

N A R O D N I Z D R A V S T V E N I L I S T

GODINA LX, broj 704-705/2018
RUJAN/LISTOPAD ■ CIJENA
7,00 kn ■ ISSN 0351-9384 ■
Poštarina plaćena u pošti 51000 Rijeka

MENTALNO ZDRAVLJE I PSIHIJARIJA U ZAJEDNICI



NARODNI ZDRAVSTVENI LIST

dvomjesečnik za unapređenje
zdravstvene kulture

IZDAJE

NASTAVNI ZAVOD ZA JAVNO
ZDRAVSTVO PRIMORSKO-
GORANSKE ŽUPANIJE U SURADNJI
S HRVATSKIM ZAVODOM
ZA JAVNO ZDRAVSTVO

ZA IZDAVAČA

Prof.dr.sc. Vladimir Mićović, dr.med.

UREĐUJE

Odjel socijalne medicine
Odsjek za zdravstveni odgoj
i promociju zdravlja

REDAKCIJSKI SAVJET

Doc.dr.sc. Suzana Janković, dr.med.;
Nikola Kraljik, dr.med.; prof.dr.sc.
Vladimir Mićović, dr.med.; doc.
dr.sc. Sanja Musić – Milanović,
dr.med.; Ankica Perhat, dipl.oec.;
Tibor Santo, dr.med.; Vladimir
Smešny, dr.med.; prim.mr.sc.
Ankica Smoljanović, dr.med.

UREDNIČKA

Doc.dr.sc. Suzana Janković, dr.med.

LEKTORICA

Vjekoslava Lenac, prof.

GRAFIČKA PRIPREMA I OBLIKOVANJE

Novi list d.d./Karin Hofbauer

FOTOGRAFIJE: iStockphoto

TISAK

Kerschoffset Zagreb d.o.o.

UREDNIŠTVO

Svjetlana Gašparović Babić, dr.med.
Radojka Grbac, bacc.paed.

Nađa Berbić

51 000 Rijeka, Krešimirova 52/a

tel. 21-43-59, 35-87-92

fax 21-39-48

<http://www.zzjzpgz.hr> (od 2000.g.)

Godišnja pretplata 36.00 kn

Žiro račun 2402006-1100369379

Erste&Steiermarkische Bank d.d.

«NZL» je tiskan uz potporu
Primorsko-goranske županije i
Odjela gradske uprave za zdravstvo
i socijalnu skrb Grada Rijeke.

SADRŽAJ

VLADIMIR SMEŠNY

Pogubno udaljavanje
psihosocijalnog od zdravstvenog 3

PSIHIJATRIJSKI BOLESNIK U
ZDRAVSTVENOM SUSTAVU

Povratak životnim zadovoljstvima 4

SIMPTOMI U PSIHIJATRIJI

Osluškujući signale 7

LJEČENJE

Riječi i tablete najuspješniji 11

STRESOM UZROKOVANI POREMEĆAJI

Neodvojivost tijela i uma 13

DEPRESIJA

Razorna, ali izlječiva 16

KOCKANJE I KLAĐENJE

Najgora inicijacija u svijet
„odraslih“ 18

OVISNOST O PSIHOAKTIVNIM
TVARIMA

Iz okova ropstva ka slobodi 19

PSIHOSOCIJALNA REHABILITACIJA

Brisati granice institucije 22

ULOGA OBITELJI I ZAJEDNICE

Odnosi s bližnjima ključ oporavka .. 24

SOCIJALNE USLUGE U ZAJEDNICI

Živjeti svoj život 26

DOM ZA ODRASLE OSOBE

Liječenje počinje njegovom 27

MOJ SVIJET ŽIVLJENJA OD KOSTRENE
DO KOSTRENE

Bio sam liječnik – pomorac 29

SVJETSKI DAN SRCA 2018.

Moje srce, tvoje srce, naša srca 30

FESTIVAL MENTALNOG ZDRAVLJA

„Mentalfest2018.“ 31

UMETAK

ANKSIOZNOST I ANKSIOZNI
POREMEĆAJI

U okovima mučnih osjećaja



MENTALNO ZDRAVLJE

POGUBNO UDALJAVANJE psihosocijalnog od zdravstvenog

Piše
Vladimir Smešny,
dr.med.



Prošlo, 20. stoljeće ispraćali smo s velikim optimizmom očekujući da će se cilj Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) „Zdravlje za sve do 2000. godine“ ostvariti. Pretkraj stoljeća bilo je jasno da je optimizam postao utopija pa su „pragmatičari“ ciljeve „preselili“ u 21. stoljeće. Začas će proći prva četvrtina ovog, sadašnjeg stoljeća, a o ciljevima SZO u javnosti se više ni ne govori.

Što se tada (na kraju 20. stoljeća) promišljalo o mentalnom zdravlju? „Do 2020. godine, treba unaprijediti psihosocijalno stanje i učiniti dostupnom zaštitu ljudi s problemima s mentalnim zdravljem. Posebno treba: 1. znatno smanjiti prevalenciju i štetne utjecaje na mentalno zdravlje, a povećati sposobnost ljudi da se i sami nose sa stresnim životnim događajima te 2. smanjiti stopu samoubojstava za najmanje jednu trećinu...“

O čemu uopće govore ovi redci? **Mentalno zdravlje** ili, popularnije rečeno, duševno zdravlje od pamtivijeka je zasebno i pomalo izdvojeno područje zaštite zdravlja. To je jedno od rijetkih područja ljudskoga zdravlja kojim se bave dvije odvojene 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“(?). Riječ „mentalno“ je tuđica, pa što kaže Hrvatski enciklopedijski rječnik? **Mentalno zdravlje** – stanje dobre osjećajne i socijalne prilagodbe;

mentalna higijena – grana medicine koja se bavi sprječavanjem duševnih poremećaja i čuvanjem duševnog zdravlja; **mentalna bolest** – poremećaj na planu doživljavanja i/ili ponašanja, funkcionalnog i organskog podrijetla, koji zahtijeva psihijatrijsku intervenciju (!).

Uvijek treba posebno naglasiti pitanje: što s djecom i mladima? Dvije su zabrinjavajuće ocjene struke: - mentalno zdravlje djece i adolescenata jedan je od prioriteta za akciju na području zaštite mentalnog zdravlja zbog sve većeg broja zlostavljane, zanemarivane, traumatizirane djece; postoji i (rastući) problem obiteljskog nasilja (posljedično i pitanje mentalnog zdravlja žena). Podatak s početka ovoga stoljeća: mentalno zdravlje djece i mladeži potpuno je zanemareno u Hrvatskoj - svega je 16 supspecijalista koji se bave mentalnim zdravljem djece i mladeži i svega nekoliko kreveta u bolnicama u Zagrebu, Osijeku i Rijeci. Treba povećati interes struke jer sve više djece i mladih pati od mentalnih poremećaja zbog sekundarnog traumatiziranja. U međuvremenu, gospodarstvenoj politici „zahvaljujući“, rastu svi oblici tjeskoba do depresije odraslih – roditelja, od kojih se očekuje najveća odgovornost za to isto zdravlje. Istovremeno, nitko nije odgovoran za ciljano dopunsko obrazovanje roditelja, učitelja, odgojitelja i svih ostalih odraslih „laika“ koji se neposredno bave djecom i mladima.

Podatak s početka ovoga stoljeća: mentalno zdravlje djece i mladeži potpuno je zanemareno u Hrvatskoj - svega je 16 supspecijalista koji se bave mentalnim zdravljem djece i mladeži i svega nekoliko kreveta u bolnicama u Zagrebu, Osijeku i Rijeci

Optimizam bi, po običaju, trebalo dati znanje. No, djeci i mladima zdravstveni odgoj i obrazovanje i dalje su „futura treća“. No, da ga i „osvoje“, ne bi sami mogli ni unaprijediti niti očuvati mentalno zdravlje, kao ni spriječiti duševne poremećaje, odnosno pojavu mentalne bolesti, ali bi se mogli s više razumijevanja osobno oduprijeti alkoholu i ostalim ovisnostima (poklon odraslih) koji će im sigurno narušiti mentalno i ukupno zdravlje te prouzročiti bolesno odrastanje.

„Rastroj“ Doma zdravlja, odnosno primarne zdravstvene zaštite, sve veći nedostatak svih zdravstvenih radnika (psihijataru više od prosjeka), udaljavanje psihosocijalnog od zdravstvenog, porast svih oblika asocijalnih ponašanja (okrenutost osobnom, a ne zajedničkom), nisu nimalo optimistični pokazatelji za područje očuvanja mentalnog zdravlja.

Umjesto zaključka, prastaru poslovicu „U zdravom tijelu zdrav duh“ treba shvatiti i obrnuto: „Bez zdravog duha nema ni zdravog tijela“.

Zabrinjavajuće stanje među djecom i obiteljsko nasilje

Dvije su zabrinjavajuće ocjene struke: mentalno zdravlje djece i adolescenata jedan je od prioriteta za akciju na području zaštite mentalnog zdravlja zbog sve većeg broja zlostavljane, zanemarivane, traumatizirane djece; postoji i (rastući) problem obiteljskog nasilja (posljedično i pitanje mentalnog zdravlja žena).

PSIHIJATRIJSKI BOLESNIK U ZDRAVSTVENOM SUSTAVU

POVRATAK životnim zadovoljstvima



Piše
Izv.prof.dr.sc. **Vesna Šendula Jengić**,
dr.med.

Kako je divno biti dobro raspoložen, kreativan, vješt, poletan, pun snage, energije i životnog elana; uživati u svakom danu, u druženjima, događajima, otkrivati nove svjetove; ploviti kroz život punim jedrima pravi je blagoslov. Brinemo se o našem tjelesnom zdravlju, odlazimo na preventivne preglede, upozoravaju nas na to što smijemo jesti, što treba činiti za naše zglobove, vid, probavu...

A što je s emocionalnim zdravljem? Ono je svaki dan na kušnji i pred brojnim izazovima. Nije potrebno nabrajati kako se stalno prilagođavamo okružju u kojem živimo, normama ponašanja i rada, kako smo u situaciji stalnih kom-

promisa, pri kojima često ostaju nezadovoljene brojne potrebe i želje. Živimo u svijetu dihotomija (dvojakosti), normi kojih se često ni njihovi donositelji ne pridržavaju. Gotovo da više ne možemo, kao naši očevi i djedovi, govoriti o starim dobrim vremenima, kad su promjene toliko brze da se tradicija gubi i navike mijenjaju. Stresori su svuda oko nas.

Strah od gubitka sebe

Stručnjaci upozoravaju na moguće posljedice kroničnog stresa, rastuću depresiju, epigenetske utjecaje koji mijenjaju naše stanice, gene, na prerano nastale degenerativne bolesti mozga. Kako živjeti zdravo kada materijalni svijet, moderna tehnologija, društvo imaju neke druge zahtjeve, kojima se valja prilagoditi da bismo opstali? Važ-

Životni elan pravi je blagoslov, ali za mnoge koji su izgubili unutarnju ravnotežu važno je prepoznati kad je potrebna pomoć profesionalaca da bi se prevladala patnja i nastavio život vrijedan svakog sljedećeg dana

no je dobro izgledati, biti viđen, prisutan. Virtualni svijet postaje nova stvarnost. Da li se u njemu čovjek ostvaruje? Izazovi su atraktivni, ali tu su i rizici po zdravlje.

Osobne odgovore na pitanja mentalnog zdravlja lako je dati kada se čovjek osjeća dobro. Stručnom terminologijom rekli bismo da smo dobro kada ostvarujemo svoj autentični emocionalni self (svoje osobno „ja“), kada duhovno rastemo, kada smo prihvaćeni itd. U spektru našeg emocionalnog i misaonog svijeta postoji niz momenata kada se ne osjećamo dobro. Individualna je sposobnost da se krijepimo postojanošću, odmorom, novim lijepim doživljajima. Tako održavamo ravnotežu između unutarnjeg i vanjskog svijeta.

Narušeno mentalno zdravlje nešto je čega se ljudi boje, srame, niječu ga, ne prihvaćaju i time, nažalost, utječu na kvalitetu vlastitog i života svojih najbližih, pa i šire. To je sasvim razumljivo. Unatoč ogromnom napretku medicine, neuroznanosti i srodnih disciplina, koje su otkrile mnoge tajne ljudskoga mozga, čini se da je ipak ostalo toliko nepoznatog. Vjekovna stigma i strah od ludila i mentalnih bolesti svrstavaju duševne smetnje u nešto najstrašnije što se čovjeku može dogoditi. Strah od gubitka sebe jednak je strahu od smrti. Možda se baš tu krije i odgovor na to zašto netko potraži pomoć tek kad patnja postane neizdrživa, misli crne i kada „kap prelije čašu“. Ma koliko figurativno bilo ovo s kapi, ima to svoje simboličko i realno značenje. Koliko je samoliječenja kroz alkohol, tablete i različite opojne droge započeto samo zato da se što prije zaboravi neka neugoda ili trauma! Koliko se puta pokuša pribaviti brza ugodna igra na sreću i kako se sve to ponavlja kao da iz negativnog iskustva ne učimo!

Ili pak, dogodi se neki problem s tjelesnim zdravljem. Kreće bitka za dijagnostičke pretrage, redovi čekanja, nalazi pa kontrole, zahvati. A što je s dušom? Ona, koja bi trebala biti najmoćniji i najtiši saveznik, čeka i prati da se svi nalazi naprave, strepi od pretraga, krijepi kad sve stane. Što kad su nalazi loši, što kada je nešto onima koje puno volimo? Koliko dugo se sve to može izdržati?

Koliko je skrivene boli i patnje u strepnji, u iščekivanju!

Duga patnja prije traženja pomoći

Kao da se odjednom čovjek nađe na dnu, ili barem misli da se to dogodilo odjednom. Zašto je tako? Čini se da nije primijetio simptome, tihe signale mozga, patnju, umor, tjeskobu, bezvoljnost, čašicu previše. Nakon detaljnih analiza, koje uključuju istraživanja mozga, stanice, mikrobioma, čak i sekvencioniranja gena, stručnjaci tvrde da je nastanak duševnih bolesti multifaktorijalan i multikauzalan. Znači da jedinstveni razlog i uzrok ne postoji. Teško je, međutim, predosjetiti trenutak kada treba stati, a nekad niti okolnosti to ne dopuštaju.

Problemi porasta takozvanih kroničnih nezaraznih bolesti bilježe se u cijelome svijetu. Procjene Svjetske zdravstvene organizacije za ukupno opterećenje bolestima (DALYs) u Hrvatskoj za 2015. godinu pokazuju situaciju podjednaku europskim pokazateljima: mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja na trećem su mjestu vodećih skupina, iza kardiovaskularnih i malignih bolesti. U okviru skupine mentalnih poremećaja, najveći postotak opterećenja otpada na depresivne poremećaje (41,3 posto), slijede bolesti ovisnosti (23,1 posto) i anksiozni poremećaji (14,2 posto).

Te činjenice svakako su i društveni izazov jer je nužno osigurati resurse za učinkovito liječenje, rehabilitaciju, resocijalizaciju i reintegraciju osoba koje su slabije ili se u nekom trenutku duševno razbole. Imajući u vidu osjetljivost te populacije, njihova prava su, kao i prava djece, zaštićena svim europskim i svjetskim konvencijama.

Od 2 do 3 posto prisilnih hospitalizacija

Potreba za tzv. prisilnom hospitalizacijom reducirana je na svega 2-3 posto slučajeva od svih hospitaliziranih, i to samo onda kada i ako osoba svojim ponašanjem i stanjem direktno i neposredno ugrožava svoj i/ili život drugih osoba. To su uglavnom akutna stanja intoksikacije, agresivnosti, suicidalnosti, stanja akutne psihoze itd.

Drugi prilozi u ovom broju Lista posebnosti su posvećeni pojedinim medicinskim dijagnozama duševnih stanja, njihovom nastanku i simptomima. Vidljivo je da postoje bolesti kod kojih osoba dugo pati u tišini prije nego što potraži pomoć, ali one vrlo brzo postanu vidljive obitelji i šire, a oboljeli ih ne prepoznaju. Neke bolesti, kao primjerice ovisnosti, otkriju se tek kada nastanu problemi na poslu ili pak materijalni problemi. Poremećaji hranjenja, smetnje spavanja, seksualne smetnje najčešće su psihogenog uzroka. Naša zemlja ne spada u one s visokim brojem samačkih domaćinstava. Međutim, nije mali broj onih koji žive sami i gdje izostaje netko od bližnjih kojem se oboljeli može povjeriti ili tko ga može savjetovati da zbog promijenjenog raspoloženja ili ponašanja potraži savjet liječnika. To predstavlja problem ako osoba ne može sama prepoznati nastale simptome.

Kome se obratiti za pomoć?

Kada se unutarnja psihička ravnoteža naruši i zatreba pomoć, postoje mogućnosti korištenja javnih i privatnih servi-

Jednakopravnost u korištenju resursa

Ako obiteljski liječnik smatra da je potrebna hospitalizacija zbog obrade ili liječenja, izdat će uputnicu, a osoba se može sama, ili uz pomoć liječnika, prijaviti na tzv. centralne jedinice za naručivanje koje postoje u okviru bolničkog sustava. Za osiguranike Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje vrijedi jednakopravnost korištenja resursa na teritoriju cijele zemlje, što znači da se pomoć može potražiti u bilo kojoj zdravstvenoj ustanovi ili jedinici.

sa, i to je stvar osobnih izbora i financijskih mogućnosti.

Iako su ambulante obiteljskih liječnika uvijek prepune, ipak je to prva i najbolja adresa na koju bi se svatko tko ima psihičkih problema trebao obratiti. Razgovor sa svojim liječnikom može dovesti do odluka o daljnjem postupanju. Liječnik će procijeniti radi li se o stanju koje zahtijeva samo malo pošte i odmora, ili je potrebno napraviti neke dijagnostičke pretrage i uputiti osobu stručnjacima, koji će onda, u dogovoru s oboljelim, odlučiti što i kako dalje u procesu dijagnostike i liječenja.

Iako smo u procesu izmjena zdravstvenog zakonodavstva te povećanja broja koncesionara, predviđeno je zadržavanje domova zdravlja kao oblika organizacije zdravstvenog sustava u čijem okviru djeluju i jedinice za mentalno zdravlje, što znači da već na primarnoj razini postoje specijalisti i za duševne smetnje i mogućnost liječenja.

Odluku o vrsti dijagnostičkih pretraga tijekom liječenja i njegovom trajanju donosi sam bolesnik, a na temelju preporuka liječnika specijalista. O tome treba dati svoj pisani pristanak, što je temelj novih pozitivnih propisa u oblasti prava bolesnika. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama dodatno regulira prava i obveze svih u tom procesu, zdravstvenih profesionalaca i korisnika usluga.

U tim situacijama najčešće su intervencije djelatnika hitne medicinske pomoći, ponekad i uz asistenciju policije. Međutim, kada se osoba zbrine na Hitnom



prijemu procedura postavljanja indikacija za liječenje i daljnja zakonska procedura identične su kao ranije opisane. U vrlo malom broju slučajeva, kada je liječenje prijeko potrebno, a osoba odbija ili nije sposobna dati svoj pristanak, pristanak za liječenje daje osoba od poverenja, pri čemu se obavještava pravobranitelj za osobe s invaliditetom, a zbog dodatnih reguliranja i osiguranja prava oboljelog, pravna procedura je u nadležnosti županijskog suda.

Bolnički programi dio integrativnog pristupa

Napretkom znanosti, podizanjem standarda i uvjeta liječenja, uvođenjem niza pozitivnih propisa i javnozdravstvenim djelovanjem, psihičke bolesti prestaju

biti tabu tema i stigmatizirajuće, što otvara nove mogućnosti prevencije, ranog prepoznavanja i liječenja.

Ciljni strukturirani i personalizirani programi temelj su psihijatrije budućnosti i novi su izazovi u smislu personalizirane, pacijentu orijentirane medicine i psihijatrije s interdisciplinarnim i multiprofesionalnim timovima stručnjaka. Danas se terapije odvijaju većim dijelom u okviru dnevnih bolničkih programa i ambulantnih liječenja. Postoje, međutim, i stanja koja zahtijevaju hospitalizaciju, kako bi se bolesniku kroz cjelodnevnu skrb i terapiju bolje i učinkovitije pomoglo. Težina i narav bolesti, česta pogoršanja stanja, izostanak redovitih pregleda i kontrola, rizični stilovi života, izloženost stresu razlog su češćim hospitalizacijama.

Ne treba zaboraviti da se danas na dobrovoljnoj osnovi sve više građana samorganizira i, uz povremenu pomoć stručnjaka, kroz različite nevladine i neprofitne udruge osnažuje one kojima je potrebna dodatna pomoć u svakodnevnom funkcioniranju ili pak mjesto gdje će moći razgovarati s osobama sa sličnim problemima, kao i o njihovom rješavanju. Pojam kroniciteta u psihijatriji istražuje nove koncepte u medicinskom pristupu i širem društvenom kontekstu, pri čemu su hospitalni programi jedna karika u integrativnoj i integriranoj brizi za zdravlje dijela oboljelih sugrađana u zajednici. Iako oni nisu jeftini i zahtijevaju odgovorne dodatne ljudske resurse, dobrobit na zdravstvenom, socijalnom i osobnom planu uvijek će biti vrijednija i značajnija od uloženog.

