

NARODNI ZDRAVSTVENI LIST

mjesečnik za unapređenje
zdravstvene kulture

Izdaje

ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO
PRIMORSKO-GORANSKE ŽUPANIJE

Za izdavača

Doc. dr. sc. Vladimir Mićović, dr. med.

Uređuje

Odjel socijalne medicine
Odsjek za zdravstveni odgoj

Redakcijski savjet

Doc. dr. sc. Vjekoslav Bakašun, dr. med.; Suzana Janković, dr. med.; mr. sc. Vojko Obersnel, dipl. ing.; doc. dr. sc. Vladimir Mićović, dr. med.; Vladimir Smešny, dr. med.; prof. dr. sc. Ante Škrobonja, dr. med.; dr. sc. Marija Varoščić; doc. dr. sc. Milan Zgrablić, dr. med.; tel. 21-43-59, 35-87-26, fax 21-39-48

Odgovorni urednik

Vladimir Smešny, dr. med.

Glavni urednik

Suzana Janković, dr. med.

Lektor

Vjekoslava Lenac, prof.

Grafičko-tehničko uređenje i priprema za tisak

"Digital point" d.o.o. – Rijeka

Rješenje naslovne stranice

Dr. sc. Saša Ostojić, dr. med.

Na naslovnici:

Pablo Picasso: "Glava žene"

Uredništvo

51000 Rijeka, Krešimirova 52/a
pošt. pret. 382
tel. 21-43-59, 35-87-92
fax 21-39-48
<http://www.zzjzpgz.hr> (od 2000. g.)

Godišnja pretplata 30.00 kn

Žiro račun 2402006-1100028208 •

Godišnja pretplata za inozemstvo:

SFRS 10.- • Devizni račun kod Riječke
banke d.d. Rijeka, SWIFT: RBRIHR 2X
7001-3393585-ZZJZPGŽ RIJEKA

Tisak

"Studiograf" – Rijeka

"NZL" je tiskan uz potporu Odjela
gradske uprave za zdravstvo i socijalnu
skrb Grada Rijeke.

MENTALNO ZDRAVLJE – DRUŠTVENI PRIORITET

Mentalno zdravlje ili, popularnije rečeno, duševno zdravlje od pamtivijeka je zasebno i pomalo izdvojeno područje zaštite zdravlja. To je jedno od rijetkih, ako ne i jedino područje ljudskog zdravlja kojim se bave dvije djelatnosti. Osim medicine, najčešće preko specijalnosti koju zovemo psihijatrija ("liječenje duše"), tu je i psihologija ("znanje o duši"), odvojena i "otrgnuta" od medicine, smještena u porodicu "društvenih znanosti". No, o logičnosti i dosljednosti raznih podjela drugom zgomom.

Poremećaji duševnoga zdravlja, duševne bolesti, nažalost su u porastu. Na to ukazuju sva ozbiljna svjetska istraživanja. Nedavno provedena anketa na području Primorsko-goranske županije (kvalitativno istraživanje – odgovor na pitanje: "Koji je zdravstveni problem po vašem mišljenju najviše zapostavljen?") dala je za mnoge iznenađujući rezultat: duševno zdravlje je na prvom mjestu. Treba istaknuti da problemi duševnoga zdravlja uključuju i bolesti ovisnosti (alkoholizam i ovisnosti o drogama), s nespornim psihičkim posljedicama.

Što o svemu tomu kaže Svjetska zdravstvena organizacija? Od ukupno 21 cilja projekta "Zdravlje za sve u XXI. stoljeću", mentalno zdravlje je na visokom šestom mjestu!

6. CILJ – UNAPREĐENJE MENTALNOGA ZDRAVLJA

Do 2020. godine, treba unaprijediti psihosocijalno stanje i učiniti dostupnom zaštitu ljudi s problemima s mentalnim zdravljem.

Posebno treba:

- 6.1. znatno smanjiti prevalenciju i štetne utjecaje na mentalno zdravlje, a povećati sposobnost ljudi da se i sami nose sa stresnim životnim događajima;
- 6.2. smanjiti stopu samoubojstava za najmanje jednu trećinu, naročito u zemljama i skupinama stanovništva gdje su te stope najviše.

Cilj se može postići ako:

- se više pažnje pokloni unapređenju i zaštiti mentalnoga zdravlja tijekom života, posebno skupinama koje su socijalno i ekonomski u nepovoljnijem položaju;
- životno i radno okruženje bude uređeno tako da pomogne ljudima svih životnih dobi: steći osjećaj sklada, izgraditi i održati društvene odnose i uhvatiti se u koštac sa stresnim događajima i situacijama;
- zdravstvene i druge službe za skrb budu osposobljene za radno otkrivanje problema mentalnoga zdravlja i pružanje primjerene pomoći;
- službe za osobe s problemima mentalnoga zdravlja pružaju kvalitetnu skrb, uz primjerenu povezanost službi socijalne skrbi i zdravstvene zaštite, obraćaju posebnu pozornost pružanju pomoći u kriznim situacijama te manjinama i skupinama u nepovoljnijem položaju;
- budu uvažavana ljudska prava i poboljšana kvaliteta života osoba s problemima mentalnoga zdravlja, posebno onih s kroničnim poremećajima.

Od svih problema duševnoga zdravlja koji su u dokazanom porastu, mogu se istaknuti tri:

1. posljedice, najčešće neizlječive, uzimanja opojnih droga (od toga one tzv. amfetaminske skupine, npr. "ekstazy", kod nekih osoba ostavljaju trajne posljedice već nakon prve doze);
2. svi oblici tjeskobnih stanja (anksioznost) koja se javljaju kod svih uzrasta, a izravno su u vezi s osjećajem socijalne nesigurnosti (kod djece problemi u obitelji, ali i oni u školi; kod odraslih radna nesigurnost; kod starijih strah od neimaštine);
3. depresija, po nekima bolest XXI. stoljeća, djelomično u porastu zbog općeg (ali često ne i kvalitetno) produljenja ljudskog vijeka.

Problemi duševnoga zdravlja, možda najmanje od svih problema zdravlja, ovisе o uspješnosti medicine, čega su već svjesni i ljudi sasvim prosječne opće naobrazbe.

ODGOVORNI UREDNIK

MENTALNO ZDRAVLJE, POREMEĆAJI I BOLESTI

RAZMIŠLJANJA O ORGANIZACIJI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Prateći podatke u Godišnjaku hrvatske zdravstvene službe za 2000. godinu vidi se da u Rang-ljestvici deset vodećih uzroka smrti nema duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja niti kongenitalnih abnormalnosti; njihov je postotni udio u smrtnosti tek 1,54%.

Hospitalizacija oboljelih iz tih skupina bolesti višestruko je veća, 7,6%, i dugo traje, najčešće zbog shizofrenije u dobnoj skupini od 20 do 59 godina i demencije poslije 65. godine života. Po pregledima u ambulantama primarne zdravstvene zaštite, postotni udio skupine duševnih bolesti i poremećaja kretao se od 4-5% i s tim postotkom ta je skupina na 9. mjestu na rang listi. Od toga su u oko 60% utvrđene neuroze i afektivni poremećaji povezani sa stresom, u oko 8% duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem alkohola, u 8% shizofrenija, u oko 6% senilnost i demencija pa epilepsija, PTSP itd. Značajan je porast oboljelih od depresije, uključujući neurotske depresivne sindrome. Zapažen je i porast dementnih starijih osoba, a od njih 60% zauzima Alzheimerova bolest. Prema tome, mentalni poremećaji i bolesti onesposobljuju, ali od njih se u manjoj mjeri umire. Vrlo su značajni podaci, za 2002. godinu, da oko 10% stanovnika uzima sedative, pa su oni po utrošku lijekova na prvom mjestu, a na drugom su antibiotici. U svijetu oko 500 milijuna ljudi boluje od nekog oblika mentalnog poremećaja; jedna trećina nesposobnosti uzrokovana je njima. Oko 25% ljudi razvije jedan ili više mentalnih poremećaja u nekom od životnih razdoblja.

Bolje spriječiti...

Ti su podaci nesumnjivo upozoravajući. U svijetu i u nas bilježi se porast broja oboljelih od mentalnih poremećaja i bolesti, još je uvijek značajan broj liječenih u skupim i depresivnim bolničkim uvjetima, a potrošak psihofar-

maka vrtoglavo raste. Zdravstvo i medicina suočavaju se s pojavom bolesti koje se približavaju mjestu što ga zauzimaju neke druge kronične nezarazne bolesti. Neuroze i afektivni poremećaji povezani sa stresom, posljedice alkoholizma, razna dementna stanja u starosti sve više opterećuju liječnike opće medicine. Društvo je ugroženo posljedičnim stanjima: nasilničkim ponašanjem osoba s duševnim smetnjama, samoubojstvima, alkoholnim psihozama, kriminalitetom ovisnika itd. Psihijatrijska kurativa još je uvijek u prvom planu, a zastupljena je sve potrebija mentalna preventiva, koja bi mogla očuvati mentalno zdravlje i zaustaviti porast mentalnih poremećaja i bolesti.

Nevidljiv početak bolesti

Psihijatrija je medicinsko-psihološka znanstvena disciplina koja se bavi proučavanjem, sprečavanjem i liječenjem psihičkih abnormalnosti i duševnih bolesti i zaštitom duševnog zdravlja, promatrajući bolesnika i bolest u kontekstu sredine i njegovih odnosa s okolinom. Duševne bolesti ili psihoze poremećaji su psihičkog života, često nepoznatoga podrijetla i često doživotne. To su npr. shizofrenija, manično-depresivna psihoza, paranoja, depresija, alkoholične psihoze, neke epilepsije; neuroze ne spadaju u psihoze. Granice između normale i početka bolesti na psihičkom području nisu lako uočljive. Zbog nejasnog prijelaza od graničnih do psihopatoloških dimenzija nastaju teškoće dijagnosticiranja i terapije, kojima je u određenim periodima tretmana pouzdano dorastao specijalist psihijatar. Psihijatrijska dijagnostika i terapija izrazito je

interdisciplinarna struka koja zahtijeva povezivanje psihijatrije, neurologije, psihologije, neuroradiologije, molekularne medicine i genetike, biokemije, psihofarmakologije i drugih disciplina. U suvremenoj psihijatriji naglasak je na vanjskim, društvenim i ekonomskim utjecajima na pojedinca, koji danas i sam postaje sudionik u razrješavanju teškoća svojih bolesnih zbivanja. Obitelj ima posebnu važnost za razvoj duševno zdrave i zrele ličnosti. Podskupine su psihijatrije gerontopsihijatrija i dječja psihijatrija. Psihoanalizu kao metodu liječenja uveo je Freud, provode je posebno izobraženi stručnjaci i ponekad traje nekoliko godina. U takvim uvjetima i okolnostima liječenje duševnih bolesnika u bolnici ("ludnici"), kao anakronizam negdašnje psihijatrije, pomalo ustupa mjesto ambulantnom liječenju. Psihofarmaci, tj. psihotropni lijekovi, imaju nedvojben terapijski učinak, no kako ih ima oko tisuću, treba dobro poznavati i njihov koristan učinak, i štetno djelovanje, i nus-pojave.

Valja spomenuti da takozvane psihosomatske bolesti ne spadaju u skupinu duševnih poremećaja – to su tjelesne, organske bolesti kojima uzrok leži, osim unutarnje dispozicije i izloženosti vanjskim čimbenicima, u psihosocijalnim i stresnim izazovnim činiteljima, kao npr. kod peptičkog ulkusa dvanaesterca ili želuca.

Posao za stručnjaka

Za tako kompleksne skupine bolesti, kao što su duševni poremećaji i bolesti, čiji uzroci često nisu poznati ili su zamršeni endogeni genetski ili biokemijski, čija je rana dijagnostika teška, čije je

liječenje vrlo specifično i odudara od klasičnog liječenja ostalih bolesti čovjeka, za njih dijagnostičar-terapeut mora biti velik znalac tog uskog područja medicine – specijalist psihijatar. On mora raspolagati suvremenim tehničkim dijagnostičkim i terapijskim uređajima. On mora izbjegavati bolničko liječenje, koje nerijetko može imati neželjen učinak na bolesnika; pretežno se hospitaliziraju za okolinu i za sebe opasni bolesnici. Princip je terapije osobni pristup i vješta i strpljiva komunikacija te ispravna farmakopsihoterapija. To psihijatar može svladati uz pomoć liječnika opće medicine koji će, poslije uvodne, uskospecifične obrade psihijatra, po njegovim uputama nastaviti liječenje, razgovore i kontrolu bolesnika, uz komunikaciju s njegovom obitelji i uz pomoć patronažne sestre. Za takvo preuzimanje mentalnih bolesnika liječnik opće medicine mora biti dobro izobražen, u sklopu trajne stručne izobrazne koja, kao i na svim područjima medicine, mora biti doživotna, u svim zanimanjima, ali u medicini naročito. Psihijatar svakako, bez obzira na visoku kvalitetu liječnika opće medicine, mora ostati u povremenom kontaktu s bolesnikom. Psihijatar ostaje dijagnostičko-terapijska osovina. U njegovom je djelokrugu rada i fundamentalna znanost: istraživanje staničnih i molekularnih mehanizama, genetske uzročnosti, genska terapija, autoimuni uzročni procesi, kongenitalne bolesti, biokemijski moždani procesi, novi

Nikada se ne smije zaboraviti, nitko od onih koji skrbe za mentalnog bolesnika, ali i za zdravog i prividno zdravog čovjeka, da je u medicini u središtu svega čovjek.

lijekovi i, pri svemu tome, poštivanje etičkih normativa i čovječje ličnosti i dostojanstva.

Jači od životnih neprilika

Nikada se ne smije zaboraviti, nitko od onih koji skrbe za mentalnog bolesnika, ali i za zdravog i prividno zdravog čovjeka, da je u medicini u središtu svega čovjek.

Svi koji se skrbe, premalo se skrbe za zdrave, među kojima ima i prividno zdravih. Prema pokazateljima rizičnosti tražit će se među njima mogući duševni bolesnik. Ako je dijagnoza rana, bit će i prognoza mnogo bolja, čak i u bolesti kao što je shizofrenija. I tu je najveća uloga liječnika opće medicine, jer on najbolje može poznavati povjerene mu stanovnike i njihove obitelji, on je u stanju prvi i rano otkriti začetak neke mentalne bolesti i tada tražiti mišljenje psihijatra. Općenito su duševni poremećaji češći u podskupinama pučanstva izloženog strasnim okolnostima, onoga s

nižim socio-ekonomskim statusom, odvojenih osoba, osoba u žalosti i nezaposlenih. Duševnim poremećajima još su posebno izloženi alkoholičari i narkomani. Suzbijanje tih ovisnosti ujedno je prevencija posljedičnih duševnih poremećaja i bolesti. Rizični su čimbenici u starijoj dobi: psihička neaktivnost, osamljenost, potištenost, osjećaj beskorisnosti, depresija, nezainteresiranost za nove spoznaje, odvajanje od mladih ljudi i obitelji, tjelesna neaktivnost. Čuvanje mentalnog zdravlja još je uvijek u zapečku medicinske skrbi za dokazane duševne bolesnike. Bilo bi manje duševnih poremećaja i bolesnika kad bi pučanstvo dobivalo, na popularan način, stručne savjete kako da se prilagodi otežavajućim životnim prilikama i da tako prilagođeno ostane i duševno zdravo. Ne stavlja se dovoljno naglasak na poštivanje bližnjega, na pomaganje bližnjemu, na aktivno suosjećanje s bližnjim. Suvremeni čovjek pretvorio se u brigu za vlastiti materijalni boljitak, ne razmišljajući i o mentalnom napretku. Zakazuju, još uvijek, i društvene institucije: za sveukupnu preventivu ne daje se više od 2-4% sredstava što se troše za zdravstvo u cjelini. Čeka se bolesnoga, ne očvršćuje zdravoga!!! Tako je i s mentalnim zdravljem. Upravo bi očuvanje i unapređenje mentalnog zdravlja trebalo biti početak svrhovite i perspektivne borbe za smanjivanje sve većeg broja mentalnih poremećaja i bolesti.

Prim. dr. Ivica Ružička

Mentalno oboljeli član obitelji

ZAJEDNICA IZVOR STRESA

Mentalna oboljenja koja oštećuju svakodnevno funkcioniranje, kao što su shizofrenija i bolesti raspoloženja, imaju utjecaj na živote drugih osoba koje su emocionalno vezane (obitelj) ili su s njima u svakodnevnom kontaktu (skrbnici i profesionalci). Članovi obitelji poznaju bolesnika prije nastupa bolesti i imaju iskustvo prvih konfučnih stanja, naglih promjena raspoloženja bez razumljivih povoda, kao i emocionalnih osvetničkih reakcija i optuživanja za koja okolina ne nalazi razloga u stvarnosti.

Za obitelji, utjecaj mentalno bolesnog člana mnogostruko je određen. Obitelj očekuje od svakog člana osamostaljenje i prepoz-

navanje ciljeva u svakodnevnom životu, no u tom slučaju obitelj mora odžalovati neispunjena životna očekivanja i prihvatiti dugoročnost brige i eventualnih

različitih stresova povezanih sa specifičnostima mentalnog oboljenja. Takvo stanje utječe na ponašanje obitelji unutar zajednice. Obitelji trpe zbog

nepoštivanja tajnosti podataka u profesionalnim i neprofesionalnim krugovima, a i sami stvaraju stresne situacije zbog potpune neinformiranosti i predrasuda u vezi s mentalnim bolestima. Mogli bismo reći da je najveći stres zajednica sama po sebi, jer neadekvatno rangira mentalne bolesti u odnosu prema drugim oboljenjima, kao i generalna socijalna stigma koja gura skrb za tu grupu bolesnika u drugi plan.

Dimenzija obiteljskog bremena

Obitelj ima breme svakodnevnog življenja s mentalno bolesnim članom, kao i realnih problema koji proizlaze iz poremećenih odnosa. Obitelj je izložena stalnom psihološkom distresu uzrokovanom bolešću. Obiteljske tegobe možemo promatrati kao subjektivne i objektivne. Objektivno su breme mnogostruke zadaće koje proizlaze iz svakodnevne brige za bolesnika. Primjeri su objektivnog svakodnevnog bremena:

- restriktivni efekti na karijeru u svakodnevnom životu bolesnika, praćeni stalnom ovisnošću o obitelji, kao i nesposobnošću da ispune obiteljska očekivanja,
- nesposobnost održavanja kućanskih rutinskih obveza,
- stalno ulaganje vremena, energije u traženju pomoći u centrima za socijalnu skrb i pregovaranje s drugim legalnim zakonskim institucijama,
- česti nesporazumi sa zdravstvenim institucijama,
- zapostavljanje potreba drugih članova obitelji, ponekad s dugoročnim psihološkim posljedicama,
- socijalna izolacija obitelji i poremećena relacija s vanjskim svijetom,
- poteškoće u povremenim potrebama za kriznim intervencijama ili hospitalizacijama,
- poteškoće u pronalaženju adekvatnog smještaja izvan obitelji,
- financijsko iscrpljivanje obitelji uzrokovano mentalnom bolešću člana.

Subjektivno breme prošireno je na mnoge emocionalno distresne situacije u vezi s njihovom brigom i osjećajem

dužnosti prema bolesnom članu. Ne smijemo zaboraviti komponente procesa tugovanja za premorbidnom osobom koju su oni voljeli. Ujedno, obitelji bolesnog člana osjećaju stigmatizaciju, frustraciju kada pokušavaju održati neke svakodnevne funkcije bolesnog člana, a bolest očigledno napreduje.

