



Dr Jovan Bukelić

Neuropsihijatrija

za III razred medicinske škole

Zavod za udžbenike, Beograd



Recenzenti

dr Dimitrije Milovanović, profesor Medicinskog fakulteta u Beogradu,
dr Dušan Bosić, neuropsihijatar, profesor Medicinskog školskog centra
u Novom Sadu i

Dragoslav Đorđević, saradnik Više medicinske škole u Beogradu

Urednik

Mirjana Jovanović

Odgovorni urednik

Tatjana Kostić

Za izdavača

dr Miloljub Albijanić, direktor i glavni urednik

CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

37.016.616.89(075:3)

БУКЕЛИЋ, Јован, 1934–

Neuropsihijatrija : za III razred
medicinske škole / Jovan Bukelić. – 15. izd.
– Beograd : Zavod za udžbenike, 2012 (Loznica
: Mladost grup). – 359 str. : ilustr. ; 24 cm

Tiraž 2.000. – Rečnik pojmova: str. 339–350.

– Bibliografija: str. 351–354.

ISBN 978-86-17-17855-8

COBISS.SR-ID 188619276

Prosvetni savet Republike Srbije odobrio je ovaj udžbenik za izdavanje i upotrebu u III razredu
medicinske škole svojim rešenjem PS broj 650- 18/29-88 od 24. februara 1988. godine.

ISBN 978-86-17-17855-8

© ZAVOD ZA UDŽBENIKE, Beograd (1988–2012)

Ovo дело се не сме умножавати, фотокопирати и на било који начин репродуковати,
ни у целини, а ни у деловима, без писменог одобрења издавача.



Predgovor sedmom izdanju

Ova knjiga živi među svojim mladim čitaocima i učenicima više od dve decenije. Neka mi se ne zameri malo samoljublja, uz skroman zaključak, da su put i život ovog udžbenika lepi možda zbog toga što se ideja o njemu radala na časovima neuropsihijatrije u Srednjoj medicinskoj školi na Zvezdari, romantičnom proplanku Beograda gde pesnici idu na uranke. Na časovima neuropsihijatrije sretale su me radoznale oči mladih učenika. Tih pogleda sam se pomalo i plašio, jer im je trebalo uputiti prave reči. Naučiti ih da postoje dublji slojevi u ljudskim srcima i u ljudskim dušama.

S one strane uma je, možda, svet haosa, tuge, straha, patnje, ili, pak, bogova premeštenih u svakog čoveka.

Velike patnje često su neme, a put do čoveka, do pacijenta, bez putokaza.

Susret s pacijentom je ponekad skidanje velova s njegove, ali i naše maske. Stoga se moramo naoružavati rečima koje su nalik na lahor, na melem, ljudski tople da dugo greju i one ljudske unutrašnje svetove do kojih ne dopire sunce. Treba se čuvati reči koje su, kao mač, prejake, ubijite, ranjive.

Pri svakom ljudskom susretu, u psihijatriji posebno, reči su najčešće najbolji ili jedini lek.

Tek kad se razboli, čovek shvati da je zdravlje praznik i praznovanje. Težnja ka ozdravljenju najčešće postoje nestrpljivo iščekivanje svitanja.

Bolest je ponekad razvratni oblik življenja, ali je bolest i posledica surovosti vremena u kojem se živi.

Stres je čovekov tiranin. A ovo vreme je vreme mržnje, zla, „kainovskih nagona“, mraka, ubijanja, genocida.

Psihijatrija je, nažalost, primorana da dopisuje nova poglavlja. Nastoji da razume i pomogne ljudima u ovom ludom vremenu, u kojem kao da nema onog sunca što prođe ukaljanim predelima a samo se ne ukalja. Objavljena je i nova, Deseta, međunarodna klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja.

To su razlozi zbog kojih je ovo izdanje Udžbenika pretrpelo znatne izmene i dopune.

Nadamo se da je sada pred vama jedan savremeniji udžbenik.

Kada prestane rat, susrećemo se s ljudskim bolom. Kad prestanu suze, plaču drugi organi.

U ovom surovom vremenu, pri svakom susretu s čovekom, s njegovim bolom, nastojte da gledate srcem kako biste bolje videli očima.

Autor



Predgovor

Ovaj udžbenik je delo višegodišnjih nastojanja da se učenicima učini pristupačnom, razumljivom i prihvatljivom obimna materija koju obuhvataju neurologija i psihijatrija.

Stalni porast mentalnih poremećaja i kraniocerebralnih povreda i oboljenja, uz ogroman napredak dijagnostičke tehnike i terapijskih mogućnosti, zahteva od medicinskih sestara i tehničara odgovarajući nivo edukacije.

Ako sam ovim udžbenikom uspeo da mlade ljude, čiji je budući poziv da pomažu bolesnim i unesrećenim, uvedem u tajne psihičkog, ako sam u njima raspirio želju da iskreno i nesebično čak i teško bolesnim pružaju nadu u ozdravljenje, onda ću to smatrati velikim pedagoškim uspehom. Ako oni kojima je ova knjiga namenjena prihvate činjenicu da su možda baš oni – i jedino oni – sve što bolesnik ima na svetu, kao i da „usamljen čovek postaje bolestan, a bolestan čovek ostaje sam“, njihova pomoć takvim ljudima biće i stručna, i humana, i potpuna, a njihov stav i nežan i autoritativan.

Autor



Uz četvrto izdanje

Od 1973, kada se pojavilo prvo izdanje Udžbenika, ovo je moj šesti susret sa poželjno strogim sudijama – učenicima.