NARODNI ZDRAVSTVENI LIST

PROMIDŽBA



Ako želite oglašavati u našem listu, javite se na telefone:

051/21 43 59 ili 051/35 87 92

SIMPTOMI U PSIHIJATRIJI

OSLUŠKUJUĆI
SIGNALE

PSIHE

Ne može se dati općenita uputa kada se javiti psihijatru, no ako osoba osjeća nelagodnost, zabrinuta je za svoje funkcioniranje, na pojavu određenih senzacija i simptoma, može u dogovoru sa svojim obiteljskim liječnikom biti upućena na psihijatrijski pregled

Piše

Dragan Lovrović, dr.med., specijalist psihijatar, supspecijalist biološke psihijatrije

Kao što je općepoznato, psihijatrija je grana medicine, premda sam se u svom psihijatrijskom stažu često susreo s činjenicom da se to tako i ne doživljava. Ljudi ju često doživljavaju kao rubno, granično područje prema drugim društvenim znanostima, pa i blisko s religijom. Primjerice, vrlo često ljudi ne znaju koja je razlika između psihijatra i psihologa.

Postoje određeni razlozi zašto je tome tako i u načinu na koji se u psihijatriji postavljaju dijagnoze. U somatskoj medicini, kako psihijatri često nazivaju ostale grane medicine, najčešće postoje biološki markeri na osnovi kojih se postavljaju dijagnoze. Najlakši i često korišten primjer koji navedeno objašnjava jest koncentracija glukoze u krvi ili GUK. Postoji određeni raspon u kojem se kreće vrijednost GUK-a. Ako su vrijednosti izvan tog raspona, postavlja se sumnja na šećernu bolest. Zatim se rade dodatne pretrage, koje se uglavnom temelje na kretanju vrijednosti GUK-a i postavlja se dijagnoza šećerne bolesti. U psihija-

triji se dijagnoze ne postavljaju na taj način. Naime, još nema biološkog markera na osnovi kojeg bi se službeno postavljala dijagnoza nekog psihijatrijskog poremećaja, iako su znanstvena istraživanja u tom smjeru intenzivna i daleko odmakla. Zasad nema verificiranog biološkog markera na temelju kojeg bi se postavila dijagnoza psihičkog poremećaja, odnosno psihijatrijska dijagnoza.

Razgovorom do dijagnoze

Psihijatrima preostaje da dijagnozu postavljaju na temelju opisa kliničke slike. Postoje klinički kriteriji koji su standardizirani i na temelju njih se postavljaju di-

jagnoze. Najpoznatija je Međunarodna klasifikacija bolesti i poremećaja. Drugi najčešće korišteni dijagnostički kriterij u psihijatriji jest Dijagnostički i statistički priručnik američke udruge psihijata DSM-5. Pojednostavljeno rečeno, ranije, u nedostajanju biološkog markera u somatskoj medicini, recimo pri postavljanju dijagnoze šećerne bolesti, a to je (GUK), postavljala se dijagnoza šećerne bolesti prema opisu kliničke slike. Primjerice, dijagnoza šećerne bolesti postavila bi se kada bi se primijetilo da osoba žeda, učestalo mokri, mokraćna joj ima karakterističan miris, rane sporije zarastaju, ima problema s vidom, tjelesna težina oscilira, ima suha usta i svrbež kože, ima učestale gljivične i druge infekcije. Postavljala bi se dijagnoza šećerne bolesti ili Diabetes mellitus. Riječ diabetes ima grčki korijen i u osnovi znači „teče kroz“, odnosno asocira na učestalo pijenje i mokrenje, a mellitus ima korijen u latinskom i u osnovi označava slatkoću (u ovom slučaju krvi i urina, te su liječnici ponekad u davna vremena u svrhu postavljanja dijagnoze kušali urin). Kako je termin star, a prvi put ga je upotrijebio Demetrije iz Apolonije, još 200 g.p.K., prije otkrivanja biološkog markera (GUK), upućuje na povijest postavljanja dijagnoza na deskriptivan način, bez upotrebe bioloških markera i u drugim granama medicine. Analogijom možemo zaključiti da biološki markeri postoje i u psihijatriji, no još nisu otkriveni, odnosno nisu standardizirani za svakodnevnu upotrebu.

Cijela priča potrebna je kao uvod da se naglasi važnost simptoma i znakova u psihijatriji, ne samo kao razlog da osoba spozna što se s njom događa, nego i kolika je njihova važnost stručnjacima u postavljanju dijagnoze i provođenju liječenja, odnosno terapijskih mjera.

U daljnjem tekstu navest ću neke karakteristike simptoma koji se javljaju u raznim psihijatrijskim poremećajima. Većina od tih simptoma može se javiti zasebno i svaki sam za sebe, i to ne znači da je kod nekog prisutan psihijatrijski poremećaj. Potrebno je da je udružen s još nekim simptomom, da traje dovoljno dugo, da utječe na funkcionalnost osobe. Ne može se dati općenita uputa kada se javiti psihijatru, no ako osoba

osjeća nelagodnost, zabrinuta je za svoje funkcioniranje, na pojavu određenih senzacija i kasnije navedenih simptoma, može se javiti svom obiteljskom liječniku i u dogovoru s njim uvijek se može uputiti na psihijatrijski pregled. Taj pregled uglavnom je ugodan razgovor, a za razliku od pregleda kod tjelesne medicine, koji ponekad podrazumijevaju neugodne i bolne pretrage, toga u psihijatriji nema.

Nenosna napetost i tjeskoba

U psihijatriji se bolesti dijele u nekoliko osnovnih grupa, svaku skupinu dijagnoza karakteriziraju određeni zajednički simptomi i znaci. No, postoji i jedno stanje koje je prisutno u gotovo svim psihijatrijskim poremećajima, a u određenom tijelu izdvojeno je i kao samostalni entitet, odnosno dijagnoza, kada nema drugih pridruženih simptoma, a to je anksioznost. Kao što je u infektivnim (zaraznim) bolestima gotovo uvijek prisutna povišena tjelesna temperatura, kao što je kod svih ozljeda prisutna bol, tako je u većini psihijatrijskih bolesti prisutna anksioznost.

Anksioznost se definira kao stanje, odnosno osjećaj psihičke neravnoteže. Očituje se u obliku bolnog stanja bespomoćnosti, nezaštićenosti, napetosti, zabrinutosti, očekivanja da će se nešto strašno dogoditi. Tjeskoba predstavlja reakciju na unutarnju instinktivnu opasnost i vanjsku opasnost, tj. doživljaj neke prijeteće vanjske situacije. Anksiozna reakcija pokušaj je da se anksioznost i napetost oslobode putem tijela. Zbog toga je anksioznost praćena simptomima opterećenja voljne muskulature, povećanom aktivnošću autonomnog živčanog sustava, povećanom manifestacijom pojedinih organa ili pojedinih sustava u tijelu. Anksioznost ili tjeskoba veoma je neugodno subjektivno proživljavanje, u kojem čovjek nije svjestan ni izvora ni objekta svog straha; ona predstavlja anticipaciju nenasnog stanja preplavljenosti vanjskim i unutrašnjim silama. Osjećaj anksioznosti, uporedo s tjelesnim smetnjama, obuzima čovjeka u cjelini.

Nadalje, u psihijatriji se poremećaji grupiraju u nekoliko kategorija, a u prvoj skupini imamo poremećaje koji su, kako se stručno kaže, organske etiolo-



gije, što bi značilo da je uzrok psihičkih smetnji uvjetovan organskim promjenama u centralnom živčanom sistemu, prvenstveno mozgu.

Različiti uzroci - slični simptomi

Prvu grupu organski uvjetovanih poremećaja čine demencije.

Demenciju ljudi obično zovu senilnost, a to je postupno pogoršanje intelektualnih sposobnosti, sve do oštećenja socijalnog i radnog funkcioniranja. Najistaknutiji simptom je teškoća u pamćenju, posebno nedavnih događaja. Drugi je simptom loša prosudba pa tako osoba ima teškoća u razumijevanju osobnih situacija, planiranju ili odlučivanju. Osobe gube vlastite standarde i kontrolu nad porivima, sposobnost apstraktnog mišljenja opada, uobičajene su emocionalne smetnje, uključuju-



ći i preslab afekt i povremene emocionalne ispade. Tijek demencije može biti progresivan, statičan ili se može povremeno povući, ovisno o uzrocima. S vremenom mnogi oboljeli postaju apatični i povučeni, a u terminalnoj fazi osoba gubi integritet i živost ličnosti te ne primjećuje okolinu. Sve navedeno čini kliničku sliku demencije koja je više-manje slična kod svih demencija. Kod različitih tipova različit je eventualno tijek, te prognoza. Nakon najčešće Alzheimerove demencije, druga po učestalosti je vaskularna demencija. Postoji još nekoliko rjeđih i specifičnih vrsta demencije.

Zatim slijedi grupa poremećaja koji su organske etiologije, a inače su simptomatski jednaki psihijatrijskim poremećajima koji nisu organske etiologije, no simptomima njima nalikuju.

Velik dio psihijatrijskih poremećaja očituje se kroz razne oblike bolesti ovisnosti. Sindrom ovisnosti predstavlja skup fizioloških, bihevioralnih i kognitivnih fenomena, u kojih upotreba neke psi-

hoaktivne tvari ili skupine tvari za osobu dobiva veću važnost nego drugi obrasci ponašanja, koji su prije imali veću vrijednost. Središnja opisna karakteristika sindroma ovisnosti jest žudnja (često jaka, ponekad nadjačavajuća) za uzimanjem psihoaktivne tvari. Često su prisutni jaka žudnja ili osjećaj prisile za uzimanjem psihoaktivne tvari.

Psihotični poremećaji

Nakon ovisnosti slijedi grupa psihotičnih poremećaja. Maksimalno pojednostavljeno rečeno, psihotični simptomi predstavljaju skup simptoma čija je zajednička karakteristika da ne podliježu testiranju realiteta. Odnosno, percepcija, mišljenje i ponašanje temelje se na nerealnom doživljaju realnosti. Simptomi mogu biti bizarni i onda je i medicinskim laicima jasno da se radi o psihijatrijskom poremećaju, no, ponekad mogu biti sasvim mogući, samo što u tom slučaju ne podliježu testiranju realiteta.

U toj grupi poremećaja nalaze se najteže psihijatrijske dijagnoze, uključujući i bolest koja je paradigma svih psihijatrijskih poremećaja, a to je shizofrenija. Velik broj ljudi oboljelih od shizofrenije potpuno je nefunkcionalan i nesamostalan. Navedeno predstavlja i dio simptoma shizofrenije. Naime, u shizofreniji, osim što postoje spomenuti problemi s percepcijom i testiranjem realiteta, znatan dio simptomatike predstavlja upravo socijalna disfunkcionalnost u smislu socijalne izolacije, odsustva potrebe za socijalnim interakcijama, odnosno, općenito relacije s drugim ljudima.

Jedan simptom nije bolest

Iduća su skupina psihijatrijskih poremećaja takozvani anksiozni poremećaji, gdje je prisutna anksiozna simptomatika spominjana na početku, uz određene tjelesne simptome, bez neke druge psihijatrijske simptomatike. Glavni psihički simptomi u tom slučaju jesu: osjećaj ustrašenosti, nestvarnosti, ugroženosti, poremećaj usmjeravanja pažnje, smetnje koncentracije, prisilne misli, poremećaji spavanja.

Javljuju se i tjelesni simptomi: knedla u grlu i nervoza u želucu, drhtanje, grčenje i osjećaj treperenja i napetosti u mišićima, bol u leđima, glavobolja, kratak dah, otežano disanje, stezanje u prsima, znojenje, bljedilo, hladne ruke, suha usta, ubrzano lupanje srca, česti proljevi i mokrenje. U ovu skupinu spadaju i panični poremećaj i specifične fobije, sa svim svojim karakteristikama no uvijek je održano testiranje realiteta.

Danas je prihvaćeno gledanje na simptome shizofrenije kroz podjelu na takozvane pozitivne (produktivne) i negativne (deficitarne) simptome. Pozitivni simptomi uočljiviji su okolini. Oni uključuju deluzije, poremećaje mišljenja i govora u obliku „zbrkanih“ misli i pratećeg nerazumljivog i nepovezanog govora te halucinacije, koje se tipično smatraju manifestacijama psihoze. Halucinacije su obično povezane sa sadržajem teme deluzija. Pozitivni simptomi obično vrlo dobro reagiraju na liječenje. Negativni su simptomi manjak uobičajenih emocionalnih odgovora ili drugih procesa mišljenja, te slabije odgovaraju na liječenje. Oni uključuju ravnodušnost ili otupjele emocije, siromaštvo govora, odnosno alogiju, nemogućnost doživljavanja zadovoljstva, tj. anhedoniju, manjak želje za stvaranjem veza s ljudima, asocijalnost te manjak motivacije - avoliciju. Ljudi koji imaju izraženije negativne simptome slabije odgovaraju na liječenje.

Manija suprotnost depresiji

Iduću grupu bolesti u psihijatriji čine bolesti karakterizirane promjenom raspoloženja, odnosno afekta, bilo da je riječ o sniženom raspoloženju u obliku depresivnih poremećaja ili o povišenom raspoloženju, maniji. Postoji i poremećaj gdje se izmjenjuju periodi povišenog i sniženog raspoloženja, koji nazivamo bipolarnim afektivnim poremećajem.

Depresija je karakterizirana depresivnim raspoloženjem, gubitkom interesa i zadovoljstva u aktivnostima koje su ranije predstavljale zadovoljstvo, smanjenjem energije i smanjenim samopoštovanjem. Bolesnici su često psihomotorno usporeni, oskudne verbalizacije, iako ponekad mogu biti i agitirani. Prisutni su problemi sa spavanjem, problemi s usnivanjem, ali ponekad i ranojutarnja buđenja. Osim problema sa spavanjem, kod mnogih se javlja i smanjenje ili gubitak apetita, iako je ponekad prisutna i atipična depresija koju karakterizira povećan apetit i hipersomnija. Misaoni tijek često je usporen, prisutan je pesimistični stav. Javljaju se ideje krivnje, samooptuživanja, trpnje, bezvrijednosti, suicidalne misli i pulzije.

Kod depresivnih bolesnika ponekad se javljaju sumanutosti i halucinacije pa se

Bihevioralni sindromi i poremećaji osobnosti

Iduću grupu dijagnoza čine bihevioralni sindromi vezani uz fiziološke poremećaje i fizičke čimbenike. Tu spadaju poremećaji hranjenja, spavanja, seksualne disfunkcije, poremećaji vezani za postporođajno doba i sl. Ovdje se također, kako je u početku navedeno, na osnovi skupa simptoma postavlja dijagnoza. U sklopu ove teme nije moguće sažeti karakteristične simptome za svaki od ovih entiteta te će se moći sagledati u specifičnim temama.

Ostala je još grupa poremećaja osobnosti, mentalne retardacije, poremećaja fiziološkog razvoja, poremećaja ponašanja i emocionalnog razvoja s nastankom u djetinjstvu i adolescenciji. Kao i u prethodnom, tako i u ovom, navedeno se može sagledati u temama vezanim za specifične poremećaje, no čitatelj treba imati na umu specifičan način postavljanja dijagnoza u psihijatriji, odnosno na osnovi detaljne deskripcije i izostanka zasad oficijelno primjenjivog biološkog markera.

to tada naziva depresija s psihotičnim simptomima. Sumanutosti i halucinacije koje odgovaraju depresivnom raspoloženju nazivaju se kongruentnima i uključuju osjećaj krivice, siromaštva, bezvrijednosti, teške tjelesne bolesti, nesposobnosti. Ako su sumanutosti neskladne s raspoloženjem (nekongruentne), uključuju ideje odnosa prislušivanja, proganjanja i ugroženosti.

Suprotno od depresivnog stanja jest manično stanje. Manija je karakterizirana

povišenim, ekspanzivnim i iritabilnim raspoloženjem. Ponekad raspoloženje može biti izrazito iritabilno, osobito kad bolesnik ima suviše ambiciozne planove koje ne može ostvariti. Uz navedeno, bolesnici osjećaju ogromnu energiju i nemaju potrebu za snom, a apetit im je značajno smanjen. Zaokupljeni su velikim planovima, a skloni su pripisivati sebi veliku ulogu te sudjelovanje u nekim vrlo značajnim i odgovornim poslovima. Manično raspoloženje bolesnika često dovodi do nekritičnog ponašanja u kojem su skloni prekomjernom trošenju, prekomjernom angažiranju u različitim ugodnim aktivnostima, koje obično uzrokuju teške posljedice. Skloni su prekomjerno konzumaciji alkohola, što se ponekad pripisuje njihovom pokušaju da sami utječu na svoje stanje. Bolesnici su često okupirani različitim precijenjenim idejama političke, financijske, seksualne ili religiozne prirode, a ideje proganjanja mogu se ponekad razviti u pravi progonstveni sustav. Karakteristično je za te bolesnike da nemaju uvid u svoje stanje te ne osjećaju ni najmanju potrebu za liječenjem. Manični su bolesnici ekscitirani, hiperaktivni, prekomjerno pričljivi, a ponekad i zabavni.

Psihijatar je liječnik

Da se osvrnem na jednu čestu nepoznanicu koju sam spomenuo na početku. Psihijatar je liječnik, osoba koja je najprije završila medicinski fakultet, a potom i specijalizaciju iz psihijatrije, znanosti koja se bavi emocionalnim poremećajima (tzv. duševnim bolestima) i njihovim liječenjem. Psihijatar radi u zdravstvenoj ustanovi (ili u privatnoj praksi) te liječi i medikamentima i psihoterapijom. Za razliku od psihologa, psihijatar pacijentu može propisati lijekove.

Psiholog je završio studij psihologije, znanosti koja proučava ljudsko ponašanje i psihi te se bavi različitim aspektima psihičkog života, kao npr. kakve stavove imamo, kako pamtimo, što utječe na naše ponašanje i osobine. Samo jedan njen segment, klinička psihologija, bavi se proučavanjem i liječenjem psihičkih bolesti i pružanjem psihološke pomoći. Psiholog može raditi u školi, tvrtki, na institutu i u bolnici. Uz edukaciju, može primjenjivati razne psihoterapijske tehnike.



LIJEČENJE

RIJEČI I TABLETE,
NAJUSPJEŠNIJI

Novije generacije lijekova i napredak psihoterapije značajno su unaprijedili složeno liječenje psihijatrijskih bolesti i poremećaja



Piše

Dr.sc. **Sandra Blažević Zelić**, dr.med.
Specijalistica psihijatrica,
supspecijalistica biologijske psihijatrije

Osnovni principi liječenja psihijatrijskih poremećaja nekada su bili rad samo na vodećim simptomima bolesti, no danas, razvojem suvremene psihofarmakoterapije, ciljevi u liječenju znatno su napredovali te uključuju potpunu funkcionalnost i poboljšanje kvalitete života psihijatrijskih bolesnika.

Liječenje psihičkih poremećaja dijeli se na:

1. medikamentozno (lijekovima),
2. psihoterapijsko,
3. kombinirano.

Medikamentozno liječenje

Osnovne skupine lijekova u liječenju psihijatrijskih poremećaja jesu:

Anksiolitici su lijekovi za ublažavanje tjeskobe, napetosti, posljedica stresa i sličnih poremećaja. Učinci su anksiolitika sedacija (smirenje) te uklanjanje strahova, napetosti i tjeskobe. U skupinu anksiolitika danas spadaju: benzodiazepini (diazepam, oksazepam, medazepam, bromazepam, alprazolam, lorazepam), azaspirodekandioni (buspiron).

Nekada su se kao anksiolitici koristili i barbiturati, ali su, zbog vrlo čestih slučajeva predoziranja, izašli iz uporabe i danas se koriste samo kao antiepileptici. U grupi anksiolitika najviše se koriste benzodiazepini, koji su, za razliku od barbiturata, iznimno sigurni lijekovi i rijetko dovode do smrtnog ishoda. Smrtni ishod moguć je kombinacijom benzodiazepina i alkohola, stoga takvu kombinaciju treba izbjegavati. Zbog njihove sigurnosti, benzodiazepini su postali najkorišteniji lijekovi nakon analgetika, a njihova je potrošnja često i nekritična i dugotrajna, jer kod dugotrajnog uzimanja izazivaju ovisnost i razvoj tolerancije. Neka su od zaštićenih imena anksiolitika na našem tržištu: Aparurin, Normabel, Diazepam, Praxiten, Oksazepam, Lorsilan, Lexaurin, Lektam, Lexillum, Xanax, Helex, Misar. Ti se lijekovi koriste u liječenju anksioznih poremećaja te kao dodatna terapija u liječenju depresije, PTSP-a, psihoze, organskih psihičkih poremećaja i sl.