Utjecaj mentalne bolesti na članove obitelji

Mnoga istraživanja ukazuju na pojavu teških emocionalnih reakcija u članova obitelji mentalno oboljelog člana. Škotska istraživačka grupa za shizofreniju našla je u 75% članova obitelji teške emocionalne reakcije kada su se suočili s prvom epizodom shizofrene bolesti liječene u bolničkim uvjetima. U Engleskoj su ispitivali posljedice koje nastaju u članova obitelji nakon dugog trajanja bolesti. Utvrdili su korelaciju između skale objektivnog i subjektivnog bremena s anksioznošću, nesanicom i depresijom, što se moglo i klinički verificirati. U



takvim obiteljima dolazi do promjena životnog ciklusa i relacijskih uloga. Roditelji očekuju da će njihovo dijete u adolescenciji pokazivati potrebu za samostalnošću i postepeno preuzeti brigu o samome sebi. Shizofreni bolesnici ostaju živjeti unutar obitelji i roditelji starenjem osjećaju tjeskobu kome će predati brigu o svom bolesnom članu. Ako se bolest pojavila unutar sekundarne obitelji, što znači da je mentalno oboljela osoba osnovala svoju obitelj, djeca u takvim obiteljima zaključena su za normalnu emocionalnu potporu jer energiju oduzima bolesni član i ujedno ne funkcionira kao otac/majka. I roditelji, kao i bračni partneri, nađu se u jednom trenutku na prekretnici: živjeti svoj život i pokušati iznaći rješenje da ih briga za bolesnog člana u potpunosti ne preplavi. Poseban problem nastaje kada bolesni član postane agresivan i nepredvidiv jer je tada komunikacija između članova obitelji pod stalnim opterećenjem straha od ponavljanja nasilnog ponašanja. Članovi obitelji pokušavaju potražiti pomoć u raznim institucijama, ali, nažalost, nitko sustavno ne brine o njima.

Planiranje mentalne skrbi u zajednici

Danas imamo nekoliko institucija koje se brinu za mentalno zdravlje populacije, ali nema sustavnog, planiranog rješavanja problema. U našoj regiji proces zbrinjavanja počinje u ordinaciji obiteljskog liječnika koji izdaje upute o liječenju. Obiteljski liječnik u većini slučajeva nema dostatnu edukaciju iz tog područja i ima negativan stav prema mentalnim bolesnicima, boji se njihovog nepredvidivog i nasilnog ponašanja te su i njegovi savjeti obitelji obično negativni, i na štetu bolesnog člana. Druga je stepenica prva hospitalizacija. U našim uvjetima ne pridaje se dovoljno pažnje tom problemu. Niti su članovi obitelji educirani kako se ponašati u krizama, niti obiteljski liječnici, a niti liječnici u institucijama za hitne intervencije. Prva hospitalizacija ostavlja trag na bolesnog člana i stvara stav prema hospitalizacijama i

oboljelog i članova njegove obitelji. Članovi obitelji odgađaju prvu hospitalizaciju jer osjećaju da su izdali člana obitelji i muči ih osjećaj krivnje. Ako je prva hospitalizacija traumatična za članove obitelji, rađa se osjećaj krivnje koji je kasnije generator prekasnih rješavanja kriznih situacija. Naime, obitelj ne testira adekvatno realitet, iscrpljuje se pokušajima prevladavanja krize i time pomaže bolesni proces u oboljelog člana obitelji.

Treća su stepenica institucije za produženo liječenje i smještaj. Kada se članovi obitelji umore od skrbi za bolesnog člana ili kada je bolest takvog tijeka da nije moguće postići adekvatnu remisiju, potreban je smještaj u posebne institucije. Nažalost, u našem društvu te su institucije znak stigme i članovi obitelji dugo odgađaju smještaj u njih.

Četvrta skupina su bolesnici bez članova obitelji, koji žive sami i kod kojih se ne uspije tijekom liječenja stvoriti barem djelomični uvid u bolest i razviti njihovu brigu o vlastitom duševnom zdravlju. Ta skupina bolesnika po otpustu iz bolnice najčešće prestane uzimati lijekove te se vrlo brzo stanje pogorša, bolest napreduje i ponovo ih dovode na liječenje. Budući da u zajednici nema razvijene skrbi za tu skupinu bolesnika, vrijeme boravka izvan institucije sve je kraće, a bolest se iskazuje u sve težem obliku.

Što bi trebalo učiniti

U našoj se zemlji radi na reorganizaciji skrbi za mentalno zdravlje i osnovan je Nacionalni institut za mentalno zdravlje, ali još uvijek nema vidljivih rezultata. U našoj regiji imamo sve elemente za dobar razvoj skrbi za duševno zdravlje, ali ti elementi ne djeluju zajedno. Svaka institucija djeluje sama za sebe, nema koordinacije niti suradnje. Svaka institucija osjeća da će umrežavanjem izgubiti vlastiti identitet. Tako se one bave same sobom, a ne sadržajem koji bi trebale rješavati. Da bi se započeo proces umrežavanja, treba postojati plan regionalnog razvoja brige za

mentalno zdravlje u zajednici. Za to bi trebalo učiniti sljedeće:

1. Utvrditi principe razvoja

Vrlo je bitno za regionalni razvoj utvrditi principe razvoja, koji moraju biti bazirani na etičkim principima i postojećim činjenicama. U okviru toga treba utvrditi činjenično stanje i mogućnost istraživanja.

2. Snimiti postojeće stanje

Druga je razina planiranja utvrditi granice i komunikaciju između primarne zdravstvene zaštite (obiteljskog liječnika) i sekundarne zdravstvene zaštite. Zatim je neophodno utvrditi granice i odnose unutar sekundarne zaštite za mentalno zdravlje. U okviru sekundarne zaštite mentalnog zdravlja, obično je pitanje distinkcije u praksi o tome tko je nadležan za teže ili lakše mentalno oboljele osobe. U svemu tome treba naći svoje mjesto i tercijarna zdravstvena zaštita.

3. Procijeniti potrebe populacije

U ovom bi slučaju trebalo imati epidemiološke podatke o broju oboljelih, kao i o broju onesposobljenih od mentalnih bolesti u odnosu na godine, spol i socijalni status. Ujedno bi trebalo imati podatke o broju liječenih i neličenih osoba prema mjestu i vrsti liječenja, kao i broju osoba koje trebaju liječenje.

4. Procijeniti sadašnje stanje

Trebalo bi snimiti situaciju na terenu: koje sve institucije postoje, njihovo realno funkcioniranje, a ne ono što bi trebale obnašati.

5. Formulirati strategijski plan za regionalni razvoj skrbi za mentalno zdravlje u zajednici

U okviru tog zadatka bilo bi dobro epidemiološki obraditi rizične skupine, kao što su rana odrasla dob i posebno rizična muška populacija; organizirati istraživanje za identifikaciju prodromalnih (ranih) znakova i simptoma u adolescentnoj skupini i ranoj odrasloj dobi. Ujedno treba utvrditi njihovu povezanost s problemima životnog ciklusa te pokušati toj rizičnoj skupini olakšati pristup liječenju (bez uputnice!) Druga su rizična skupina bivši zarobljenici i bolesnici s dvije i više dijagnoza. Posebnu skupinu rizika čine nezaposlene osobe, za koje bi trebalo

organizirati posebne terapijske programe.

6. Način implementiranja komponenta razvoja na lokalnom nivou

Zdravstvene institucije, kao i institucije socijalne skrbi, trebale bi promovirati brigu za mentalno zdravlje cijele populacije, radeći individualno i na razini zajednice, boriti se protiv diskriminacije bolesnika s mentalnim bolestima i promovirati njihovo socijalno uključivanje. Obiteljski liječnici trebali bi prepoznati njihovo mentalno stanje i ponuditi im mogućnosti liječenja. Sami bolesnici i njihove obitelji trebali bi biti upoznati sa svim institucijama koje se bave problemima mentalnog zdravlja i imati slobodan pristup, bez velikih administrativnih zahtjeva.

7. Kontinuirano monitoriranje i superviziranje, kao i povremeno sumiranje učinjenog

Svaka aktivnost u pokušaju unapređenja mentalnog zdravlja treba biti praćena i evaluirana. Potrebno je stalno pratiti da li učinjene promjene donose korist bolesnicima i, ako da, koliko efikasno.

Zaključno!

Da bismo unaprijedili brigu o mentalnom zdravlju populacije kao cjeline, trebali bismo raditi na smanjenju stigme. Edukacija svih dobnih skupina o brizi za vlastito mentalno zdravlje omogućila bi ranije prepoznavanje ranih znakova bolesti i pravovremeno liječenje. To je dug proces i potrebno je planirati epidemiološka istraživanja kako bismo imali što relevantnije podatke o stanju mentalnog zdravlja populacije.

Drugo, treba unaprijediti komunikaciju unutar institucija koje se bave problemima mentalnog zdravlja na razini čitave regije.

Treće, treba uspostaviti dobru informiranost o mogućnostima pronalženja pomoći za određeni problem iz područja mentalnih bolesti.

Svaka individua može najviše učiniti za bolje i kvalitetnije življenje.

**Prof. dr. sc. Ljiljana Moro,
dr. med.**

DJEČJA I ADOLESCENTNA PSIHIJARIJA I PSIHOTERAPIJA

OD NESAMOSTALNOSTI
DO ZRELOSTI

Mentalno zdravlje djece i adolescenata područje je interesa dječjeg i adolescentnog psihijatra. Skrb za mentalno zdravlje mladih treba započeti još u dojenačko doba, tako da je ispravnije govoriti o dojenačkoj, dječjoj i adolescentnoj psihijatriji.

Dijagnostika i terapija, pa čak i sam pristup djeci i adolescentima s mentalnim poteškoćama i poremećajima, teško su mogući bez psihoterapijskog znanja te je bolje govoriti o "dojenačkoj, dječjoj i adolescentnoj psihijatriji i psihoterapiji".

Psihičke smetnje u djece i adolescenata ne mogu se i ne smiju kvalificirati samo prema manifestacijama kliničkih slika i simptomatologiji koju pojedine dijagnostičke kategorije sadrže. I kod djece i kod adolescenata nužno je sagledati simptomatologiju kroz dvije dimenzije: jedna je dimenzija razvoja, a druga je dimenzija obitelji iz koje dijete ili adolescent dolazi.

Sagledati simptomatologiju kroz razvojnu dimenziju znači sljedeće: poznavati razvojne procese prema teorijskim konceptima psihodinamskog tumačenja psihoseksualnog razvoja, te usporediti u kojoj je aktualnoj razvojnoj fazi dijete ili adolescent koji traže psihijatrijsku i psihoterapijsku pomoć. Kronološka dob djeteta ili adolescenata ne označava točnu poziciju dostignutih razvojnih procesa.

Sudbina u genima

Pojam razvoja djeteta podrazumijeva procese putem kojih dijete, od potpune ovisnosti o svojoj okolini, završetkom adolescencije, postaje odrasla, zrela osoba.

Razvoj se odigrava prema biološkim zakonitostima, a razvojne faze slijede jedna za drugom i međusobno se nadopunjuju.

Svako se dijete rađa s određenim genetskim potencijalom koji jednim dijelom određuje njegovu "sudbinu". Drugim dijelom "sudbina razvoja" ovisi o socio-kulturnoj i ekonomsko-intelektualnoj okolini djeteta.

Emocionalna klima, u kojoj se odvija cijelo razdoblje razvoja, bez sumnje je od najvećeg značaja za procese rasta i razvoja u cjelini.

Obitelj je, dakle, ona "druga dimenzija" o kojoj treba voditi računa prilikom procjene psihičkih poteškoća djece i adolescenata. Dječji i adolescentni psihijatar treba stoga poznavati psihopatologiju odraslih, a isto tako i dinamiku obiteljskih odnosa.

Prostor predviđen za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju ograničava detaljna tumačenja razvojnih faza. U tekstu koji slijedi dat je kratak pregled razvoja ličnosti od rođenja do završetka adolescencije.

Sve teorije ravnog razvoja uvažavaju odnos biološke datosti (genetike) i utjecaja okoline (u prvom redu majke) na putu raz-

voja koji polazi od ovisnosti prema autonomiji.

Psihodinamska teorija tumači razvojne procese uz pomoć Freudove klasične, nagonske teorije i teorije objektnih odnosa.

Rani razvoj obuhvaća prve dvije godine života djeteta i one su od presudnog značaja za strukturiranje i funkcioniranje ličnosti.

Razvojne faze odvijaju se po određenom redosljedu: oralna, analna, falusna i edipska faza te faza latencije, a nazivaju se prema području ekscitacije libida, odnosno prema erogenim zonama. Razvojne faze nisu strogo vremenski ograničene i na njihov međudnos utječe razvoj motorike i govora.

Svi traumatizmi u tom periodu, bili oni tjelesni ili psihogeni, ostavljaju duboke tragove u razvoju djeteta.

Povjerenje između majke i djeteta

Svako dijete jedinstveno je i različito od drugoga. Njegove su



potrebe naoko jednostavne. Tijekom ranog razvoja najznačajnije je da dijete i njegova majka uspostave dobar i trajan odnos na način da su aktivno i emocionalno usklađeni. To znači da majka ("dovoljno dobra majka" po Winnicottu) prepoznaje potrebe svog djeteta, zna "dešifrirati" njegove signale i adekvatno odgovara na te potrebe. Nadalje, usklađenost djeteta i majke gradi temelje za bazično povjerenje koje je neophodno za dalji zdrav razvoj. Taj prvi odnos (dijete-majka) prototip je svih drugih odnosa koje će dijete tijekom svog života izgrađivati. Uloge majke u procesima usklađivanja s djetetom podrazumijeva sposobnost majke da se prilagodi potrebama djeteta, uključuje njezina iskustva iz vlastitog djetinjstva i transgeneracijski prijenos emocija i iskustva.

Winnicott naglašava da "nema djeteta bez materinske njege; majka stvara svoje dijete i dijete svoju majku".

Latencija je period između edipske faze i adolescencije. Taj mirni period razvoja karakteriziraju skriveni i pritajeni nagoni koji, dakako, i dalje djeluju.

Adolescencija je razvojna faza kojom razvoj završava i ona obuhvaća gotovo polovicu cjelokupnog razvoja (od 9/10g do 22/24g). Čini se da se dobne granice perioda adolescencije šire, kao da iz godine u godinu adolescencija sve ranije započinje i sve kasnije završava. Jedan je od razloga produženje školovanja, koje rijetko kada završava prije 24 godine, te se i uvjeti za samostalni život stječu kasnije.



Termin adolescencije često se zamjenjuje pubertetom, koji označava fizičke promjene tijekom odrastanja. Adolescencija je, pak, ukupan zbroj prilagodbi na stanje puberteta, ili, kada govorimo o adolescenciji, govorimo i o pubertetu u njegovim psihološkim aspektima.

Prema novijoj literaturi, adolescencija se dijeli na: preadolescenciju (9/10 do 11/12), adolescenciju u užem smislu (rana 12-14g, srednja 15-17g i kasna 18-20g) i postadolescenciju ili mladu odraslu dob (21-24g).

Svaka od tih faza ima svoje specifičnosti i svoje razvojne zadaće. Ukratko, razvojne zadaće mogu se sažeti u sljedeće: formiranje spolnog identiteta, proces odvajanja od roditelja, uključivanje u skupinu vršnjaka, učvršćivanje strukture ličnosti procesima identifikacije i konsolidacije sebstva, odnosno cjelovitog doživljaja vlastite osobe.

Psihopatologija

Pojava psihičkih smetnji u djece potaknuta je dječjom ovisnošću o okolini i njezi s jedne strane, ali i napetošću i stresovima koje sobom donosi sam razvoj s druge strane.

Dojenčad i mala djeca reagiraju na uvjete neadekvatne njege najčešće poteškoćama vezanim uz spavanje i hranjenje.

U ranoj dobi česti su razni strahovi (od mraka, osamljenosti, stranih osoba, od odvajanja, groma, vjetra itd.), problemi vezani uz eliminaciju urina ili stolice te poteškoće na planu ponašanja djeteta (destruktivnost, neurednost, motorički nemir, ispadi bijesa itd.).

U adolescenciji, razvojne zadaće u mladoj osobi pokreću valove tjeskobe, straha, nesigurnosti, srama i neraspoloženja i traže da se mlada osoba obrani od navale čudnih i novih osjećaja koji se u njoj pojavljuju.

Najčešća su anksiozna i depresivna stanja, poremećaji hranjenja (anoreksija i bulimija), poremećaji ponašanja, školski neuspjeh, konzumacija sredstava ovisnosti, poremećaji doživljaja vlastitog identiteta, poneka-



da autoagresivna i heteroagresivna ponašanja.

Terapija

Terapijski koncepti psihoterapijskog liječenja djece oslanjaju se na učenja Anne Freud i Melani Klein. Psihoterapija djece temelji se na igri, crtežu i modeliranju, kroz koje dijete izražava tjeskobu, patnju, strah i agresivnost. Igra je nuždan element zdravog razvoja. Igrom dijete na simboličan način pokazuje svoje fantazme, svoje želje i doživljava iskustva. Igra je, kao i san, kraljevski put u nesvjesno.

Kada dijete napusti ekspresiju pomoću igre i zamijeni je verbalnom, kreće ka putu svoje socijalizacije.

Psihoterapijski rad s adolescentima temelji se na psihodinamskim načelima koja proistječu iz razvojnih teorija i respektiraju podfaze adolescencije. Grupni i individualni psihoterapijski programi te obiteljska psihoterapija čine bazične terapijske okvire unutar kojih se za svakog pojedinog adolescenta, sukladno odnosu aktualnih psihičkih poteškoća i zdravih snaga ličnosti, oblikuje terapijski cilj koji usmjerava razvojne procese u smjeru zdravog razvoja.

Dakako, medikamentozna terapija nije isključena iz procesa liječenja psihičkih poremećaja djece i adolescenta. Treba naglasiti da svaka uporaba lijekova u liječenju djece i mladih zahtijeva dobru procjenu, iskustvo i suptilnost upravo zbog razvojnih procesa i sazrijevanja svih organskih sustava.

**Dr. sc. Mirjana Graovac,
dr. med.**

POREMEĆAJI RASPOLOŽENJA

NAKON SUNCA DOLAZI KIŠA

Treba odmah napomenuti da se radi o psihičkim poremećajima, a ne o malo većem veselju ili o malo manjem raspoloženju, koji mijenjaju ponašanje, razmišljanje, tjelesno stanje i socijalno funkcioniranje osobe.

Uobičajen, normalan spektar emocija (tuga, bol i radost) dio je tkanja naših svakodnevnih života, i kao takvog treba ga razlikovati od patoloških stanja ili poremećaja raspoloženja. Tuga ili "normalna depresija" predstavlja univerzalni humani odgovor na poraz, razočaranje ili druge ozbiljne situacije. Tihi, neprimjetni depresivni periodi često se javljaju kao reakcija na određene praznike ili značajne obljetnice, kao i tijekom premenstrualne faze i prvog tjedna po porodu. Takve praznične tuge, reakcije na obljetnice, premenstrualne depresije i maternalne tuge same po sebi ne predstavljaju bolest, no osobe s predispozicijom za poremećaj raspoloženja mogu se u takvim uvjetima i dekompenzirati. Žalovanje predstavlja prototip za reak-

Poremećaji osnovnoga nivoa raspoloženja nazivaju se poremećaji raspoloženja. Često su praćeni i nekim drugim promjenama u psihičkim i tjelesnim funkcijama. Raspoloženje se može mijenjati u dva smjera: od sniženog raspoloženja, koje nazivamo depresija, do povišenog raspoloženja, koje nazivamo hipomanija ako se radi o težem poremećaju.

tivnu depresiju. Žalovanje ne uzrokuje kliničku depresiju, osim u onih koji imaju predispoziciju za poremećaj raspoloženja. Povišenost (radost) povezuje se s uspjehom i postignućem. Nakon takvih pozitivnih događaja može uslijediti paradokсна depresija, vjerojatno zato što je udružena s povećanom odgovornošću. Povišenost se smatra obranom od depresije ili negacijom boli i gubitka, kao npr. rijetki oblik žalovanja, kada povišena hiperaktivnost u potpunosti nadomjesti očekivanu bol.

Plus i minus faza

Poremećaji raspoloženja događaju se kada tuga ili povišenost imaju intenzitet ili vremensko trajanje iznad očekivanoga, a osoba ne može kontrolirati takva stanja. Osim reaktivnih uzroka, poremećaj raspoloženja može se pojaviti endogeno, tj. bez vidljivog stresa. U kliničkoj praksi razlikujemo bipolarnu (depresivne i povišene epizode) i unipolarnu (samo depresivne) poremećaje raspoloženja.