Za svaki novi susret čovek želi da se lepo obuče. Tako bi trebalo da bude i sa odnosom prema udžbeniku: svako novo izdanje treba odenuti novim i savremenijim iskustvom i dostignućima u medicini i nauci uopšte, da nas ne bi stigao ukor Sen Džon Persa „...ako neko pored nas izneveri svoje lice živog čoveka, treba mu lice silom izložiti vetru“.

Medicina, a s njom neurologija i psihijatrija, širi tehničke mogućnosti upoznavanja čoveka i efikasnijeg lečenja mnogih, doskora neizlečivih bolesti. U tom savršenstvu tehnike treba se čuvati da nam ne ostane premalo svetlosti za samog čoveka, za koga se kaže da je tvrdi od kamena a nežniji od cveta.

Konačno, čoveka je možda nemoguće saznati. Psiha, koju su stari Grci predstavljali kao izvanredno lepu devojkicu s leptirovim krilima, izgubila je svog Amora jer je htela da ga vidi. I tako kao da „postoje spoznaje koje ne trpe svetlost dana“.

Ako vam ovom knjigom nisam pomagao da još više saznate o drugima (i o sebi), nadite načina da mi to saopštite.

Beograd, februara 1987.

Autor





Uvod



1. Definicija i predmet neurologije, psihijatrije, mentalne higijene i socijalne psihijatrije

Neurologija (složenica od grčkih reči: neuron – nerv i logos – nauka) je nauka koja se bavi proučavanjem etiologije, patološke fiziologije i anatomije, zatim simptomatologije, oboljenja nervnog sistema, kao i lečenjem i rehabilitacijom nervnih bolesnika.

Psihijatrija (od grčkih reči: psiha – duša i iatreia – lečenje) je nauka koja se bavi izučavanjem etiologije, patogeneze i simptomatologije psihičkih bolesti, kao i terapijom, rehabilitacijom i resocijalizacijom psihički obolelih lica. Pod psihičkim (mentalnim) bolestima podrazumeva se razne vrste neuroza, akutne i hronične psihoze (duševne bolesti u užem smislu) i intelektualni deficiti (oligofrenije i demencije).

Neurologija i psihijatrija bave se izučavanjem funkcija istog organa (mozga). Dok se neurologija pretežno bavi funkcijom pokretljivosti (kretanja), psihijatrija se bavi psihičkim funkcijama. Obe discipline predaju se u okviru jednog predmeta, koji se naziva **neuropsihijatrija**.

Dečja neurologija i psihijatrija (pedopsihijatrija), koje poslednjih godina doživljavaju intenzivan razvoj, bave se nervnim i psihičkim poremećajima dece.

Mentalna higijena je grana psihijatrije koja se bavi zaštitom i unapređenjem mentalnog zdravlja, kao i sprečavanjem duševnih poremećaja i oboljenja.

Cilj mentalne higijene je unapređenje duševnog zdravlja stanovništva, odnosno većih socijalnih grupa. Ona nastoji da zaštiti ljudske grupe, da spreči mentalne poremećaje i duševne bolesti ili, pak, da omogući njihov dobroćudniji tok i smanji stepen invalidnosti.

Socijalna psihijatrija je deo medicinske nauke, odnosno psihijatrije, naučna i praktična disciplina koja se karakteriše **interdisciplinarnim pristupom**. Ukazujući na značaj socijalnih, kulturnih i ekonomskih faktora na mentalno zdravlje pojedinca, ona **individualno psihičko** posmatra u **dinamičkoj interakciji s telesnim, biološkim, sociokulturnim i psihološkim** uticajima. Sve više se traga za socijalnim dimenzijama u individualno psihičkom.

U procesu socijalne reintegracije obavezna je socioterapijska orijentacija stručnjaka koji se bave mentalno obolelim osobama, kao i nastojanje da se ove osobe što bezbolnije vrate u svoju staru socijalnu sredinu i da budu adekvatno prihvaćene. Pojedini autori ukazuju konkretno na značaj „**ponovnog učenja**“ **socijalnog življenja i ponašanja**.

Poslednjih godina u nas pojedina područja socijalne psihijatrije doživljavaju pun razvoj. Ističemo samo neka ispitivanja epidemiologije neuroza, psihoza, alkoholizma, zatim ispitivanja stavova okoline prema duševno bolesnim osobama, problema

samoubistva, mentalnih poremećaja u izvanrednim situacijama, sociopsihiatrijskih aspekata bolesti zavisnosti, bolesti razvojnog doba, disocijalna ponašanja, problema rehabilitacije u psihiatriji i dr.

Veliki broj stručnih radova pojavljuje se iz oblasti socioterapije, jednog posebnog područja koje neguje socijalna psihiatrija kao praktična i terapijska disciplina.

2. Istorijat neuropsihiatrije

Nijedna grana humane discipline nije imala tako mračne periode kao psihiatrija. Oni su degradirali, još više otuđivali ili uništavali duševno poremećenu ličnost.

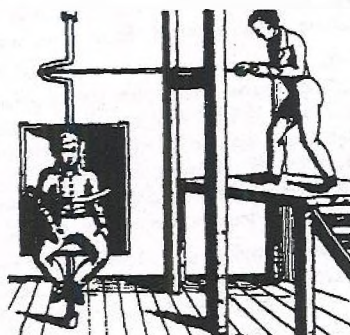
U psihiatrijskoj „doktrini“ starog veka, koji se može smatrati primitivnom epohom u razvoju medicine uopšte, dominira demonističko shvatanje o uzročnicima duševnih bolesti. Pošto je oficijelno verovanje nametalo da se duševna bolest javlja zbog toga što se u telo ili u pojedine njegove delove naseljavaju demoni, davali, veštice, lečenje je moralo biti drastično. Iz tih nesrećnih i bolesnih ljudi radi isceljenja „isterivani su demoni“. Ta gruba i bolna metoda „lečenja“ poznata je kao egzorcizam.