Antidepresivi su lijekovi za liječenje depresije, paničnih poremećaja, somatizacija (tjelesnih simptoma) uzrokovanih psihičkim uzrocima. Oni se uzimaju kontinuirano, najčešće oko godinu dana. Vrlo često, u oko 80 posto slučajeva, pacijenti samovoljno prestaju uzimati antidepresive, bez savjetovanja s liječnikom, što vodi ponovnoj depre-

sivnoj epizodi, koja može biti teža i duže trajati. Antidepresivi ne uzrokuju ovisnost, no, za razliku od većine drugih lijekova, pokazuju djelovanje tek nakon višetjedne terapije. Postoji nekoliko skupina antidepresiva, koje se razlikuju u načinu i intenzitetu djelovanja. Svaka skupina antidepresiva utječe na određene neurotransmitere u živčanom sustavu koji su važni za prenošenje živčanih impulsa od stanice do stanice.

Ovisno o vrsti depresije i/ili lijekovima koje je pacijent ranije uzimao, liječnik će odrediti koji bi antidepresiv mogao biti najdjelotvorniji i najsigurniji za pacijenta s obzirom na moguće nuspojave ili postojanje tjelesne bolesti kod bolesnika. Kako depresiju često prate i drugi psihički poremećaji, kao što je anksioznost, moguće je da će liječnik propisati kombinaciju nekih drugih lijekova uz antidepresive, a to su često anksiolitici, koji se koriste za ublažavanje lakših psihičkih poremećaja. Osim anksiolitika, moguće je da se uključe i antipsihotici ako je riječ o popratnim simptomima psihoze uz depresiju. Najčešće propisivani antidepresivi jesu: Asentra, Seroxat, Fevarin, Cipraleks, Velafax, Calixta.

Antipsihotici su lijekovi za liječenje psihotičnih simptoma (deluzije, halucinacije, paranoidne ili sumanute misli). Koriste se u liječenju shizofrenije, shizoafektivnog poremećaja, psihoze,

teške depresije i anksioznosti. Također su korisni u stabiliziranju epizoda manije i depresije kod osoba s bipolarnim poremećajem. Oni djeluju na različite neurotransmitterske sustave, od kojih je najvažniji dopamin, čiju koncentraciju u pojedinim regijama mozga smanjuju i time reduciraju pozitivne simptome psihoze – halucinacije, sumanute misli, deluzije, a u drugim regijama ga povećavaju i time reduciraju negativne simptome – apatiju, oskudan govor, emocionalnu tupost, nedostatak motivacije, izolaciju.

Većina antipsihotika utječe i na serotonin i noradrenalin, za koje se smatra da su uključeni u regulaciju raspoloženja. Dije se na prvu generaciju antipsihotika (stariji antipsihotici) i drugu generaciju antipsihotika (noviji antipsihotici). Obje vrste korisne su kod liječenja psihotičnih simptoma, ali se razlikuju u vrsti i težini nuspojava koje mogu uzrokovati. Stariji antipsihotici obično se još nazivaju tipični ili konvencionalni antipsihotici, te djeluju samo na pozitivne simptome, a mogu pogoršati negativne simptome bolesti. Često izazivaju teže poremećaje kretanja, tremor, pospanost, nesanicu, gubitak apetita, manjak energije i sl. Najpoznatiji su tipični antipsihotici: Prazine, Moditen, Haldol.

Antipsihotici novije generacije nazivaju se i atipični antipsihotici te se ubrajaju u skupinu druge generacije antipsihotika. Glavno je obilježje atipičnih antipsihotika manje ekstrapiramidalnih nuspojava (poremećaj kretanja, tremor i simptomi slični Parkinsonovoj bolesti) i diskinezija (abnormalni pokreti lica), kao i utjecaj na poboljšanje negativnih simptoma bolesti. Nuspojave atipičnih antipsihotika uključuju metaboličke i endokrine učinke (metabolički sindrom, hiperprolaktinemija – povećanje razine hormona prolaktina, smetnje regulacije temperature). Najnoviji su antipsihotici: Leponex, Zyprexa, Risperidol, Seroquel, Zeldox, Aripiprazol. Mnogi antipsihotici danas su prisutni i u intramuskularnoj formulaciji, koja se primjenjuje jednom mjesečno, ili čak jednom u tri mjeseca (4 puta godišnje).

Stabilizatori raspoloženja lijekovi su za liječenje bipolarnog afektivnog poremećaja (BAP-a) i ne spadaju u posebnu

Psihoterapijom se ne bave samo liječnici

Proteklih je godina na polju psihoterapije učinjen znatan napredak. Psihoterapija je liječenje kojim psihoterapeut liječi bolesnika koristeći psihološke tehnike i uspostavu odnosa bolesnik - terapeut. Psihijatri nisu jedini stručnjaci za duševno zdravlje koji se bave psihoterapijom. Njome se bave i drugi stručnjaci: klinički psiholozi, socijalni radnici, medicinske sestre i sl. Međutim, psihijatri su jedini koji smiju propisivati lijekove.

grupu lijekova, već djeluju na stabilizaciju raspoloženja.

Litij je najčešće upotrebljavani stabilizator raspoloženja. On djeluje i na maniju i na depresiju pa se koristi kao terapija održavanja u BAP-u. Iako on reducira manične simptome za oko 5 do 14 dana, mogu biti potrebni mjeseci za uspostavu potpune kontrole nad bolešću. Ponekad se kombiniraju antipsihotici i litij u liječenju maničnih epizoda te antidepresivi i litij u liječenju depresivne faze bipolarnog poremećaja. Ako se daju bez litija ili nekog drugog stabilizatora raspoloženja, antidepresivi mogu dovesti do „switcha“ (prelaska) u maniju kod osoba s bipolarnim poremećajem. Djelovanje litija ispituje se uzorkovanjem krvi i mjerenjem njegove koncentracije u krvi. Raspon između efikasne i toksične doze je mali pa su zato potrebne česte kontrole. Uz redovno praćenje, on je siguran i djelotvoran lijek.

Nuspojave su pospanost, slabost, mučnina, umor, tremor ruku, povećana žeđ i mokrenje, povećanje težine. Budući da litij može dovesti do smanjene aktivnosti štitne žlijezde (hipotireoza) ili ponekad njezinog povećanja (gušavost), praćenje funkcija štitnjače dio je terapije. U trudnoći litij povećava rizik od urođenih malformacija ploda pa treba biti oprezan kod njegove primjene. Sve što snižava koncentraciju natrija u tijelu – smanjen unos kuhinjske soli, prelazak na dijetu bez soli, obilno znojenje zbog neuobičajene količine vježbanja ili boravak u krajevima s vrlo toplom klimom, groznica, povraćanje ili proljev – može uzrokovati nagomilavanje litija i dovesti do toksičnosti. Znakovi toksičnosti litija mogu uključivati mučninu, povraćanje, pospanost, mentalnu tupost, nejasan govor, zamagljen vid, zbunjenost, vrtoglavicu, trzanje mišića, nepravilan rad srca i na kraju epileptične napadaje.

Antiepileptici (antikonvulzivi) su lijekovi koji se obično propisuju za liječenje epileptičnih napadaja, a koriste se i kao stabilizatori raspoloženja. Na-valproat (Depakine chrono) djelotvoran je kao i litij, čak i bolji od litija u brzo ciklirajućem bipolarnom poremećaju. Iako Na-valproat može izazvati gastrointestinalne nuspojave, pojavnost je niska. Ostale su nuspojave glavobolja, dvoslike, vrtoglavice, tjeskoba ili zbunjenost. Budući da u nekim slučajevima izaziva disfunkciju jetara, jetrene enzime treba kontrolirati prije početka liječenja i nakon toga, u redovitim intervalima, posebno tijekom prvih šest mjeseci terapije. Ostali antiepileptici koji se koriste za bipolarni poremećaj jesu Tegretol, Lamictal, Neurontin i Topamax. Djelotvornost antiepileptika bolja je za akutne manije nego za

Kompleksno psihijatrijsko liječenje vraća narušenu kvalitetu života

Treba naglasiti da je liječenje psihijatrijskih poremećaja kompleksno, uključuje medikamentozno, psihoterapijsko ili, najčešće, kombinirano liječenje koje provode specijalisti psihijatri. Razvojem psihofarmakoterapije liječenje tih poremećaja sve je uspješnije, uz veći stupanj izlječenja blažih i zalječenja kroničnih bolesti te time uspješniju funkcionalnost pacijenata i, konačno, značajno povećanje kvalitete njihova života, što je i osnovni cilj moderne psihofarmakoterapije.

dugoročno održavanje bipolarnog poremećaja. Većina ljudi koji imaju bipolarni poremećaj pije više od jednog lijeka. Uz stabilizator raspoloženja – litij i/ili antiepileptik – oni mogu koristiti lijekove za prateće simptome: agitaciju, anksioznost, nesanicu ili depresiju.

Antipsihotici, poput Seroquela, Zyprexe, Aripiprazola i sl., također se koriste kao lijekovi za stabilizaciju raspoloženja.

Psihoterapija - iscjeljujući razgovori

Psihoterapijsko liječenje uključuje psihoterapiju (individualnu, grupnu ili obiteljsku), tehnike bihevioralne terapije (kao što su vježbanje relaksacije i hipnoza) i hipnoterapiju.

Iako se individualna psihoterapija provodi na mnogo različitih načina, najčešće su četiri psihoterapijske škole: dinamska, kognitivno-bihevioralna (KBT), interpersonalna i bihevioralna. Dinamska psihoterapija proizašla je iz psihoanalize i temelji se na pomoći bolesniku da razumije nesvesne sukobe koji mogu stvarati simptome i poteškoće u odnosima. Kognitivno-bihevioralna terapija u prvom se redu usredotočuje na rascjep u bolesnikovu mišljenju. Interpersonalna terapija usredotočuje se na to kako na bolesnika utječe gubitak ili promjena u odnosu. Bihevioralna terapija pomaže bolesnicima zamijeniti nezdrava ponašanja zdravima i time postići bolju razinu funkcioniranja i socijalnih interakcija. U praksi, mnogi psihoterapeuti kombiniraju metode, ovisno o bolesnikovim potrebama.

Psihoterapija je primjerena za velik broj različitih stanja. Čak i ljudima koji nemaju psihijatrijski poremećaj, psihoterapija može biti od pomoći za svladavanje problema, kao što su nezaposlenost, ožalošćenost ili kronična bolest u obitelji. Često se koriste i grupna psihoterapija i obiteljska terapija.

Kombinirano liječenje

Mnogi psihijatrijski poremećaji zahtijevaju kombinaciju lijekova i psihoterapije, čime se postiže najučinkovitiji stupanj liječenja. U nekim otpornim slučajevima, u kombinaciji s lijekovima koristi se i elektrokonvulzivna terapija, ali je ona, prisutnošću sve većeg broja lijekova na tržištu, zastupljena u manjoj mjeri.

STRESOM UZROKOVANI POREMEĆAJI



NEODVOJIVOST TIJELA I UMA

Piše

Prof.dr.sc. **Ika Rončević-Gržeta**,
dr.med.,
Specijalistica psihijatrica

Običan čovjek odavno je shvatio da određeni stresogeni događaji utječu na psihičko i fizičko zdravlje. U svakodnevnom životu može se čuti: „Nije ni čudo da se razbolio nakon onoga što mu se dogodilo!“ Osim stresogenih događaja, važna su i obilježja ličnosti pojedinca pa se za neke osobe kaže: „On je kao stijenja, nije to ništa za njega.“

Stresori su obično vanjski događaji koji predstavljaju prijetnju psihičkoj ili fizičkoj ravnoteži i zahtijevaju prilagodbu. Stresori mogu biti fizički, psihički ili socijalni. Fizički su stresori npr. izloženost jakoj buci, velikoj vrućini, odnosno hladnoći, i drugim prirodnim nepogodama. Ovdje spada i skučen prostor, koji

Stresogena i traumatska iskustva mogu imati posljedice na niz organa i dugoročno biti vrlo štetni po psihofizičko zdravlje, ali oni koji prevladaju traumatsko iskustvo mogu usvojiti zrelije i primjerenije obrasce od ranijih

ograničava kretanje ili rad, deprivacija podražaja, npr. boravak u mraku ili u apsolutnoj tišini.

Psihološki stresori proizlaze iz međuljudskih odnosa, kao npr. sukobi ili emocionalna deprivacija. Ovdje spada i preopterećenost poslom, rad pod pritiskom, izostanak adekvatne nagrade i sl. Socijalni stresori podrazumijevaju loš društveni položaj, odgovornost za druge, neadekvatnu plaću za uloženi

trud itd. Teže posljedice imaju stresori uzrokovani djelovanjem drugog ljudskog bića, stresori koji dovode u pitanje bazične potrebe pojedinca (dom, obitelj ili posao), oni koji dolaze iznenada i neočekivano ili su visokog intenziteta, traju dugo ili dolaze uzastopno. Dugotrajni stresori, iako niskog intenziteta (nedostatak slobodnog vremena, stalna žurba, termini, norme itd.), dugoročno mogu biti štetni. Osim negativnih, stresori mogu biti i pozitivni.

Gubitci i traumatska iskustva

Gubitak je specifična vrsta stresora. Pod gubitkom podrazumijevamo smrt bliske osobe, ali i odvajanje od bliske osobe (razvod, napuštanje veze, teška povreda, teška bolest, pa čak i razočaranje u osobu kojoj smo do tada vjerovali).

Trauma je stresor visokog intenziteta i podrazumijeva situacije u kojima postoji životna ugroženost pojedinca ili njemu bliskih osoba. Traumatska iskustva javljaju se u nekim ekstremnim situacijama, kao što su rat, prirodne katastrofe (poplave, potresi) i katastrofe koje su uzrokovali ljudi (požar, prometne nesreće, fizički napadi, terorizam, zlostavljanje, silovanje, tortura, zatvaranje u logore itd.). Traumatska iskustva narušavaju bazična vjerovanja, kao što je uvjerenje da je svijet siguran, da su ljudi oko nas, kao i mi sami, dobri. Traumatsko iskustvo narušava obrambenu barijeru ličnosti, pri čemu se može javiti osjećaj užasa ili bespomoćnosti. Pogođena osoba ponaša se na dezorganiziran način. To se očituje tako da su misli, osjećaji i ponašanje „zbrkani“, ili pak dođe do „smrzavanja“, kad traumatizirana osoba ostaje paralizirana. U oba slučaja pojedinac koji je doživio traumu nije u stanju suočiti se na adekvatan način. Naglašena je potreba za zaštitom i osjećajem sigurnosti, koji se očekuju od okoline.

Stres je odgovor organizma na stresor. Pod utjecajem stresora pokreće se niz procesa čija je zadaća prevladati djelovanje stresora. Stres je, na određen način, proces prilagodbe na djelovanje stresora. Uvjetovan je nizom parametara i pod utjecajem je individualnih obilježja pojedinca, socijalnih čimbenika i specifičnosti samog stresora. Osjetni organi (vid, sluh, njuh...) prenose po-



dražaje iz vanjskoga svijeta, uključujući stresogene događaje. Određena područja u mozgu odgovorna su za reakciju na stresogeno iskustvo. Kako se stresogeni događaj doživljava kao prijetnja, primarna reakcija je zaštitna. Npr., ako iznenada čujemo buku, prije nego shvatimo što se događa poduzet ćemo neku radnju kako bismo se zaštitili. Osim moždane aktivnosti, pokreću se i neki hormonski procesi. Svi znamo za hormone stresa, kao npr. kortizol, čija razina poraste u stresogenoj situaciji.

Nakon što se stresor prevlada, svi procesi u organizmu vraćaju se u početnu ravnotežu. Kad se radi o traumi, utisak može biti tako intenzivan da organizam ostaje u „stanju pripravnosti“ na duže vrijeme te se procesi, aktivirani pod utjecajem traume, ne vraćaju u početno stanje ravnoteže. Takve su osobe u stanju „kroničnog stresa“. S vremenom dolazi do iscrpljenja pa se teško prilagođavaju na nove stresore i podložne su raznim psihičkim i fizičkim poremećajima, odnosno bolestima.

Prilagodba na stres

Koliko uspješno će se pojedinac prilagoditi na djelovanje stresora, ovisi o obilježjima stresora, o specifičnostima

ličnosti pojedinca te o podršci okoline (obitelj, prijatelji, društvo) za vrijeme i nakon stresogenog događaja. Pojedini stresori imaju specifično značenje za svakog pojedinca, ovisno o iskustvu u prošlosti. Svaka osoba ima specifične obrambene obrasce i specifične načine kako ublažava tjeskobu i strah te kako se suočava sa stresogenim situacijama. Ako je prilagodba na stresor neuspješna, može doći do razvoja nekog od stresa, odnosno traumom uzrokovanih poremećaja.

Akutna reakcija na stres javlja se neposredno nakon stresogenog događaja. Simptomi se povlače za nekoliko sati do nekoliko dana, najviše mjesec dana. Najčešći su simptomi intenzivna tjeskoba, uz pojačano znojenje, lupanje srca, crvenilo, osjećaj stezanja u vratu. Ponekad se javlja djelomični ili potpuni gubitak sjećanja na događaj. Slijede promjene na emocionalnom planu: sužen raspon osjećaja, razdražljivost, osjećaj krivnje, smetnje koncentracije, a ponekad i neugodan osjećaj odvojenosti od svoga tijela ili osjećaj nestvarnosti. Pojedinac je zaokupljen uznemirujućim sjećanjima na događaj pa pokušava izbjegavati podsjetnike. Prisutne su i smetnje koncentracije, nesаница, pre-



osjetljivost na podražaje izvana, kao i trajan osjećaj napetosti i nemira. Ako se simptomi ne povuku unutar mjesec dana, moguć je razvoj poremećaja prilagodbe, PTSP-a, depresije i slično.

Poremećaj prilagodbe

U pozadini razvoja tog poremećaja različite su očekivane i neočekivane životne situacije ili stresni događaji (npr. gubitak, bolest, fizički napad, nesreća) ili životne promjene koje mogu biti i pozitivne i

negativne (npr. ženidba, umirovljenje...). Simptomi mogu biti pretežno iz kruga anksioznih (pojačana tjeskoba, strah, zabrinutost, napetost, nesanica), ili iz kruga depresivnih (sniženo raspoloženje, plačljivost, osjećaj beznađa, gubitak samopouzdanja, osjećaj krivnje...), ili kombinacija tih simptoma. Mogu se javiti i paranoidni simptomi, kao sumnjičavost, nepovjerenje, strah od ljudi, povlačenje iz socijalnih situacija itd. Kako bi ublažili neugodne simptome, neki pojedinci će posegnuti za alkoholom ili drogama, a u težim slučajevima postoji i sklonost suicidalnom ponašanju. Češće se javlja u određenim dobnim skupinama, kao što je adolescencija ili starija životna dob.

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)

Javlja se kao posljedica proživljenog traumatskog iskustva. Nekoliko je skupina simptoma PTSP-a:

1. simptomi ponovnog proživljavanja: traumatski događaj ponovo se proživljava u mislima, slikama („flashback”) ili snovima, pri čemu se simptomi mogu javiti spontano ili na podsjetnik; sjećanja prate i neugodni tjelesni simptomi (lupanje srca, pritisak u prsima, znojenje...);
2. simptomi izbjegavanja: traumatizirana osoba izbjegava misli, razgovore, ljude i mjesta koji mogu podsjetiti na događaj; izbjegava i osjeća veze uz traumatsko iskustvo, iz čega proizlazi sužen raspon emo-

cija do emocionalne umrtvljenosti; na planu ponašanja gubi se interes za druge ljude i stvari koje su ranije činile zadovoljstvo;

3. simptomi pojačane pobuđenosti podrazumijevaju simptome kao što su razdražljivost, ispadi ljutnje i bijesa, stalan osjećaj napetosti, pojačan oprez, nesanica, smetnje koncentracije itd.

Simptomi PTSP-a mogu se manifestirati neposredno nakon traumatskog iskustva ili s odgodom od 6 mjeseci, a ponekad i više godina. U potonjem, i za oboljelu osobu i za stručnjaka može biti teško dovesti simptome i traumatsko iskustvo u uzročno-posljedičnu vezu.

Djeca koja su doživjela traumatsko iskustvo često reagiraju na drugačiji način u odnosu na odrasle. Najčešće su to promjene u ponašanju, koje može biti dezorganizirano (npr. dijete mijenja uobičajene obrasce u igri ili u odnosu prema okolini); uočava se regresija na manje zrele obrasce ponašanja (npr. mokrenje u krevet, sisanje prsta, problemi u odvajanju od roditelja...).

Trajne promjene ličnosti nakon traumatskog iskustva

Ako se PTSP ne liječi i traje duže od dvije godine, može doći do trajnih promjena u nekim obrascima u emocijama i ponašanju. Tada govorimo o trajnim promjenama ličnosti nakon katastrofičnog iskustva.

