985.
- [278] **Zitrin, C. M., Klein, D.F., Woerner, M.G., & Ross, D.C.:**
Treatment of Phobias: I. Comparison of Imipramine Hydrochloride and Placebo. Archives of General Psychiatry, 40, 125-138, 1983.
- [279] **Životić, M.:**
Osnovna učenja o najvišem dobru i cilju života, RAD, Beograd, 1962.



Milutin M. Nenadović, profesor medicinskog fakulteta za nastavne predmete Medicinska etika i Psihijatrija rođen je 1949. godine u Rađevini, selo Bogoštica, opština Krupanj. Ukupno medicinsko školovanje i usavršavanje je obavio na Medicinskom fakultetu u Beogradu. Ima tri sina i kćerku. Radeći kao specijalista neuropsihijatrije je rukovodio kao načelnik u Bolnici za cerebrovaskularne bolesti "Sveti Sava" u Beogradu od 1986. do 1992., bio je direktor Zavoda za bolesti zavisnosti u Beogradu od 1993. do 1996. i direktor Klinike za neurologiju i psihijatriju za decu i omladinu u Beogradu od 1999. do 2002., a sada je na psihijatrijskoj klinici u KBC Priština.

Realizovao je kao predsednik Naučnih i organizacionih odbora, i učesnik, istovremeno, sledeće naučne skupove: Simpozijum u SKC-u Beograd 1994. godine na temu "Religija i duševni život čoveka" (publikovana je i monografija pod istim naslovom), "Prvi naučni skup Jugoslavije o Alkoholizmu i narkomaniji" u Somboru 1994., "Kongres Jugoslavije i Konferenciju balkanskih zemalja o narkomaniji i alkoholizmu" 1995. u Beogradu i "Simpozijum Jugoslavije o narkomaniji i alkoholizmu" u Velikoj Plani 1996. godine.

Bio je nosilac ili učesnik u više naučnoistraživačkih projekata u oblasti neuronauka. Uređivao je kao glavni i odgovorni urednik časopis "Alkoholizam". Objavio je oko 200 radova u svetским i domaćim časopisima. Pored udžbenika "Propedevtika psihijatrije psihijatrijske dijagnostike i terapije", autor je i udžbenika "Narkomanije i alkoholizam" u izdanju Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu 1995. godine i udžbenika "Medicinska etika" u izdanju Medicinskog fakulteta Univerziteta u Prištini 2002. godine. Publikovao je do sada i šest stručnih monografija iz oblasti neuropsihijatrije i psihijatrije.