U svrhu lečenja vršena je i trepanacija lobanje. Sačuvani su razni metalni predmeti pomoću kojih se otvarala, tačnije razbijala lobanja bolesnika.

Za nastanak duševnih bolesti okrivljavani su Sunce, Mesec, ili neka zvezda. Jaki afekti su isto tako smatrani uzročnicima pojedinih duševnih bolesti.



↑ Lečenje kupkama (F. Hom)



↑ Lečenje okretanjem na vrtelji (J. Guislom)

Alkmeon iz Krotona (V vek p.n.e.) u svojim studijama govori o moždanim funkcijama o mozgu kao „središtu psihičkih funkcija“.

U zbirci radova hipokratske medicinske škole Corpus Hipocraticus (V vek p.n.e.) govori se čak i o tumorima mozga. Hipokrat (IV vek p.n.e.), otac antičke medicine, poznat je po svom etičkom načelu u oblasti antičke medicinske etike da se za čovekov život treba boriti sve dok on traje. Opisao je epilepsiju, demontujući dotadašnje zvanično mišljenje da je to „sveta bolest“. Hipokrat je duševne bolesti smatrao bolestima mozga.

Grčki i rimski lekari, odbacujući magijske metode, preporučuju obloge, masaže, puštanje krvi, sredstva za povraćanje i purgative, kao i opijate. Pre svega su preporučivali humani postupak sa duševnim bolesnicima, muziku, putovanja, radnu terapiju, čitanje knjiga, čak i vino.

U srednjem veku „povampiruje“ se misticizam. Javljaju se prave i masovne psihičke epidemije besomučnog igranja (saltomanija) i bičevanja (fragelantizam), zatim pretvaranja u vukodlake, kao i akcije „isterivanja veštica i vampira“. Pokušaji izvesnih naučnih umova da se u lečenju primene naučni postupci nisu nailazili na razumevanje među savremeniciima.

U VIII veku Arapi formiraju prva skloništa za duševne bolesnike (Bagdad), a četiri veka kasnije slična skloništa niču i u Evropi. U XVI veku leproziiranjima, zato što je sve manje leproznih bolesnika, pretvaraju se u „ludnice“.

Paracelsus (Paracelsus, XVI vek) duševne bolesti smatra prirodnim bolestima, a ne posledicom dejstva demonu. Francuski lekar Filip Pinei (1745–1826), izlažući se i sam opasnosti, (1793) u pariskoj ludnici Bisetir oslobađa duševne bolesnike lanaca kojima su bili okovani. To je nova, svetla era psihijatrije.

Tada nestaju nazivi ludak i ludnica, a Eskiroi (Esquirol, XIX vek), redaktor francuskog zakona o duševnim bolesnicima (1838), preporučuje psihoterapiju. Krepelin (Crepelin, 1856–1926) započinje eksperimentalni rad u psihijatriji, a Pavlov dobija Nobelovu nagradu za učenje o uslovnim refleksima. Blojler (E. Bleuler) odbacuje tzv. terapijski nihilizam, koji pledira za neuspešnost lečenja duševnih bolesnika, a Julius Vagner Jaureg dobija Nobelovu nagradu za lečenje progresivne paralize (jedne vrste leutičnog oboljenja mozga) malarijom.

Sigmund Frojd (Freud, 1856–1939) smatra se osnivačem psihoanalize – novog pravca u psihijatriji. On ukazuje na veliki značaj nesvesne psihe. Posle njega javlja se niz velikih imena: Adler, Jung, Krečmer, Karin Hornaj – sve do Froma i zamaha socijalne psihijatrije.

U razvojnem putu psihijatrije, koji je bio opterećen mrakom, sujeverjem, demanizmom, nehumanim i drastičnim metodama lečenja, socijalnom izolacijom umobolnih, desile su se četiri revolucije: skidanje lanaca sa duševno obolelih, Frojdov pronalazak nesvesne psihe, trijumfalni dolazak ere psihofarmakoterapije i ere socijalne psihijatrije.

Izvršena je reforma velikih psihijatrijskih ustanova u svetu, skinute su rešetke sa prozora, srušeni visoki zidovi, a u bolnicama su stvoreni humaniji uslovi za boravak i lečenje mentalno obolelih osoba.

Doneseni su zakoni kojima se štite prava mentalnih bolesnika i predviđaju stroge kazne ukoliko se u psihijatrijskim ustanovama zadržavaju pacijenti koji nisu na aktivnom lečenju, a njihov dalji tretman prepušten je ustanovama socijalnog profila.

U našoj zemlji je 3. marta 1861. godine knez Mihailo doneo zakon o „ustrojeniju doma za s uma sišavše“ u Kunibertovoj kuli, današnjoj beogradskoj psihijatrijskoj bolnici „Dr Laza K. Lazarević“. Paragrafom 9. predviđeno je da će se u dom, „primiti i u njemu čuvati i lečiti samo s uma sišavša lica svake struke, zgranuta (paralizovana) i od padajuće bolesti stradajuća, kako muška tako i ženska i kako odrasli tako i deca“.