Žalovanje

Žalovanje je proces prorade gubitka. Odvija se u nekoliko faza. Nakon prvotnog šoka i nevjerice, uz negaciju gubitka, slijedi faza žudnje i traženja (uvjerenje da je izgubljena osoba otputovala, da će se vratiti, slike ili glas izgubljene osobe (ne radi se o halucinacijama)), zatim dolazi tuga, uz napadaje plača i prisjećanja na život s izgubljenom osobom, uz pojačanu tjeskobu, nesanicu, gubitak apetita i sl. Ti simptomi slični su depresiji, ali, za razliku od depresivne osobe, ožalošćena osoba u stanju je funkcionirati u svakodnevnom životu. Slijedi prihvaćanje i restrukturiranje života ožalošćene osobe. Opisani proces je proces normalnog žalovanja. Žalovanje može biti i patološko, kad proces

Primjena lijekova, kognitivno-bihevioralna i psihodinamska terapija

Od lijekova, najčešće se koriste antidepresivi. Za ublažavanje tjeskobe ili nesanice, povremeno se mogu koristiti lijekovi za smirenje ili lijekovi za spavanje; u slučaju pojačane razdražljivosti ili ispada bijesa, daju se stabilizatori raspoloženja (radi se o lijekovima koji se u neurologiji koriste za liječenje epilepsije). U nekim slučajevima koriste se i antipsihotici. Od psihoterapijskih tehnika, najučinkovitijom se smatra kognitivno-bihevioralna terapija, i to terapija izlaganjem (tehnik izlaganja traumatskom iskustvu) i EMDR (kratica od „Eye Movement Desensitization and Reprocessing”). Ta tehnika koristi se stimulacijom koja pomaže adekvatno procesiranje traumatskog iskustva koristeći brze pokrete očnih jabučica. Također, koristi se i psihodinamska, psihoanalitička psihoterapija, u grupnim i individualnim seansama.

Navedeni oblici terapije dostupni su na Klinici za psihijatriju, KBC Rijeka.

žalovanja ne slijedi spomenute faze.

Stres i tjelesno zdravlje

Stresogena i traumatska iskustva, kao što je navedeno, mobiliziraju određene regije u mozgu, autonomni živčani sustav, kao i hormonske promjene. Posljedica je utjecaj na rad niza organa (srce i krvne žile, pluća, probavni organi itd.). Dugoročno može doći do promjene u funkciji ili do oštećenja određenog tkiva ili organa. Dakle, osim na psihičko zdravlje, stresori imaju efekt i na tjelesno zdravlje.

Posttraumatski rast

Traumatsko iskustvo ne mora uvijek imati negativan ishod. Pojedinci, koji se na adekvatan način suoče i prevladaju traumatski događaj, mogu ojačati resurse unutar svoje ličnosti i usvojiti zrelije i primjerenije obrasce u odnosu na one prije traumatskog iskustva. Npr., osobe koje su sumnjale u sebe, mogu ojačati samopouzdanje.

Ventilacija emocija

Budući da su stresogena iskustva određena vrsta opasnosti u terapijskom procesu, važno je stvoriti osjećaj sigurnosti i povjerenja u odnosu s terapijskim okruženjem (ustanova, zdravstveno osoblje, terapeut). Siguran pojedinac lakše će prihvatiti preporučene terapijske postupke. U liječenju stresom uvjetovanih poremećaja koriste se lijekovi i psihoterapijski postupci. Neposredno nakon traumatskog iskustva, pogođenu osobu treba udaljiti iz zone opasnosti i izgraditi osjećaj sigurnosti te omogućiti tzv. „ventilaciju emocija”, tj. pomoći da osoba izrazi što se dogodilo i kako se osjeća, s ciljem prevencije razvoja stresom uzrokovanih poremećaja. Ako ipak dođe do razvoja poremećaja, terapijski postupci prilagođavaju se težini simptoma i osobnim resursima pojedinca.



DEPRESIJA

RAZORNA,

ali izlječiva

Uzroci su mnogostruki, kao i oblici bolesti, pa je u dijagnostici od velike važnosti što ranije prepoznati simptome, i ohrabriti bolesnika u saznanju da je ispravna i pravovremena dijagnoza prvi korak prema uspješnom liječenju

Piše

Doc.dr.sc. **Ivana Ljubičić Bistrović**,
dr.med.

specijalistica psihijatrica,
supspecijalistica biologijske psihijatrije

Kada govorimo o psihičkim poremećajima današnjice, najčešće se spominje depresija. Nerijetko čujemo depresivan sam, umoran sam, dosta mi je svega, iscrpljen sam, nemam snage, moj život nema smisla...

Depresija se ubraja među najranije opisane bolesti u medicini, a termin dolazi

od latinske riječi deprimere, što znači pritisnuti ili udubiti, te na slikovit način pokazuje što depresija čini ljudskoj psihi. Tužno raspoloženje, bezvoljnost, iscrpljenost, manjak zadovoljstva i ostala neugodna stanja česte su pritužbe koje znamo čuti kod mnogih ljudi. Tanka je i često nejasna granica između „nezadovoljstva i neraspoloženja“ i depresije. Simptomi koji traju kraće vrijeme i koji se lako uklanjaju, a ne remete funkcioniranje pojedinca, obično su samo prolazne epizode neraspoloženja. Depresija je, međutim, ozbiljna bolest, čiju dijagnozu mora postaviti liječnik kako bi

Edukacija pomaže pacijentu da upozna prirodu bolesti i njezino liječenje

Od velike je važnosti u procesu liječenja educirati pacijenta kako bi što bolje upoznao prirodu svoje bolesti i pratio tijek liječenja. Bitno je uputiti pacijenta na djelovanje medikacije (spor učinak, tek nakon 2-3 tjedna) te na nuspojave (često se javljaju prije pojave učinka antidepresiva). Potrebno je, isto tako, razmotriti očekivanu dužinu uzimanja terapije (redukcija simptoma, održavanje stabilnog stanja, profilaktička terapija).

rabom alkohola. Osim po izraženim simptomima, depresivne epizode razlikuju se i po intenzitetu. Kreću se od blagih do teških depresivnih epizoda sa psihotičnim simptomima. Raznolikost simptoma različitih intenziteta potvrđuju da je depresija „bolest s tisuću lica“, koju je nerijetko teško uočiti. Češće se javlja u žena, što se pripisuje oscilacijama spolnih hormona, poremećajima štitnjače i ponašajnim obrascem bespomoćnosti koji je tipičniji za žene. Uzroci su nastanka te bolesti mnogostruki: nasljedni, neurotransmitski (serotonin, noradrenalin, dopamin), neuroendokrinološki, psihološki (stresne situacije, fiksacija na oralnu fazu, koncept naučene bespomoćnosti). U dijagnostici poremećaja od velike je važnosti što ranije prepoznavanje simptoma. Ispravna i pravovremena dijagnoza prvi je korak prema uspješnom liječenju.

Liječenje ovisno o intenzitetu bolesti

Ako se zamijete simptomi koji bi mogli upućivati na razvoj depresivne epizode, prvi korak bio bi javiti se liječniku obiteljske medicine. On može dijagnosticirati i liječiti blaže oblike depresivnog poremećaja ili uputiti pacijenta psihijatru. Od velike je važnosti da pacijent dođe na pregled psihijatru kako bi on procijenio ozbiljnost poremećaja i napravio daljnji terapijski plan. U dijagnosticiranju bolesti, bitna je klinička slika (simptomi bolesti), anamneza (uvid u pacijentovo ranije i sadašnje stanje i funkcioniranje), psihologijsko testiranje koje daje objektivnu sliku tegoba. Ciljevi su liječenja smanjiti ili ukloniti simptome, uspostaviti radno i opće socijalno funkcioniranje, smanjiti mogućnost povratka bolesti.

se što ranije krenulo s adekvatnim tretmanom.

Žene podložnije

Depresija je afektivni poremećaj koji se javlja u epizodama, a simptomi traju barem dva tjedna. Za postavljanje dijagnoze moraju biti prisutni depresivno raspoloženje i gubitak interesa i zadovoljstva u svakodnevnim aktivnostima. Simptomi se dijele na emocionalne, motivacijske, ponašajne, tjelesne i kognitivne. Njihova prisutnost razlikuje se od pojedinca do pojedinca, a uključuje poremećaj apetita, sna, koncentracije, smanjeno samopoštovanje, ideje krivnje, pesimističan pogled na budućnost, gubitak interesa i zadovoljstva, gubitak energije, bespomoćnost, psihomotornu usporenost, smanjenje libida.

Depresija je često praćena tjelesnim simptomima, anksioznošću i zlopo-

U liječenju je potreban individualni pristup, a najčešće uključuje psihofarmakoterapiju i psihoterapiju. Od psihofarmakoterapije, u prvom redu koristimo antidepresive, koji su danas dostupni u velikom broju. Odabir antidepresiva ovisi o intenzitetu i karakteru simptoma, kao i o komorbiditetu (ostalim prisutnim bolestima). Antidepresivi primarno oporavljaju raspoloženje, ali s obzirom na svoje karakteristike, djeluju i na pojedine specifične simptome, što moramo uzeti u obzir pri njihovom odabiru. U terapiji se, uz antidepresive, koriste i anksiolitici, hipnotici, a ponekad i antipsihotici (u malim dozama). Psihoterapijske tehnike pomažu bolesniku da se suoči s depresivnim simptomima, svlada osobne probleme, dobije uvid u svoje obrasce ponašanja i karakter odnosa s bliskim osobama.

Povjerenje u liječnika temelj oporavka

Postoji niz psihoterapijskih metoda koje se danas koriste u tretmanu depresije: kognitivno-bihevioralna terapija, psihodinamski orijentirana psihoterapija, suportivna psihoterapija, grupne terapijske tehnike, obiteljska terapija. U procesu liječenja veliku ulogu ima odnos liječnika i pacijenta, koji moraju izgraditi povjerenje i dogovoriti terapijski plan radi što boljeg i kvalitetnijeg oporavka. Ponekad je liječenje za pacijenta frustrirajuće jer je oporavak spor i dug, često zbog antidepresiva koji po svojim karakteristikama sporo djeluju, a svoje prve učinke poluču nakon dva do tri tjedna.

Liječenje depresivne epizode uspješno je ako se rano prepoznaju simptomi bolesti, potraži pomoć liječnika, izabere psihijatra u kojeg osoba ima povjerenja, napravi terapijski plan i postigne suradljivost u liječenju. Uz stručnu pomoć, uvelike je za oporavak depresivnog pacijenta bitna obitelj i okolina koja ga podržava. Od samog početka bitno je ukazati na promjene koje smo uočili kod bliske osobe i ohrabriti je da potraži liječničku pomoć. Važno je postupno poticati pacijenta na sudjelovanje u raznim aktivnostima koje su ga ranije veselile. Osjećaji razumijevanja, podrške i brige mogu puno pomoći na putu oporavka.

KOCKANJE I KLAĐENJE

Najgora inicijacija u svijet „ODRASLIH“



Piše

Pino Tuftan, prof. psihologije,
dipl. psiholog

O samostaljenje Republike Hrvatske donijelo je i nepredvidljive štetne posljedice takozvanih „igara na sreću“. Pojam sreće neprimjereno se odnosi upravo na područja „igara“ u kojima se ulaže manji ili veći novčani iznos.

U novije vrijeme sve su učestaliji i drugi oblici takozvanih modernih ovisnosti, od kojih su najznačajniji ovisnost o kockanju i ovisnost o internetu. Krajem 2007. godine započinje u Hrvatskoj sustavnije liječenje kockara i njihovih obitelji.

Predvodnice „novih ovisnosti“ upravo su patološko kockanje i klađenje. Procjenjuje se da u Hrvatskoj ima oko 50 000 patoloških (bolesnih) kockara te oko 230 000 kockara koji su „kandidati“ za prijelaz u kategoriju patoloških.

Začarani krug krađe i kocke

Najveće su žrtve kockanja i klađenja maloljetne osobe oba spola. Brojna istraživanja u osnovnim i srednjim školama u Hrvatskoj ukazuju na stalni porast broja učenika srednje i dijelom osnovne škole koji aktivno „igraju“ neku ili više ponuđenih igara. Formiraju se i maloljetničke skupine oba spola koje vikendom ulažu svoj džeparac u neku od „igara“. Istraživanja u Hrvatskoj pokazala su da roditelji znaju za kockarske aktivnosti svoje maloljetne djece u čak 32 posto slučajeva te da čak 17 posto školaraca igra (kocka) zajedno sa svojim roditeljima!

Maloljetnici kockaju prvenstveno radi zarade, zabave i uzbuđenja, dosade, da

Istraživanja u Hrvatskoj pokazala su da roditelji znaju za kockarske aktivnosti svoje maloljetne djece u čak 32 posto slučajeva te da čak 17 posto školaraca kocka zajedno sa svojim roditeljima

budu bolji u kocki, radi druženja s prijateljima, da se oraspolože, da se osjećaju bolje, jer i drugi to rade, da se opuštaju, a i zato jer im je kockanje i klađenje dostupno. Maloljetnici koriste sredstva ovisnosti (cigarete, alkohol ili droge), krađu novac za kockanje, izostaju s nastave da bi kockali. Razvijaju se kriva shvaćanja i zaključivanja.

Hrvatski zakoni ne omogućavaju maloljetnim osobama klađenje i kockanje

te im je ono izričito zabranjeno. Mladići kockaju češće i intenzivnije od djevojaka te igraju više vrsta igara od djevojaka. Podatak ukazuje na grubo nepoštivanje Zakona o priređivanju igara na sreću od strane priređivača u Hrvatskoj.

Rizičniji adolescenti imaju pozitivnije stavove prema kockanju, pokazuju više rizičnog i delinkventnog ponašanja te imaju izraženija psihopatska obilježja ličnosti, kao što su traženje uzbuđenja,

Kome i kako liječenje uspijeva?

Tko se zapravo uspijeva izliječiti, koliki je uspjeh liječenja kockara, koliko vremena treba da se netko izliječi, vjerojatno su najčešća pitanje članova obitelji i kockara. U prvom redu ustrajne osobe koje:

- *su motivirane za duboku i trajnu promjenu ponašanja,*
- *se ne kolebaju prema igrama na sreću; one znaju da u kocki „nema kruha“,*
- *imaju povjerenja u obitelj, sebe, grupu, terapeuta,*
- *imaju želju za trajnom apstinencijom,*
- *žele normalno živjeti,*
- *žele svoje iskustvo pada u ovisnost o kocki podijeliti s drugima,*
- *ne žele živjeti kao kockari,*
- *imaju cilj - ne kockati,*
- *znaju ili spoznaju da je sreća u zadovoljstvu zajedničkim i odgovornim životom,*
- *prihvataju da život s kockom ne donosi ništa dobro ni kockaru, ni njegovoj obitelji,*
- *ne žele više podržavati svoj kockarski način i stil života.*

Zatražite pomoć i možete uspjeti!

Kockanje i klađenje može se uspješno liječiti! Zatražite pomoć bez puno razmišljanja! Ako posumnjate da se netko kladi, kocka, „igra“ rulet, aparate i automate, uputite ga na savjetovanje kod stručnjaka!

neodgovornost, impulzivnost, laganje, manipulacija i izostanak kajanja. Kod rizičnih i problemskih kockara veći je intenzitet imovinskih delikata, konzumiranja sredstava ovisnosti, nekih nasilnih delikata i rizičnog seksualnog ponašanja.

Nitko nije „izgubljen slučaj“

U Hrvatskoj postoji desetak stručnjaka koji se više godina bave liječenjem kockara i njihovih obitelji. Stručnu pomoć možete zatražiti i pri zavodima za javno zdravlje, koji se nalaze u svakoj županiji.

Prije ulaska u grupu, obitelj i sam kockar poučavaju se o patologiji kockanja, posljedicama i načinu liječenja, raspolaganju novcima te upoznaju s osnovnim pravilima rada grupe. Priprema za ulazak u grupu traje između jedan i dva mjeseca. Iako nisu svi kockari, kao ni sve obitelji voljni ući u grupu, jedan je od ciljeva zadržati ih u tretmanu i ponuditi grupni rad kao metodu izbora.

Liječenje je dugotrajno, prvenstveno zbog dugog kockarskog „staža“. Smatra se da kockari (i članovi njihove obitelji) trebaju dolaziti na grupe obitelji minimalno jednom tjedno.

Cilj je liječenja promjena osobnosti, koja se može djelomično primijetiti unutar prve godine dana, iako su prema nekim autorima potrebne najmanje dvije do tri godine. Čak i obitelj koja želi povjerovati u promjenu osobnosti, prihvaća da je za to potrebno znatno duže vremensko razdoblje. Upravo je ta promjena osobnosti, koja zahtijeva višegodišnji tretman, garancija da se osoba neće vratiti svijetu kocke. Tu je opasnost i da se jedna ovisnost, ako se ne mijenja osobnost, samo zamijeni drugom (ne kocka, ali konzumira alkohol).

OVISNOST O PSIHOAKTIVNIM TVARIMA



IZ OKOVA ROPSTVA KA SLOBODI

Piše

Tatjana Matković-Marinković, dr.med.,
specijalistica psihijatrije

Kad čujemo taj termin, najčešće pomislimo na ovisnost o drogama i alkoholu. No, osim o psihoaktivnim tvarima, ovisni možemo biti i o određenim aktivnostima ili ponašanjima pa govorimo o ovisnosti o hrani, sportu, seksu, kocki, televiziji, internetu. U posljednje se vrijeme govori o ovisnostima modernoga doba: igranju kompjutorskih igrica, korištenju društvenih mreža, umreženosti (online). Istraživanja ukazuju na to da bilo koja aktivnost koja djeluje stimulirajuće na određenu osobu može tijekom vremena iz navike prijeći u ovisničko ponašanje. U ovom članku pokušat ćemo u osnovnim crtama približiti problematiku ovisnosti o psihoaktivnim tvarima.

Žudnja koja ubija

Uzimanje raznih sredstava koja se danas smatraju sredstvima ovisnosti ili drogama datira od najranije povijesti čovječanstva. Broj ovisnika o drogama u svijetu stalno raste, unatoč svim mjerama prevencije. Radi se o globalnom javnozdravstvenom problemu. Droga je

Prema rječniku hrvatskog jezika (V. Anić), značenje riječi „ovisnost“ doslovno glasi: „stanje koje ne dopušta slobodan odnos prema kome ili čemu, a ovisnik je onaj koji ne može bez čega, rob navike“

svako psihoaktivno sredstvo, prirodnog ili sintetskog podrijetla, u krutom, tekućem ili plinovitom obliku, koje osoba uzima radi postizanja neke poželjne promjene psihičkog ili fizičkog stanja (želeći postići određeni psihološki učinak ili otkloniti neugodu nastalu neuzimanjem tog sredstva), a o kojem može postati ovisna. Psihoaktivna sredstva djeluju na živčani sustav i mijenjaju aktivnost mozga. Prije ili kasnije, to dovodi do štetnih tjelesnih, psihičkih i socijalnih posljedica za ovisnu osobu.

Akutna intoksikacija stanje je koje slijedi nakon unošenja psihoaktivne tvari u organizam. Zloraba droga uporaba je psihoaktivnih tvari u opsegu za koji je vjerojatno da će prouzrokovati oštećenje zdravlja i/ili dovesti do štetnih posljedica socijalnog funkcioniranja (u obitelji, u školi, na poslu, u prometu, zakonski problemi).

Ovisnost o drogama može se definirati kao psihičko, a ponekad i fizičko stanje

koje nastaje međudjelovanjem živog organizma i (višekratnog uzimanja) sredstava ovisnosti. Karakterizira ga unutrašnja prisila za uzimanjem sredstva ovisnosti (znak gubitka kontrole zbog neodoljive žudnje), unatoč svjesnosti o prisutnim štetnim posljedicama (zdravstvene i socijalne sfere), bilo da se dožive poželjni učinci, bilo da se izbjegnu patnje koje će se javiti ako se s uzimanjem prekine, uz uobičajeni razvoj tolerancije. Tolerancija je pojam koji se može odnositi na droge, lijekove i alkohol, a znači da je u tijeku njihove duže uporabe potrebna sve veća doza za postizanje istog učinka.

Apstinencijski znaci

Psihička ovisnost stanje je unutrašnje prisile na povremeno ili redovito uzimanje sredstva ovisnosti radi stvaranja osjećaja ugone ili izbjegavanja nelagode, a znakovi sustezanja psihičke su naravi.

Fizička ovisnost stanje je prilagodbe koje se manifestira karakterističnim (u odnosu na vrstu psihoaktivne tvari) poremećajima psihičke i fizičke prirode pri prestanku uzimanja sredstva ovisnosti. Ti se poremećaji nazivaju apstinencijski simptomi ili simptomi sustezanja. Dok opijati (osobito heroin) uzrokuju jaku fizičku i psihičku ovisnost kod 90 posto konzumenata unutar mjesec dana uporabe, alkohol će uzrokovati blažu ovisnost: oko 10 posto konzumenata će nakon pet do deset godina prekomjernog pijenja razviti ovisnost. Kokain izaziva snažnu psihičku ovisnost. Kanabinoidi (THC) i halucinogeni (LSD)

najčešće izazivaju psihičku ovisnost. Stimulansi amfetaminskog tipa, barbiturati i nikotin izazivaju umjerenu do tešku psihičku i fizičku ovisnost. Politoksikomanija je ovisnost o više psihoaktivnih tvari istovremeno.