Iako jedna od četiri osobe obolijeva od nekog oblika poremećaja raspoloženja, životni rizik za klinički značajan oblik obolijevanja od poremećaja raspoloženja manji je od 15%. Stopa pobola nešto je veća za žene u odnosu na muškarce. Bipolarni poremećaji najčešće počinju u 20-im i 30-im godinama života. Depresija je ravnomjernije raspoređena tijekom života i prosječno počinje dekadu kasnije od bipolarnih poremećaja.

Poremećaji raspoloženja rijetki su prije adolescencije. Temeljne osobine depresivne bolesti u djetinjstvu nisu osobito različite od onih u odrasloj dobi, samo se manifestiraju u područjima važnim za roditelje i djecu, kao što su škola i igra. Na depresiju otpada 70% svih psihijatrijskih dijagnoza u nepsihijatrijskim ordinacijama. Kultura, društvena klasa i rasna pripadnost ne predstavljaju dodatne rizike za stopu incidencije poremećaja raspoloženja. Socio-kulturalne razlike mijenjaju kliničku sliku. Tako su somatske pritužbe, zabrinutost, napetost i iritabilnost češće izražene kod pripadnika nižih socioekonomskih slojeva.



Bipolarni poremećaji raspoloženja najčešće počinju depresijom te su karakterizirani bar jednim povišenim periodom tijekom trajanja bolesti. Unipolarni poremećaj raspoloženja (depresivni poremećaj) rekurentnog je tijeka, no u trećine oboljelih javlja se samo jednom u životu. Termin melankolija rezerviran je za tipične oblike depresivnog poremećaja sa simptomima agitacije, gubitka tjelesne težine, patološke krivnje, srednje ili ranojutarnje nesanice, dnevnih varijacija u raspoloženju, uz pad aktivnosti te gubitak sposobnosti za osjećaj zadovoljstva. Melankolija zahtijeva somatsko liječenje i dobro reagira na liječenje antidepresivima. Unipolarni poremećaj epizodnog je tipa, s asimptomatskim fazama između relapsa. Kronicitet iznosi 15-20% i nastupa iznad 50-e godine života. Atipični depresivni poremećaj razlikuje se u tome što tijekom bolesti fluktuiraju sa značajnim primjesama fobičnih simptoma, uz naznačenu napetost i ustrašenost, povećan apetit, večernje pogoršanje, početne nesanice te jutarnju pospanost.

Simptomi depresije i manije odraz su, kao i kod ostalih medicinskih stanja, poremećaja različitih procesa u organizmu. Točan mehanizam nastanka poremećaja raspoloženja nejasan je, no interakcija niza čimbenika smatra se najvjerojatnijim mehanizmom. Nasljedni čimbenik utvrđen je kao predisponirajući čimbenik rizika, iako se pojavljuju forme bez nasljednog čimbenika. Stresni životni događaji (separacije) često prethode unipolarnim depresivnim epizodama. Uloga psiholoških precipitirajućih čimbenika manje je sigurna kod pacijenata s bipolarnim poremećajem. Prijelaz s depresije na maniju događa se uz nesanicu kroz 1-3 dana.

Bilo koji tip osobnosti može razviti kliničku depresiju, no povratne unipolarne oblike razvijaju osobe koje su introvertne i pasivno ovisne. Takve osobe nemaju adekvatne socijalne vještine da se prilagode promjenama koje iskaču iz rutine svakodnevice. Gubitak roditelja u djetinjstvu ne

povećava nužno rizik za nastajanje poremećaja raspoloženja. Ipak, takve osobe češće obolijevaju od depresije u mlađoj životnoj dobi. Bolest je najčešće intermitentnog tijeka, a pokušaji suicida češći su. Veća podložnost žena depresiji ranije je objašnjena pasivno-zavisnom ulogom žena u društvu, kao i nemogućnošću da kontroiraju svoju sudbinu u muški orijentiranim zajednicama. Ipak, biološka osjetljivost žena relevantnija je.

Meni je dobro

Dijagnosticiranje poremećaja raspoloženja temelji se na simptomatskoj slici, tijekom, obiteljskoj anamnezi, kao i na neujednačenom odgovoru na somatske intervencije. *Unipolarni depresivni poremećaj* karakterizira depresivno raspoloženje, iritabilno, anksiozno ili kombinirano stanje. U maskiranim depresijama, svjesno izražavanje simptoma depresije može biti odsutno. Umjesto toga, pacijent se žali na tjelesne bolesti, ili pak može imati obrambenu masku vidljive veselosti. Neki se pak pacijenti žale na razne boli i bolne sindrome, strahove od bijesa ili strahove od duševne bolesti. Depresivno raspoloženje udruženo je s osjećajem krivnje, idejama samoobezvrjeđenja, smanjenom koncentracijom, neodlučnošću, smanjenim interesom za uobičajene aktivnosti, socijalnom izolacijom, beznađem, osjećajem bespomoćnosti, kao i sa željom za smrću i suicidom. Depresija se prezentira psihomotornom usporenošću, usporenim mišljenjem i govorom, sve do depresivnog stupora, kada prestaju sve voljne aktivnosti. Kod nekih se pacijenata javljaju psihomotorna agitacija, nemir i potreba za govorom. Kod drugih, naročito bipolarnih, vidi se pak pretjerano spavanje, anoreksija i gubitak tjelesne težine, koji mogu biti po život opasni. Prejedanje i pretilost rjeđe se vide, karakteristični su za blažu depresiju. Česti su i gubitak spolne želje, tegobe u postizanju orgazma, kao i izostanak menstruacije. U 15% depresivnih pacijenata uočavaju se i psihotični simptomi,

najčešće u melankoliji. Tada ih često halucinirajući glasovi optužuju za određena zlodjela i osuđuju ih na smrt. Vizualne obmane rjeđe su i tada često vide pokojne rođake i članove obitelji. Osjećaji nesigurnosti i bezvjerdnosti ponekad vode do toga da se pacijenti osjećaju promatranima, imaju osjećaj da ih prate i proganjaju. Drugi misle da imaju stigmatizirajuće bolesti te da mogu zaraziti ostale. Ponekad se dogodi da pacijenti poubijaju članove svoje obitelji s razlogom da ih spase od zle sudbine, te da potom izvrše suicid. *Bipolarni poremećaj* u razvijenoj maničnoj psihози karakterizira povišeno raspoloženje, ali ponekad iritabilnost i otvoreno neprijateljstvo. Bolesnik je uvjeren da se nalazi u najboljem mogućem stanju. Nemogućnost uvida i nekritičnost vode k opasnom ponašanju. U pravilu odbijaju svaki nagovor na liječenje. Manična epizoda nastupa naglo, u tijeku nekoliko sati ili dana. Takvi bolesnici uglavnom su euforični, ali često iritabilni, s niskim pragom tolerancije, uz izražavanje ljutnje i neprijateljstva. Govore ubrzano i ne daju okolini da dođe do riječi. Pažnja im skače s teme na temu i tako postaju nerazumljivi jer niti jednu temu ne dovode do kraja. Prestaju spavati li spavaju svega 2-3 sata i govore kako im je to dovoljno. Interpersonalni sukobi mogu dovesti do paranoidnih obrada realiteta u smislu ideja proganjanja. Mišljenje i aktivnost ekspanzivni su te progrediraju u obmane grandioznosti, ideje moći, snage, bogatstva, inventivnosti. Ponekad su prisutne vidne i slušne halucinacije. Manične osobe neumorno su, pretjerano uključene u razne djelatnosti, bez percepcije razine opasnosti ili ugroženosti. Tako postaju rastrošne, seksualno nedistancirane i donose nelogične poslovne odluke. Ekstremno, aktivnost može biti toliko ubrzana da ne postoji povezanost između raspoloženja i ponašanja (besmislena agitacija koja se naziva delirantna manija). Predstavlja urgentno stanje budući da pacijent može egzistirati

zbog opće tjelesne iscrpljenosti.

U liječenju poremećaja raspoloženja indicirana je kombinacija farmakološke i psihološke terapije. Psihofarmaci koji su djelotvorni u liječenju poremećaja raspoloženja jesu: antidepresivi, stabilizatori raspoloženja, soli litija, EST (elektrostimulirajuća terapija).

Brojne su komplikacije poremećaja raspoloženja. Najozbiljnija je suicid. Predstavlja 15% smrti kod neliječenih poremećaja raspoloženja i pokazuje

tendenciju javljanja unutar 4-5 godina od prve kliničke epizode. Fazu oporavka, kada se psihomotorna aktivnost vraća na normalu, a raspoloženje je još tamno, smatramo glavnim periodom rizika od suicida. Dodatni su rizici u premenstrualnoj fazi i kod osobno značajnih obljetnica. Kao komplikacija javlja se i sekundarni alkoholizam, kao i zloraba sedativa i hipnotika. Porast mortaliteta od kardiovaskularnih bolesti događa se u oboljelih od bipolarnog poremećaja i ne vezuje se za liječenje

litijem. Razlozi nisu jasni. Česte epizode bipolarnog poremećaja dovode do socijalnih komplikacija: bankroti, uništene karijere, kao i ponovljeni brakolomi. Nadalje, svi poremećaji raspoloženja mogu otrovati sve sfere obiteljskoga života, kao i otrgnuti roditeljstvo od djece. Rano prepoznavanje, kao i sveukupni pristup (psiho, socio i farmakoterapijski), mogu minimizirati navedene komplikacije.

Doc. dr. sc. Gordana Rubeša,
dr. med.

ANKSIOZNI POREMEĆAJI (NEUROZE)

Anksioznost, tj. tjeskobnost stanje je unutarne nelagode, praćeno tjelesnom napetošću. Ona se javlja u svim psihijatrijskim poremećajima, a kao primarni simptom javlja se u anksioznim poremećajima. To su poremećaji karakterizirani jakom tjeskobom koju osoba nastoji nesvjesno razriješiti na različite načine, korištenjem raznih mentalnih mehanizama. Izvor tjeskobe može biti unutarnji nesvjesni konflikt ili situacijski faktor poput traumatskog iskustva, stresa ili gubitka.

U tu skupinu, prema novoj klasifikaciji, spada većina poremećaja koji su desetljećima bili poznati pod nazivom "neuroze". One obično **ne podrazumijevaju izrazite poremećaje psihičkog funkcioniranja** kakvi se sreću kod psihoza; sposobnost razlučivanja fantazije i realnosti, tzv. **testiranje realiteta očuvano je**, za razliku od psihoza. No, uz to se mogu javiti značajne **teškoće u obrascima ponašanja i međuljudskih odnosa**.

Učestalost anksioznih poremećaja kreće se od 0,05% (opsesivno-kompulzivni poremećaj – OKP) do 5% (generalizirani anksiozni poremećaj). Određene značajke pojedinih anksioznih poremećaja zapravo su dosta česte, a o poremećaju govorimo onda kada te smetnje predstavljaju za osobu značajno ograničenje u njenom svakodnevnom socijalnom i radnom funkcioniranju. Općenito se češće javljaju kod žena.

Dovoljan mali povod

Uzrok anksioznih poremećaja leži pretežito u psihološkim čimbenicima, premda postoje dokazi o genetskom utjecaju (osobito kod OKP) i neurofiziološkoj podlozi. **Emocionalni stres** često može biti dodatni faktor koji uzokuje tjeskobu (ugroženost, promjene u međuljudskim odnosima). S druge strane, simptomi su anksioznosti izravne **manifestacije pobuđenosti perifernog autonomnog živčanog sustava**, nastale zbog zastrašujućih nesvjesnih fantazija, impulsa i osjećaja.

Ako nesvjesni psihološki mehanizmi ne uspijevaju kanalizirati anksioznost, osoba će iskazivati sliku opće **generalizirane tjeskobe** na najmanji povod ili će stanja tjeskobe doživljavati u obliku **napada panike**. Ako psihološki mehanizmi obrane usmjeravaju anksioznost na određene vanjske objekte ili situacije koje simboliziraju početni, pravi uzrok anksi-

oznosti, to omogućava premještanje i vezivanje anksioznosti na neki vanjski simbol poput lifta, tunela i sl., a ta se situacija može izbjegavati. U tom slučaju govorimo o **fobičnom poremećaju**. Ako osoba koristi obrambeni mehanizam izolacije neprikladnih, obično agresivnih, nesvjesnih želja i time odvaja poriv od ideje, pojedinac će doživljavati samo nametnutu misao, bez svijesti o želji za realizacijom ideje i izvoru skrivenog impulsa. Takav mehanizam u podlozi je **opsesivno kompulzivnog poremećaja**.

Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP)

Glavna je značajka GAP-a kronična tjeskoba koja traje danima, tjednima i mjesecima. Bolesnici su stalno zabrinuti, brinu ih i najmanje sitnice i izrazito su nesigurni u vezi s buduć-



nosti. Oni osjećaju opću napetost, sklonost trzanju na minimalni podražaj poput iznenadnog zvuka, nelagodu i nervozu u radu s ljudima. Sve to može biti praćeno kroničnim umorom, glavoboljama, nesanicom i brojnim subakutnim autonomnim simptomima. Iako sindrom nije u potpunosti onesposobljavajući, bolesnik osjeća kroničnu nelagodu prilikom obavljanja svakodnevnih aktivnosti i u međuljudskim odnosima, a radna je sposobnost umanjena kroničnim umorom i teškoćama koncentracije.

Panični poremećaj spada među najboljnija životna iskustva. Može se ponavljano javljati tijekom vremena i može biti izrazito ograničavajući za osobu. Obično traje od nekoliko minuta do 1-2 sata, a napadaj doseže najjači intenzitet već nakon par minuta. Bolesnik osjeća užas koji nastaje bez vidljivog povoda, prijetnju skore smrti, što privremeno onemogućuje racionalno mišljenje. Za vrijeme takvih napada često ima osjećaj da će umrijeti, osobito stoga što su prisutni brojni tjelesni simptomi poput "lupanja srca", povremene prijevremene srčane kontrakcije ("srce preskače"), boli u prsištu koja se opisuje kao vrlo oštra ili probadajuća. Često se javlja drhtanje, vidljivi fini tremor, znojenje, nemir u želucu, opća motorna slabost, vrtoglavica, mučnina i proljev. Često se javlja "glad" za zrakom koja vodi u hiperventilaciju, a ona može rezultirati grčanjem mišića, osjećajem bockanja oko usta i u prstima. Nakon prvih napada, bolesnik se počinje bojati ponovnih takvih stanja i možemo reći da razvije "strah od straha".

Zbog kardioloških manifestacija, panični napadaji mogu se zamijeniti s infarktom miokarda. To je i razlog što ti pacijenti često budu upućivani na brojne pretrage nakon kojih se obično "ne nađe ništa".

Fobični poremećaj

To je neurotski poremećaj karakteriziran prisustvom neracionalnog ili pretjeranog straha od objekata ili

situacija koji nisu stvarno opasni i nisu opravdani izvor anksioznosti, npr. strah od vožnje liftom, strah od pasa, strah od izlaska na ulicu i sl.

Obično je sama pomisao na objekt fobije dovoljna da izazove anksioznost, a kako bolesnik u zbilji postaje bliži fobičnom stimulusu, anksioznost doseže razinu paničnog napadaja. Bolesnik osjeća strah bez obzira na to što je svjestan njegove iracionalnosti. On stoga izbjegava situaciju koje se boji, što često vodi k onesposobljenosti u svakodnevnim aktivnostima i smanjenoj mogućnosti normalnog funkcioniranja (mora pješke na visoke katove, ne može sam/a na posao ulicom i sl.).

Agorafobija (*strah od otvorenih, javnih mjesta ili gužve*) najčešći je fobični poremećaj. Aktivnosti pojedinca bitno su umanjene; u krajnjem slučaju ne može uopće izlaziti iz kuće i napustiti sigurnost svoga doma. Često, agorafob može izaći na ulicu samo ako je u pratnji neke bliske osobe i ta osoba postaje "obvezni pratilac".

Mogu se razviti i specifični strahovi (npr. od pasa, insekata, zatvorenih prostora poput lifta – **klaustrofobija** ili visine – **akrofobija**). Ako su objekti neobični ili ako se lako izbjegavaju, ne javlja se ozbiljna nesposobnost. Međutim, mogu se javiti značajna funkcionalna oštećenja, npr. kada se fobija od aviona razvije kod poslovnog čovjeka, a posao zahtijeva često letenje.

Opsesivno-kompulzivni poremećaj (obuzeto prisilni poremećaj)

OKP je neurotski poremećaj karakteriziran prisustvom ponavljajućih ideja i fantazija (**opsesija**) i ponavljajućih impulsa ili radnji (**kompulzija**) koje bolesnik smatra bolesnim i protiv kojih postoji unutarnji otpor. Anksioznost je središnja odlika, ali u suprotnosti s fobijama (kada je bolesnik anksiozan prilikom suočavanja s vanjskim opasnostima i smatra da je njihova pasivna žrtva), anksioznost nastaje kao



odgovor na nesvjesne unutarnje misli i porive kojih se bolesnik boji i koje mora ostvariti suprotno svojoj volji.

Opsesije (obuzetosti) predstavljaju ideje, riječi i slike, obično nepovezane s onim što pojedinac radi; uporno, jako i neodoljivo mu se nameću i skreću pažnju. Često su obojene agresivno ili seksualno, što pojedinac doživljava potpuno stranim (npr. misao majke da će kuhinjskim nožem ozlijediti svoju djecu).

Kompulzije (prisile) i kompulzivne radnje isto su autonomne kao i opsesije, ali se radi o preplavljujućoj potrebi da se učini neka radnja (npr. da mora brojiti prozore idući ulicom, da se mora pet puta prekriziti ulazeći u stan). Prisila može biti i vrlo agresivna, ružna ili opscena. Kao i kod opsesija, bolesnik doživljava anksioznost, uočava apsurd poriva i odupire mu se. Međutim, često ne može a da ne započne ponavljajući obrazac u obliku kompulzivnih radnji i rituala.

Psihoterapija je lijek izbora kod anksioznih stanja.

Medikamentozna terapija primjenjuje se **uz psihoterapiju, a nikako umjesto nje**. U liječenju anksioznih poremećaja primjenjuju se **anksiolitici**, najčešće benzodiazepini. Dobre rezultate kod svih oblika anksioznih poremećaja daje i primjena novijih tipova antidepresiva.

Doc. dr. sc. Tanja Frančičković,
dr. med.

SHIZOFRENI POREMEĆAJI

CIJEPANJE RAZUMA

Shizofrenija je jedna od najstarijih bolesti u ljudi. Najraniji opisi te bolesti sadrže obiteljsko podrijetlo, endogeni uzrok, rani početak, remitirajući ili progresivni tijek, bizarne ideje, disocijaciju misli i emocija, kao i socijalno povlačenje.

Belgijski psihijatar Benedict Morel prvi je 1852. točno opisao shizofreniju i nazvao je *dementia praecox*. Taj naziv bazira se na ranom početku i tendenciji razaranja ličnosti. Godine 1896. njemački psihijatar Emil Kraepelin naziv *dementia praecox* primjenjuje za skupinu bolesti koje počinju u adolescenciji i dovode do demencije. Naziv shizofrenija iskovan je 1911., od švicarskog psihijatra Eugena Bleulera, a uključuje pojam *splitinga*, razdvajanja psihičkih funkcija. Naime, uvedeni termin shizofrenija dolazi od grčkog jezika gdje *schizo* znači cijepam, a *fren* znači razum.

Raspad ličnosti

Shizofrenija je kronična duševna bolest, koja obično počinje u adolescenciji i brzo dovodi do raspada ličnosti. Karakterizirana je poremećajem u mišljenju, osjećanju i ponašanju. Obično kod tih poremećaja razlikujemo prodromalnu fazu, aktivnu fazu i fazu remisije.

Prevalencija tijekom života iznosi oko 0,6-1,5%. U Hrvatskoj ima oko 19000 shizofrenih bolesnika, a stopa prevalencije je oko 0,4%. Nešto veću prevalenciju imaju Istra i Primorje, oko 0,7%. Prema brojnim studijama, najveća je stopa prevalencije u Irskoj i Švedskoj. Odnos muškaraca i žena je 1:1. Viša prevalencija nađena je u nižim socioekonomskim klasama. To se objašnjava socijalnom dezorganizacijom koja dovodi do toga da bolesnici zbog prirode bolesti skliznu na društvenoj ljestvici. Bolest najčešće počinje između 15. i 35. godine života. Rijetko se javlja prije 10. godine i

poslije 50. godine života. Kod muškaraca obično počinje nešto ranije, između 15. i 25. godine života, a kod žena između 25. i 35. godine života. Židovi obolijevaju manje od pripadnika drugih vjera. Veće pojavljivanje oboljenja zabilježeno je zimi i u rano proljeće, što se povezuje s mogućom virusnom uzrokovanošću bolesti.