Prvi bolesnik primljen je u ovu ustanovu 26. avgusta 1861. godine. Bila je to izvesna Kata iz Loznice „zato što je u nesvesnom stanju udarila muža sekirom po glavi“.

Posle ove najstarije psihijatrijske ustanove, u Srbiji i na Balkanu niču nove psihijatrijske bolnice: u Kovinu (1925), Gornja Toponica kod Niša (1927), Popovača kod Zagreba (1934), u Vršcu (1954) i dr.

Polovinom 20. veka pronađeni su prvi psihofarmaci, čijim dejstvom dolazi do iznenađujućih a pozitivnih efekata i smirivanja velikog broja duševno poremećenih osoba. Započinje revolucionarna „psihofarmakološka era“, zatim brza modernizacija psihijatrijskih ustanova i stvaranje humanijih uslova za lečenje psihijatrijskih bolesnika.

Godine 1963. otvara se u Beogradu Institut za mentalno zdravlje sa otvorenim psihijatrijskim odeljenjima i prvom dnevnom bolnicom u Jugoslaviji.

Sledeći principe i koncepcije savremenog razvoja institucija za zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja otvaraju se skoro u svim gradovima dispanzeri za zaštitu mentalnog zdravlja i dnevne bolnice.



† Bolesnik vezan lancima (J. E. Esquirol)

3. Pojam psihičkog života

Problem psihičkog života hiljadama godina proučavaju filozofi, biolozi, lekari, psiholozi i mnogi drugi naučnici. Tokom istorije, dva dijametralno suprotna pravca tretiraju problem duše i psihičkog uopšte. Predstavnici idealističkog shvatanja tvrde da je psiha (duša) nezavisna od tela.

Još u staroj Grčkoj postojala su mišljenja koja su se suprotstavljala idealističkom (Demokrit). Aristotel pominje tri vrste duša: „vegetativnu“ (koja pripada biljkama), „vitalnu“ (svojstvena životinjama) i „razumnu“ (koja odlikuje čoveka – homo sapiensa).

Dualističko učenje odvoja pojam duše od pojma telesnog.

Psiha i soma (telo) čine tzv. psihosomatsko jedinstvo, tako da ne postoje izolovane manifestacije, jer simptomi, sindromi ili bolesti uopšte imaju svoju psihičku i svoju telesnu komponentu.

Psihički život nastaje tek kad se tokom filogenetskog razvoja formira veliki mozak. Kod životinja, čiji je nervni sistem na nižem stupnju razvoja, razni vitalni procesi se odvijaju automatski, bez svesti. Step en razvijenosti hemisfera velikog mozga u direktnoj je vezi sa složenošću viših nervnih funkcija (svest, pamćenje, mišljenje).

U savremenoj stručnoj literaturi ističe se da se početak psihičkog života deteta ne može odvajati od početka organogeneze (formiranja organa). Pri tome se ne radi o „embrionalnoj psihologiji“, „fetologiji“, već o indirektnim dokazima o sposobnosti doživljavanja i egzistencije prenatalnog psihičkog života. (Za taj period, kao ni za prve godine života, ne postoji sećanje).

Fetus ima motoriku i senzoriku, a socijalni stimuli na buduću majku prenose se preko placente na plod. U tvrdnjama se ide i dalje: „Roditelji deteta čine svojevrsan raster za socijalizaciju deteta, koja započinje već u majčinoj utrobi“.

Prema tome, „psihički razvoj ne počinje rođenjem, već je to samo početak sticanja novih iskustava fizičke razmene sa spoljnim svetom“.

Savremena naučna istraživanja usmerena su ka iznalaženju molekularnih osnova psihičkih fenomena i teorijama o biološkoj osnovi mnogih mentalnih poremećaja. Polazeći od stanovišta o „funkcionalnoj organizaciji CNS-a“ treba istaći „tri funkcionalna bloka, bitna za organizaciju psihe čoveka“.

Najpre, to je sistem „energizacije i održavanja budnosti“, „regulacije nagonskog života i motivaciono-emocionalne integracije“ i „sistem kognicije (saznajnih funkcija)“. Za sistem budnosti „neophodan je stalni priliv informacija iz unutrašnje i spoljne sredine“. Nagonski život (biološki motivi, raspoloženja, temperament) „regulisan je strukturama moždanog stabla“. „Interakcijama limbičkog sistema i drugih struktura ostvaruju se procesi motivacije i emocionalnog života“. „Saznajni procesi izraz su visoko integrisane delatnosti mozga“.

Psihički život u osnovi je jedan „kontinuirani razvojni proces“ i „viši, kvalitativno novi proizvod visoko organizovane materije – mozga“.

Rano detinjstvo je od posebnog značaja za skladan razvoj čoveka, a mnogi psihički poremećaji odraslih osoba imaju svoje korene u razvojnem dobu.

Neurologija

4. Razvoj nervnog sistema

2

Iz oplodene jajne ćelije razvija se embrion. U toku embrionalnog razvoja obrazuju se tri sloja ćelija – ektoderm, endoderm i mezoderm. Nervni sistem i koža razvijaju se od ektoderma, mišići, kosti i krvni sudovi iz mezoderma, a od endoderma budući želudačno–crevni sistem. Embrion u toku razvoja prolazi kroz sve one etape kroz koje je u toku evolucije prošao čitav ljudski rod. („Ontogenija je ponavljanje filogenije.“)

Zadebljavanje – nervna ploča javlja se već 18. dana života ploda, odnosno kada je plod dugačak 1,5 centimetar. Ona se najpre ugne, stvorivši dugačku nervnu brazdu koja se proteže duž leđne strane. Brazda se produbljuje, obrazuje nervnu cev, od koje se formiraju veliki i mali mozak i kičmena moždina.