Centri ugone

Centri ugone u mozgu imaju ključnu ulogu u razvoju ovisnosti. Ovisnost se smatra bolešću mozga jer sredstva ovisnosti mijenjaju njegovu strukturu i funkcioniranje te dovode do poremećaja ponašanja.

Iako svaka psihoaktivna tvar ima drugačiji mehanizam djelovanja, svima je zajedničko da nakon konzumacije krvlju dopijevaju u mozak i podražuju tzv. centre ugone (ventralno tegmentalno područje, nukleus akumbens, prefrontalni korteks), putem izlučivanja neuro-prijenosnika dopamina, te potiču želju za ponovnim uzimanjem psihoaktivne tvari. Neuroprijenosnici su kemijske tvari koji prenose impulse između moždanih stanica. Te centre ugone prirodno aktiviraju hrana (sitost), voda (izostanak žeđi), zadovoljavanje spolnog nagona te doživljena pažnja, priznanje, ljubav.

Skretanja u rizične kolosijeke

Zloporaba droga neprirodan je, štetan, rizičan, pa i društveno neprihvatljiv način zadovoljavanja ljudske potrebe za doživljavanjem ugone ili uklanjanjem osjećaja boli, stresa, patnje. Ljudska bića, osobito djeca i mladi, znatiželjni su, teže novim iskustvima i doživljajima, a najteže se kontroliraju u ponašanjima koja rezultiraju neposrednim doživljava-

njem ugone ili užitka. Ako se zadovoljavanje te potrebe ne osigura na „prirodan“ način (za što bi pojednicu trebalo osigurati određenu kvalitetu života), i/ili dijete pravodobno ne bude upućeno u sve opasnosti kojima se izlaže konzumacijom droga, u sredinama u kojima su droge lako dostupne povećat će se vjerojatnost, odnosno rizik od inicijalnog uzimanja droge.

Rezimirajući mogućnost međudodosa više čimbenika koji povećavaju rizik od skretanja mlade osobe prema rizičnim ponašanjima, uzroke bi trebalo tražiti u: 1. funkcionalnosti obitelji i škole (kvaliteta odgoja), 2. biopsihološkoj dispoziciji djeteta (struktura ličnosti, genetika) te 3. okruženju u kojem dijete živi i provodi slobodno vrijeme (dostupnost droga, utjecaj supkulture konzumenata u vršnjačkim skupinama, trendovi zabave, negativni utjecaji medija, kvaliteta i organiziranost školskih i drugih programa prevencije ovisnosti).

Mogući znakovi da osoba (adolescent) konzumira drogu (nekoliko od navedenih simptoma istovremeno) jesu: udaljava se od vas, postaje strancem unatoč tome što ste prije bili bliski, ne želi razgovarati, izbjegava kontakt, laže, ima problema s učenjem iako mu je prije dobro išlo, „markira“ iz škole, nestrpljiv je, razdražljiv, naizmjenice je uzbuđen pa apatičan, spava u čudno vrijeme, često nestaje iz kuće tijekom dana pod raznim izgovorima i trudi se izbjeći kontakt nakon što se vrati, vraća se jako kasno ili bez dozvole spava izvan doma, ima nove poznanike koje ne želi pozvati kući, dovodi u pitanje štetnost droge, ima prekomjeren apetit ili nema apetita, ima krvave oči, sužene ili raširene zjenice, kroničnu upalu, kod nje/njega pronalazite lule, rizle (cigaretni-papir), bijeli prah, tablete nepoznatog porijekla, spaljenu aluminijsku foliju, lijekove bez recepta, nepoznate kemikalije, iz kuće nestaju novac i vrijedni predmeti.

Legalne i ilegalne psihoaktivne tvari

Postoji puno različitih podjela psihoaktivnih tvari. U zakonskom smislu razlikujemo legalne i ilegalne. Kava, duhan i alkohol najpoznatije su legalne psi-

Rana adolescencija, najčešći početak

Korištenje psihoaktivnih tvari najčešće počinje u ranoj adolescenciji. Preventivne mjere mogu biti usmjerene prema pojedincu, obitelji, školi i društvu u cjelini: prema pojedincu - pokušaj ranog otkrivanja psihičkih poremećaja koji mogu biti odgovorni za samoliječenje psihoaktivnim tvarima; prema obitelji - obiteljske terapije, pokušaji korekcije poremećaja dinamike obiteljskih odnosa koji mogu biti odgovorni za okretanje mladih ljudi prema psihoaktivnim tvarima; prema školi - edukativna predavanja i radionice o svim opasnostima od psihoaktivnih tvari, nastojeći droge prikazati bez aureole mističnosti, kako kod nekih adolescenata ne bismo pojačali znatiželju; prema društvu - promjenama zakona s ciljem smanjenja dostupnosti psihoaktivnih tvari i njihove popularizacije, te javnim kampanjama kojima će se podizati svjesnost o tom globalnom javnozdravstvenom problemu.



Zašto ljudi uzimaju psihoaktivne tvari?

- *Žele se osjećati dobro. Većina droga izaziva intenzivne osjećaje užitka. Nakon početnog osjećaja euforije, slijede drugi učinci koji se razlikuju ovisno o vrsti psihoaktivne tvari. Naprimjer, stimulansi, kao što je kokain, izazivaju osjećaj moći, samopouzdanja i povećane energije. Nasuprot tome, euforiju uzrokovanu opijanjem, kao što je heroin, slijedi osjećaj opuštanja i zadovoljstva.*
- *Žele se osjećati bolje. Neki ljudi koji pate od socijalne anksioznosti, poremećaja povezanih sa stresom i od depresije, počinju zloupotrebjavati lijekove u pokušaju smanjenja osjećaja uznemirenosti (samoliječenje). Stres može igrati važnu ulogu u početku uporabe droga, stalne zlorabe droga ili recidiva kod pacijenata koji se oporavljaju od ovisnosti.*
- *Žele biti uspješniji u poslu, sportu, nekoj aktivnosti, zbog čega započnu s eksperimentiranjem i nastave sa zlorabom psihoaktivnih tvari (stimulansi ili anabolički steroidi).*
- *Zbog znatizelje i „jer to rade drugi“. U tom smislu adolescenti su osobito ranjivi zbog snažnog utjecaja vršnjaka. Tinejdžeri imaju veću vjerojatnost od odraslih da se uključe u rizično ponašanje kako bi impresionirali svoje prijatelje i izrazili svoju neovisnost od roditeljskih i društvenih pravila.*

hoaktivne tvari, a tu se mogu svrstati i neki lijekovi (za smirenje, za spavanje, protiv bolova itd.). Svaka pretjerana i neopravdana uporaba tih sredstava postaje zloraba. Ilegalne psihoaktivne tvari ili droge u pravilu nemaju medicinsku uporabu. Zbog toga je svaka uporaba tih tvari zloraba. Toj skupini pripadaju, na našem tržištu najraširenije, marihuana, hašiš, LSD, amfetamin, metamfetamin, ecstasy, kokain i heroin, a u posljednje vrijeme na tržištu se pojavljuju sintetski kanabinoidi i druge sintetske droge. Prema utjecaju na organizam, mogu se podijeliti na depresore, opijate, stimulanse, halucinogene, a neke droge imaju miješano djelovanje.

Depresori opuštaju, smanjuju napetost, umiruju, uspavljaju: alkohol, benzodiazepini, barbiturati.

Opijati/narkotici uklanjaju bol, izazivaju intenzivnu euforiju, praćenu smirenjem i ugodom. U većoj dozi izazivaju pospanost, oslabljenu koordinaciju pokreta, usporeno disanje, otežan govor: opijum, morfin, heroin, kodein.

Stimulansi izazivaju ubrzavanje rada srca, povišenje krvnog tlaka, porast tjelesne temperature, porast energije, smanjuju osjećaj gladi i umora te povećavaju budnost, poboljšavaju raspoloženje sve do euforije, ali mogu izazvati anksioznost, paniku, agresivno ponašanje, psi-

hozu: blagi stimulansi su kava, nikotin, od ilegalnih droga kokain, amfetamin, metamfetamin, MDMA (ecstasy - ima i halucinogeno djelovanje).

Halucinogeni mijenjaju misli, osjećaje, iskrikljuju percepciju stvarnosti, izazivaju iluzije i halucinacije (ljudi vide slike, čuju zvukove i osjećaju podražaje koji se čine stvarnima, no zapravo nisu): LSD, psilocibin („čarobne gljive“), meskalin, fenciklidin (anđeoski prah).

Kanabinoidi djeluju opuštajuće, euforično, izazivaju oslabljenu koordinaciju i ravnotežu, otežano učenje i pamćenje, iskrikljenu percepciju, napade panike, psihoze: marihuana, hašiš.

Inhalanti: izazivaju osjećaj opijenosti, gubitak inhibicija, glavobolju, mučninu, mutan vid, pad koordinacije pokreta, iskrikljenu percepciju: sprejevi, ljepljiva, otapala. Vrlo često ih koriste mlađi tinejdžeri zbog lake dostupnosti.

Klupske droge (česte na masovnim koncertima, zabavama, uglavnom s elektronskom glazbom): GHB (tekući ecstasy), ketamin, LSD, MDMA (ecstasy), metamfetamini, rohypnol („droga za silovanje“).

Spriječiti i liječiti, nadjačavajući vodeći svjetonazor ekstremnog hedonizma

Ako roditelj posumnja na problem, može se najprije obratiti liječniku

obiteljske medicine, koji će ga savjetovati i dalje uputiti. U mnogim bolnicama postoje odjeli za liječenje bolesti ovisnosti (poliklinička djelatnost, dnevne bolnice i bolničko liječenje). Građanima su najdostupniji, u okviru županijskih zavoda za javno zdravstvo, odjeli za zaštitu mentalnog zdravlja i prevenciju ovisnosti, u kojima rade timovi stručnjaka (psihijatri, psiholozi, socijalni pedagozi, medicinski tehničari i dr.), gdje se zainteresirani mogu javiti na savjetovanje bez uputnice.

U slučaju postavljanja dijagnoze (eksperimentiranje, zloraba ili ovisnost o psihoaktivnoj tvari, uz moguću prisutnost i drugog psihičkog poremećaja i/ili tjelesne bolesti - komorbiditet), po principu individualnog pristupa započinje se liječenje koje uključuje savjetovanje, edukaciju, psihoterapiju (individualnu, grupnu, obiteljsku), farmakoterapiju te psihosocijalne intervencije. Liječenje ovisnosti može biti ambulatno, bolničko i u okviru terapijske zajednice (postoje mnoge nevladine udruge i terapijske zajednice koje se bave tom problematikom.)

Nužno je kontinuirano kao društvo raditi s mladim ljudima u kreiranju boljeg osmišljavanja života i buđenja duhovnosti, nastojeći nadjačati suvremeni svjetonazor ekstremnog hedonizma.

PSIHOSOCIJALNA REHABILITACIJA



Dom za odrasle osobe Turnić u transformaciji je koja mijenja odnos okoline te predrasude i neznanje koje korisnicima nameću osjećaj manje vrijednosti, nelagode i povlačenja, jer i osobe s narušenim mentalnim zdravljem imaju resurse da žive kao punopravni članovi zajednice

Brisati granice INSTITUCIJE

Piše

Alenka Vondra Butigan,
radna terapeutkinja

Dom za odrasle osobe Turnić skrbi o osobama s teškoćama mentalnog zdravlja i jedina je ustanova u Primorsko-goranskoj županiji koja brine o toj kategoriji korisnika. Riječ je o korisnicima koji su, zbog predrasuda i neznanja, marginalizirani kroz povijest, što se odražava na količinu i kvalitetu usluga koje im nudi zajednica.

Osim stigmatizacije koju doživljavaju, oni često imaju iskustvo naučene bespomoćnosti zbog stava društva da zbog svoje dijagnoze ne mogu iznositi svoje želje, nemaju pravo na samoodređenje i trebaju biti isključeni iz donošenja odluka. Posljedica je toga usvajanje određenih ponašanja i osjećaj obespravljenosti, što vodi u siromaštvo, gubitak osobnosti i razvoj institucijskih oblika ponašanja.

Zbog svega navedenog bilo je nužno promijeniti pristup u radu s osobama s teškoćama mentalnog zdravlja razvojem oblika skrbi koji omogućuju osnaživanje i pružaju mogućnost da, unatoč dijagnozi, osoba razvije svoje preostale sposobno-

sti i kroz to se afirmira u aktivnog, punopravnog i produktivnog člana zajednice.

Raskinuti socijalnu isključenost

Dom Turnić godinama je institucijski skrbio o osobama s teškoćama mentalnog zdravlja, od kojih su neke provele u domu veći dio svoga života. Većina korisnika smještena je u Dom rješenjima centara za socijalnu skrb, nakon višekratnih i dugotrajnih boravaka u psihijatrijskim bolnicama. Kroz proces liječenja većina je ostala bez podrške svoje socijalne okoline, koja je važna za oporavak. Socijalna isključenost pratila je cijeli proces. Bez obzira na to što je Dom za svoje stanare predstavljao sigurnost, kao i svaka institucija, imao je svoja pravila i karakteristike, kao što su život s velikim brojem ljudi, s kojima ne dijelite iste želje, planove i interese, kontrola nad životima i odlukama koje utječu na njih. Zahtjevi institucije često su bili na prvom mjestu, ispred pojedinačnih potreba. Iz tih razloga, Dom Turnić je od 2011. godine počeo s izradom plana deinstitucionalizacije i transformacije ustanove.

Budući da ustanovu čine ljudi, stanari i radnici, bilo je važno početi mijenjati

stavove korisnika Doma i radnika koji su godinama radili u instituciji i po njenim pravilima, u kojima je dominirao jak medicinski hijerarhijski model. Unatoč tome što je Dom bio u povoljnijem položaju od većine sličnih domova zbog toga što je smješten u centru grada, s dostupnim sadržajima u lokalnoj zajednici i otvorenog je tipa, korisnici su se često žalili na odnos okoline koja je, zbog predrasuda i neznanja, kod korisnika izazivala osjećaj manje vrijednosti, nelagode i povlačenja.

Jedna od prvih i najvrednijih aktivnosti bilo je uključivanje volontera u život i rad Doma. Svojim radom i sudjelovanjem u raznim životnim aktivnostima postali su svojevrsni ambasadori borbe protiv stigme u zajednici.

Od 2013. godine intenzivno se počelo raditi na osnaživanju i poticanju na osamostalivanje korisnika programima radne terapije. Kroz radionice brige o sebi i vlastitom prostoru, kulinarske radionice, edukativne radionice korisnici su poticali na aktivnosti koje godinama nisu mogli, a nisu ni morali raditi (planiranje obroka, odlasci u nabavu namirnica, namještanje kreveta, kuhanje...).

Paralelno s aktivnostima koje su bile vezane za neke bazične potrebe, počeli

smo i s aktivnostima koje će biti vidljive u zajednici i koje će osnažiti i socijalno uključiti korisnike Doma u lokalnu zajednicu.

Život izvan Doma

Jedan od prvih projekata antistigme kojim su korisnici izašli iz okvira ustanove, jest projekt dramske radionice "Kuc Kuc cabaret". Dramska radionica kombinacija je relaksacije, pokreta, zabave, improvizacije, glasovnih vježbi, stvaranja dramskog teksta i izvođenja. Ima velik utjecaj na smanjenje straha od javnog nastupa, izražavanje kreativnosti, na razvijanje smisla za humor i razvijanje osjećaja vrijednosti, samopouzdanja, kao i grupne pripadnosti i prijateljstva. Predstava je korisnicima omogućila gostovanja i putovanja po cijeloj zemlji, a i u susjedne države, boravak izvan institucije, u hotelskom smještaju, i izvedbe, ne samo u ustanovama srodnim našem Domu, nego i na sveučilištima i u javnim kazalištima.

U veljači 2015. godine, prvi korisnici Doma Turnić krenuli su u samostalan život uz podršku, otvorene su prve stambene zajednice Doma Turnić i formiran Odjel organiziranog stanovanja, s četiri stambene zajednice u Gorskom kotaru, a šest mjeseci kasnije otvorena je i prva stambena zajednica u Rijeci. Važno je naglasiti kako osoba, tek kada se nađe u realnoj i stvarnoj situaciji, može pokazati svoje stvarne kapacitete i kako, unatoč nastojanjima da se osoba pripremi za samostalnost u instituciji, stvarni resursi osobe dolaze do izražaja. Često tek tada dođe do izražaja snaga deprivacije koju sa sobom nosi život u instituciji. Paralelno s razvojem programa u Domu, radili smo na resursima u lokalnoj zajednici. Aktivnostima koje smo provodili za korisnike Doma nastojali smo utjecati na lokalnu zajednicu.

Festival mentalnog zdravlja

U želji da usluge koje smo razvijali postanu dostupne i osobama s teškoćama mentalnog zdravlja iz lokalne zajednice i njihovim obiteljima te da povežemo sustav zdravstva, socijalne skrbi i lokalne zajednice, 2016. godine inicirali smo organizaciju Festivala mentalnog zdravlja "Mentalfest", u trajanju od šest dana,

U Živoj knjižnici posuđuju se ljudi-knjige!

Projekt Živa knjižnica inovativna je metoda kojom se nastoji promicati dijalog, smanjiti predrasude i potaknuti na međusobno razumijevanje. U Živoj knjižnici, umjesto posuđivanja knjiga kao predmeta, posjetitelj može posuditi knjige - ljude. Cilj je toga projekta osvještavanje društva o poteškoćama s kojima se susreću osobe s teškoćama mentalnog zdravlja, edukacija javnosti i direktno prenošenje poruke. Osim finalne realizacije Žive knjižnice, uključuje se i vrijeme pripreme za sam događaj kako bi se svaka osoba pojedinačno osnažila, a samim time naučila samozastupanju. Priprema se odrađuje kroz redovite grupe kojima je krajnja svrha osvještavanje i promicanje vlastitih vrijednosti, kao i osobnih iskustava putem vršnjačke pomoći.

kojim smo nastojali prenijeti snažnu poruku društvu o teškoćama s kojima se susreću osobe s teškoćama mentalnog zdravlja i njihove obitelji. U sklopu prvog „Mentalfesta“ realizirali smo još dvije nove aktivnosti, koje smo razvijali kroz radnoterapijski projekt destigmatizacije, Živu knjižnicu „Lude knjige“ i emitiranje prve radijske emisije „Tko je ovdje lud“.

Projektom radijske emisije nastojimo promicati dijalog i smanjiti predrasude u društvu, kao i stigmatizaciju osoba s iskustvom mentalnih poteškoća. Emisiju samostalno uređuju i vode osobe s iskustvom mentalnih poteškoća. Svrha je projekta jačanje samih autora emisije, njihovog samopouzdanja, unapređenje njihove sposobnosti komunikacije i poticaj na kreativno stvaralaštvo, samostalno donošenje odluka, kao i poboljšanje sposobnosti stvaranja dugoročnih i kratkoročnih ciljeva. Radijska emisija ne utječe pozitivno samo na korisnike Doma, već široj zajednici približava iskustvo mentalne bolesti. Samim time svi slušatelji dobivaju informacije pomoću kojih mogu znati kako i gdje potražiti pomoć.

Prva emisija „Tko je ovdje lud“ emitirana je na Radio Rijeci, 10. listopada 2016. godine, a posebno smo ponosni na to što je njezina vrijednost prepoznata i od javnosti i nagrađena nagradom „Marija Jurić Zagorka“ od Hrvatskog novinarskog društva kao najbolja radijska emisija u 2016. godini.

Još je jedan projekt obilježio rad naših korisnika 2018. godine: ostvarena je suradnja s ESN organizacijom mladih - Dubrovnik. Grupa od 11 korisnika gostovala je u Dubrovniku. Tijekom četiri

dana gostovanja prvi je put u Dubrovniku održan „Mentalfest“ Dubrovnik, u sklopu kojeg su izvedeni Kuc Kuc Cabaret, Živa knjižnica i gostovanje na UNIDU studentskom radiju. Cijeli događaj ostavio je velik dojam na sve sudionike i prenio važnu poruku. Upravo činjenica da su u publici sudjelovali uglavnom studenti, mladi ljudi koji će svojim utjecajem na društvo moći mijenjati stavove i utjecati na predrasude, pruža neku svjetliju sliku o položaju osoba s poteškoćama mentalnog zdravlja u budućnosti.