Podtipovi shizofrenije su: **paranoidni**, **dezorganizirani** ili **hebefreni**, **katatoni**, **nediferencirani** i **simpleksi**.

Paranoidni tip shizofrenije obilježava zaokupljenost sistematiziranim sumanutostima ili čestim slušnim halucinacijama koje su u vezi samo s jednom temom. **Dezorganizirani** ili **hebefreni tip** karakteriziran je dezorganiziranim govorom, dezorganiziranim ponašanjem, zaravnjenim ili neodgovarajućim afektom. **Katatoni tip** karakteriziran je stuporom ili motoričkom imobilnošću, iznenadnom nesvrshodnom aktivnošću bez vanjskih stimulusa, negativizmom ili mutizmom, stereotipnim radnjama, manirizmom, grimasiranjem, ponavljanjem netom čuvenih riječi ili ponavljanjem netom viđenih pokreta. Takvi bolesnici mogu održavati položaj tijela, najčešće bizaran, bez zamora mišića. **Nediferencirani tip** karakteriziran je upadljivim sumanutostima, halucinacijama, nesuvislim i teško dezorganiziranim ponašanjem, ali ga ne možemo opisati ni kao jedan od prethodnih tipova. **Jednostavna** shizofrenija obilježena je šaljajućim tijekom, u kojem obično nisu vidljivi psihotični simptomi u smislu trajnih halucinacija i sumanutosti, već je primarno obilježje povlačenje bolesnika iz socijalnih situacija.

Danas se misli da je većina slučajeva prouzročena kompleksnim interakcijama nasljednih i okolinskih čimbenika. Smatramo je kompleksnom bolesti i ne smatra se da je nasljeđivanje jedino presudno u nastanku bolesti. Kako ni jedna teorija ne objašnjava u potpunosti genezu te bolesti, uvedene su i teorije osjetljivosti, *stres dijateze*. Taj model obuhvaća genetsku uvjetovanost (povezuje se više od pola sveukupnog broja kromosoma sa shizofrenijom); biološko-neurotransmittersku uvjetovanost (dopamin je glavni neurotransmiter koji se veže uz shizofreno oboljenje); psihosocijalnu i okolinsku uvjetovanost (neadekvatno iskazivanje emocija u obitelji) i psihodinamsku.

Simptomi

Prema suvremenoj koncepciji shizofrenije, simptome možemo podijeliti u pozitivne i negativne. Pozitivne simptome nadalje možemo podijeliti u dvije dimenzije: psihotičnu dimenziju i dimenziju smetenosti ili dezorganiziranosti. *Pozitivni su psihotični simptomi shizofrenije halucinacije i sumanute misli.* Naj-





češće su prisutne slušne halucinacije, no mogu se javiti i vidne, mirisne i okusne, taktilne, čak i seksualne. Od slušnih halucinacija, mogu biti prisutne jednostavne slušne halucinacije u obliku zvižduka, mumljanja, zvukova strojeva, ali i složene slušne halucinacije, kao govor jedne ili više osoba. Prisustvo glasova koji komentiraju čvrsto govori u prilog shizofreniji. Sumanute ideje proganjanja naročito su česte, kao i one koje uključuju hipohondrijske ili pak religiozne ideje, ljubomoru, kao i spolni identitet. Česte su i sumanute ideje veličine, no nalaze se i kod drugih poremećaja. Sumanute interpretacije čudnih iskustava, kao što je osjećaj da im netko blokira misli, da se njihove misli emitiraju, da su oni neke druge osobe, navode pacijenta na zaključke da se događa telepatija, da mu se snimaju misli ili da ga netko kontrolira. Tada razvija cijeli sustav sumanutih ideja koje objašnjavaju ono što se s njim događa. *pozitivni simptomi smetenosti ili dezorganiziranosti* prezentiraju se kao smeteni govor i bizarno i smeteno ponašanje. Smeteno mišljenje i smeteni govor odnose se na tijek mišljenja i način izražavanja misli. Za shizofreniju je tipičan gubitak asocijacija ili nepostojanje veze između pojedinih misli pa govor postaje nerazumljiv. Ponekad je govor tako disociran da bolesnici nižu samo riječi (salata od riječi). Ponekad pucaju granice pojmova pa bolesnici sklappaju nove, nepostojeće riječi, ili mogu besmisleno ponavljati iste riječi ili rečenice. Tijek misli može biti

usporen, a može nastati i blok misli, dok neki imaju osjećaj da im se misli emitiraju i dijele s drugim ljudima. Dezorganizirano ponašanje može se prezentirati kao: motorička nepokretljivost ili voštana savitljivost. Bolesnik može održavati bizarni položaj tijela bez zamora mišića. Može pružati aktivan otpor pokušajima pokretanja tijela ili se automatski pokoravati našim naredbama. Često, nakon potpune motoričke imobilnosti, ulazi u stanje katatone uzbuđenosti kada se motorika oslobađa zakočenošću, ali su radnje potpuno nesvrhovite i u takvom stanju bolesnik može biti opasan. Shizofreni bolesnici često besmisleno ponavljaju neke radnje ili pokrete, ili imaju neprirodno ponašanje u obliku pretjeranog grimasiranja ili naglašavanja pokreta. *Negativni simptomi shizofrenije prezentiraju se* kao siromaštvom, poremećajem afektiviteta, anhedonijom i avolicijom. Tako su odgovori shizofrenih bolesnika kratki, šturi, često samo da ili ne. Imaju smanjenu raznolikost ili jakost osjećajnog izražavanja. Praćeni su smanjenom mimikom lica, kratkim kontaktom oči u oči i smanjenim govorom tijela. Ponekad je osjećajno izražavanje potpuno inverzno pa se shizofreni bolesnici na pogrebu smiju, ili govore o vlastitom veselju, a plaču dok govore. Potpuno gube životni interes i zadovoljstvo. Potpuno gube volju, što sve rezultira potpunim gubitkom socijalnih aktivnosti. Osim pozitivnih i negativnih simptoma, mogu biti nasilni, obično pod utjecajem glasova koji im naređuju. Nekad se i vide mutilacije vlastitog tijela ili pak smrtonosni napadi. Homicidi majke ili oca vide se također, iako su to najrjeđe forme ubojstva. Nasilnost shizofrenih bolesnika nije veća nego u općoj populaciji. Rizik od samoubojstva također je prisutan. Neke studije bilježe stopu od 50% pokušaja suicida i 10% ih uspije izvršiti suicid. Bolesnici se povlače iz vanjske realnosti. Postoje izvjesne abnormalnosti u psihomotornoj aktivnosti: ljuljanje,

čudni pokreti, njihanje. Pacijenti mogu biti čudno odjeveni ili očešljani. Može biti prisutno ritualizirano ponašanje.

Tijek bolesti

Čak i u slučajevima akutnog početka bolesti, nakon stresnog događaja u životu, često se nađe postojanje *prodromalnog perioda* koji je trajao tjednima ili mjesecima. U tom periodu obično se primjećuje povlačenje iz socijalne i radne sredine, napetost, smeteno i čudno ponašanje, depresivnost, zanemarivanje osobne higijene. U *akutnoj fazi*, koja je obično potaknuta emocionalnom traumom, ledirani su psihički procesi (misli, jezik, percepcija, afekt). Tijek je obično pogoršavajući, s akutnim egzacerbacijama. *Fazu remisije* bolesti obilježava izostanak shizofrene simptomatologije, ili prisustvo samo negativne simptomatologije, ili prisustvo jednog pozitivnog simptoma shizofrenije u blažoj formi.

Osjetljivost shizofrenih bolesnika na stres zabilježena je tijekom cijelog života. Stopa relapsa bolesti obično je 40% unutar 2 godine kod liječenih shizofrenih bolesnika, a 80% u neliječenih. Shizofrenija nije nužno kronični poremećaj. Oko 30% pacijenata oporavi se potpuno. Dobru prognozu imaju bolesnici s kasnim početkom bolesti, akutnim nastupom bolesti, postojećim precitpirajućim čimbenicima, dobrim socijalnim i radnim funkcioniranjem prije bolesti, oženjeni, s pozitivnom obiteljskom anamnezom za poremećaje raspoloženja, dominacijom pozitivnih simptoma shizofrenije, dobrim suportivnim sustavom i višim kvocijentom inteligencije. Lošu prognozu imaju bolesnici s ranim početkom bolesti, šuljajućim nastupom bolesti, bez precipitirajućih faktora, lošim premorbidnim socijalnim i radnim funkcioniranjem, neoženjeni, s pozitivnom obiteljskom anamnezom za shizofreno oboljenje, dominacijom negativne shizofrene simptomatologije, bez remisije tri godine, s brojnim

relapsima bolesti, prisustvom agresivnosti, lošim suportivnim sustavom i niskim kvocijentom inteligencije.

Liječenje najčešće započinje hospitalizacijom, sa svrhom redovitog uzimanja lijekova, zaštite tjelesnog integriteta pacijenta, zaštite okoline, obitelji, radnog okruženja. U liječenju akutne faze bolesti na početku se obično koriste antipsihotici: haloperidol (Haldol), flufenazin (Moditen), klorpromazin (Largactil), promazin (Prazine) i Tioridazin (Mereril). Treba napomenuti da se primjenom tih antipsihotika često razvijaju neželjene nuspojave, pa se liječenje može započeti ili nastaviti novijim atipičnim antipsihoticima kao što su: klopazapin (Leponex), prvi atipični antipsihotik, otkriven 1958. godine, risperidon (Risperlept, Riset), olanzepin (Zyprexa), quetiapin (Seroquel). Većina shizofrenih bolesnika ne želi piti lijekove pa se pribjegava aplikaciji dugodjelujućih depopreparata (haloperidola, flufenazina ili risperidona). Kada se pacijent u potpunosti oporavi nakon akutne epizode, terapija se nastavlja kroz 3-6 mjeseci po oporavku. U težim slučajevima, pacijenti moraju uzimati lijekove godinama, neodređeno.

Okupacijska je terapija korisna, uz aktivnosti socijalnog radnika na terenu. Primarna u skrbi pacijenta mora biti kontrola okolinskih čimbenika. Ne bi smjelo doći niti do socijalne izolacije, niti do institucionalizma bolesnika. Pravilan pristup omogućit će da se defekti koji nastupe tijekom bolesti umanje ili pak eventualno poprave. Pozitivno djeluju i grupe samopomoći, jer one reduciraju sram, krivnju i strah, uspostavljaju pomoć među članovima, promovirajući nadu za svih. Od velike je važnosti boriti se protiv stigmatizacije tih bolesnika i preuranjene institucionalizacije.

Doc. dr. sc. Gordana Rubeša,
dr. med.

DEMENCIJE

KAKO SE ZOVEM?

Proučavanjem, preveniranjem i liječenjem duševnih poremećaja starijih osoba, koji se kliničkom manifestacijom razlikuju od sličnih poremećaja u mlađih odraslih osoba, bavi se gerontopsihijatrija. Kao posebna supspecijalistička grana u našoj zemlji, unatoč potrebi, ona još ne postoji.

Mnogi poremećaji starijih osoba zahtijevaju pažljiviji tretman nego kod mlađih osoba.

Pažljiviji tretman potreban je zbog komorbidnih kroničnih oboljenja, uzimanja druge medikamentozne terapije i kognitivnih zatajivanja. Podaci govore da gotovo jedna trećina bolesnika starijih od 65 godina ima dva ili tri komorbidna oboljenja, a gotovo polovina, uz duševno oboljenje, ima ili je preboljela težu tjelesnu bolest.

Napredak u dijagnosticiranju i liječenju oboljenja u gotovo svim zemljama produžio je "očekivano trajanje života". To je dovelo do porasta broja starijih osoba u općoj populaciji (oko 14%), a prati se trend daljeg porasta. Tako je na početku 20. stoljeća bilo dvostruko manje gerijatrijske dobi u odnosu na danas; životni vijek se produžio za skoro 26 godina. Godine 2030. očekuje se 20% populacije starije od 65 godina. Stoga se može očekivati da će i pojavnost duševnih oboljenja koja su karakteristična za stariju životnu dob biti znatno veća nego ranije.

Starost nije bolest

Osim niza medicinskih problema, gerijatrijsku dob prati i niz negativnih socijalno-ekonomskih čimbenika koji negativno utječu na zdravstveno stanje. Najbitniji su takvi čimbenici niži socioekonomski status, opadanje društvene aktivnosti, siromašniji međuljudski kontakti i sve veća socijalna izolacija. Tu dob prati niz neizbježnih stresnih situacija (odlazak u mirovinu, gubici bliskih osoba), a i sama involucija čini ih podložnijima za tjelesna i za psihička oboljenja. Sve to otvara potrebu za bolju sociokupacijsku skrb starijih osoba.

Proces starenja sam po sebi obilježen je brojnim promjenama u našem organizmu. Promjene su organske, ali i

psihičke. Sve te promjene često predstavljaju opterećenje za obitelj i za cijelo društvo, pa se u okolini starijih osoba čuje o toj težini suživota sa starijim osobama. Činjenica je ipak da se životni vijek produžuje i da moramo svladati negativno sagledavanje starosti te što bolje organizirati skrb o starijim osobama.

Psihičke poremećaje starije životne dobi možemo podijeliti u dvije podgrupe: prvu bi činila oboljenja koja su tipična po javljanju u gerijatrijskoj dobi, a drugu mentalna oboljenja koja se manifestiraju u svim životnim dobima, pa i u gerijatrijskoj. Najveći problem, koji se prepoznaje kao javnozdravstveni problem, jesu **demencije**. To su poremećaji koji se manifestiraju multiplim kognitivnim defektima koji uključuju oštećenje memorije bez oštećenja svijesti. Oštećenje zahvaća inteligenciju, učenje i pamćenje, govor, rješavanje problema, orijentaciju, percepciju, pažnju, koncentraciju, prosuđivanje i socijalne sposobnosti. Dolazi i do značajne promjene osobnosti. Konačno sve zajedno dovodi do



značajnog poremećaja u socijalno-radnom funkcioniranju.

Alzheimerova bolest

Demencije su uglavnom progresivne bolesti i ireverzibilne, ali oko 15% demencija reverzibilno je ako tretman počne pravovremeno, prije ireverzibilnog oštećenja. Uglavnom se javljaju u starijoj životnoj dobi. Statistike govore da oko 5% ljudi starijih od 65 godina ima teži, a 15% blaži oblik demencije. Od svih oboljelih od demencije, 50-60% imaju najčešći tip-Alzheimerovu demenciju. Rizični su faktori za Alzheimerovu demenciju: ženski spol, srodstvo s osobama koje boluju od Alzheimerove demencije i trauma glave u prošlosti. Down's sindrom također je povezan s razvojem Alzheimerove demencije. Bolest je progresivna i obično dovodi za 8-10 godina do smrti. Drugi je najčešći oblik demencije vaskularni tip koji je uzročno povezan s cerebrovaskularnim bolestima. Rizični je faktor za taj tip demencije povišeni tlak i muški spol. Na taj tip demencije otpada 15-30% svih demencija. Javlja se najčešće između 60-tih i 70-tih godina. Oko 10-15% svih oboljelih od demencije istovremeno ima vaskularnu i Alzheimerovu demenciju.

Postavljanje dijagnoze demencije temelji se na kliničkom pregledu bolesnika koji objedinjuje psihički status, podatke koje nam daje sam bolesnik, podatke osoba iz okoline bolesnika, laboratorijske pretrage, topografske i funkcionalne pretrage mozga.

Demencije se manifestiraju promjenama u kogniciji, umorom, poteškoćama u planiranju i izvršavanju zadataka, promjenama strategije u izvršavanju zadataka i promjenama osobnosti. U ranoj fazi bolesti bolesnik počinje zaboravljati svakodnevne, nebitne činjenice (imena ljudi i neke riječi koje se rijetko koriste). Poslije počinje zaboravljati bitne dogovore i obveze, pa postaje opasan za sebe i okolinu jer zaboravi isključiti plin, struju i slično. Tako postaje ovisan o trajnoj pomoći drugih. Bolesnik najprije gubi sposobnost prisjećanja na blisku prošlost, dok se dobro sjeća starijih sadržaja. Kasnije, kako bolest napreduje, u potpunosti gubi sposobnost sjećanja imena bliskih rođaka, osobnih podataka o sebi, pa i vlastitog imena. Zbog nesjećanja, sklon je konfabulacijama kako bi ispunio rupe u pamćenju. Dementne osobe sklone su

detaljnem prepričavanju, ljutnji, sarkazmu, glupim šalama, patetičnom izrazu lica, agresiji i emocionalnoj labilnosti. Kasnije gube sposobnost snalaženja u prostoru pa često ne znaju pronaći put do kuće, a ne mogu slijediti upute kako doći do nekog cilja. Bolest napreduje i bolesnik se više ne snalazi ni u vlastitom stanu. Ne snalazi se ni u korištenju uobičajenih predmeta u kući. Premorbidne crte osobnosti naglašavaju se. Tako nerijetko postaju egocentrični, zajedljivi, sumnjičavi, uz sužen spektar emocija za prethodno za njega važne emotivne relacije. Nerijetko se javljaju i stanja erotiziranosti i seksualne nedistanciranosti u smislu pokazivanja spolovila ukućanima, ali i stranim osobama. Ponekad postanu nemirni, uzbuđeni, agresivni, uz poremećen ritam sna i budnosti te pojavu sumanutih ideja i halucinacija. Zanimaju osobnu higijenu, a potreba za hranom mijenja se od potpunog zanemarivanja ishrane do prežderavanja. Kako bolest napreduje, oštećenja mozga sve su veća, bolesnik gubi kontrolu sfinktera te konačno biva trajno prikovan za krevet. U konačnosti bolesti izaziva potpuni invaliditet i takve osobe traže potpunu brigu i njegu.

Alzheimerova demencija, najčešći oblik, neurodegenerativna je bolest mozga. Uzrok te bolesti još uvijek je nejasan. Spominje se više uzročnih čimbenika. Postoje dokazi koji govore o genetskoj predispoziciji i uvjetovanosti. Ipak, približno 50% Alzheimerove demencije ne pokazuje obiteljsku povezanost, što govori da i drugi faktori determiniraju bolest. Najbolje je proučeno područje poremećaj neurotransmitera u toj bolesti. Tako se multipli kognitivni defekt povezuje s defektom aktivnosti acetilkolina i atrofijom kore, ali i dubljih struktura mozga, što rezultira stvaranjem neurofibrilarnih čvorića i senilnih plakova koji se dokazuju rendgenološkim pretragama (kompjutorizirana tomografija i magnetska rezonancija mozga).

Vaskularne demencije

Vaskularne demencije nastaju zbog vaskularne bolesti mozga, uključujući hipertenzivnu cerebrovaskularnu bolest, koja uvjetuje infarkt mozga. Infarkti su obično mali, ali se njihov učinak kumulira (zbraja). Te demencije obično započinju u starijoj dobi. Mogu nastupiti naglo, nakon moždanog udara koji je izazvala tromboza, embolija ili krvarenje

u mozgu. Obično se radi o brojnim žarišnim promjenama, a rijetko o jednom velikom infarktu. Demencija se razvija unutar 1-3 mjeseca od moždanog udara. Nakon brojnih prolaznih ishemičnih epizoda, koje često prebrode kod kuće, može također doći do razvoja vaskularne demencije. Obično se razvija 3-6 mjeseci nakon ishemičnih epizoda. Klinička slika vaskularnih demencija ne razlikuje se od kliničke slike Alzheimerove demencije.

Demencije se mogu razviti i zbog niza drugih neurodegenerativnih i funkcionalnih bolesti mozga, zbog traume glave, ali i niza infektivnih oboljenja koja zahvaćaju moždane strukture.