Mozak nastaje od prvobitnih moždanih mehurova koji se savijaju jedan prema drugome. Tri takva mehura formiraju se krajem prvog meseca fetalnog života. To savijanje kao da na simboličan način pokazuje težnju da se velika masa nervnih ćelija smesti u tako oskudan lobanjski prostor. Vijuge kore mozga takođe predstavljaju primer kako se velika površina mozga može smestiti u relativno malu lobanjsku šuplinu.

Periferni nervi razvijaju se iz bočnih strana nervne cevi. Od bočnih delova začete produžene moždine, mosta i srednjeg mozga nastaje 10 pari moždanih (kranijalnih) nerava. Prvi i drugi par moždanih nerava postaju od prednjeg mozga. Od bočnih delova začete kičmene moždine razvija se 31 par kičmenih nerava.

Već krajem trećeg fetalnog meseca konture mozga se mogu raspoznati, a kora mozga dostiže najviši stupanj razvoja nervnog sistema.

Usložnjavanje građe mozga rezultat je umnožavanja neurona i uspostavljanja mnogobrojnih veza među ćelijama. Ćelije se i diferenciraju za vreme intrauterinog života i dostižu broj od 10 do 20 milijardi. Posle rođenja, mozak nastavlja da raste, iako se ne uvećava broj nervnih ćelija, i ćelija glije.

Nervne ćelije se povećavaju, a dolazi i do procesa mijelinizacije vlakana. Mijelin je omotač koji štiti i izoluje svako nervno vlakno. Stvaranje mijelina i omotavanje neurita (aksoni) idu pravilnim redom. Mijelogeneza najpre zahvata najstarije puteve. Ilustrativni primer je put koji vodi od kore mozga, kičmene moždine, preko motornih perifernih nerava do mišića, a služi provođenju impulsa za voljne (hotimične) pokrete. Tek kada se na ovom putu obavi mijelinizacija, može se očekivati da će dete moći da hoda. Pored mijelinskog, periferna vlakna imaju i Švanov (Schwann) omotač. Filogenetski mlađe strukture obezbeđuju najsloženije funkcije i modeliraju i inhibiraju aktivnost starijih struktura.

Razvojem centara više nervne delatnosti u kori velikog mozga, tzv. encefalizacijom funkcija, starije strukture niže nervne delatnosti podvrgavaju se kontroli kore velikog mozga, u kojoj se integrišu njihove funkcije. Međutim, u slučaju postojanja nekog štetnog agensa, mlađe strukture se, po pravilu, razaraju. Dakle, one koje su

najkasnije formirane, a to je kora mozga, koja više ne može da obavlja funkciju kontrole i kočenja „nižih centara“. Oni počinju samostalno, često nekontrolisano, da ispoljavaju svoju aktivnost.

Centralni nervni sistem upoređuje se sa kompjuterskim sistemom koji se energetski napaja, prikuplja i obrađuje informacije i na osnovu formiranog programa daje tražene informacije. U centralnom nervnom sistemu određene moždane strukture obezbeđuju energizaciju i stanje budnosti, a zatim obrađuju određene informacije i programiraju odgovore, čime se određuju pojedini aspekti psihičkog života. Ceo sistem je povezan sinhrono. Narušavanje neke strukture u fid-bek (feed-back) kontroli (povratnoj vezi) dovodi kod čoveka do poremećaja ili oboljenja, a kod kompjutera dolazi analogno tome do „raspada sistema“.

Razvoj neurobiologije i istraživanja u njoj upućuju na molekularnu osnovu integrativne funkcije centralnog nervnog sistema i psihičkih fenomena.

„Ćelijske reakcije odvijaju se preko ćelijske membrane, koja predstavlja složeni, dinamički molekularni sistem.“

Niz receptora, neuronske strukture i veze omogućavaju prenošenje specifičnih informacija. Svi nervni kružni putevi hemijski su determinisani. Dovoljno je napomenuti da postoji bar 20 transmitera u celokupnom nervnom sistemu.

Prema tome, integracija se odvija na svim nivoima, „od subcelularnog, preko intercelularnog, od morfološke strukture, od funkcionalnog podsistema do sveukupnog sistema“.

Anatomska diferencijacija kore mozga počinje u trećem ili petom fetalnom mesecu i završava se izvesno vreme posle rođenja. Pomenuli smo značaj mijelinizacije nervnih vlakana, koja počinje u četvrtom fetalnom mesecu, a završava se ubrzo posle rođenja. Upravo zbog toga što kod novorođenčeta nisu sva nervna vlakna obavijena mijelinom, ono ne raspolaže sposobnošću izvođenja svesnih pokreta, kora mozga nije u mogućnosti da realizuje svoju kočeću (inhibitornu) funkciju, a refleksni mehanizmi su primitivni (instinktivni).

Novorođenče raspolaže malim čeonim i slepoočnim režnjevima. Pošto mijelinizacija nije završena, moždana masa je želatinozne konzistencije. Kora mozga se ne razpoznaje od bele mase.

Krajem druge godine ekstrauterinoг života, mozak je čvršći, bela masa je mijelinizovana, a kora mozga se jasno razpoznaje.

Težina mozga novorođenčeta iznosi 10 posto od težine tela, a kod odraslog samo 2 posto. Odmah po rođenju, mozak je težak 250–300 g, krajem prve godine 1000 g, a u pubertetu 1250–1350 g. Rast mozga praćen je odgovarajućim uvećanjem lobanje.