Put ka deinstitulizaciji

Treba istaknuti da, bez partnerskog odnosa i izlaska iz „komforne zone“ sigurnosti u instituciji, oporavak ne bi bio moguć. Od 2011. godine, od kada se započelo s transformacijom Doma i deinstitutionalizacijom, a osobito od 2013. godine, kada su se počeli realizirati pojedini specifični projekti, otvoren je Dnevni boravak za osobe s teškoćama mentalnog zdravlja. Tridesetak korisnika usluge smještaja prešlo je u izvaninstitucijski oblik skrbi, u stambene zajednice, tri korisnika usluga Doma trajno su izašla iz sustava i žive samostalno u zajednici, osnovan je tim za psihosocijalnu rehabilitaciju, osnovana je Udruga za podršku obitelji i osoba s teškoćama mentalnog zdravlja „Podrška“.

Potvrđeno je da je deinstitutionalizacija i transformacija Doma dugotrajan proces koji, unatoč nailaženju na niz otežavajućih faktora, a često i otpora u svojoj provedbi, osobama koje se nalaze u procesu oporavka vraća dostojanstvo i ravnopravnost te im omogućava da postanu produktivni članovi društva.

ULOGA OBITELJI I ZAJEDNICE



ODNOSI S BLIŽNJI ključ oporavka

Obiteljsko ozračje ima ogroman utjecaj na zdravlje članova. Jačanje međusobnog razumijevanja, prihvaćanje člana s psihijatrijskom bolešću i priprema obitelji na krizne intervencije, ima snažan utjecaj na ishod i budućnost liječenja

Piše
Ljiljana Kordić, psihologinja

Svatko od nas ima pravo na slobodu i pravo na život u zajednici. Međutim, ljudi s iskustvom psihijatrijske bolesti, koji se nalaze u institucijama, s jedne su strane izolirani od zajednice, a s druge prisiljeni provoditi svoje dane u istoj sobi s ljudima koji su tu također na osnovi tuđe odluke.

Ti ljudi ne kontroliraju tijek svoga života niti odluke koje utječu na njihov život. Zahtjevi institucije u koju su smješteni često imaju prioritet nad njihovim pojedinačnim potrebama. Pored toga, većina je iskusila od nekoliko pa i do dvadesetak prijema u psihijatrijske bolnice. Nepotrebne prijeme u psihijatrijske bolnice možemo spriječiti pružanjem usluga podrške u zajednici, otpuštanjem dugotrajno institucionaliziranih pacijenata koji su pripremljeni za život u zajednici te uspostavljanjem i održavanjem sustava podrške u zajednici za osobe s narušenim mentalnim zdravljem koje nisu institucionalizirane. U tom je procesu ključni čimbenik psihosocijal-

na podrška osobi u oporavku. Takvom podrškom osnažujemo oboljele osobe, njihove obitelji i socijalno okruženje, a ishod je uspješno (ponovno) uključivanje u svakodnevni život u zajednici.

I odgovornost se uči

U Domu Turnić djelatnici - socijalni radnici, psiholozi, radni terapeut, medicinske sestre, radni instruktori i asistenti u organiziranom stanovanju, sustavno i u suradnji s korisnicima potiču razvoj i unaprjeđenje postojećih vještina potrebnih za samostalan život ili život uz podršku u zajednici. Uz korisnike stacionara Doma Turnić, organiziranog stanovanja i dnevnog boravka, tu su i korisnici iz zajednice s područja Primorsko-goranske županije.

Ispitujemo njihovu motivaciju kroz inicijalni intervju, razgovorom u kojem saznajemo koji su izazovi osobnog razvoja s kojima bi se željeli suočiti. Procjenjujemo njihove socijalne vještine, uključujući aktivnosti samozbrinjavanja - brigu o vanjskom izgledu, odjeći, o redovitom uzimanju lijekova i redovitim liječničkim kontrolama. Pored toga, provjeravamo i razumijevanje pisa-

nih uputa, ostvarivanje zakonskih prava, korištenje gradskog prijevoza, samostalnu brigu o financijama, kvalitetno provođenje slobodnog vremena.

Potičemo učenje rješavanja konfliktnih situacija - uključujući vještine pregovaranja, izražavanja neslaganja s drugim mišljenjem bez svađe i postizanja kompromisa. Vodimo programske radionice gdje korisnici unaprjeđuju osnovne komunikacijske vještine - kako započeti razgovor, aktivno slušati druge, postavljati pitanja, održavati razgovor, izražavati osjećaje te potičemo razvoj naprednih vještina, kao što je vještina asertivnosti. Asertivno obraćanje drugima znači zauzimanje za svoja prava, a da istovremeno ne narušavamo prava drugih. Potičemo sklapanje prijateljstva, pronalaženje partnera, učenje koraka rješavanja problema, usvajanje pravila pristojnog ponašanja.

Psihosocijalnu podršku pružamo individualno i u grupi, sukladno procjeni potreba korisnika i području u kojem radimo; tako se, naprimjer, na unaprjeđenju komunikacijskih vještina radi grupno, dok se vježbanje konstruktivnog i društveno prihvatljivog suočavanja sa stresnim situacijama provodi uglavnom u individualnom radu. Očekivanja od psihosocijalne podrške u suglasju su s mogućnostima korisnika, dok je tempo održavanja radionica prilagođen svladavanju zadanih tema.

Uočili smo da je većini osoba u ovoj skupini važno razviti svijest o samome sebi i o drugim ljudima, o svojim problemima te razvijati osjećaj empatije i odgovornosti.

Utjecaj obitelji, lijek ili otrov

Metode koje prate svladavanje svakog područja jesu razgovor, modeliranje uloga, vježbanje, korektivne povratne informacije i poticanje. Svaku temu najprije objašnjavamo, odgovaramo na pitanja tko, zašto, kako. Slušamo korisnike i njihova razmišljanja te na osnovi toga dalje vodimo grupu tako da ih potičemo na ono što smatramo društveno ispravnim. Primjerice, je li govoriti bez poziva nekoj osobi na ulici društveno ispravno ponašanje? Neki od korisnika u tome ne vide ništa loše. Igrajući uloge demonstrirali smo situaciju i tako skupa došli do zaključka da se osoba kojoj se druga oso-

ba na ulici obrati i govori bez poziva na razgovor o stvarima koje nisu ni u kakvoj vezi sa situacijom - osjeća loše i da to zato nije društveno ispravno ponašanje.

Pružamo podršku obitelji s članom koji je osoba s narušenim duševnim zdravljem. Imamo viziju optimalnog obiteljskog ozračja uzimajući u obzir to da je obiteljsko ozračje i sastavni dio i proizvod obiteljske zajednice. Ozračje ovisi o komunikaciji i interakcijama među članovima, psihološkim osobinama članova obitelji te međudjelovanju odnosa obitelji i društva. Obiteljsko ozračje ima ljekovit ili otrovan utjecaj na zdravlje članova. Česte i dugotrajne reakcije tuge, bijesa, srama ili negacije problema nepovoljno djeluju na ishod bolesti oboljelog člana te povećavaju rizik od bolesti i drugih članova obitelji.

Pružamo potporu u obiteljskom rješavanju problema te pripremamo obitelj na krizne intervencije u smislu konstruktivnog suočavanja s krizom. Podrška je usmjerena na poboljšanje obiteljskih odnosa te na obiteljsko prihvaćanje i razumijevanje člana s iskustvom psihijatrijske bolesti.

Razvijanje procesa socijalne podrške obitelji, temeljene na lokalnim potrebama i mogućnostima, tako da obitelji nisu izolirane i imaju dovoljnu kontrolu nad životom obitelji kao cjeline te nad odlukama koje utječu na svakog člana obitelji, uključujući i onog s problemima mentalnog zdravlja, dio je koncepta integrirajućih zajednica.

Društvena mreža podrške

Mreža usluga mentalnog zdravlja u zajednici promiče duševno zdravlje kroz individualizirane zdravstvene i psiho-

Medicinski i psihosocijalni pristup, udruženi

Službe mentalnog zdravlja predstavljaju „srce” mreže usluga u zajednici. Osoblje tih službi obučeno je u specifičnim znanjima i vještinama, potrebnim za dijagnostiku, terapiju i rehabilitaciju osoba s teškoćama mentalnog zdravlja. Dnevni centri najčešće se baziraju na psihosocijalnom pristupu, a organiziraju se da bi pružili potrebnu njegu i rehabilitaciju osobama s teškoćama mentalnog zdravlja. Usluge pružaju tijekom tjedna, u dnevnim satima. Psihijatrijski odjeli u općim bolnicama rezervirani su za akutne slučajeve. Rezidencijalne strukture, kao što je stacionar Doma Turnić, organizirane su prema principu zajednice, a ne prema bolničkom tipu i pružaju smještaj (dnevni i noćni) onim osobama sa psihosocijalnim invaliditetom koje trebaju kontinuiranu potporu.

socijalne intervencije te kroz aktivnosti promocije zdravlja i prevencije usmjerene na cijelu zajednicu. Pri tome, zajednica ima zahtjevniju zadaću usvojiti osobno usmjeren pristup u pružanju podrške i omogućiti individualizirani proračun za svakog korisnika.

Pristup usluga u zajednici oslanja se na organiziranu mrežu usluga. Liječnici opće i obiteljske medicine u službama primarne zdravstvene zaštite pružaju zdravstvene usluge opće medicine najširoj populaciji. Za funkcioniranje mreže važno je da liječnici budu senzibilizirani i educirani u prepoznavanju mentalnih poremećaja te informirani o upućivanju osoba na korištenje najprimjerenijih zdravstvenih i psihosocijalnih usluga unutar mreže.

Službe mentalnog zdravlja predstavljaju „srce” mreže usluga u zajednici. Osoblje tih službi obučeno je u specifičnim znanjima i vještinama, potrebnim za dijagnostiku, terapiju i rehabilitaciju osoba s teškoćama mentalnog zdravlja. Dnevni centri najčešće se baziraju na psihosocijalnom pristupu

U Primorsko-goranskoj županiji djeluje i Udruga za pružanje podrške osobama s mentalnim teškoćama „Podrška”. Cilj je podići kvalitetu života onima koji su pogođeni mentalnom bolešću i teškoćama u psihosocijalnom funkcioniranju, osobama s iskustvom bolesti i članovima njihovih obitelji, prijateljima i partnerima. Udruga organizira izlete, radionice i predavanja te, u suradnji s Domom Turnić, pruža psihosocijalnu potporu obiteljima.

Integrirana zajednica, orijentirana na razvoj i očuvanje mentalnog zdravlja gradi društvenu mrežu podrške, kako pojedincima, tako i obiteljima. Razumije probleme mentalnog zdravlja u lokalnoj zajednici. Identificira lokalne resurse destigmatizacije radi učinkovite borbe protiv diskriminacije i predrasuda. Osnažuje lokalne grupe podrške i samopodrške. Educira volontere za mentalno zdravlje. Na kraju, ali ne i najmanje važno - educira i senzibilizira urednike medija i donosioce odluka u korist promoviranja prava na slobodu i prava na život u zajednici svakoga od nas.

NARODNI ZDRAVSTVENI LIST

PRETPLATA



Ako se želite pretplatiti na Narodni zdravstveni list, dovoljno je da nazovete tel. broj 051/214 359, 358 792 ili pošaljete dopisnicu sa svojim podacima (ime, prezime, adresa) u

NASTAVNI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO PRIMORSKO-GORANSKE ŽUPANIJE

Odjel socijalne medicine

Krešimirova 52a, 51 000 Rijeka

SOCIJALNE USLUGE U ZAJEDNICI

ŽIVJETI svoj ŽIVOT

Svrha je na osobnoj, grupnoj, obiteljskoj i društvenoj razini osnažiti osobe s iskustvom mentalne bolesti kroz stručnu i druge oblike pomoći te poduprijeti obitelj sprječavajući njihovo pregorijevanje, smanjiti patnju i poboljšati kvalitetu života

Piše

Martina Baiocco, dipl.soc.radnica

Mentalno zdravlje dio je općeg zdravlja te predstavlja važan resurs za pojedinca, obitelj i cjelokupno društvo i zajednicu. Problemi i poremećaji mentalnog zdravlja, zbog visoke prevalencije i vrlo često kroničnog tijeka, predstavljaju jedan od prioritarnih problema u Republici Hrvatskoj. Osim toga, mentalni poremećaji stigmatiziraju, izazivaju subjektivnu patnju i smanjuju kvalitetu života osobe i njezine okoline.

Dom za odrasle osobe Turnić jedina je ustanova u Primorsko-goranskoj županiji koja pruža specijalizirane socijalne usluge za osobe s mentalnim teškoćama kojima više nije potrebno bolničko liječenje. Ustanova je u procesu transformacije svojih usluga već nekoliko godina te ih nastoji prilagoditi potrebama pojedinaca i vremenu u kojem živimo tako da se više radi na prevenciji.

U tom smislu, Dom Turnić razvio je nekoliko novih usluga i aktivnosti čiji je cilj smanjiti broj osoba na dugotrajnom smještaju, ali i omogućiti osobama s teškoćama mentalnog zdravlja da ostanu u svojim prirodnim sredinama i tamo dobiju pomoć koja im je potrebna.

Poludnevni i cjelodnevni boravak

Prva usluga toga tipa, koja u Rijeci postoji već pet godina, jest usluga boravka koja se pruža u obliku poludnevnog boravka (od 4-6 sati dnevno) i cjelodnevnog bo-

ravka (od 6-10 sati dnevno). Cjelodnevni ili poludnevni boravak osobi se može odobriti jedan dan u tjednu, više dana u tjednu ili tijekom svih radnih dana u tjednu. Usluga boravka pruža se osobama s mentalnim teškoćama koje nemaju potrebe za dugotrajnim smještajem u ustanovi, ali im je potrebna pomoć oko socijalizacije, učenja vještina svakodnevnog života, brige o zdravlju i drugog, primjenom individualiziranog pristupa podrške. Dom Turnić pruža uslugu boravka na adresi Josipa Završnika 2/1, Rijeka, za 15 osoba. Pružanje te socijalne usluge financiraju Grad Rijeka, Primorsko-goranska županija i Ministarstvo socijalne politike i mladih. Dnevni boravak Doma Turnić radi od ponedjeljka do petka, od 7.00 do 17.00 sati.

Boravkom se osigurava zadovoljavanje životnih potreba korisnika pružanjem usluga prehrane, održavanja osobne higijene, brige o zdravlju, čuvanja, odgoja, njege, radnih aktivnosti, psihosocijalne rehabilitacije, organiziranja slobodnog vremena, ovisno o utvrđenim potrebama i izboru korisnika. Usluga boravka

značajna je jer korisnicima omogućava provođenje raznovrsnih aktivnosti, koje su mnogi od njih tijekom godina zaboravili, ili im jednostavno pruža proširivanje krugova podrške i međusobno druženje.

Organizirano stanovanje na osam lokacija

Drugi korak ka transformaciji usluga i deinstitucionalizaciji Dom Turnić napravo je pružanjem usluge organiziranog stanovanja. Organizirano stanovanje socijalna je usluga kojom se jednoj ili više osoba, tijekom 24 sata dnevno, uz organiziranu stalnu ili povremenu pomoć stručne ili druge osobe, u stanu ili izvan stana, osiguravaju osnovne životne potrebe te zadovoljavanje socijalnih, radnih, kulturnih, obrazovnih, rekreacijskih i drugih potreba. U jednoj stambenoj jedinici može stanovati najviše osam korisnika.

Dom Turnić pruža uslugu organiziranog stanovanja na 8 lokacija na području Rijeke i Gorskog kotara (Delnice i Brod na Kupu). Trenutačno tu uslugu u sklopu Doma za odrasle osobe Turnić koristi 25 korisnika.

U svakoj zajednici organiziranog stanovanja pružaju se razina i vrste potrebne podrške koje odgovaraju individualnim potrebama svakog korisnika. Korištenjem te usluge korisnici, koji su većinom bili dugi niz godina smješteni u instituciju, postigli su visok stupanj oporavka te se može reći da su funkcionalni na vrlo visokom stupnju. Promjene koje su u njihovim životima nastupile očituju se

Kako do usluga

Vezano uz priznavanje te usluge i usluge boravka, zainteresirani se mogu javiti u prostorije Dnevnog boravka Doma Turnić u Rijeci, Josipa Završnika 2/1 te na telefonski broj 051/341 184.

u samozbrinjavanju, aktivnostima svakodnevnog života, širenju krugova podrške i slično.

Psihosocijalna podrška

Jedna nova socijalna usluga u zajednici, koju Dom Turnić pruža od početka 2018. godine, jest usluga psihosocijalne podrške. Psihosocijalna podrška je socijalna usluga koja podrazumijeva rehabilitaciju koja potiče razvoj kognitivnih, funkcionalnih, komunikacijskih ili socijalnih vještina korisnika. Ona se može pružati individualno i u grupi. Također, može se pružati u obitelji ili kod pružatelja usluge. U obitelji korisnika usluga se može pružati do pet sati tjedno, a kod pružatelja usluga dvanaest sati tjedno, od čega najviše šest sati individualno, a ostalo u grupi. Takva psihosocijalna podrška može se pružati uz nazočnost i sudjelovanje članova obitelji. Dom Turnić uslugu psihosocijalne podrške pruža od ponedjeljka do petka, od 7 do 19 sati, te je stoga moguće prilagoditi se potrebama i obvezama korisnika usluge. Tu uslugu Dom Turnić započeo je pružati zapošljavanjem stručnih radnika putem projekta Europskog socijalnog fonda „Prilika“. Cilj je tom uslugom obuhvatiti što veći broj pojedinaca, ali i njihovih obitelji, u svrhu pružanja podrške, osnaživanja te prevencije institucionalizacije. Pružanje te usluge besplatno je za korisnike, a samim time postupak njezinog priznavanja puno je jednostavniji.

Unutarnji glas, i grupe podrške

Uz navedene usluge, Dom Turnić razvio je i nekoliko aktivnosti kojima je cilj prilagođavanje usluga osobama u potrebi te transformacija usluga.

Prva takva, aktivnost jest grupa „Hearing Voices“, ili grupa samopodrške za osobe koje čuju glasove, vide vizije i imaju neka druga neobična uvjerenja i iskustva. Kao dio „Hearing Voices“ mreže zapad-

nog Balkana, Dom Turnić također je član Intervoicea, međunarodne organizacije za pomoć osobama koje čuju glasove, vide vizije i imaju neka druga neobična iskustva i uvjerenja. Grupe se održavaju dva puta mjesečno, u poslijepodnevnom satima, a vode ih osobe (stručnjaci po iskustvu i profesionalci) koje su prošle edukaciju za rad po toj metodi. Za sada na području Rijeke djeluju tri takve grupe, s tendencijom otvaranja novih kod povećanja broja osoba zainteresiranih za uključivanje. Grupe djeluju u prostoru Dnevnog boravka Doma Turnić. Grupe su besplatne i dostupne svima koji bi željeli svoja iskustva podijeliti sa sebi sličnima.

Druga je važna aktivnost osnivanje Udruge za pružanje podrške osobama s mentalnim teškoćama „Podrška“. Cilj je udruge „Podrška“ bolji život svih koji su pogođeni mentalnom bolešću i teškoćama u psihosocijalnom funkcioniranju - osoba s iskustvom bolesti, članova njihovih obitelji, prijatelja, partnera i drugih.

Naime, Dom Turnić je, zajedno s Udrugom za pomoć ovisnicima „Vida“, kroz projekt „Traversada“- osnaživanje obitelji osoba s mentalnim poteškoćama, potaknuo formiranje grupe ili udruge za podršku obiteljima i prijateljima osoba s mentalnim teškoćama. Udruga „Podrška“ izrasla je iz grupa podrške koje su se sastajale jednom mjesečno u prostorijama Dnevnog boravka. Udruga „Podrška“ redovito održava svoje susrete te ima sve veći broj članova koji se međusobno podržavaju i pomažu.

Svrha je svih navedenih usluga bolji i kvalitetniji život osoba koje imaju teškoće mentalnog zdravlja. Usluge se pružaju kroz individualizirani pristup i stručni rad, ali i uz vršnjačku podršku. Važno je osobama u potrebi osigurati primanje tih usluga u njihovoj lokalnoj zajednici. Također, važno je podršku pružiti i članovima njihovih obitelji kako bismo spriječili njihovo pregorijevanje.

DOM ZA ODRASLE OSOBE



LIJEČENJE POČINJE NJEGOM

Školovanje, kompetencije i djelokrug rada medicinskih sestara i tehničara u Domu za odrasle osobe puno je više od obične njege, uzimanja hrane i lijekova, to je i briga o stanju, potrebama i svemu onome što bolesniku pruža životnu snagu

Piše

Kristina Vidović, bacc.med.tech.

Osvrnemo li se na povijesni razvoj sestrinstva, jasno je vidljiva povezanost s radom u Domu za odrasle osobe. Vremenski, neke stvari su se jednostavno same nametnule i bile su neophodne. Razvoj i pristup radu u sve većem su zamahu, ali polaze od osnovnih principa „njege“ i uvijek se na njih vraćaju. Kvalitetna njega omogućuje pojedincu puno više od zadovoljenja primarnih potreba.