Tretman i liječenje Alzheimerove demencije objedinjuju opće principe: psihosocijalni tretman, terapiju kognitivnih zatajivanja, terapiju psihoze i agitacije, terapiju depresivnosti, terapiju nesаницe i ostale tretmane. Opći principi trebaju evaluirati mogućnosti da si bolesnik naudi (suicidalnost) i educirati obitelj o bolesti. Psihosocijalni tretman objedinjuje u sebi okupacijsku terapiju bolesnika, terapiju prisjećanja i realitetnu terapiju. Terapija kognitivnih zatajivanja provodi se antidemencijskim lijekovima: Tacrine, Aricept, Remynil. Velika važnost u liječenju pridaje se visokim dozama E-vitamina. Terapiju psihoze i agitacije provodi se antipsihoticima, anksioliticima i antikonvulzivima. Za rješavanje depresivne simptomatologije koriste se antidepresivi (treba izbjegavati tricikličke antidepresive zbog nuspojava koje kod starijih ljudi mogu biti ozbiljne). Nesanicu liječimo nebenzodijazepinskim hipnoticima (Zolpidem, Alpidem), jer benzodijazepinski hipnotici izazivaju dnevnu sedaciju. Uz primjenu nebenzodijazepinskih hipnotika treba provoditi higijenu spavanja, koja uključuje odlazak na spavanje uvijek u isto vrijeme i isključivo u krevet, lagan obrok prije spavanja i ograničavanje uzimanja kofeina. Ostali tretmani objedinjuju razne lijekove koji se mogu koristiti kod demencije. Tako se često koristi aspirin za bolju moždanu cirkulaciju, ginko-proizvodi, melatonin i estrogeni (kod žena u menopauzi).

**Doc. dr. sc. Gordana Rubeša,
dr. med.**

Posttraumatski stresni poremećaj

IDEM NA PUSTI OTOK

PTSP karakteriziraju tri skupine simptoma.

Simptomi PTSP-a

– stalno ponovno proživljavanje traumatskog događaja

u mislima ili slikama, kroz ponavljajuće uznemiravajuće snove o traumatskom događaju, kroz ponajviše ili osjećaj da se događaj ponavlja; uz to perzistira značajno smanjen interes u značajnim aktivnostima, osjećaj odvojenosti i udaljenosti od drugih, sužen raspon osjećaja i osjećaj uskraćene budućnosti;

– stalno izbjegavanje stimulansa vezanih za traumu i umrtvljenje općeg odgovora, što nije bilo prisutno prije traume, a izražava se kao napor da se izbjegn misli, osjećaj ili razgovor vezani za traumu, aktivnosti, mjesta i ljudi koji podsjećaju na traumu; pri tome postoji često nesposobnost prisjećanja važnih aspekata traume, značajno smanjen interes ili sudjelovanje u važnim aktivnostima, osjećaj udaljenosti i otuđenosti od drugih, sužen raspon osjećaja i osjećaj uskraćene budućnosti;

– stalni simptomi pojačane probuđenosti koji nisu bili prisutni prije traume, poput teškoće u uspjavanju ili spavanju, provale bijesa, teškoće koncentracije, pojačanog opreza.

Da li će netko razviti PTSP nakon proživljenog traumatskog iskustva ovisi o više faktora. Tako teže posljedice ostavljaju traumatska iskustva uzrokovana ljudskim nasiljem nego npr. prirodne katastrofe. Izuzetno su važni obrasci za suočavanje sa stresom koje je neka osoba stekla tijekom života, da li je osoba sklonija aktivnom suočava-

O posttraumatskom stresnom poremećaju (PTSP) govorimo posljednjih dvadesetak godina premda je taj sindrom opisivan u literaturi već vrlo davno, a spominjan pod raznim imenima i u zapisima liječnika s ratišta mnogih ratova posljednjih stoljeća. PTSP predstavlja jedan od sindroma koji se javljaju kao posljedica proživljenog traumatskog događaja poput sudjelovanja u borbenim akcijama, ali i prirodne katastrofe, saobraćajne nesreće, silovanja, napada i sličnih životno ugrožavajućih situacija.

nju s teškoćama ili izabire pasivizaciju. Udjela imaju i eventualne ranije proživljene traume. Smatra se da se one, i kada su prevladane, pojačavaju osjetljivost na sljedeća takva događanja. Dob također ima važnu ulogu. Traumu će drugačije doživljavati dijete, adolescent, odrasla osoba ili star čovjek. Zbog specifičnih društvenih uloga, žene su češće izložene obiteljskom nasilju i silovanju, dok je borbena trauma uglavnom rezervirana za muškarce pa će, shodno tome, i distribucija posljednjeg PTSP-a biti određena spolom. Sljedeća značajka koja igra važnu ulogu u javljanju PTSP-a jest kvaliteta socijalne podrške koju osoba ima na raspolaganju u periodu oporavka. Pri tome je obiteljska potpora donekle važnija za žene, dok je za muškarce neobično važna potpora njihovog radnog okruženja.

Smatra se da je u općoj populaciji PTSP prisutan 1-2%. Dvadesetak godina nakon završetka rata PTSP je nađen u oko 15% ratnih veterana u više istraživanja u SAD i Izraelu. Slično nalazimo i kod žrtava prirodnih katastrofa. Nakon prometnih nesreća vjerojatno će oko 7% žrtava imati posttraumatske smetnje.

Reakcija godišnjice

PTSP se najčešće javlja odmah po traumatskom događaju ili unutar 6 mjeseci. No, može se prvi put javiti i poslije više godina nakon trau-

matskog iskustva. Istraživanja su pokazala da se PTSP spontano povlači u oko 60 % slučajeva. Kod ostalih smetnje mogu trajati godina-ma. Često se može reaktivirati na posebne poticaje, tj. podsjećajuće okolnosti. Tada govorimo o "reakcijama godišnjice". Prosječno je trajanje PTSP-a, prema nekim istraživanjima, 5 do 7 godina. Ostaje, međutim, određeni postotak onih kod kojih će se smetnje kronificirati i, u blažem ili jačem intenzitetu, perzistirati desetljećima. PTSP se može javiti u blagoj formi, ali i u vrlo teškim, onesposobljavajućim kliničkim slikama.

Postoji niz teorijskih postavki zbog čega netko razvije PTSP. Psihološke teorije naglašavaju da iskustvo prijetnje životu na drastičan način razbija naše tzv. bazične pretpostavke o vlastitoj neranjivosti, o smislenom svijetu u kojem živimo i uvijek raspoloživoj pomoći.





Prema nekim **neurofiziološkim teorijama**, radi se zapravo o **poremećaju prorade traumatske memorije** koja zbog jake emocionalne nabiljenosti biva iskrivljena.

Na neurofiziološkom planu PTSP predstavlja složen **poremećaj nekoliko sustava prijenosnika u živčanom sustavu** koji su uključeni u proces memorije i reakcije na stres.

U svakom slučaju, PTSP rezultira poremećajima na planu ponašanja i može oštetiti osnovu čovjekovog bivstvovanja-relaciju s drugima i svijetom oko sebe.

Osobe koje imaju PTSP će vjerojatno razviti **neki drugi mentalni poremećaj**. U čak 45–50% slučajeva uz PTSP javlja se i depresivni poremećaj. Vrlo često osobe s PTSP-om pribjegavaju "samopomoći" psihoaktivnim sredstvima, u našim krajevima još uvijek pretežno alkoholu, pa je ovisnost ili zloraba alkohola vrlo česta.

PTSP ima veliku ulogu u **slabijoj funkcionalnosti osobe**, kako na obiteljskom, tako i na socijalnom planu. **Unutar obitelji** osoba često postaje član s kojim je teško računati, s nedovoljno strpljenja za uobičajene obveze, s poremećenim relacijama prema djeci, čestih agresivnih ispada, nepredvidivog raspoloženja. Događa se da ona oko sebe i svojeg traumatskog iskustva stavi zid koji članovi obitelji ne mogu prijeći. Odrastanje u takvoj obitelji predstavlja za djecu frustraciju koja može obilježiti i njihov život.

Sam u šumi

Zakazivanje na radnom mjestu, zbog stalne pobuđenosti i redukcije kontakata, rezultira visokim odsustvovanjem s posla, što predstavlja visok zdravstveni i socijalni izdatak. Važno je naglasiti da **jačina simptoma PTSP-a ne mora biti u odnosu s funkcionalnošću** i kvalitetom života. Naime, neke će se osobe dobro nositi sa svojim relativno izraženim smetnjama, dok će druge zakazivati na obiteljskom i radnom planu iako je intenzitet njihovih simptoma tek osrednji.

Uza sve smetnje koje osobe s PTSP-om imaju, one se rijetko i **neravno javljaju liječniku**, a još rjeđe psihijatru. Najčešći je razlog tome, prema dosadašnjim istraživanjima, stav da čovjek mora sam izaći na kraj sa svojim psihičkim tegobama i da je "normalno" da nakon nekih zastrašujućih iskustava "imamo neke probleme". Izbjegavanje i nemogućnost da govore o traumatskom iskustvu unutar kruga obitelji i prijatelja vodi ih tako u sve veću izolaciju. Oni se najbolje osjećaju "sami u šumi" ili bi najradije otišli "na pusti otok".

Zbog složenosti etioloških faktora koji dovode do PTSP-a, i **liječenje** treba zahvatiti različite aspekte poremećaja. Tako **lijekovima** možemo pokušati umanjiti nemir, depre-



sivnost, tjeskobu i nesanicu. **Psihoterapijom** ćemo nastojati potaći prorađu traumatskog iskustva kroz tzv. "traumatsku priču". Psihoterapijom i **socioterapijskim metodama** nastojat ćemo uspostaviti bolju kontrolu i uvid u ponašanje i bolje povjerenje u sebe samog i okolinu. Ugraditi traumatsko iskustvo na konstruktivan i nov način u svoju osobnost može biti dugačak, ali i uspješan i obogaćujući posao. No, i uz terapiju, a pogotovo bez nje, jedan dio osoba s PTSP-om ostat će "zabrobljen" u svojem traumatskom iskustvu, promijenjenog odnosa s okolinom i slikom svijeta oko sebe. Oni će postati osobe koje niti oni sami niti njihova obitelj više ne prepoznaju, s neostvarivom željom "da budu oni stari".

Doc. dr. sc. Tanja Frančičković,
dr. med.



Suicid je krajnje složeno, uvjetno rečeno, ponašanje koje odražava suprotne težnje i čiji ishod zavisi od relativne jačine tih težnji i od nepredvidivih činitelja.

Veoma je teško pouzdano odgovoriti na pitanje – zašto ljudi u jednom času ili više puta tijekom života dižu ruku na sebe, zašto i kako odluče u jednom aktu sami sebi oduzeti život. Psihijatre zanimaju upravo ti individualni motivi želje za vlastitom smrću, psihodinamska struktura potrebe da se "životu okrenu leđa".

Pojam instinkt smrti

Freud je smatrao da poriv za samouništenjem predstavlja, u stvari, napad na voljenu osobu s kojom se pojedinac poistovjetio. Prema tome, suicid bi, barem jednim dijelom, imao značenje homicida, akta agresije uperenog protiv druge osobe. Ovom prilikom samo se podsjetimo – a možda i obavijestimo – da je u ranim fazama razvoja psihoanalitičke teorije agresivnost smatrana pervertiranim seksualnim nagonom ili reakcijom na frustraciju. Kasnije, nakon uvođenja pojma *instinkt smrti*, Freud je u suicidu vidio oličenje tog instinkta, koji je neka vrsta opozituma drugom osnovnom instinktu: instinktu života, instinktu očuvanja žive materije.

Proučavanje suicidalnih fantazama, snova u kojima se pojavljuje motiv suicida, pokazalo je da suicid ne mora uvijek izražavati poriv za uništenjem vlastitog bića u smislu vlastite negacije svog postojanja. Suicid, dinamski gledajući, može odražavati i želju za potvrđivanjem vlastite ličnosti i života uopće; on može biti, jednom riječju, u funkciji

SUICIDALNOST I SUICID

BRISANJE GRANICE ŽIVOTA I SMRTI

afirmacije instinkta života. U fantazijama, naime, suicid je često korišteno sredstvo da se drugi primoraju da, barem poslije naše smrti, izraze svoju ljubav prema nama i tako nas – istina, posthumno – uvjere u našu životnost i značaj.

To dvostruko značenje ili dvostruka usmjerenost svake – simbolične ili realne, svjetlom jave obasjane ili u snohvatici naslućene suicidalne tendencije, očigledna je i kada individualni odnos prema suicidu shvatimo kao bitni izraz individualnog odnosa prema smrti. Ne može li se tako samoubilačka želja za smrću shvatiti ne kao želja za samouništenjem, već kao želja za dostizanjem Nirvane, za brisanjem granice između života i smrti? Pokušaj suicida bi, prema tome, mogao biti pokušaj samonastavljanja, a ne – samouništenja, fantazijsko zadovoljavanje potrebe za besmrtnošću. S druge strane, s obzirom da predstavlja akt ništenja prirodne smrti kao objektivne neminovnosti, suicid, kao voljno, samoizabran put "odlaska s ovoga svijeta", može u subjektivnom prostoru ličnosti imati značenje omnihipotentnosti, trijumfa subjekta nad objektom, slobodne volje nad prirodnom nužnošću.

Sažimajući, valja još jednom istaći ovu, s preventivno-terapijske točke gledišta, izuzetno važnu činjenicu: individualni motivi suicida uvijek su dvoznačni – u njima su sadržane i afirmacija, i negacija; i potreba za uništenjem, i potreba za održanjem i očuvanjem; i besprizivna odluka da se ode "ne okrećući se", i očajnički pokušaj apela, poziva u pomoć.

Etiopatogeneza suicida

Proučavanje suicidalnog ponašanja odvija se odavno na dva različita načina, ovisno od toga da li se čin pokazuje kao simptom, odnosno tragični završetak neke individualne sudbine, ili kao jedan od značajnih indikatora patoloških zbivanja u ovom ili onom društvu. U tom drugom slučaju studij će se većinom oslanjati na statističke podatke koji se prikupljaju o općim, demografskim karakteristikama suicidalnih pojedinaca neke opsežnije populacije. Ako li pak raspravljamo o samoubojstvu kao individualnom fenomenu, ne možemo a da potanko ne proučimo životni put pojedinog čovjeka, uzimajući u obzir zakonitosti dinamičke psihologije kad hvatamo onu crvenu nit koja se završava tragičnom smrću.

Slučaj

Stolar, star 39 godina objesio se nakon ponovljenog jednotjednog neprekidnog pijančevanja. Njegov otac, građevinski radnik, dobro je zarađivao, ali je gotovo sve zapio. Oba djeteta majka je morala uzdržavati tako da je služila kod drugih ljudi. Ako je željela dobiti nešto novca od svog muža, morala ga je hvatati po gostionicama. Djeca, a naročito pokojnik, bili su vezani na majku, koja se zbog depresivne psihoze prije 20 godina liječila u psihijatrijskoj bolnici, a prije 10 godina izvršila je samoubojstvo vješanjem. Pokojnikovu sestru smatraju čudakinjom.

U rodnom kraju izučio je stolarski zanat i zaposlio se. U poduzeću su ga cijenili kao veoma sposobnog i marljivog radnika. Do zadnje je godine lijepo napredovao. Međutim,

kad zbog pijanosti više puta nije došao na posao, skinuli su ga s položaja šefa. To ga je jako pogodilo. Unatoč njegovoj sklonosti alkoholu, mještani su ga voljeli, cijenili kao čovjeka koji je sposoban i marljiv i koji se brine za kuću: zajedno sa ženom sagradio je kuću; spremao se također otvoriti vlastitu obrtničku radionicu, jer su ga na poslu degradirali.

Vjenčao se kad mu je bilo 27 godina. Žena mu nije bila mještanka. Mještanke su nju i sve ostale doseljene žene otklanjale kao "dotepence". Pokojnikova je žena bila još manje dobrodošla zbog svog karaktera. Naročito su joj zamjerali što je svog muža tako surovo nadzirala i čak šamarala ako ga je našla pijanog. Bila je također – neopravdano – ljubomorna na nj, ali kad mu je u posljednje vrijeme počela slabiti potencija, postajao je i on sve ljubomornijim. Unatoč nesuglasicama među njima, pokojnik je ipak bio veoma ovisan o njoj, ništa nije znao izvesti bez njene pomoći. Njegov je dobar prijatelj za nj kazao da je bio "papučar" koji je prebrzo dolazio pod utjecaj drugih ljudi i nije znao udariti po stolu kad je to trebalo, pa zato ni kod kuće nije znao napraviti reda. Pokojnik je pio već prije vjenčanja, a naročito još tijekom prvih četiriju godina braka. Žena je to tako teško podnosila da je s djecom pobjegla u Austriju. Upravo u to vrijeme njegova je majka počinila samoubojstvo. Mještani su za to krivili pokojnikovu ženu. On je uskoro otišao po obitelj u Austriju i vratili su se kući. Onda se četiri godine uzdržavao od alkohola. Kasnije je opet pomalo počeo piti. Često se na koljenima zaklinjao pred ženom i obećavao da će napustiti svoju ružnu naviku, ali je uvijek opet podlegao kušnji. Žena je svoje grubo reagiranje na muževljeve ekcese, naročito kad je doživljavala da su se muž i svekar zajedno pijani vraćali kući, opravdavala strahom da bi i sama mogla doživjeti istu tešku sudbinu kao muževljeva majka. Stekao se utisak da nije bio toliko vezan na svoja dva

djeteta koliko je bio ovisan o ženinoj ljubavi. Međutim, dobivao je ipak previše predbacivanja i prijetnji. Žena se jako ljutila na njegovo odlazanje u gostionicu, naročito jer je tako trošio novac i jer je pripit bio grub i nasilan. Pomalo joj je postajalo svega dosta i od vremena do vremena već je pomišljala na to da si oduzme život, ali ju je uvijek zadržavala misao na djecu. Zadnji tjedan muž je opet neprestano pio, ali u pijanom stanju nije više bio grub niti je galamio kao inače. Kritičnog je dana po njenom dojmu bio "pri kraju sa živcima": bio je tih i samo je gledao u pod. Izgleda da je htio još jednom s njom porazgovoriti, ali ga je grubo odbila: "Gubi se, svinjo pijana." Njegove prijetnje samoubojstvom nije shvatila ozbiljno. Mislila je da je on hoće prestrašiti i da time hoće postići da bi pritrčala k njemu i pomirila se s njime. Kad se danas žena pita na koji bi joj način bilo moguće spriječiti tragičan kraj, čini joj se da bi joj to možda uspjelo da je one kritične noći probdjela uza nj – ali bila je već sita svega. Istina, od majčine smrti on je za sobom imao bar četiri pokušaja vješanja – uvijek u pijanom stanju. Inače o samoubojstvu nije govorio.

O čemu je riječ

Priča očito počinje već u mladosti. Otac, alkoholičar, kod kuće je stvarao atmosferu materijalne i osjećajne neizvjesnosti. Majka je spašavala situaciju. Za vrijeme sinovljeve adolescencije i sama je preboljela depresivnu fazu psihoze te se morala liječiti u psihijatrijskoj bolnici. Deset godina kasnije, jamačno opet u takvoj fazi, završila je život samoubojstvom. Možda, na osnovi takvog podatka, možemo zaključiti da je riječ o određenoj hereditarnoj opterećenosti sina. Ta ne opisuju ga samo kao depresivno strukturiranog (papučar koji nije znao udariti po stolu), već je zadnje vrijeme prije čina zapao u



pravo depresivno stanje. Ovdje se radi o sljedećem:

1. Kod pokojnika se radilo o neurotičko-depresivnoj strukturi zbog atmosfere u kojoj je odrastao.
2. Imao je određenu hereditarnu opterećenost.
3. Radi se o kombinaciji egzogenih i endogenih utjecaja na oblikovanje njegove ličnosti.

Prije svoje depresivne strukture, suprotnosti sa svakidašnjicom doživljavao je s frustracijama, a uskoro se susreo i s alkoholom koji mu je omogućavao neku relaksaciju. Potisnute agresivne tendencije izbijale su u obliku surovih ispada prema ženi. Kad bi se otrijeznio, slijedili su jaki osjećaji krivnje. U njima je njegova dominantna žena našla zadovoljštinu, pa ih je u pokojniku još i poticala. Očito je ni njegovi ponovni suicidalni pokušaji nisu uznemirivali. Žena napokon nije više imala ni oka ni uha za njegovu nevolju; nije mu omogućila katarzu ni ponovno sticanje bar neznatnog osjećaja vlastite vrijednosti. Ostao je sam, s nesnosnim osjećajem krivnje koji ga je napokon otjerao u smrt.