4.1. Građa nervnog sistema

Osnovna anatomsko i funkcionalna jedinica nervnog tkiva je neuron, koji čine nervna ćelija i njeni produžeci, dok potpome ćelije grade neurogliju.

Mesto kontakta nastavaka dva neurona naziva se sinapsa. Ti sinaptički spojevi usmeravaju i prenose (kao relejne stanice) nadražaje kroz nervni sistem. Glavni transmiteri su hemijske prirode (noradrenalin, acetilholin, dopamin, serotonin, gama-aminobuterna kiselina – GABA i dr.).

Nervna ćelija ima dva svoja svojstva – nadražljivost i sprovodljivost, odnosno sposobnost da bude nadražena i da nadražaj sprovodi dalje.

Nervne ćelije centralnog somatskog nervnog sistema nemaju moć regeneracije i preosetljive su na nedostatak kiseonika. Preosetljivost na anoksiju je utoliko veća ukoliko je dete mlađe. Ako ostane bez kiseonika samo nekoliko minuta, moždano tkivo trpi ireverzibilne promene.

Neurogliju (potpome elemente) sačinjavaju ependimne ćelije i potpome neuroglijske ćelije.

Nervni (živčani) sistem uspostavlja vezu organizma sa spoljnim svetom, ali on obaveštava i o stanju unutrašnje sredine organizma i o zbivanjima u pojedinim delovima tela. Nervni sistem upravlja radom poprečnoprugaste i glatke muskulature tela, zatim radom svih žlezda, a svojim centralnim delom upravlja saznojnim i nagonsko-voljnim funkcijama.

4.2. Podela nervnog sistema

Nervni sistem se deli na somatski i vegetativni. Somatski nervni sistem radi pod uticajem naše volje, dok vegetativni ne zavisi od nje. I jedan i drugi dele se na centralni i periferni.

Vegetativni ili autonomni (visceralni) nervni sistem inervira organe utrobe, krvne sudove, glatke mišiće i žlezde. On reguliše funkcije koje ne podležu uticajima naše volje, na primer rad srca, disanje, varenje, metabolizam vode i ostalih materija, sekreciju, regulaciju telesne temperature itd. Deli se na dva konkurentna, ali ne i bukvalno antagonistička dela – parasimpatikus i simpatikus. Dok jedan od ova dva sistema radi, drugi miruje.

Parasimpatički nervni sistem sastoji se od moždanog dela (produžena moždina, Varolijev most i srednji mozak) i kičmenog dela (koji je smešten u sakralnom delu kičmene moždine).

Podela nervnog sistema

	Centralni	Periferni
Somatski	1. Veliki mozak (cerebrum) 2. Moždano stablo (truncus encephali) 3. Mali mozak (cerebellum) 4. Kičmena moždina (medulla spinalis)	12 pari moždanih (kranijalnih) nerava 31 par moždinskih (spinalnih) nerava
Vegetativni	Vegetativni centri moždanog stabla i bočnih rogova kičmene moždine	Ganglije, preganglijska i postganglijska vlakna pored kičmenog stuba i u unutrašnjim organima

Simpatički nervni sistem deli se na deo koji pripada glavi i vratu, zatim na grudni, trbušni i karlični deo. Centri simpatičkog nervnog sistema smešteni su u bočnim rogovima sive mase kičmene moždine ($C_8 - L_2$ segmenta kičmene moždine). U velikom mozgu centri simpatičkog nervnog sistema nalaze se u hipotalamusu i limbičkom sistemu.

Siva, bela i retikularna supstancija

Sivu masu (substantia grisea) čine nervne ćelije sa svojom pigmentovanom neuroplazmom. Manje grupe neurocita okružene belom masom su jedra (nuclei).

Bela masa (substantia alba) sastavljena je od dendrita i neurita.

Retikularnu masu (substantia s. formatio reticularis) čini mrežasta mešavina sive i bele supstance. Retikularnoj formaciji gornjeg dela moždanog stabla pripisuje se aktivirajuća (ekscitirajuća) uloga, a retikularnoj masi donjeg dela moždanog stabla kočuća (inhibirajuća) aktivnost.

Nervni (živčani) sistem služi uspostavljanju veze organizma sa spoljnim svetom, ali on obaveštava i o stanju organizma i o zbivanjima u pojedinim delovima tela. Nervni sistem upravlja radom poprečnoprugaste i glatke muskulature tela, svih žlezda, a svojim centralnim delom upravlja saznavnim i nagonsko-voljnim funkcijama.

Proces sinaptičke transmisije

Kada akcioni potencijal putuje duž aksona i depolarizuje presinaptičke završetke, jonski kanali se otvaraju kako bi omogućili ulazak kalcijuma unutar presinaptičkog terminalnog završetka i izlazak transmitera u sinaptičku pukotinu. Kod većine sinapsi interakcija između transmitera i receptora na postsinaptičkoj membrani dovodi do promene permeabilitea za jone.

Jonski kanali su specijalizovani proteini (pore) u okviru složene lipoproteinske strukture, kao i semipermeabilne neuronske membrane.

Postoje dve vrste ovih kanala:

pasivni – uvek otvoreni, i

aktivni – na koje kao da naležu „zatvarači“ koji se nazivaju vrata jonskih kanala.