Uključivanje u rad „Podrške“ i „Hearing Voices“ grupe

Zainteresirani za sudjelovanje u radu „Podrške“ mogu se javiti na broj 099/2554316, gdje će dobiti sve potrebne informacije.

Osobe koje žele postati članovi „Hearing Voices“ grupe trebaju se javiti u Dom Turnić, Giuseppea Carabina 6, radi prethodnog dogovora.

Polazeći od činjenice da korijeni medicine počivaju u čovjeku, u njegovoj praiskonskoj svjesnoj borbi protiv bolesti i smrti, kao posljedici nagona za samoodržanjem, važno se prisjetiti da su prvi nositelji te borbe bile žene-majke, vođene materinskim instinktom.

Pod utjecajem različitih religija, u srednjem vijeku nastaju bolnice, kao karitativne ustanove, skloništa za nemoćne, siromašne i starije osobe.

Najveći Carigradski hospital nalazio se u samostanu Pantokrator, a osnovao ga je 1136. g. Ivan II. Komnen. Sastojao se od azila za umobolne, epileptičare, starce te ambulante i medicinske škole. Tad se prvi put spominju bolničarke, a osim redovnika, bolesnike su njegovale redovnice-žene. Osnovna funkcija starih hospitala nije bilo liječenje, nego samo smještaj i njega bolesnika; liječnici su samo povremeno dolazili u njih.

Početkom 16. st. velike reforme u znanosti i medicini ne utječu na razvoj njege bolesnika, već se briga o bolesnima prepušta neškolanima i nepisanim osobama.

Dame milosrđa

Vinko Paulski među prvima je shvatio važnost obrazovanja sestara i osnovao svjetovno udruženje žena „Dames de Charite“, žena koje su htjele pomoći bolesnima i siromašnima i za taj su posao bile i plaćene.

U 18. i 19. st. znanost i medicina znatno utječu na njegu bolesnika. Liječnik organizira njegu, a sestra je izvršitelj. Zahvaljujući Florence Nightingale, počinje se naglo razvijati njega kao zvanje. Florence Nightingale objavljuje priručnik „Notes on nursing“, u kojem piše: „Upotrebljavam riječ njega u nedostatku bolje. Ta riječ znači nešto više od podjele lijekova i promjene obloga. Ona znači korištenje svježeg zraka, svjetla, čistoće, mira, izbor i podjelu hrane, sve ono što bolesniku pruža životnu snagu.“ Naglasak je na važnosti prosvjećivanja te na unapređenju zdravlja i prevenciji.

Danas medicinske sestre/tehničari nisu isključivo vezani uz „njegu“ pacijenta, već upravljaju, nadziru, prikupljaju, analiziraju te prezentiraju prikupljene podatke, planiraju cjelokupnu zdravstvenu skrb pacijenta i vode propisanu dokumentaciju o tome.

Edukacija i doškolovanje mogućnosti su koje medicinske sestre/tehničari koriste i tako pridonose svojem radu. Podizanje kvantitete i kvalitete zdravstvene njege, istraživanje javnozdravstvenih problema i rizika ojačali su i stvorili odlične timove, koji su najvažnija poveznica pacijenta sa zdravstvenim sustavom, njegovom bolešću i suočavanjem njegove obitelji s novonastalom situacijom.

Visokoobrazovane medicinske sestre/tehničari kompetentni su za niz inter-

vencija u zdravstvenoj skrbi za psihički oboljele osobe, a njihov je osnovni zadatak četverostruk: unapređenje zdravlja, sprječavanje bolesti, obnavljanje zdravlja i ublažavanje patnji (Kodeks ICN, 1973.).

Njega, briga i podrška

Dom Turnić ima 68 mjesta za korisnike usluge dugotrajnog smještaja. Osim institucionalne, pruža i vaninstitucionalnu skrb u osam stambenih zajednica, dnevnom boravku te kroz psihosocijalnu podršku.

Rad medicinske sestre obuhvaća prevenciju, liječenje i rehabilitaciju osoba s mentalnim teškoćama različite životne dobi, što zahtijeva individualno usmjeren pristup svakom pojedincu, rad u stacionarnom odjelu, kreativnost i dosjetljivost na stambenom dijelu, pratnju pri liječničkim pregledima, jačanje odnosa u lokalnoj zajednici. Kroz svakog korisnika otvaraju se nove mogućnosti, naš život dobiva novu dimenziju, postoji potreba za umrežavanjem kroz sustav, održavaju se razne radionice... Pokušavamo nadgledati i poticati jedni druge.

Liječnik opće medicine obilazi korisnike jednom tjedno, a ostale specijalističke preglede obavljamo putem uputnica. Osim brige o prevenciji i liječenju, trudimo se, u slučajevima kad to više nije moguće, korisnicima omogućiti dostojanstvenu smrt.

Zbog prirode bolesti, koja narušava socijalno funkcioniranje, vrlo često dolazi do socijalne izolacije korisnika i njegove obitelji.

Postupak deinstitucionalizacije pokazao je koliko se teško naši korisnici bore sa životnim izazovima ako nemaju adekvatnu pomoć. Nove stambene zajednice imaju 24-satnu skrb i postepenim osamostaljivanjem korisnika smanjuje se i vrijeme podrške.

Intervencije su usmjerene prema korisniku radi postizanja što većeg osamostaljenja i što adekvatnije integracije u socijalnu sredinu, što ne znači da radimo umjesto korisnika, već uz njega, i potičemo njegovo osamostaljivanje i bolje odnose unutar obitelji. Korisnik uči vještine upravljanja novcem, kućanske poslove i jača međuljudske odnose. Za uključivanje korisnika u zajednicu važan je kontinuiran kontakt s drugim osobama i rad na samopoštovanju.

Timskim radom do napretka

Gledajući s različitih aspekata, očuvanje zdravlja, sigurnost i pouzdanost primjene lijeka, odgovarajuća prehrana, vođenje evidencije o redovitim kontrolama liječnika, praćenje pogoršanja zdravstvenog stanja, briga za specifične potrebe korisnika, omogućavaju redovitu evaluaciju korisnika i obitelji te zajednički napredak u oporavku.

Potrebno je jačati mrežu podrške u zajednici, uključiti patronažne sestre, bolje se umrežiti unutar sustava zdravstva. Timski rad je neophodan radi poboljšanja kvalitete i razvoja korisnikova života.

Domovi su nekad bili mjesta na koja su se korisnici većinom smještali po hitnim rješenjima, zbog novonastale aktualne situacije. Najčešće je to značilo podmirenje osnovnih životnih potreba te sigurnost za korisnika usluge, da je, jednom riječju, zbrinut. Danas se korisnicima prilazi na puno sveobuhvatniji način i usmjerenost ide prema svim preostalim resursima. Osim kontinuiranog učenja i inovacija u radu s korisnicima, najveći nam je izazov suradnja s lokalnom zajednicom kroz različita događanja te razbijanje predrasuda u društvu. Razvijamo suradnju s dječjim vrtićima, školama, studentima, raznim klubovima i postajemo prepoznatljiviji kao mjesto prakse. Naši korisnici pokazuju smjer kojim treba ići i taj se smjer uvijek pokaže ispravnim.

FESTIVAL MENTALNOG ZDRAVLJA

„Mentalfest 2018.“

Ovogodišnji je cilj privući pažnju opće tako i stručne javnosti, na izazove mentalnog zdravlja s kojima se mladi suočavaju

Piše

Ljiljana Kordić, psihologinja

Dom za odrasle osobe Turnić iz Rijeke, već treću godinu zaredom, obilježava Svjetski dan mentalnog zdravlja organizirajući Festival mentalnog zdravlja „Mentalfest“, koji je ove godine posvećen promoviranju mentalnog zdravlja mladih u promjenjivom svijetu te će se pod tim naslovom i održati od 9. do 13. listopada, na različitim lokacijama u Rijeci. U 2016. godini cilj „Mentalfesta“ bio je pridonijeti vraćanju dostojanstva osobama koje imaju iskustvo poteškoća mentalnog zdravlja. U 2017. godini „Mentalfest“ je promovirao mentalno zdravlje na radnom mjestu. Suvremeni svijet donosi nove izazove u odrastanju. Većinu svog slobodnog vremena mladi provode na internetu. Neki od njih tamo doživljavaju

nasilje; neki pokazuju simptome ovisnosti o videoigrama. Među mladima u Hrvatskoj je, prema podacima Europskog centra za praćenje droga i ovisnosti o drogama, u porastu zloraba kanabisa, kokaina i sintetičkih psihoaktivnih droga. Pušenje, konzumacija alkohola i učestalost teškog opijanja iznad su prosjeka EU. Mladost je i razdoblje života kad se pojavljuju prvi simptomi ozbiljnih duševnih bolesti. Budući da su mladi skloni promjenama raspoloženja i često se osjećaju izvan kontrole, može biti teško identificirati što je poremećaj mentalnog zdravlja, a što dio normalnog razvoja u adolescenciji. A ipak, mlade ne potičemo sustavno da bez srama i straha zatraže pomoć i podršku kad im je to potrebno. U javnosti prevladava stigmatizirajući jezik; psihijatrijske dijagnoze ušle su u opću uporabu kako bi se netko označio

kao manje vrijedna osoba jer doživljava mentalne teškoće.

Očekujemo da mladi odrastaju u snažne, otporne osobe, koje se mogu oduprijeti zlostavljanju, nasilju, uporabi psihoaktivnih tvari i preopterećenju internetom. No, što se događa kad mlada osoba doživljava traumu - iznova i iznova? Gdje su usluge u zajednici? Gdje su informacije? Jesu li otvoreni kanali komunikacije s pružateljima usluga? Upravo je cilj ovogodišnjeg „Mentalfesta“ privući pažnju, kako opće tako i stručne javnosti, na izazove mentalnog zdravlja s kojima se mladi danas suočavaju te započeti razgovor oko onoga što im je potrebno kako bi odrasli zdravi, sretni i otporni.

U organizaciju ovogodišnjeg „Mentalfesta“ uključili su se kao partneri Odjel za zdravstvo i socijalnu skrb Grada Rijeke, KBC Rijeka - Klinika za psihijatriju, Sveučilište u Rijeci - Filozofski fakultet i Fakultet zdravstvenih studija, Medicinska škola u Rijeci, Gradska knjižnica Rijeka, Nastavni zavod za javno zdravstvo PGŽ i Udruga za pomoć ovisnicima „Vida“.

Organizacija „Mentalfesta“ sufinancirana je sredstvima Europske unije iz Europskog socijalnog fonda, u okviru Operativnog programa Učinkoviti ljudski potencijali 2014. - 2020. godine.

Program „Mentalfesta“

Datum	Sat	Događaj	Mjesto
9.10. utorak	9:30	Promocijsko-informativni štand	Korzo
	9:30	Radionica „Pogled iz drugog kuta“	Gradska knjižnica
	13:00	Svečano otvaranje s interaktivnim predavanjima stručnjaka	Gradska vijećnica
	18:00	Izložba fotografija „Tko je ovdje normalan?“	Muzej moderne i suvremene umjetnosti
10.10. srijeda	9:00	Simpozij „Nije lako biti mlad“	Fakultet zdravstvenih studija
	18:00	Živa knjižnica	„Book caffe“ - Dnevni boravak
	9:00	Forum „Zdravi grad:(N)e nasilju“	Gradska vijećnica
11.10. četvrtak	13:00	Projekcija filma „Sestre“ - Sex trafficking i Živa knjižnica Udruge „Vida“	Filozofski fakultet
	19:00	„Kuc kuc Cabaret“ - glumačka družina Doma Turnić	Ri-Teatar, Kulturni centar Kalvarija
12.10. petak	10:00	Međunarodna korisnička konferencija	Filozofski fakultet
	18:00	Plesni nastup „Draw the line“ grupe „Flame“ Svečano zatvaranje	Hrvatski kulturni dom na Sušaku
13.10. subota	10:00	„Ludo, ali moguće!“ - karaoke, sportske igre korisnika, članova obitelji i stručnjaka i obilježavanje Dana Doma Turnić	Bočalište Doma Turnić

MOJ SVIJET ŽIVLJENJA OD KOSTRENE DO KOSTRENE

Piše
Prim. doc. dr. sc. Vjekoslav Bakašun,
 dr. med., *specijalist epidemiolog*



Bio sam liječnik – pomorac

U mojem rodnom mjestu Kostrena, poznatom po pomoračkoj tradiciji, skoro svakodnevno sam bio u dodiru s pomorcima, a najveći dio moje generacije bili su pomorci. U razgovorima s njima, a i ostalim pomorcima, upijao sam njihove doživljaje i barem nekada zažalio što i ja nisam pošao ploviti. Zahvaljujući činjenici da sam 1958. i 1959. godine bio liječnik u Rijeci, u Zdravstvenoj stanici za poduzeće *Jadrolinija* (u sastavu DNZ Rijeka), bilo mi je lakše ukrcati se na brod u funkciji brodskog liječnika i tako sam imao prigodu prvi put ploviti kao liječnik na brodu, a kasnije još nekoliko puta. Nisam bio plaćen za svoj rad brodskog liječnika, ali mi je, uz potpuno besplatnu opskrbu na brodu, bilo omogućeno da vidim velik dio svijeta, koji u drugim okolnostima vjerojatno nikada ne bih posjetio. Turisti s broda u svakoj su luci išli na izlete, a s njima i ja. Osim toga, bilo mi je to još jedno životno i liječničko iskustvo više i barem malo upoznao sam život pomoraca. Ovdje želim pisati o nekim doživljajima na tim putovanjima, a posebno o onima u kojima sam morao pružati liječničku pomoć. Na svim putovanjima koristio sam dane godišnjeg odmora.

Kružna putovanja putničkim brodom „Jedinstvo“

Prva moja plovidba bila je tijekom ožujka i travnja 1959. godine i trajala je četiri tjedna, na putničkom brodu „*Jedinstvo*“ poduzeća *Jadrolinija* Rijeka. Taj je brod bio izgrađen 1957. godine te je već tijekom izgradnje bio predviđen isključivo za kružna putovanja, poput plovećeg hotela, s visokim komforom i kapacitetom od 220 putnika. Bio je to prvi brod u floti *Jadrolinije* koji je zadovoljavao i taj oblik suvremenog turizma. Od vlasti sam dobio odobrenje za ukrcaj, što tih godina baš i nije bilo jednostavno dobiti. Od *Jadrolinije* sam dobio potrebne dokumente i voznu kartu za vlak do luke Napoli, gdje sam se ukrcao na brod.

U Napulju su se na brod ukrkali novi putnici, pristigli tog dana. O njima tijekom ukrcaja nisam vodio brigu. Brod je navečer krenuo za luku Tunis, a sljedećih smo dana posjetili još pet gradova.

Usljediła je vožnja do Venecije, gdje smo sljedeći dan pristali, a turisti su zadovoljno napustili „*Jedinstvo*“. Zado-



voljstvo putnika bilo je iznad očekivanog, posebno privlačnim itinerarom, čistoćom na brodu, dobrom hranom, a iznad svega toplinom i pažnjom članova posade. Pošli su svojim kućama prepričavati prijateljima dojmove s putovanja i za božićnih praznika prikazivati dija pozitive sa slikama s putovanja, pa su tako postali besplatna promidžba za kružna putovanja brodovima *Jadrolinije*.

U Veneciji su se u poslijepodnevni satima na brod ukrkali novi putnici, za sljedeće kružno putovanje na relaciji Venecija – Dubrovnik – Itéa (s izletom u Delphi) – Pirej (s razgledanjem Atene) – Rodos – Krf - Venecija. Na svim tim putovanjima skoro svi putnici bili su s njemačkog govornog područja, jer je brod unajmila agencija *Touropé* iz Münchena.

Na ručak s iščašenim ramenom

Za vrijeme ta, ukupno četiri putovanja liječio sam tek neke male zdravstvene probleme, dok nekih težih medicinskih problema nisam imao. Ipak se zbio jedan. Bio je lijep sunčan dan, ali se brod nešto jače valjao na valovima. Bilo je vrijeme ručka. Došao mi je konobar i kazao da je u jednoj kabini pala putnica i da treba liječničku pomoć. Odmah sam pošao i već pri površnom pregledu utvrdio da je putnici zbog pada u kabini iščašeno rame. Još iz studentskih dana znao sam o načinu repozicije iščašenog ramena, malo sam i pokušao, ali sam odustao – za svaku sigurnost, jer nestručan postupak može dovesti do većeg oštećenja tog zgloba. Među putnicima bila je njemačka liječnica s kojom sam se upoznao tijekom putovanja. Sjedila je za stolom u očekivanju jela, prišao sam joj i zamolio je za pomoć. Rado se odazvala. U kabini je utvrdila stanje ozljede, brzo je izradila smotak ručnika, podmetnula ga pod pazuhu putnice i efektno reponirala iščašeno rame te mi kazala da bandažiram rame. Zahvalio sam kolegici i uspješno obavio fiksaciju ramena, pa kazao putnici da ću obavijestiti konobara da joj donese ručak u kabinu. No, ona je na to promptno i glasno odgovorila: „Gospodine doktore, ja sam platila puni pansion, a oni bi mi u kabinu donijeli nešto malo. Meni je iščašeno lijevo rame, a desna ruka mi je slobodna pa idem u restoran na ručak jer mogu jesti desnom rukom.“ I pošla je u restoran. Sigurno se pobojala da bi u kabinu možda dobila tek manji dio obroka, a platila je za punu opskrbu! Eto, takvi su bili putnici – turisti.

SVJETSKI DAN SRCA 2018.

MOJE SRCE, TVOJE SRCE, NAŠA SRCA

Kardiovaskularne bolesti i dalje su vodeći uzrok smrti i invalidnosti u svijetu danas

Termin kardiovaskularne bolesti (KVB) odnosi se na bilo koju bolest srca, bolesti krvožilnog sustava mozga ili bolesti krvnih žila. Prevladavajuće kardiovaskularne bolesti jesu: koronarna bolest srca (npr. srčani udar) i cerebrovaskularna bolest (npr. moždani udar). Držeći pod kontrolom ključne faktore rizika, kao što su prehrana, tjelesna aktivnost, uporaba duhana i povišen krvni tlak, moguće je reducirati rizik od obolijevanja od KVB-a. Tvoje srce veličine je tvoje šake i najjači je mišić u tvom tijelu. Tvoje srce počelo je kucati oko tri tjedna nakon tvog rođenja. Ako doživiš 70, godina tvoje će srce do tada otkucati dvije i pol tisuće bilijuna puta.

Obećanje srcu!

Prema informacijama Globalnog atlasa o KVB-u, prevenciji i udaru, preko 17,5 milijuna smrti svake godine uzrokovano je kardiovaskularnim bolestima. Ishemijska bolest srca (npr. srčani udar) odgovorna je za 7,3 milijuna smrti od svih smrti uzrokovanih kardiovaskularnim bolestima, a cerebrovaskularna bolest (npr. moždani udar) odgovorna je za 6,2 milijuna smrti od ukupne smrtnosti uzrokovane kardiovaskularnim bolestima. Ta činjenica čini KVB vodećim uzročnikom smrti u svijetu.

Kardiovaskularne bolesti vodeći su ubojica u svijetu danas. Ali ne mora biti tako. Čineći samo male promjene u stilu života, možemo smanjiti rizik od bolesti srca i udara, jednako kao i povećati kvalitetu življenja te ujedno služiti kao dobar primjer sljedećim generacijama. Znači, potrebno je postaviti pitanje sebi, ljudima do kojih vam je stalo i pojedincima diljem svijeta: „Što mogu učiniti u ovom trenutku kako bih brinuo o svojem srcu... i tvom srcu?“

Svjetski dan srca obilježava se 29. ruj-

na svake godine te u svijetu predstavlja najveću platformu Svjetskog saveza srca za podizanje svjesnosti o kardiovaskularnim bolestima, uključujući bolesti srca i udare.

Moje srce, tvoje srce

Ove godine svjetska kampanja fokusira se na ideju da sami čuvamo svoja srca i srca naših voljenih. Radi se o tome da postavimo pitanje sami sebi, ljudima do kojih nam je stalo i pojedincima diljem svijeta: „Što mogu učiniti sada kako bih brinuo za zdravlje svojeg srca... i tvog srca?“ Također, rezonira s profesionalnom kardiologijom i zdravstvenom publikom koji su posvećeni čuvanju naših srca.

Obećajmo svojem srcu! Glavni je zadatak ovogodišnje kampanje da obećamo: sami sebi kao pojedinci da ćemo biti više tjelesno aktivni, da ćemo reći NE pušenju, da ćemo se hraniti zdravije..., da obećamo kao zdravstveni djelatnici da ćemo spasiti više života..., ili da obećamo kao kreatori politike da ćemo provoditi planiranje prevencije protiv nezaraznih bolesti. Jednostavno, dat ćemo obećanje... za moje srce, za tvoje srce, za naša srca.