Mr. sc. George Salebi, dr. med.

EMOCIONALNA INTELIGENCIJA

EMOCIONALNE
MASKE - II. dio

EMOCIONALNE MASKE katkad svjesno "navlačimo" želeći izgledati drukčije ili se zaštititi. Smatramo ih nužno potrebnima. Ako nam životno iskustvo pokaže da i nije tako, spremni smo uložiti puno energije kako bismo sami sebe uvjerali da su "maske" nužnost i da je jedino s njima moguće preživjeti "u okrutnom svijetu".

No, često ih koristimo i ne znajući. Naučimo od ljudi uz koje rastemo kako se to radi i ne pomišljamo da je moguće drugačije. Toliko se naviknemo glumiti ono što mislimo da bismo trebali biti, da više i ne znamo što su naši autentični osjećaji.

Maske ljutnje

LJUTNJA je emocija s kojom znamo imati burna iskustva. Mnogi je ljudi poznaju kao osobni vulkan. Kad izmakne kontroli, eskalira u bijes i izazove posljedice zbog kojih kasnije žale. Neki drugi okusili su ljutnju kao žrtve: bili su napadnuti od ljutih ljudi, osjetili njihovu agresivnost, ucjenjivanje, ugrožavanje egzistencije, zdravlja, a nekad i života. Zato od nje zaziru i pokušavaju je ili zatomiti ili pretvoriti u neku njima prihvatljiviju emociju.

Zatomiti je znači ignorirati onaj unutarnji signal da nam se "krv zagrijava". Obično sebi kažemo: "Ma nije to važno!", iako baš i nije tako. Kad nam se sljedeći put dogodi slično iskustvo, novi će se naboj pribrojiti starom, kao i "temperatura u žilama". Treći će put biti potrebna samo sitnica i doći će do "unutarnjeg vrenja", u kojem gubimo kontrolu i

kažemo "smračilo mi se pred očima". Tada nastupa bijes koji nam pokazuje koliko su nam zapravo značile ignorirane nepravde. Tako nas MASKA DEFANZIVNIH I POPUSTLJIVIH postupno vodi u drugu krajnost.

Pretvoriti LJUTNJU u neku prihvatljiviju emociju za muškarce i manji broj žena može značiti uzeti MASKU HLADNOKRVNOG PROGONIOCA. On se ne ljuti, ali je "zlopamtilo". Izvoru svojih problema namješta niz neugodnih situacija i neprestano šalje poruke: loš si, nespošoban, ništavan. Tako se osvećuje za sve što on smatra nepravdom, bez potrebe da razgovara, raspravi i riješi nesuglasice. Potisnuta se ljutnja pretvara u rafiniranu igru moći. Sve se događa u "bijelim rukavicama" iako se razmjenjuju "boksački udaraci". Nižu se ozljede, dok onaj ozlijeđeniji ne pobjegne iz ringa ili dok se ne uspostavi ravnoteža straha. Tada nastupa privremeno primirje i traje koliko i ta mučna ravnoteža. Suigrači se najčešće toliko udube u svoju "igru" da nisu ni svjesni da su obje strane emocionalni gubitnici.

Gundalo

Varijanta je te maske i maska gundala. On je "blag", nikad ne iskazuje ljutnju, ne podiže glas, ne traži promjenu stanja, već se neprestano žali, predbacuje i izaziva osjećaj krivnje. Iz svoje pozicije žrtve, polako izaziva osobu koja mu je, po njegovom mišljenju, učinila nepravdu, dok ona ne plane. Tako će jadno "gundalo" ponovo ispasti žrtva i žaliti se svima u okruženju zbog toga. Neće biti svjestan da je sve

učinio da mu baš tako bude. Takva "igra" može trajati godinama i postati uobičajeni ritual između istih sugovornika. Česta je u obiteljima alkoholičara. Ni jedna ni druga strana ne žele raspraviti i razriješiti nakupljene nesuglasice, a uzrok svojih problema uvijek vidi u onom drugom.

Osim tih maska, moguće je koristiti i masku DURENJA. Ako je povrijeđena, osoba svoju povrijeđenost iskazuje odbijajući komunicirati i obavljati uobičajene dužnosti. Na taj način kažnjava onog tko joj je, po njenom mišljenju, učinio nepravdu, dok se taj ne ispriča, ne iskupi ili ne odustane od svoje nakane. Katkad ta maska poprimi i kronične forme, pa povrijeđena osoba očekuje da se njen suigrač neprestano iskupljuje za počinjeno i tako svjedoči da mu nešto slično neće pasti na um. Dok ta igra traje, obično se i jednom i drugom sugovorniku skuplja gorčina i kad to više ne mogu izdržati, ili pobjegnu ili pak izraze svoje prave osjećaje. Tada su na početku razgovora, raspleta i pronalaženja rješenja, na kojem su mogli biti i bez mučne epizode "durenja".

Ljutnja se dobro maskira i u MASKU LJUBOMORE. Zato što smo ljuti na osobu, optužit ćemo je za ljubavne prijestupe i natjerati da, dokazujući svoju ljubav, čini sve što mi želimo. Omiljeno oružje su tzv. EMOCIONALNE UCJENE. Kad

god ne dobiva ono što želi, ucjenjivač upotrijebi formulu: "Da ti mene voliš, poštuješ, želiš mi dobro, ti bi učinio to i to..." Ucjenjivač se prikazuje kao jedna žrtva, a drugu osobu proglašava krivcem, optužujući je često i javno. Tako je pokušava prisiliti da se iskupi, odustajući od svojih zahtjeva koji su zapravo razlog za ljutnju.

No, kako smo do sada vidjeli, LJUTNJA može biti i omiljena maska. Ako druge emocije smatramo nepoželjnim za naš image, možemo koristiti MASKU LJUTNJE kad se bojimo, kad smo ljubomorni, kad se stidimo ili kad smo krivi. Umjesto da prihvatimo bilo koju od tih emocija i otkrijemo poruke koje nam nose o nama samima, mi im oduzimamo osnovnu funkciju. Ne slušajući ih i ignorirajući ih, postupno gubimo kontakt sa samim sobom. Nećemo znati kako je nešto za nas, što su naše želje, a što potrebe.

Ljudi koji nisu u kontaktu sa svojim emocijama, pa ih potiskuju i maskiraju u njima simpatičnije, teško mogu razumjeti što se u njima događa. Osjetit će nemir, ali neće znati što on znači. Imat će potrebu učiniti nešto da se napetost smanji, no to će više biti "istutnjanje viška energije", nego rješenje problema. I zato će se ljutiti jer u ljutnji je nekako uobičajeno, pa i dopušteno, vikati, mahati rukama i trošiti taj višak energije.

A kad nemamo pravih razloga za ljutnju, a MASKA LJUTNJE je naš obiljeni zaklon pred samim sobom i drugima, morat ćemo namjerno tražiti, vrebati nepravde koje se bilo gdje i bilo kome dogode, i čim ih registriramo, imat ćemo pokriće za svoje omiljene reakcije. Nećemo ni primijetiti da postajemo VJEČITO LJUTI, istjerivači pravde, buntovnici. Još ćemo manje primijetiti da nam je tijelo neprestano prepuno adrenalina, da nam srce tuče, ubrzano dišemo i trošimo osobne rezerve energije koje je tijelo pripremilo za

izvanredna stanja. Iscrpljujući se, činimo sve što je potrebno da si uništimo zdravlje i skratimo život.

VJEČITO LJUTI ljudi ponekad njeguju svoju ljutnju i zato što im se isplati. Mnogi će im se "maknuti s puta" i odustati od konfrontacije dopuštajući im i ono na što nemaju pravo. Tako će dobiti nešto preko reda, izboriti se za neku poziciju, dokazati da su u pravu i kad očito nisu. Uz ta postignuća, oni sami sebi izgledaju PAMETNIJI i SNAŽNIJI od ostalih. No, dugoročno će im se ta zloupotreba ljutnje i manipulacija vratiti jer će ih iskreni ljudi izbjegavati. Sami će sebe osuditi na život bez ljubavi i bliskosti. Tražeći utjehu, najčešće postaju zarobljenici alkohola ili avantura koje su same sebi cilj.

Tuga

Kao što muškarci često maskiraju druge emocije u ljutnju, tako žene sebi ne dopuste ljutnju ako su naučile i povjerovala da im ona ne priliči ili da je se trebaju stidjeti. Takve žene maskiraju svoju ljutnju najčešće MASKOM TUGE. Kad su ljute, one plaču ne znajući zapravo zašto.

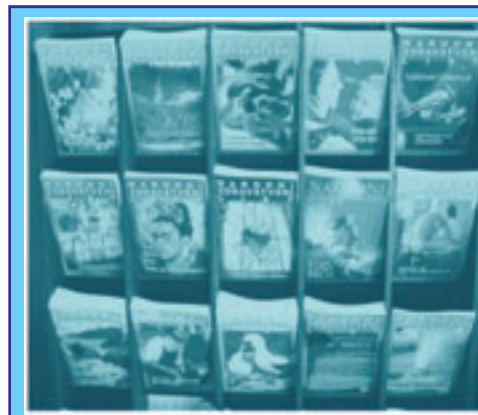
A kad umjesto maskiranja i potiskivanja ljutnje zastanemo i osluhnemo što nam poručuje, otkrit ćemo da nas ona ne spopada bez razloga. Govori nam jasno i glasno da su povrijeđene naše osobne granice, da nam netko čini nepravdu ili se mi sami ne ponašamo kako smatramo da treba, pa se ljutimo na

sebe. Tek kad smo toga svjesni, moći ćemo razmisliti o okolnostima, mogućim rješenjima i posljedicama pojedine reakcije. Ljutnja će nam dati energiju za obranu svog "teritorija" i sprečavanje ponavljanja nepravde. Ako se u životu budemo samo povlačili, učinit ćemo od sebe ŽRTVU i biti odgovorni za svoje stanje. Žrtve okolina ne poštuje, jednako kao ni agresivne, vječito ljute ljude.

Izraziti ljutnju ne znači POBJESNITI. BIJES je rezultat sakupljenih ljutnja koje nismo priznavali sami sebi i rješavali dok je bilo vrijeme. U bijesu možemo napraviti veliku štetu i sebi i drugima, jer gubimo kontrolu nad svojim reakcijama. Da nam se to ne bi događalo, najbolja je prevencija prihvaćati svoje ljutnje čim nastanu, priznati ih sebi, osvijestiti što smatramo nepravdom i potražiti rješenja koja će biti zadovoljavajuća za obje strane. Da nam ljutnja nije potrebna, Univerzum nam je ne bi dao.

Konstruktivnih strategija za izražavanje ljutnje i borbu protiv nepravdi ima više. Nije nužno da zbog ljutnje postanemo bezobrazni, agresivni ili da povređujemo druge. No, ona je vatra. Loš je gospodar, ali odličan sluga – poziv na rješavanje onoga što nas tišti. Maskiranjem pravog stanja, nikad to nećemo postići.

Vesna Špalj, prof.



Promidžbeni prostor

u Narodnom zdravstvenom listu!

Ako želite oglašavati u našem listu, javite se Uredništvu na telefon:

21-43-59

MEDICINA I ZDRAVLJE

Misli pozitivno u interesu zdravlja

Kada je u pitanju ozdravljenje pomoću komplementarne ili alternativne medicine, rijetko tko postavlja pitanje kako i zašto se to dogodilo jer je bolesnicima važno jedino – što prije ozdraviti.

Znanstvenici, uključujući i liječnike, uz poneke iznimke, teško prihvaćaju izlječenje bilo kojeg slučaja koje izlazi izvan granica unaprijed isplaniranog liječenja, odnosno prihvaćaju samo utvrđene metode školske, klasične medicine, a sve ostalo, dakle i komplementarnu medicinu, stavljaju pod znak pitanja. Teoretičari i praktičari komplementarne medicine jedinstveni su u tvrdnji da je tajna najvećeg dijela metoda komplementarne medicine u tomu što bolesnici instinktivno (ali i svjesno) znaju da su oni ti koji moraju odigrati aktivnu ulogu u vlastitom ozdravljenju. Upravo zbog toga – metode komplementarnog ili alternativnog pristupa liječenju i imaju znatan postotak uspješnih izlječenja.

Suvremena medicina sve češće prihvaća tvrdnju da pacijenti koji vjeruju u vlastito izlječenje, odnosno u liječnika koji ih liječi, metodu koja se primjenjuje i lijek koji se uzima, češće i brže ozdravljaju od onih koji u navedeno sumnjaju. Očito je da psihičko tijelo djeluje na izlječenje fizičke razine s kojom je neraskidivo vezano.

U izlječenju, ističu danas mnogi, vidnu ulogu igra pozitivno mišljenje jer ono utječe na pobudu unutarnje energije, jača imunitet i vodi u ozdravljenje.

Pogubni stres

Najnovija saznanja kažu da je prekomjerni stres jedan od najčešćih

uzročnika problema na radnom mjestu, u sportu i u obitelji. Sve više se govori kako je stres uzročnik i mnogih bolesti, od onih najlakših pa do najtežih. Ako stres zaista potiče aktiviranje bolesti, onda treba otkloniti (amortizirati) uzrok pa će posljedice nestati ili biti ublažene. U jednom izvještaju Ujedinjenih naroda navodi se da je "stres postao jedan od najozbiljnijih problema prošlog stoljeća", a nastavlja se i u ovom sadašnjem. Mnoge metode komplementarne medicine "udaraju" upravo na uzroke bolesti, a ne na posljedice. Shvatiti svoje probleme i naučiti živjeti svrhovitije i korisnije, dakle bolje i kvalitetnije – temeljni je postulat preventivne borbe za zdravlje.

Većina ljudi trebala bi ozbiljno poraditi na promjeni načina razmišljanja ili življenja – ako se želi spriječiti bolest ili postići izlječenje. Jednako je važno razviti sposobnost usredotočenja na budućnost.

Prihvatimo li tvrdnju da i klasična i komplementarna medicina liječe čovjeka, a ne bolest i da je svaki zdravstveni slučaj poseban, onda ćemo se složiti i u mišljenju da svako iscjeljenje, odnosno izlječenje postiže sam pacijent, dok je liječnik ili iscjelitelj taj koji mu – u tijeku jednog razdoblja – pruža samo potporu.

Pozitivne misli – ljubav, dobrotu, suosjećanje s ljudima koji pate, radovanje životu, optimistički pristup životu – kažu i liječnici – u čovjeku stvaraju pozitivnu vitalnu energiju, koja utječe na psihičku razinu, ali i na svaku tjelesnu stanicu.

"Hormoni sreće"

Američki liječnik dr. Deepak Chopra (u knjizi "Savršeno zdravlje")

ističe da stanice optimističnog čovjeka, osobe "nabijene" pozitivnim mislima, proizvode "hormone sreće" koji iscjeliteljski djeluju na čitav organizam. U slučaju negativnih misli (apatija, depresija, mržnja, tuga, psihička bol, beznađe, ljubomora, zavist...), odnosno onda kada je psihičko tijelo ispunjeno nezadovoljstvom, ljudske stanice izlučuju "negativnu supstancu" koja pogubno, počesto razarajuće djeluje na zdravlje.

Dakako, svaki stres, pa i onaj najslabijeg intenziteta, može negativno djelovati na zdravlje. Ako ga već ne možemo izbjeći, potrebno ga je liječiti. Prvi je korak u smanjenju, odnosno ublažavanju stresa – psihičko i fizičko opuštanje. Postoji velik broj metoda opuštanja – od Jacobsenove napredne tehnike za opuštanje mišića, preko različitih tehnika meditacije do joge, hipnoze, bioloških reakcija, iscjeljivanja i autogenog treninga.

Može li komplementarna medicina pomoći kod stresa?

Sugestija i autosugestija, meditacija i druge tehnike opuštanja psihičkog i fizičkog tijela pripadaju području komplementarne medicine iako ih – u novije vrijeme – prihvaćaju i oni koji su završili medicinske fakultete klasičnog programa.

Francuski književnik Emile Coue (1857.-1926.) svojih posljednjih šesnaest godina života posvetio je usavršavanju i širenju primjene metode svjesne sugestije u svrhu liječenja. S razlogom ga mnogi drže "apostolom terapeutske autosugestije". Vrlo energično promicao je svoj sustav autosugestije – kao univerzalni lijek za ljudske nevolje.

Coueova metoda svodi se na djelovanje na čovjekovu podsvijest – upornim ponavljanjem određene sugestije, pri čemu je odlučujući činitelj imaginacija, a ne volja. On je autor znanstvene izreke: "Naše djelovanje



ne potiče volja, već sposobnost predočavanja." Poznata je njegova sugestija: "Svakog dana, u svakom pogledu, sve više i više napredujem."

Svoju metodu, kao i primjere iscjeljenja sugestijom – autosugestijom (čak i najtežih bolesti – kao što su tumori) iznio je u knjizi "Kako gospodariti sobom" koja može poslužiti i kao svojevrsni priručnik samopomoći autosugestijom.

Autosugestija, ipak, nije svemoguća

Autosugestija je namjeren ili nenamjeren proces samouvjeravanja, pomoću kojega pojedinac mijenja svoje stavove, uvjerenja ili obrasce ponašanja. Ona može, u određenim granicama, djelovati na emocije ili samosvijest pojedinca.

Autosugestiju je – u psihoterapijske svrhe – sustavno, među prvima, primjenjivao bečki liječnik Franz Anton Mesmer (1734.-1815.).

Premda službena, klasična medicina ne prihvaća metodu liječenja sugestijom, odnosno autosugestijom, mnogi će liječnici – u opovrgavanju vjerodostojnosti uspješnosti bioenergoterapeuta i sličnih iscjelitelja – često reći kako su izlječenja brojnih metoda komplementarne medicine rezultat – sugestije, odnosno autosugestije! I bolesnik i objektivan liječnik složiti će se u jednom: za bolesnika je najbolja ona metoda koja što brže i što ugodnije dovodi do ozdravljenja. Međutim, treba ipak naglasiti: metoda iscjeljivanja sugestijom ili autosugestijom nije svemoguća i pomaže

samo u određenim slučajevima, odnosno samo kod nekih bolesnika i kod nekih bolesti. Ona ne može zamijeniti liječenje u slučajevima kada je potrebna kirurška intervencija ili pomoći kod uznapredovalih bolesti, a pogotovo ne kod osoba koje je ne prihvaćaju svjesno i duboko.

Djelotvorni autogeni trening

Autogeni trening mogli bismo svrstati u domenu sugestije – autosugestije. Ustvari, autogeni trening je metoda utjecaja na fizičko tijelo – snagom predočavanja, dakle akcijom psihičkog tijela.

Tvorac metode autogenog treninga je neurolog Johannes Heinrich Schultz (1889.-1970.). Temeljna bit autogenog treninga nalazi se u koncentraciji na popuštanje napetosti, odnosno utjecaju na samoga sebe. Primjenjuje se individualno i grupno, a koristi se radi uklanjanja funkcionalnih poremećaja u radu nekih organa i stanja napetosti.

Osim terapijskih, važni su i pozitivni učinci što se postižu i kod zdravih ljudi, a očituju se u povećanju psihičke i tjelesne svježine i spremnosti za rad.

U najnovije vrijeme autogeni trening ušao je u skupinu aktivnih autosugestivnih i oslobađajućih sustava vježbi. Primjenjuju ga i liječnici, najčešće specijalizirani psihoterapeuti.

Iskustvo psihoterapeuta koji su, u liječenju, primjenjivali metodu autogenog treninga govori da taj oblik komplementarne medicine dobro pomaže kod ovisnosti (alkohol, pušenje, droge), anoreksije i bulimije, tjeskobe, depresije, tuge, glavobolje, nesаницe, raznih fobija, stresa, raznih trauma, grčeva u mišićima, problema s kralježnicom, astme, bronhitisa, povišenog krvnog tlaka, probavnim smetnji, osjetljivih crijeva, pa čak i kod ekcema.

Autogeni trening oslobađa čovjeka negativnih emocija i potiče stvaralaštvo pojedinca u svrhu poboljšanja vlastitog zdravlja. On pomaže kod promjena na svim razinama tijela,

uma, emocija i duha, što je istinska bit holističkog pristupa u liječenju bolesti suvremenog čovjeka.