Njih otvara efikasni stimulus koji može biti već pomenuta promena membranskog potencijala pri propagaciji akcionog potencijala, pa se nazivaju voltažno zavisni jonski kanali (uključujući najmanje tri vrste kalcijumovih kanala, natrijumove kanale...), ili hemijska materija i tada se nazivaju voltažno nezavisni, voltažno neosetljivi, odnosno jonski kanali zavisni od transmitera, koji se nalaze na postsinaptičkom neuronu.

Međutim, tačan mehanizam kojim oni propuštaju jedne a ne i druge jone još uvek nije do kraja razjašnjen, mada su u novije vreme dobijeni značajni podaci o strukturi nekih jonskih kanala. U mirovanju, kada ćelija ne stvara nove nervne impulse, otvoreni su samo pasivni kanali kroz koje lako prolaze K^+ , za razliku od velikih organskih aniona koji ostaju stacionirani u askoplazmi.

U stvari, interakcija između hemijskog transmitera i receptorskih molekula postsinaptičkog neurona dovodi do aktivacije specifičnih jonskih kanala, tzv. kanala zavisnih od neurotransmitera ili njihovih agonista. Aktivacija tih kanala uslovljava samo lokalnu promenu potencijala membrane, odnosno stvaranje sinaptičkih potencijala. Oni su graduisani i lokalizovani tj. njihova amplituda je promenljiva, a nastaju samo u predelu sinapse.

Potencijal membrane postsinaptičkog neurona može se menjati u pravcu depolarizacije ili hiperpolarizacije, što je praćeno povećanjem propustljivosti za jedan ili više jona. Depolarizacija zavisi od lokalnog povećanja propustljivosti neuronske membrane za katijone Na^+ i K^+ . Pri sinaptičkoj aktivaciji propustljivost za Na^+ i K^+ se povećava istovremeno. U stvari, pri stvaranju sinaptičkih potencijala Na^+ i K^+ joni prolaze kroz istovetni kanal. Novijim radovima je saopšteno da proces depolarizacije može biti uslovljen otvaranjem kanala za Ca^{2+} .

Ukoliko vezivanje neurotransmitera za molekul receptora izazove lokalno povećanje propustljivosti za jone K^+ i Cl^- dolazi do hiperpolarizacije membrane postsinaptičkog neurona i do stvaranja inhibitorynog postsinaptičkog potencijala.

Proces sinaptičke transmisije zato podrazumeva kontinuirano kretanje enzima, jona i hemijskih glasnika unutar neuronskog tela, odnosno presinaptičkih terminala, sinaptičke pukotine i postsinaptičke ćelije.

Klasifikacija neurotransmitera

Postoji nesklad između strukture, odnosno fizioloških procesa u okviru sinaptičke transmisije i velikog broja supstanci koje bi se mogle nazvati transmiterima i grubo razvrstati u tri velike grupe:

- klasični, konvencionalni neurotransmiteri;
- verovatni, „pod pretpostavkom“ ili transmitserski kandidati;
- neuromodulatori ili supstance sa neuromodulatornom aktivnošću.

Ista supstanca može biti prisutna u različitim delovima mozga, kao neurotransmiter i kao neuromodulator ili transmitterski kandidat, tako da je data podela uslovljena ulogom, tj. funkcijom više nego hemijskom strukturom. Jedan od najvećih problema u okviru bazičnih ispitivanja predstavlja identifikacija neurotransmitera u nekoj određenoj sinapsi nervnog sistema, pa se time znatno uvećava broj transmitterskih kandidata.

Neki autori su zato prihvatili da biološki aktivne supstance iz druge i treće grupe obuhvate zajedničkim imenom „modulator“, pa je to postao najčešće korišćen, a u stvari zloupotrebljivan pojam u neuronaukama.

Po definiciji, **klasični neurotransmiter** je hemijska supstanca koja se sintetise u neuronu, deponuje u presinaptičkim terminalima, oslobađa kao odgovor na aktivnost tog neurona i deluje na specifična receptorska mesta u okviru postsinaptičke membrane, gde dovodi do promene u permeabilitetu za određene jone i do promene aktivnosti receptorske ćelije.

Supstance koje ne ispunjavaju neki od navedenih kriterijuma nazivaju se **verovajnim transmitterima** ili, ako su informacije o njima još u domenu spekulacije – transmitterskim kandidatima. Kriterijumi koje je najteže zadovoljiti odnose se na oslobađanje i identifikaciju aktivnosti zbog teškoća u pristupu sinapsama u CNS-u, kao i ograničenoj dostupnosti visoko selektivnih farmakoloških agenasa.

Neuromodulatori su supstance koje utiču na ekscitabilnost nervne ćelije i na nervnu transmisiju. Oni nisu neposredno odgovorni za stvaranje nervnog impulsa, ali mogu modifikovati odgovor ćelije na dejstvo neurotransmitera.

Neuromodulatori takođe mogu uticati na stvaranje, oslobađanje, vezivanje za receptor ili ponovno preuzimanje neurotransmitera. Oni češće deluju intracelularno nego na nivou ćelijske membrane. Dejstvo modulatora je duže ali i sporije od dejstva transmitera. Reč modulacija znači „promenu primarnih karakteristika tokom vremena, putem sekundarnih uticaja“. Ove supstance se takođe nazivaju i **neuroregulatorima**, **neurokomunikatorima** ili **kotransmitterima**.

U grupu klasičnih neurotransmitera spadaju: acetilholin, biogeni amini, monoamini, kateholamini, serotonin, aminokiseline i histamini.