Osvjetljavajući crvenu svjetlost

Proteklih godina sve više svjetski poznatih znamenitosti, spomenika i zgrada osvjetljavano je crvenim svjetlom u znak podrške obilježavanju Svjetskog dana srca. Čineći samo male promjene u stilu života, možemo svi živjeti dulje, bolje, više srčanozdrave živote.

Jednostavno obećanje... za MOJE SRCE, za TVOJE SRCE, za SVA NAŠA SRCA:

- obećajte da ćete jesti dobro i piti mudro,
- smanjite konzumaciju slatkih pića i voćnih sokova - birajte vodu i

nezaslađene sokove,

- zamijenite slatke, zaslađene poslastice svježim voćem i zdravim alternativama,
- potrudite se jesti 5 porcija (otprilike veličine dlana) voća i povrća dnevno - ono može biti svježe, smrznuto, konzervirano ili sušeno,
- pijte alkohol u preporučenim količinama,
- pokušajte smanjiti konzumaciju industrijski obrađene hrane, koja je često bogata solju, šećerom i masnoćom,
- pripremajte kod kuće svoje zdrave marende za školu i posao,
- obećajte da ćete biti tjelesno aktivniji,
- 5 puta tjedno, po barem 30 minuta, budite umjereno intenzivno tjelesno aktivni,
- ili barem 75 minuta u tjednu budite aktivni snažnijim intenzitetom,
- igranje, hodanje, kućanski poslovi, plesanje - sve se računa!
- budite aktivniji svakog dana - idite stubama, hodajte ili biciklirajte umjesto vožnje,
- vježbajte s prijateljima i obitelji - bit ćete motiviraniji i zabavnije je!
- preuzmite aplikaciju za vježbanje ili brojač koraka kako biste pratili svoj napredak,
- obećajte reći NE pušenju, to je najbolji potez koji možete učiniti da poboljšate zdravlje srca jer je nakon dvije godine od prestanka pušenja rizik od obolijevanja od koronarne bolesti srca znatno umanjen,
- 15 godina nakon prestanka pušenja rizik obolijevanja od KVB-a jednak je kao kod nepušača,
- izlaganje pasivnom udisanju duhanskog dima također je uzrok srčanih bolesti kod nepušača, što znači da ćete prestankom pušenja (ili nepočinjanjem na prvom mjestu) poboljšati ne samo svoje zdravlje, već i zdravlje onih koji vas okružuju,
- ako imate poteškoća s prestankom pušenja, zatražite profesionalni savjet.

Svjetska kardiološka federacija

MY HEART, YOUR HEART

On World Heart Day, we're asking you to make a promise. A promise to eat more healthily, to get more active, to say no to smoking. A simple promise... for my heart, for your heart, for all our hearts.



ANKSIOZNOST I ANKSIOZNI POREMEĆAJI



U OKOVIMA MUČNIH OSJEĆAJA



Anksiozni poremećaji velika su skupina psihičkih poremećaja, poznatih i pod nazivom neurotski poremećaji (neuroze). Ubrajaju se među najčešće psihičke poremećaje, uz procjenu da će oko 20 posto populacije tijekom života imati neki od anksioznih poremećaja



Piše

Jelena Rebić, dr.med.

Češći su u žena nego u muškaraca, a mogu se javiti u svakoj životnoj dobi. Anksiozni su poremećaji za bolesnu osobu izrazito ometajući, dovode do smanjene funkcionalnosti u raznim sferama života (radnoj, socijalnoj,

obiteljskoj) te narušavaju kvalitetu života. Unatoč tome, često ostaju neprepoznati godinama, a bolesne osobe nerijetko odgađaju traženje pomoći psihijatra.

Kako sam naziv skupine poremećaja upućuje, anksioznost - patološka, odnosno „bolesna“ - ovdje je *sržni fenomen*, praćen nizom psihičkih i tjelesnih simptoma.

Od treme do patološke tjeskobe

Anksioznost ili tjeskoba univerzalan je ljudski osjećaj, neugodan osjećaj koji je svatko osjetio nebrojeno puta u životu. To je „normalan“ osjećaj koji se javlja u raznim situacijama: pred ispit u školi ili na fakultetu, pred važan sastanak, u sportaša pred natjecanje, kod iščekivanja rezultata liječničkih pretraga te u nizu drugih stresnih i problemskih situacija. Taj osjećaj ljudi opisuju i drugim izrazima, kao: iščekivanje, trema, strepnja, uplašenost, zabrinutost (briga), bojazan, napetost, nesigurnost...

Anksioznost pobuđuje naše tijelo aktivacijom simpatičkog živčanog sustava, u čemu ključnu ulogu imaju biokemijske supstance u organizmu, kortizol („hormon stresa“) i noradrenalin. Tako se uz anksioznost javljaju simptomi tjelesne pobuđenosti: ubrzan rad srca i povišen krvni tlak, znojenje, ubrzano disanje, širenje zjenica, napetost u mišićima, drhtanje tijela, suha usta, mučnina u trbuhu, valovi vrućine/hladnoće i dr. Važno je razlikovati „normalnu“ anksioznost svakodnevnog života od patološke (bolesne) anksioznosti.

„Normalna“ anksioznost (tjeskoba) javlja se u situacijama koje su za osobu psihički (ili i psihofizički) zahtjevnije, potencijalno ugrožavajuće ili nesigurne – primjerice, student osjeća anksioznost pred ispit zbog neizvjesnosti njegova ishoda. Ta je vrsta anksioznosti neminovna, ali i korisna i potrebna

jer osobu motivira, potiče na pripremanje i planiranje, na rad i trud, na korištenje vlastitih potencijala u prevladavanju zahtjevne ili nepovoljne situacije i problema.

Razina anksioznosti ovisi o subjektivnoj procjeni o tome koliko je neka situacija za nas „opasna“ i koliko smo spremni da se s njom suočimo i prevladamo ju. Primjerice, ako neku situaciju procijenimo kao rizičnu i neizvjesnu, a za nas važnu, a sebe ocijenimo nedovoljno pripremljenima i nesigurnima u sebe, tada će razina anksioznosti biti visoka i vrlo neugodna, moguće i „blokirajuća“, pa nećemo moći pokazati ni ono što znamo i možemo. Ta je razina anksioznosti negativna jer ometa naše funkcioniranje.



Patološka anksioznost

Anksioznost nazivamo patološkom ako:

- *je vrlo česta u životu osobe, ako je svakodnevan i dominantan osjećaj,*
- *je pretjeranog intenziteta i trajanja,*
- *se javlja i bez nekog određenog povoda (javlja se izvan zahtjevne, „opasne“ situacije ili traje dugo nakon nje) ili se javlja u objektivno bezazlenim situacijama,*
- *osoba ne može kontrolirati osjećaj anksioznosti,*
- *ometta funkcioniranje osobe (akademsko, radno, socijalno, obiteljsko),*
- *uzrokuje patnju osobe.*

Takva, patološka anksioznost razlog je za javljanje bolesne osobe psihijatru. Patološka anksioznost može biti simptom i niza drugih psihičkih poremećaja, kao što su depresija, psihički poremećaji, neki poremećaji ličnosti, psihičke smetnje u djece i mladih te u populaciji starijih ljudi. Također, neke tjelesne bolesti i određeni lijekovi mogu uzrokovati anksioznost sličnu onoj u anksioznim poremećajima. Stoga je nužna procjena psihijatra da bi se postavila ispravna dijagnoza stanja i započelo s odgovarajućim liječenjem. Dugotrajan, neliječen anksiozni poremećaj može dovesti do pojave i drugih psihičkih poremećaja, a ima negativan utjecaj i na tijelo, uz rizik razvoja tjelesnih bolesti za koje se zna da su usko povezane s emocionalnim stanjem (psihosomatske bolesti).

Često se u kliničkoj praksi potvrdi da se patološka anksioznost javlja kod osoba koje su bile izložene većem, nakupljenom i dugotrajnom (kroničnom) stresu, a nerijetko i da netko iz obitelji osobe s anksioznim poremećajem ima, ili je imao slične psihičke smetnje. Neke su osobe sklonije razviti neki od tih poremećaja; to su osobe koje uglavnom vjeruju da je svijet „opasno mjesto“, da se u druge ne mogu pouzdati niti im vjerovati, a za sebe drže da su ranjive i manje sposobne od drugih. Takve osobe reagirat će na svaku neizvjesnu situaciju jakom anksioznošću, koju će doživjeti kao opasnu i „nenormalnu“, a time će se anksioznost dodatno pojačati. Također, anksiozne psihičke smetnje češće su u osoba koje imaju neke tjelesne bolesti, kao što su bolesti štitnjače (hipertireoza, tireoiditisi) i neke bolesti nadbubrežne žlijezde, srčane (aritmije, angina pectoris) i dišne bolesti (astma, kronična opstruktivna bolest pluća). Mnogi lijekovi i psihoaktivne supstance (kokain, amfetamini, kod nekih i kofein) mogu „oponašati“ anksiozne smetnje, a nagla apstinencija od

psihoaktivnih supstanci (alkohola, sedativa, droga) također uzrokuje anksioznost.

Skupina anksioznih poremećaja

U ovu skupinu poremećaja spadaju:

Fobije (fobični anksiozni poremećaji) - anksioznost izražena u određenim situacijama (škola/ispit, visina, otvoreni ili zatvoreni prostor, veća skupina ljudi...) ili u prisutnosti objekta kojega se osoba boji (životinje, krv...). Osoba izbjegava situacije/objekte kojih se boji ili ih podnosi s jakim strahom, odnosno s izraženom anksioznosti, a već i razmišljanje o toj situaciji/objektu uzrokuje anksioznost. Najčešće fobije zbog kojih osoba traže pomoć psihijatra jesu agorafobija i socijalna fobija.

Agorafobija je strah od otvorenih prostora, od napuštanja doma, odlaska u dućane, u gužve i na javna mjesta ili putovanja javnim prijevozom. Često je praćena paničnim napadajima, koji joj nekad mogu prethoditi (primjerice, osoba ima strah od vožnje autobusom jer je prethodno u autobusu doživjela panični napadaj).

Socijalna fobija je strah osobe da će ju drugi ljudi promatrati, posramiti i/ili odbaciti, zbog čega može početi izbjegavati socijalne situacije (odlazak na posao, u školu, druženja), ili pak u takvim situacijama osoba trpi izraženu anksioznost. Osoba je obično usmjerena i na vlastite tjelesne promjene (crvenjenje, drhtanje ruku, potrebu za mokrenjem), uvjeren da to okolina primjećuje i da će ju zbog toga poniziti. Često se ta fobija javlja već u dječjoj i adolescentnoj dobi, a neliječena nerijetko dovodi do depresije, zlorabe alkohola/nekih droga, narušene kvalitete života i niskog samopoštovanja.

Panični poremećaj - ponavljani napadaji iznenadne i izražene anksioznosti (panike), često bez jasnog povoda. Osoba koja do-

živi panični napadaj sklona ga je pripisati situaciji u kojoj se u trenutku napadaja nalazi (primjerice, napadaj se dogodio dok je osoba čekala u redu u trgovini), pa ubuduće može izbjegavati tu i slične situacije. Uz anksioznost, javne se i tjelesni simptomi poput osjećaja ubranog lupanja srca, boli u prsima, osjećaja gušenja, vrtoglavice, osjećaja nestvarnosti, znojenja, drhtanja, uz strah osobe da će umrijeti, onesvijestiti se, poludjeti. Kako su ti simptomi burni, osoba se u strahu za svoj život obično najprije javlja liječnicima hitne medicine. Tipičan je strah od ponavljanja napadaja panike (anticipirajuća anksioznost).

Generalizirani (opći) anksiozni poremećaj - karakteristična je anksioznost generalizirana na niz situacija, zapravo stalno prisutna, „slobodno lebdeća“. Prisutna je napetost, osoba osjeća kao da je „na rubu“, pretjerano brine o nizu situacija i problema (pa i onih koji se nisu ni dogodili, ali osoba brine da bi se u budućnosti mogli pojaviti - „negativni scenariji“), strepi da će se nešto loše dogoditi njoj ili bliskim osobama, osjeća da ne može kontrolirati zabrinutost i da se ne može opustiti.

Opsesivno-kompulzivni (obuzeto-prisilni) poremećaj - karakteristične su ponavljane i uporne prisilne misli (opsesije) i radnje (kompulzije). Za prisilne misli (ili pak slike/predodžbe) osoba doživljava da se javljaju protiv njene volje, kao nametljive, često neugodne, najčešće se odnose na misli o prljavštini, bolesti/zarazi, redu, a mogu biti i agresivne ili seksualne naravi. Prisilne misli/slike uzrokuju snažnu anksioznost, koja se umanjuje činjenjem prisilnih radnji: pretjerano pranje ruku/tijela, pospremanje, slaganje predmeta, provjeravanje vrata, „mentalne radnje“ (molitve, pjevušenje). Osoba čini te radnje da bi „spriječila“ neki loš događaj za koji se boji da bi se u protivnom dogodio.

Kako prepoznaje besmislenost takvih misli i radnji, osoba im se pokušava oduprijeti, ali bezuspješno. Ako su slične misli/radnje (primjerice, potreba da provjerimo jesu li vrata zaključana iako znamo da jesu) povremene i prolazne, nisu znak psihičkog poremećaja, već prolazne izraženije anksioznosti.

Disocijativni (konverzivni) poremećaj - skupina je poremećaja u populaciji poznatija pod pojmom „histerije“. Pojava poremećaja obično se može povezati s traumatskim ili vrlo stresnim događajem, nepodnošljivim problemima, a često nakon konflikta s drugom, obično bliskom, osobom, na što osoba reagira osjećajima anksioznosti i frustracije. Ti neugodni, često nakupljeni osjećaji „pretvore“ se u simptome, od kojih su najčešći: napadaji nalik na epileptične, smetnje gutanja („knedla u grlu“) ili govora, slabost i oduzetost u rukama ili nogama, abnormalni pokreti ekstremiteta i tijela, gubitak sjećanja (amnezija), stanja nalik na „nesvjestice“, sljepoća ili gluhoća.

Ti simptomi u početku javljanja neminovno pobude sumnju na tjelesnu (neurološku) bolest, no medicinske pretrage ukazuju na odsutnost tjelesne bolesti. Simptomi su, dakle, odraz psihičkog stanja te se osobu uputi na obradu i liječenje psihijatru. Bolesnik te simptome ne „glumi“, oni nisu namjerno izazvani, javljaju se na razini nesvjesnog. U ovu skupinu poremećaja spadaju stanja transa nakon nekih religijskih obreda i poremećaj s višestrukom ličnosti (postojanje više ličnosti unutar jedne osobe).

Somatoformni poremećaji - tipične su učestale pritužbe osobe na tjelesne simptome, uz uporne zahtjeve za medicinskim pretragama zbog tih simptoma, iako su dotadašnje pretrage isključile tjelesnu bolest. U podlozi tegoba nije tjelesna bolest, već psihički stres, nerazriješeni konflikti i frustracije, odnosno emocionalni „svijet“ osobe. No,

bolesnik obično ne prihvaća liječnička mišljenja o psihološkim uzrocima tegoba. Osoba zaista doživljava tjelesne tegobe, zbog čega je zabrinuta, frustrirana i uvjerena da liječnici „još“ nisu pronašli „pravi uzrok“ tegobama.

Simptomi na koje se osoba tuži mogu se odnositi na bilo koji dio tijela ili organ, a najčešće na probavni sustav (bol, „knedla u grlu“, podrigivanje, nadutost, mučnina, povraćanje, proljev, štucanje), kožne senzacije (svrbež, žarenje, trnci), pritužbe vezane uz mokrenje, menstruaciju ili seksualne tegobe, kardiovaskularni (lupanje srca) i dišni sustav (kašalj), a vrlo često bolove bilo kojeg dijela

Liječniku, a ne na Internet!

U „internetskoj eri“ gotovo svatko ima pristup nizu internetskih stranica i foruma na kojima se mogu naći i pogrešne informacije ili „poluinformacije“, pisane od medicinski nestručnih osoba, iz kojih čitatelj može izvesti i krive zaključke, pa iz jednog „bezazlenog“ simptoma može zaključiti da „vjerojatno“ ima tešku bolest! Stoga je neophodno za točne informacije javiti se stručnoj osobi - liječniku.



tijela. Kod osoba s ovim poremećajem, zbog dulje patnje i trpnje, zbog tegoba koje osjećaju, kao posljedica mogu se javiti i drugi anksiozni poremećaji, depresija te ovisnost o lijekovima protiv boli (opioidnim analgeticima). Da bi se te posljedice spriječile, bitno je pravovremeno upućivanje psihijatru i liječenje poremećaja.

U ovu skupinu spada i hipohondrija - zaokupljenost osobe mogućnošću da boluje od tjelesne bolesti (obično teške i ozbiljne). Bolesnik se tuži na tjelesne tegobe ili je zaokupljen izgledom tijela ili dijela tijela, što pogrešno pripisuje određenoj tjelesnoj bolesti.



Psihički poremećaji uzrokovani stresom i traumom - također spadaju u skupinu anksioznih poremećaja, a o njima će biti riječi u drugom članku ovog broja.

Lijekovi, edukacija, psihoterapija

Psihijatar se, nakon procjene bolesnikovog psihičkog stanja, vodi nizom čimbenika u određivanju adekvatnog liječenja anksioznog poremećaja. Tako se u obzir uzima težina i trajanje poremećaja, posljedice poremećaja na funkcioniranje bolesnika (akademsko, radno, obiteljsko, društveno), ali i ličnost, dob i tjelesno stanje osobe, podrška okoline, a nerijetko i motivacija bolesnika za određeni način liječenja. U najvećem broju slučajeva, najbolji rezultati u liječenju anksioznih poremećaja postižu se kombiniranjem psihofarmakološkog (primjene psihotropnih lijekova) i psihoterapijskog liječenja. U liječenju anksioznih poremećaja psihofarmakološkim pristupom lijekovi se trebaju koristiti isključivo po preporuci liječnika psihijatra (u nekim slučajevima i liječnika obiteljske medicine).

Primjenjuju se lijekovi iz slijedećih skupina:

- *antidepresivi*: prvi su izbor u liječenju; važno je redovito, svakodnevno uzimanje određeni vremenski period; sigurni su, učinkoviti lijekovi, ne izazivaju ovisnost;

- *anksiolitici*: sedativi, poznati kao „lijekovi za smirenje“; prednost im je brz početak djelovanja (unutar pola sata od uzimanja lijeka), a nedostatak: mogućnost razvoja tolerancije (s vremenom je potrebna sve veća doza lijeka za isti učinak) i ovisnosti o lijeku – ove lijekove potrebno je uzimati po preporuci psihijatra, obično tek nekoliko tjedana od početka liječenja;

- *lijekovi iz skupine antiepileptika* (pregabalin, gabapentin, Na-valproat) i antipsihotici: u slučajevima težih i tvrdokornih anksioznih

poremećaja ili kada postoji pridruženi teži psihički poremećaj.

- *beta-blokatori* (propranolol, atenolol): kardiološki su lijekovi koji djeluju pozitivno na tjelesne simptome anksioznosti (drhtanje ruku, ubrzan rad srca, crvenjenje lica – kod socijalne fobije).

Psihoterapija je složen proces, u kojem educirani stručnjaci za psihičko zdravlje (najčešće psihijatri i psiholozi) nastoje psihološkim tehnikama olakšati psihičke patnje bolesne osobe. Niz je psihoterapijskih tehnika koje se primjenjuju u liječenju anksioznih poremećaja (kognitivno-bihevioralna psihoterapija, suportivna i psihodinamska psihoterapija, psihoanaliza...), a vrlo su važne i određene specifične tehnike, poput tehnika

relaksacije (disanja i progresivne mišićne relaksacije), treninga socijalnih vještina, rada na sniženom samopoštovanju itd.

U liječenju je vrlo važna i psioh edukacija – bolesnu osobu potrebno je informirati o prirodi i uzrocima anksioznosti, njenim manifestacijama i opcijama liječenja anksioznih poremećaja. Anksioznost je normalan ljudski osjećaj i nije ju moguće „iskorijeniti“, ali se patološka anksioznost može liječenjem značajno ublažiti i naučiti kontrolirati, uz aktivno sudjelovanje osobe u liječenju. Današnje mogućnosti liječenja anksioznih poremećaja svima su dostupne, umanjuju anksiozne smetnje i subjektivnu patnju, poboljšavaju funkcionalnost osobe i pridonose poboljšanju kvalitete života.

Vitaminski i biljni preparati bez recepta nisu pokazali učinkovitost

U ljekarnama se, bez liječničkog recepta, mogu nabaviti preparati na vitaminskoj i biljnoj bazi (valerijane, matičnjaka, gospine trave...), koji u nekim slučajevima mogu biti pomoć kod prolaznih i blažih anksioznih smetnji, no u kliničkoj praksi pokazalo se da nisu dovoljno učinkoviti u liječenju anksioznih poremećaja. Prije uzimanja sličnih preparata važno je savjetovati se s liječnikom, s obzirom na mogućnost interakcija s propisanim lijekovima.