Osim toga, dobro je naglasiti, autogeni trening izvanredno je moćno sredstvo prevencije koja može spriječiti nastajanje mnogih bolesti povezanih sa stresom – kao uzročnikom.

Izbjegavanje negativne emocije

Znanstvena istraživanja nepobitno su utvrdila da osobe pod stresom znatno lakše oboljevaju od pojedinaca bez stresa. Negativne emocije – kao što su bijes, ljutnja, depresija, krivnja i frustracija – slabe ljudski imunološki sustav pa je tijelo podložnije obolijevanju.

Tako je u znanstvenom izvješću NASA-e, prije tridesetak godina, objelodanjeno kako imunitet astronauta u najboljoj formi biva narušen zbog stresa njihova posla, a vraća se u normalu nakon što neko vrijeme provedu bez stresnih događaja.

Usamljene osobe, ljudi s teretom bespomoćnosti i beznađa, bolesnici koji ravnodušno prihvaćaju bolest ili se ne žele boriti protiv nje ne samo da češće oboljevaju, nego doživljavaju brži napredak bolesti.

pozitivne emocije – kao što su ljubav, humor, smijeh i stvaralaštvo – čovjeku snaže imunitet, štite ga od bolesti i pomažu mu, kada se pojavi bolest, u bržem ozdravljenju.

Američki psihijatar dr. Berthold Schwartz tvrdio je da ljude koji se predaju pred životom ili odustanu od borbe protiv bolesti – počinje napuštati vlastita životna energija, što dovodi do smrti. To, tzv. "psihičko samoubojstvo" često se javlja kod gubitka voljene osobe, razočaranja u ideale, gubitka posla ili saznanja o postojanju vlastite neizlječive bolesti.

Dakle, kod izbora između pozitivnog i negativnog mišljenja, u interesu vlastita zdravlja, ne bi trebalo biti dileme.

Borislav Ostojić

OKULISTIKA

KAD SA SLIKOM NEŠTO NIJE U REDU

Jesu li krive kamere ili režija?

Nekoliko puta bila sam gost u televizijskom studiju. Zvali su me da, kao okulista, gledateljima pričam o očima. Za mene je to bilo izuzetno iskustvo. Zašto? Shvatila sam da proces vida u ljudi nije ništa drugo nego proces snimanja emisije. Ili obrnuto! Jedna emisija na TV nastaje na istim principima kako nastaje viđenje u ljudi. Kamere snimaju objekt s raznih strana, kablovi iz njih prenose sliku u sobu režije, a tamo cijeli tim ljudi slaže sve u jednu "pametnu" cjelinu koja se pojavi na TV-ekranima.

Ničega ne bi bilo da prije svega ne postoji namjera, svjesna želja, interes da emisiju napravimo (*zašto bismo uopće nešto radili?*). Zatim netko treba osmisлити scenarij (*kako ćemo to uraditi?*). Treba nam električna energija i osvjetljenje, treba nam tehnička potpora ljudi koji sve to održavaju, komunikacija i usklađenost među njima... i netko tko sve to u "režiji" nadgleda i koordinira.

Kako to u ljudi funkcionira?

Kako ljudi "snimaju svoju vlastitu emisiju" u svakom trenu svojeg budnog stanja? Oči su naše dvije kamere, postavljene za snimanje pod različitim kutovima. Vidni su živci kablovi koji sliku prenose "režiji" – u centar za vid u mozgu. Energiju dobivamo iz glukoze i kisika u krvi, a osvjetljenje nam daje prirodno-sunčevo ili neko umjetno svjetlo.

Ideju što i *zašto* ćemo u nešto gledati daje misao u našoj glavi. Ta ista "glava" smišlja, kad, *kako* i *kuda* ćemo pogledati. Mnogi usputni živčani centri osiguravaju tehničku potporu (okreni, usmjeri, približi, izoštri, pojačaj, skreni...), komuniciraju (ti sad ugasi, a ja ću upaliti) i trude se da usklade redosljed radnji (pogotovo kad se npr. krećemo niza stepenice ili vozimo auto).

Režija je "šećer na kraju"

Kad svi dijelovi tima obave svoje, režija u centru za vid velikog mozga slaže "puzzle" u logičnu cjelinu. Pristigle slike oba oka, koje se pomalo razlikuju zbog različitog kuta snimanja, preklapi u jednu – i eto "emisije" u našoj glavi! "On line", obavljeno u tisućinki sekunde! Ne vjerujete? Samo dok ste ovo čitali, prošlo je pola minute. Hajde, pogledajte u nešto i recite mi jeste li primijetili da je proces stvaranja slike u glavi trajao neko vrijeme.

Pravo savršenstvo prirode, kad malo bolje promislimo. Koliko čimbenika mora raditi besprijeckorno da bismo "samo" vidjeli!



Cijenimo li to ili uzimamo vid zdravo za gotovo?

Što bi na to odgovorili oni kojima se sinhronizacija tih procesa poremetila? Oni tada ne vide dobro. Možda ni prije nisu dobro vidjeli, ali im to nije toliko smetalo. Sad je poremećena "režija" situaciju samo pogoršala. Nešto im se odjednom čini drukčije.

Prvo što će okriviti za lošu sliku jesu oči – kamere. "Mutno vidim, vidim duplo, ne mogu izoštriti sliku, nešto nije u redu s mojim vidom... Sigurno mi trebaju naočale." S velikim očekivanjima obrate se okulistu.

Ako je doista problem samo u oštirini vida, to je lako riješiti. Okulist će popraviti kamere tako što će odrediti dioptriju i dati im optimalnu oštrinu snimanja.

Što ako nije problem u kamerama?

Što ako zapinje negdje drugdje u procesu nastajanja slike u glavi? Vidjeli ste koliko tu raznih čimbenika ima. Svaki može zakazati i rezultat će uvijek biti "zamućenje" ili, još gore, "pomračenje". Čega?

Okulist može još nešto ustanoviti. Ako isključi kamere kao moguću razlog lošeg vida, provjerit će kablove. Može vidjeti kako izgleda početni dio vidnog živca, a testiranjem vidnog polja može provjeriti živčanu provodljivost. Ako tu nešto "ne štima", okulista će zatražiti pomoć neurologa.

Neurolog istražuje dalje. Provjerit će funkcionira li dobro taj isti kabel-vidni živac, ali i svi oni popratni živci i centri u mozgu koji osiguravaju logistiku snimanja. Možda poremećaj vida uzrokuje izraslina ili ugrušak u mozgu. Moguće je da je pacijent pretrpio potres mozga ili udarac u zatiljni dio glave. Čak i trzajna povreda vratne kralježnice može poremetiti koordinaciju snimanja slike. Najčešće je uzrok u prodrmanim krvnim žilama vrata koje hrane splet živaca odgovornih za širenje zjenice i izoštravanje fokusa slike.

Tu se stručnost neurologa djelomično preklapa s područjem

internista. On pak zna kako pregledati protočnost cjevovoda-cirkulacije i srca kao pumpe. Laboratorijskim pretragama testirat će kvalitetu krvi. Ako nedostaje glukoze ili smo anemični, pa nam nedostaje kisika u krvi, gorivo nije dovoljno kvalitetno da održava stalni "napon energije" dostatan za ispravno snimanje.

Što ako je s opremom sve u redu, a slika je i dalje "pomračena"?

Što ako su nam svi stručnjaci dosad rekli kako je sve u redu, a mi i dalje ne vidimo dobro? Što ako je kriva "ideja", ako nam scenarij ne valja, ako misao "kako, zašto" nije usklađena, ali mi toga nismo svjesni? Tad nad odgovor može dati psihijatar.

Stres može poremetiti sinhronizaciju vida

Sjećam se jedne dvanaestogodišnje djevojčice koju su savjesni roditelji doveli na pregled okulistu jer se tužila da ne vidi dobro. Zadržana je na Očnoj klinici kako bi se provele pretrage i isključilo neko po život opasno stanje čiji početak može biti udružen s gubitkom vida. U pojedinim testovima nije bilo logike. Neki su pokazivali da bi s vidom trebalo biti sve u redu, a opet, na trenutke je proizlazilo da doista loše vidi. Izmišlja li dijete? Može li zavarati sve stručnjake i dijagnostičke testove? Kako bi dvanaestogodišnje dijete moglo znati "odglumiti" na

pojedinom testu kad ne zna koji će rezultat ići u prilog njezinoj mogućoj glumi? Ne! Tu se doista nešto zbivalo. Što? Ispitani su svi opasni organski razlozi za gubitak vida. Sva je "oprema" za snimanje funkcionirala besprijekorno. Što je s "režijom"? Stručnjaci su se složili da dijete pregleda psiholog i dječji psihijatar.

Pomnim psihološkim testiranjem djevojčice i razgovorom s roditeljima, dječji psihijatar ustanovio je da dijete nesvjesno reagira mutnim vidom na stres prilikom odvajanja od roditelja. Otac je bio pomorac i često je odlazio na duga putovanja. Djevojčica je uživala u njegovom prisustvu dok je bio kući. Kako se bližio odlazak oca, ona bi osjetila da lošije vidi. Na taj je način dobivala svu roditeljsku pažnju i nastojala odgovoriti očev odlazak. Ništa svjesno, ništa namjerno.

Liječenje djevojčice preuzeo je dječji psihijatar i vjerojatno je nakon pažljivog pristupa i dugih razgovora uspostavljena ravnoteža u njenoj glavi. Nikad je više nisam srela. Uvjeren sam da se problem lošeg vida nije više ponavljao od onoga časa kad je postala svjesna što ga uzrokuje.

Slikovito govoreći, kad bismo danas mogli zaviriti u njezinu glavu, sigurna sam da bismo pronašli cijelu "videoteku" prekrasnih emisija koje je od onda "snimila po svojem scenariju i u vlastitoj režiji".

Mr. sc. Inge Bošković Dragičević, dr. med.

ZUBI I POREMEĆAJI PREHRANE

ANOREKSIJA I BULIMIJA NERVOZA

Anoreksija nervoza je psihosomatski poremećaj koji se očituje u odbijanju hrane, što dovodi do znatnog gubitka tjelesne težine. Postoje dvije vrste anoreksije, ovisno o načinu redukcije prehrane: "RESTRIKTIVNA", koja dovodi do gubitka tjelesne težine suzdržavanjem od jela, i "BULIMIJSKA", koja se očituje pretjeranim uzimanjem jela te povraćanjem i uzimanjem sredstava za čišćenje (laksativa). Žene su češće zahvaćene tom bolešću nego muškarci; oni čine samo 10% slučajeva. Istraživanja provedena u zapadnoj Europi i Sjevernoj Americi pokazala su da 5% žena u dobi između 18 i 35 godina pati od bulimije neuroze.

Danas su moderne mršave djevojke s tankim dugim nogama. U prirodi je malo osoba s takvim tijelom, ali da bi takvima postale, one primjenjuju razne dijete za mršavljenje. Rezultati takvih dijeta varijabilni su i nepostojani, a ponekad i patološki.

Najveći broj oboljelih od anoreksije nervoza u još je mlađoj dobnoj skupini – između 12 i 20 godina, a njih je i najviše – 2% od svih slučajeva. Anoreksične osobe imaju 15% manje tjelesne težine od idealne, a bulimične 10% ispod ili čak nešto više od idealne težine.

Usta otkrivaju bolest

Rana dijagnoza bolesti iznimno je važna jer kod oba poremećaja nastaju mnoge i ozbiljne tjelesne i psihičke komplikacije. Budući da pacijenti s bulimijom nervoza imaju normalnu tjelesnu težinu, obično prođe puno vremena dok se poremećaj točno dijagnosticira. Pacijenti se obično stide svojih abnormalnih oblika ponašanja u vezi s

prehranom, pa to i vješto skrivaju. Često je stomatolog prvi u prilici da takvo oboljenje dijagnosticira. Ti pacijenti imaju djelomični ili potpuni gubitak dijelova zubnih tkiva – EROZIJU. Ona je rezultat bezbolnog, kroničnog, lokaliziranog gubitka tvrdog zubnog tkiva, kemijski otopljenog kiselinom ili helacijom bez djelovanja bakterija. Klinički vidne promjene nastaju postupno, djelovanjem povećane količine želučane kiseline u usnoj šupljini, zbog svakodnevnih povraćanja. Dugotrajno djelovanje izrazito kisela sadržaja uzrokuje postupnu, ireverzibilnu demineralizaciju anorganske tvari tvrdih zubnih tkiva i nastanak erozijskih lezija. Ti defekti uzrok su bržem abrazivnom trošenju i sma-



njivanju sveukupnog volumena zuba te pojavi njegove preosjetljivosti. Zbog dugotrajne izloženosti utjecaju kiseline, ti procesi su spori, što dopušta zubu da se stvaranjem sjajnog skleroziranog dentina zatvori dentinski tubulusi i tako smanji ili čak potpuno eliminiira osjetljivost oštećenih zubi.

Slina svojim sastavom i količinom ima pozitivan učinak u tom oboljenju jer razrjeđuje i neutralizira povraćeni sadržaj želuca. Kako su centri za povraćanje i lučenje sline povezani, tako se prije povraćanja povećava protok sline. Isti efekt izaziva i mučnina izazvana prejedanjem. Pacijenti s bulimičnom anoreksijom nervoza imaju niži protok sline, a time i veće defekte na zubima nego pacijenti s bulimijom nervoza i istim trajanjem poremećaja prehrane. U pacijenata s bulimijom smanjena je količina bikarbonata u slini, ali je povećana njena gustoća.

Kao posljedica poremećaja u prehrani, može biti pojava upale na uglu usana (hemitis angularis), gljivica (kandijaza), upala sluznice jezika (glositis), upalne ranice sluznice usta (ulceracije oralne sluznice).

Rat kiseline i sline

Postoji jasna razlika u zahvaćenosti oštećenjima u gornjoj i donjoj čeljusti te oštećenim plohami zubi. U pacijenata s bulimijom nervoza oštećenja su na unutrašnjoj plohi zuba u gornjoj če-

Zaštita zubne cakline

- smanjiti količinu i čestoću konzumiranja kiselih jela i pića,
- kiselu jela koristiti isključivo kao glavno jelo,
- završiti obrok s neutralnom hranom (mlijeko i sir),
- brzo ispitati kiselo piće,
- usta isprati vodom nakon konzumacije kiselog,
- rabiti gumu za žvakanje bez šećera,



- zube četkati mekom ili srednje tvrdom četkicom i pastom s fluoridima i bikarbonatima.

ljusti, a u pacijenata s anoreksijom nervoza ti defekti su na vanjskim plohami zubi. Ako povraćanje stalno traje duže od pet godina, erozije nastaju i na ostalim plohami prednjih zubi, ali i na ostalim zubima. Vanjske plohe pretkutnjaka i kutnjaka uglavnom su očuvane zdrave jer one nisu u kontaktu s povraćenim sadržajem, a ako i dođu, kiselost se značajno umanjuje direktnim razrjeđenjem slinom koju izlučuje tu postavljenu otvor izvodnog kanala pljuvačne žlijezde. Slično se događa i kod donjih zubi, na njihovim unutarnjim plohami, jer su one pokrivene jezikom i isprane slinom iz podjezične i podčeljusne žlijezde slinovnice, i tako su sačuvane od djelovanja kiseline.

Ovdje se mora spomenuti i štetni efekt koji proizvodi manjak elemenata iz hrane koji značajno utječu na kvalitetu zubnih tkiva, jer su ta oboljenja

najčešća u mlađih osoba, kod kojih još nisu završeni rast i sazrijevanje zubi.

Liječenje takvih oštećenja zubi ovisi o njihovoj opsežnosti. Površinska oštećenja kojima je zahvaćena samo caklina može sam pacijent sanirati (zaustaviti) promjenom svojih navika u smislu smanjivanja izlaganja usne šupljine kiselinama.

Opsežnija oštećenja zahtijevaju intervenciju stomatologa. Lezije kod kojih je zahvaćeno manje od 1/3 dentina mogu se tretirati kompozitnim materijalima. Generalizirana oštećenja, koja zahvaćaju više od 1/3 dentina, traže složenu terapiju, često kombinirano liječenje zubne pulpe (živca), visine zagriža i protetskog nadomještanja erozijom izgubljenog volumena svakog zuba.

Mr. sc. Ana Fajdić-Furlan,
dr. stom.

Zdrava prehrana (II. dio)

JAČANJE IMUNITETA HRANOM

Postoje ljekovite biljke koje stimuliraju imunološki sustav, među kojima se najviše preporučuje klinički istražena **ehinacea**, koja je uspješna osobito u sprečavanju i liječenju bolesti dišnog sustava, kao prehlade, gripe, angine grla, bronhitisa, također i herpesnih bolesti. Također se preporučuje **propolis** (pčelinji proizvod) koji uspješno djeluje protiv bolesti uzrokovanih bakterijama (a bez negativnih nuspojava koje imaju antibiotici) i virusima (i herpesnim), a ima učinkovito protuupalno djelovanje

(vrlo rijetko izaziva alergije, blage naravi). Na temelju novijih kliničkih i drugih istraživanja, preporučuje se **kopriva**, biljka koja obiluje antioksidansima i protuupalnim tvarima, kao što su klorofil, flavonoidi, kumarin, vitamin K i drugi vitamini, kalcij, kalij, magnezij, pa bi trebalo češće jesti pirjanu koprivu, ili kuhanu na pari ili obično kuhanu da se dobije juha, ne samo radi sprečavanja i liječenja reumatskih bolesti, nego i radi jačanja imunološkog sustava.

Nema povezanosti s prehranom, ali je

korisno navesti da na jačanje obrambenih mehanizama djeluju:

- prije svega tjelovježba, sport i drugi oblici tjelesne aktivnosti,
- umjereno sunčanje (pospješujući sintezu vitamina D i serotonina),
- razne tehnike meditacije, djelujući protiv posljedica stresa – koji oslabljuje obrambene mehanizme na taj način da izaziva prekomjerno stvaranje kortizola, adrenalina i noradrenalina,
- agopunktura stimulira imunološke mehanizme i pokazala se korisnom



kod liječaja određenih bolesti, kao reumatoidnog artritisa, bronhalne astme.

Slabljenje imunološkog sustava zbog pogrešaka u prehrani

Pogreške u prehrani koje treba izbjegavati jer poremećuju, odnosno oslabljuju imunološki sustav, jesu sljedeće:

– Premalo ili previše **bjelančevina (BJ)**; naime, ako se prehranom dobiva nedostatan bjelančevina (koje su najvažniji sastojci limfocita, makrofaga, protutijela, enzima, hormona i dr.), imunološki sustav će djelovati uz poremećaje, a previše bjelančevina oslabljuje taj sustav na razne načine, uz ostalo, jer se uzrokuje nedostatak vitamina B6 (piridoksina), osobito potrebnog u stvaranju i djelovanju protutijela i limfocita T. Također, previše bjelančevina pospješuje osteoporozu i preveliku kiselost u tkivima. Kao mjerilo za to što znači ni premalo ni previše bjelančevina postoje različita stajališta: za većinu nutricionista znači unositi ih hranom, na dan, u količini 1 g na svaki kg idealne težine, a to je u prosjeku 60–70 g. Svjetski poznati liječnik-nutricionist Michael T. Murray preporuča 56 g za muškarce, a 44 g za žene. Ministarstvo zdravstva Velike Britanije preporuča 44 g za muškarce, a 36 g za žene, a Searsova zona-dijeta sadrži mnogo veće količine bjelančevina, i to 100 g za muškarce, a 80 g za žene, što može dugoročno ugroziti zdravlje, pogotovo ako su životinjskog podrijetla jer, uz ostalo, teže se opterećuju bubrezi i jetra, rizično je za kardiovaskularne bolesti i hipertenziju, rak debelog crijeva, dojke, maternice, osteoporozu i bubrežne kamence. Te dvije posljednje navedene bolesti povezane su s povećanim gubitkom kalcija putem mokraće, do kojega dolazi ako se prekomjerno jede meso i druge namirnice bogate životinjskim bjelančevinama (osobito mlijeko koje,

osim toga, zbog svojeg kazeina može izazvati alergije, a vjerojatno povećava razinu štetnog kolesterola).

– **Previše masnoća, osobito životinjsko podrijetla** jer, uz ostalo, stvarajući previše triglicerida i kolesterola, začepuju krvne žile i limfne puteve, otežavajući prolaz i djelovanje limfocitima (koji stalnom cirkulacijom u žilama uništavaju bakterije i ostale mikroorganizme). Ukupne masnoće ne bi smjele prelaziti 50–60 g, a da u njima bude što manje životinjskih masti, koje su osobito štetne za kardiovaskularni imunološki sustav. Najzdravije je od masnoća trošiti maslinovo ulje. Također ne bi trebalo jesti margarin jer sadrži neprirodne, tzv. transmasne kiseline koje djeluju štetno na kardiovaskularni sustav. Uz ostalo, rizične su za sklerozu aorte, masnu jetru i srčanu lipoidozu.

– **Šećeri poremećuju obrambene snage**, osobito zato što sprečavaju ulazak vitamina C u stanice imunološkog sustava, zbog čega se treba izbjegavati šećer, koji se u tijelo unosi najčešće kolačima, keksima, slatkišima, kavom, sladoledom, napicima i dr. Šećer (nazivaju ga bijelim slatkim otrovom) izravno ili neizravno pridonosi nastajanju i razvoju kiselosti u krvi, povišene razine kolesterola u krvi, umora, loše koncentracije, živčane napetosti, potištenosti, glavobolje, probavnih smetnji, teškoća u cirkulaciji krvi, stvaranja bubrežnih kamenaca, a oduzima tijelu kalcij, krom, vitamine C i B-kompleksa. Smatra se da je šećer najveći krivac što mnoga djeca kojima se daje mnogo šećera u raznim oblicima, često obolijevaju od prehlade, gripe, grlobolje, bronhitisa, upale uha i sličnih infekcijskih bolesti.

– **Prehrana s previše kalorija**, uzrokujući debljinu – koja je izravan ili neizravan bitan uzročnik ili rizični čimbenik za nastanak i razvoj mnogih bolesti, prije svega infarkta srca, moždanog udara, raka, reumatoidnog artritisa i drugih autoimunih bolesti – poremećuje obrambene snage na razne načine, osobito tako što limfociti i neutrofil postaju manje reaktivni. Uobičajena zapadnjačka prehrana daje prosječno 2800 kalorija (zbog čega ima sve veći broj debelih ljudi), dok su mnoga istraživanja pokazala da su optimalne kalorije za oko 40% manje,

dakle oko 1600–1700 kalorija (za odrasle osobe sjedećeg tipa). Svaki dobiveni kilogram iznad idealne težine ima za posljedicu sve veću opasnost nastajanja sve češćih i sve težih poremećaja u tjelesnim sustavima, tj. pogoršanja i ugrožavanja zdravlja. Debljina je ogroman problem za zdravlje: tko nije debeo, treba se hraniti tako da ne postane debeo (a da ipak dobiva bjelančevine i druge hranjive tvari u dostatnoj količini), a tko je debeo, treba bez oklijevanja normalizirati svoju tjelesnu težinu, prije svega pomoću prikladne prehrane, a uz to i povećanjem umjerene tjelesne aktivnosti.

– **Nedostatak onih vitamina i minerala** koji su bitni za djelovanje obrambenih snaga, a to su vitamini C, E i A, odnosno beta-karoten, B-kompleksa, osobito B6 (piridoksin), folna kiselina (B9) a i B12, a od minerala cink, selen, željezo, magnezij.

– **Za vrijeme virusnih i drugih infekcija, odnosno bolesti** treba izbjegavati meso, jaja, mlijeko i sireve (jer povećavaju stvaranje sluzi, što otežava djelovanje limfocita u krvnim, odnosno limfnim žilama, a osim toga čest su uzrok alergija). Za vrijeme infekcijskih bolesti treba se hraniti uglavnom juhama i jelima od povrća (ali ne prženim), osobito mrkvom, ciklom, rajčicom, svježim i kiselim kupusom i repom, mahunama, što više sirovim salatama, zatim svim vrstama voća, što više sirovim, te u manjim količinama ribom (ali ne prženom), integralnom rižom, suhim mahunarkama, suncekretovim i bučnim sjemenkama. Od voća, osobito se preporučaju jabuke, lubenice, kivi i naranče, odnosno agrumi. Nepotpuno probavljena hrana može uzrokovati nepoželjne imunološke reakcije i alergiju.

Dr. sc. Branko Prijatelj



ZIMSKE BOLESTI

GRIPA I UPALA PLUĆA

Gripa ili influenza akutna je zarazna bolest dišnog sustava. Prvi opis bolesti potječe od Hipokrata, još iz petog stoljeća prije Krista.

Gripa je **kapljična zaraza** i zato se lako prenosi. Uzrokuju je **virusi** influence tipa A, B, i C, a nađeni su brojni podtipovi tih virusa, koji se mutacijama gena povremeno mijenjaju. To je važno znati pri proizvodnji cjepiva. Bolest se pojavljuje u manjim ili većim epidemijama, gotovo svake zime. Obilježavaju je **tipični simptomi**: vrlo visoka temperatura, često i preko 40° C, glavobolja, bolovi u mišićima, suhi podražajni kašalj. Najteže oblike bolesti, povremeno pandemijski, izaziva virus A; virus B zahvaća ograničene lokacije; virus C izaziva gripu oblika prehlade. **Česta je i najteža komplikacija upala pluća**, nerijetko smrtonosna. U epidemijama kad prevladava virus A, on je taj koji izaziva nagli porast broja upala pluća i pogoršanje i kompliciranje kroničnog bronhitisa.

Širenju kapljične infekcije pogoduju gušća naseljenost, mjesta gdje ima više ljudi, putovanja. Kako su to obilježja suvremenog života, mjere izolacije i zatvaranje javnih objekata slabo su uspješne. Oboljeli je zarazan za druge ljude samo nekoliko prvih dana bolesti. Preboljela gripa dovodi do prirodne imunosti u trajanju 6-8 mjeseci. **Što je manja imunost, to je teži oblik gripe**, kao kod male djece koja prvi put obole od gripe ili kod osoba koje dugo nisu imale gripu i kod necijepljenih ljudi.

Virus gripe napada stanice dišnih puteva, prvo gornje dišne puteve. Kad se spusti u najdonje, najuže dišne

puteve, ili u samo plućno tkivo (plućni mjehurići ili alveole; intersticij ili vezivo), nastupa opasnost da u tim područjima izazove upalne promjene zvane upala pluća (pneumonija). Ili ih izaziva sam virus gripe, ili neke bakterije, ili miješano: i virusi, i bakterije. Pridružene bakterijske upale pluća posljedica su **smanjene otpornosti organizma, pojava karakteristična za djelovanje virusa gripe**. Upravo zbog toga ona može biti tako teška bolest. Najčešće su **pridružene upale** one u sinusima, srednjem uhu, bronhima i u vrlo osjetljivim dječjim bronhiolima te naročito u plućima, gdje upalu najčešće izaziva slabom



otpornošću umnoženi pneumokok, podvrsta streptokokne bakterije. Najteži oblici gripe, vrlo često s upalom pluća kao najtežom komplikacijom, javljaju se u pripadnika **rizičnih skupina**: starijih ljudi, bolesnika s raznim kroničnim bolestima, dijabetičara, srčanih bolesnika, alkoholičara, teških pušača. Čak oko 10% oboljelih od gripe dobije i upalu pluća, a pripadnici rizičnih skupina i mnogo češće. Gripozne upale pluća odgovorne su za pretežni broj smrtnih

slučajeva oboljelih od gripe; tako je većina od 20 milijuna umrlih od "španjolske gripe" 1918. godine umrla od upale pluća. Otpornost stanovništva bila je tada bitno smanjena zbog I. svjetskog rata. **Glavne su žrtve gripozne upale pluća mala djeca i stariji ljudi.**

Tri su vrste gripozne pneumonije (upale pluća). Rendgenski ih se može razlučiti.

1. **Primarna virusna pneumonija**. To je najteži oblik, s visokim postotkom smrtnosti. Upala najviše zahvaća intersticij, vezivo između plućnih alveola. Upala zahvaća oba plućna krila; dok se sjena ne proširi, ona rendgenski ima mrežoliko-prugast izgled, a kad se ubrzo proširi, razviju se oveće guste sjene. Odmah s početkom gripe započinje i upala pluća. Kašalj je suh i podražajan. Antibiotici ne djeluju na taj oblik upale jer je uzrokovana samo virusom.

2. **Sekundarna bakterijska pneumonija**. To je superinfekcija bakterijama, uz gripoznu bolest. Smrtnost od te upale niža je, prvenstveno zato što na bakterije djeluju antibiotici. To je obično komplikacija gripe u starijih ljudi i u ostalih rizičnih skupina. Poslije klasičnih simptoma gripe nastupa kratko poboljšanje i onda ponovo temperatura s pojavom upale pluća. Upala zahvaća plućne alveole. Prvo se rendgenski vide manja žarišta, u pravilu jednostrano, kasnije su ona veća, grudvasto-ploštinskog izgleda. Kašalj brzo postaje obilan i produktivan, ne suh. Česta je uz upalu pluća i upala porebrice.

3. **Miješani oblik pneumonije**. Upalu uzrokuju zajedno virusi i bakterije. To je najteži oblik gripoznih pneumonija. Rendgenski se vidi kako se svuda brzo širi.

U sklopu **liječenja**, pri svakoj

vrsti upale pluća, neophodno je mirovanje do potpunog ozdravljenja. Treba uzimati mnogo tekućine na usta ili infuzijom, sredstva za smirivanje kašlja, kisik pri opsežnim upalama pluća, jer je tada smanjena dišna površina pluća. **Antibiotici**



djeluju samo na bakterijalne komplikacije, na viruse ne; odluku o antibiotiku donosi liječnik. Kadšto protiv virusa mogu biti uspješni skupi antivirusni lijekovi (Amantadin, Rimatadin), koji se koriste pri primarnoj virusnoj pneumoniji, pri miješanim oblicima te u visoko rizičnih bolesnika. Svaka se teža upala pluća liječi u bolnici.

Profilaksa je neophodna kako bi se spriječile teške komplikacije gripe, prvenstveno upala pluća. Obavlja se aktivnom imunizacijom, u nas počev od polovine jeseni, najčešće **mrtvim cjepivom** putem injekcije, bez značajnih nuspojava, jedino se tako ne smiju cijepiti presjetljivi na jaja. Druga je mogućnost **imunizacija živim oslabljenim viru-**

som, uštrcavanjem u nosnu šupljinu; pritom se kao nuspojava mogu pojaviti bezazleni simptomi blage gripe; izbjegava se njegova primjena u starijih i rizičnih skupina. **Imunizacija se ponavlja svake godine, što iz godine u godinu pojačava otpornost. Cijepljenje je to uspješnije, što se više ljudi cijepi.** Postiže se potpuna otpornost u 67-92% cijepljenih, a ako se gripa i pojavi, simptomi su jako ublaženi i sprječavaju se komplikacije.

Cjepivo sadrži podtipove virusa A i B; odlučuje se za one koji se te godine očekuju, a obično su to oni koji su se tog proljeća pojavili u zemljama južne zemaljske polutke (tada je tamo zima).

Prim. dr. Ivica Ružička

LJEKOVITO I AROMATIČNO BILJE FINOĆA MIRISA

Začini nisu isključivo biljnog podrijetla, iako je najveći broj takav. Mnoge biljke, u početku korištene kao začinske, kasnije su se počele koristiti kao ljekovite; nekima je ustanovljeno konzervirajuće te antibaktericidno djelovanje, što potječe od eteričnog ulja u njihovu sastavu. Pojedine biljke imaju višestruku upotrebu, između njih nema pravih granica podjele te se mogu koristiti kao ljekovito i aromatično bilje, bilo da se radi o kultiviranom ili samoniklom bilju. Tu grupu čine botaničke porodice: usnatice, štitarke, krstašice, glavočike, kozlaci, ljiljani, odoljeni, sljezovi, zijevalice te pomoćnice. Tu grupu od desetak porodica općenito nije ni polovica od svih porodica u kojima su inače zastupljene naše važnije domaće ljekovite biljke za svekoliku upotrebu. U svijetu se svagdje koriste najprije njihovi domaći, a tek nakon njih uvozni začini, premda postoje odgovarajući propisi kojima se regulira njihova upotreba te određuje minimalna

kvaliteta, s finoćom i originalnosti mirisa.

Začini i ljekovito bilje

Grupa svih začinskih biljaka velika je. Neke su biljni začini, a ujedno su dio skupine koju čine one najvažnije biljke medicine i farmacije, kao: ljekovita vrsta Brassica nigra – crna vrzina, koju zovemo i gorušica, sa začinom sjemenom, bijela gorušica – Sinapis alba (sjeme), paprena metvica – Mentha piperita (list) te majčina dušica – Tymus serpyllum (cijela biljka). Tek nakon njih slijede biljke: stolisnik (nadzemna biljka), iđirot (podanak), crni i bijeli luk, crijemuš (list, lukovica, plod), celer (cijela biljka), hren (korijen), pelin (cvjetni pupoljak), žutika (suhi plod), paprika (plod), kim (plod), ruta (list), korijadar (plod), vrtni šafran (završeci tučaka), borovica (plod), bijela očajnica (list), bijeli i žuti kokotić (sjemenka i vršak biljke), sve vrste metvice (list), bosiljak (list), origano (list i osušeni vršak biljke u cvatu), kadulja (list), čubar

Najveći broj ljekovitih biljaka pripada cvjetačama, a velika količina mirisnog bilja nalazi se samonikla u prirodi, kao korov. Često se kod nas koristi naziv "ljekovito bilje" i za ono ljekovito, i za aromatično. Teško je izdvojiti začine, mirodije i aromu.

(cijela nadzemna biljka), dubašac (list i vršak biljke) te vratič (mladi listovi) i druge. Iz skupine biljaka uglavnom korištenih u narodnoj medicini, koriste se i kao začini: trstika (korijen), anis (sjeme), kopar (plod i list), lovor (list), ljupčac (list, korijen), matičnjak (svjež list), mažuran (list i cvijet), peršin (cijela biljka), ružmarin (list), timjan (list i cvijet), anđelika (cijela biljka), dobričica (list), divlja mrkva (mladi listovi i mladi korijen), pastrnjak (list, plod, korijen), primorski vrisak (list), nevesika (plod), ranilist (list, korijen) i poljska gorišica (sjeme).

Sve te biljke možemo trošiti osušene, a još je bolje koristiti ih u



svježem stanju. Ako koristimo svjež i ako se radi o listovima, možemo ih spravljati po svom ukusu i na razne načine, onako kako inače spravljamo povrće. Inače se ne koristi list dok biljka cvate, no to pravilo ne vrijedi kod biljaka koje se koriste i kao začini.

Promijeniti navike

Širim krugovima ponekad su malo poznata svojstva mnogih ljekovitih biljaka koje rastu samoniklo, njihova hranjiva vrijednost ili toksično djelovanje, rasprostranjenost i kemijski sastav te ljekovita upotrebna vrijednost.

Ogromno bogatstvo u hrani koje priroda pruža čovjeku, ako je nepoznato, uglavnom je i neiskorišteno. Kad bi uopće bilo lako i moguće, možda bi se ipak ponekad mogle izostaviti ustaljene prehranbene navike, jer nema puno razloga da se jelu npr. ne priloži i nekakva salata od pupoljaka ružmarina, ili mladog bora, ili vinove loze, ili da se te biljke za početak samo pomiješaju sa zelenom salatom koju inače najčešće trošimo. Prehrana je inače osjetljivo područje, a to je pitanje mogućnosti promjene u ustaljenoj navici. Tako nije baš prihvaćeno da je još mlada kopriva pogodna salata, ni tamo gdje je ljudima dostupna i čista, a zna se odavno da je vrlo ljekovita. No, često se obična vrtna smatra jedinom. Pitanje je da li bi se moglo malo izaći iz kolotečine, jer je poznato da je puno toga iz prirode moguće koristiti i dodati jelu. Još je jedan primjer, od zaista mnogih, i taj je da se mogu koristiti u prehrani i pupoljci, mlado lišće breze, list biljke trputac te još puno toga. Poznato je da se vegetabilna svježja ishrana bazira na čisto biljnim namirnicama te je čini:

sirova hrana iz voća i povrća, svjež sir od obranog mlijeka, peršin, sjemenke bundeve, metvica, majčina dušica, maslačak... Povrće, osim krumpira, ide inače uz svaki obrok. To se odnosi i na sve vrste salate.

U grupu namirnica koje su lužnate i inače korisne za dobro zdravlje ulazi i neko začinsko bilje: peršin, mažuran, vlasac, origano, timijan, ružmarin i kadulja. Važna je i hrana s kiselinama jer ima dosta proteina koji su bitni za energiju organizma. Da bi se održalo zdravlje, neophodna je ravnoteža između kiselina i baza, koje bi nekako uvijek trebale biti u ravnoteži. Kiselinama su inače bogate i šparoge, koje svi poznajemo. Trebalo bi ipak posvetiti pažnju kombiniranju hrane ako se povrće, divlje, samoniklo povrće i začini kombiniraju s proteinskom hranom, škrobna hrana s masnoćama te proteini s masnoćama.

Zanimljivo je da se u autohtonim jelima Istre koristi bilje u prehrani. To samoniklo bilje zapravo pripada kategoriji ljekovitog bilja. Uz te blagodati iz prirode, već četiri stoljeća gotove se tamo izuzetno zdrava jela, navodno od posljednjih epidemija kuge koja je poharala to područje. Taj njihov način prehrane čini danas gastronomsku kulturnu baštinu, a jela se spravljaju na način koji je poznat od starine.

Samoniklo povrće i aromatično bilje

Istarsko bilje poznato je i raste samoniklo i u drugim dijelovima mediteranskog područja. Na istarski način tamo se koristi pretežno svjež i sezonski, uz dodatak izvornih namirnica. Tako su se tamo gastronomski dokazale biljke: šparoga, crna vrzina koju zovemo gorušica (*Brassica nigra*), rusomača (*Capsella bursa-pastoris*), loboda (*Chenopodium album*), cikorija (*Cichorium intybus*), koromač (*Foeniculum vulgare*), mak turčinak (*Papaver rhoeas*), veprina (*Ruscus aculeatus*), bljušt (*Tamus communis*), maslačak, motovilac, bijeli bor (*Pinus sylvestris*), borovica (*Juniperus communis*), lovor, kadulja (*Salvia officinalis*), lavanda, majčina dušica (*Ty-*

mus serpyllum), ružmarin, mažuran (*Majorana hortensis*). Sve te biljke u Istri se pripremaju i kombiniraju: "na padelu", "spod črepnji", "va cure"... Dodatak su domaće ulje, pršut, gljive, jaja i sve ostalo autohtono. Tamo biljku gorušicu zovu divlja rokulja, preslicu zovu tavka, cikoriju divlji radič, maslačak (karakteristično) zovu konjski radič.

*

Biljni začini su zdravi. Ponekad se premalo prepoznaje važnost sirovih začina i svježih samoniklih biljaka za zdravlje. One ne samo da pomažu u gotovljenju jela, obogaćuju jelovnik, nego su i dobri, prirodni lijekovi. Nema razlike između začinske biljke, aromatične, ljekovite biljke te biljke za pripremu dobrog ljekovitog čaja. Neke su nam ipak odavno poznate kao naše mirodije. U knjizi "Enciklopedija samoniklog jestivog bilja" može se naići na poučan i zanimljiv pristup i orijentaciju upućenu korištenju zdrave prirodne biljne hrane. Premda, nažalost, živimo u sve zagađenijim uvjetima, od mnoštva biljaka neke se ipak mogu sa sigurnošću odmah raspoznati, a treba ih potražiti u prirodi.

Jadranski pojas, uz makiju i garik, spada u najsiromašnije područje što se tiče prehranbenih mogućnosti kroz godinu. U tom se području tek u proljeće i jesen može sabrati nešto zeljastih dijelova i divljih plodova. Kamenjar i slanjače uz more te ostale slobodne površine Jadrana pružaju nam puno veće mogućnosti u pogledu sabiranja jestivih elemenata divlje flore kroz cijelu godinu.

Jadranka Gržinić