Neurotransmiteri su, po pravilu, mali molekuli za čiju sintezu je neophodno prisustvo specijalizovanih enzimskih sistema. U mozgu su nađeni u umerenim koncentracijama i pokazuju veliki afinitet za specifična receptorska mesta. Ove činjenice su korišćene za razvoj i primenu novih metoda kojima su kompletirana saznanja o svojstvima klasičnih transmitera u mozgu sisara.

4.2.1. Centralni somatski nervni sistem

4.2.1.1. Veliki mozak (Cerebrum, telencephalon)

Veliki mozak nalazi se zajedno sa međumozgom i srednjim mozgom u cerebralnoj loži lobanje, čiji krov čine kosti (calvaria), a pod – prednja i srednja lobanjska jama (fossa cranii anterior et media). Od malog mozga odvojen je malomoždanim šatorom (tentorium cerebelli).

Mozak je težak između 1100 i 1450 grama, mada postoje individualne i varijacije prema polu. Težina mozga nije u bitnom odnosu sa inteligencijom, mada je poznato da mozak izrazito male težine imaju slaboumne osobe.

Čovek se rađa sa oko 10 milijardi nervnih ćelija, koje, uvećavajući svoju zapreminu, uvećavaju i zapreminu mozga. Čovek, dakle, u toku života može gubiti nervne ćelije koje nemaju sposobnost regeneracije.

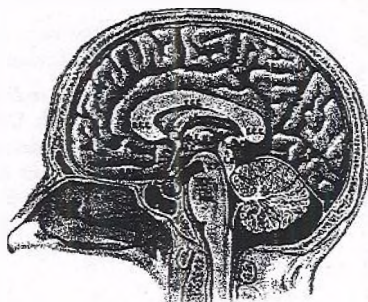
Mozak se sastoji iz dve hemisfere, koje su razdvojene međuhemisferičnom pukotinom a u donjem delu spojene žuljevitim telom (corpus callosum).

Centralnu šupljinu hemisfere čini bočna komora. Hemisferama je priključen rhinencephalon, koji služi mirisnim funkcijama.

Površina mozga je neravna. Sastoji se od vijuga (gyri), ispresecanih brazdama (sulci). Veći broj girusa grupiše se u lobuse, kojih ima pet: čeon (lobus frontalis), temeni (lobus parietalis), slepoočni (lobus temporalis), potiljačni (lobus occipitalis) i Rajlovo (Reilovo) ostrvce ili insula.

Grada velikog mozga. – Na preseku mozga vide se siva i bela masa. Sivu masu čine moždana kora i supkortikalne sive mase u obliku jedara, koje imaju važne i raznovrsne uloge u organizmu. Kora mozga je debela do 5 mm, a sastavljena je iz 6 histoloških slojeva. Kora mozga sastoji se iz nervnih ćelija, neuroglije i nervnih vlakana.

Moždana kora se deli na veći broj citoarhitektoničnih polja. Svako od ovih polja ima posebne funkcije: Brodman (Brodmann) razlikuje 52, dok drugi autori opisuju 109, čak i 200 ovakvih polja.



♣ Presek velikog i malog mozga, moždanog stabla i kičmene moždine (F. Netter)

Bela masa čini unutrašnjost hemisfera velikog mozga. Sastavljena je od vlakana sistematizovanih u sledeće puteve: 1) projekcione (nishodne ili kortikofugalne i ushodne ili kortikopetalne), 2) asocijacione, 3) komisuralne.

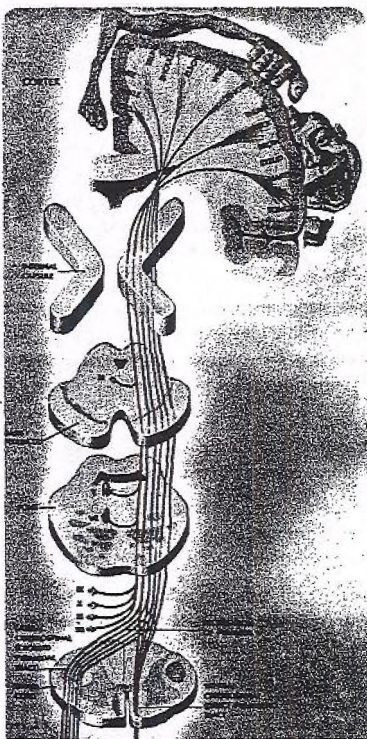
Projekcioni putevi polaze iz mozga ili se u njemu završavaju. To su dugi ili kratki putevi koji povezuju mozak sa ostalim delovima centralnog somatskog nervnog sistema. Oni su nishodni, po pravilu motorni, i ushodni, senzitivni. Posebna grupa ushodnih puteva su senzorijsni (čulni) putevi. Motorni putevi služe izvođenju voljnih i automatskih pokreta. Senzitivni prenose osećaje (površinski, duboki i senzibilitet unutrašnjih organa), a senzorijsni učestvuju u funkciji čula.

Kratki i dugi asocijacioni putevi povezuju koru susednih vijuga ili koru jednog lobusa sa korom drugog ili više susednih lobusa na istoj hemisferi (homolateralno). Komisuralni putevi povezuju odgovarajuće delove na suprotnim hemisferama (kontralateralno).

Neurofiziologija mozga. – Ranije je već rečeno da pojedina citoarhitektonska polja ili, šire – lobusi, imaju određene funkcije, koje su u najvećem broju slučajeva ispitane i dokazane.

Čeonni režanj je elementarni kortikalni motorni centar. U njemu se nalazi reprezentacija funkcija pojedinih segmenata ili grupa mišića tela. Ta reprezentacija ide obrnutim redom od uspravnog stava tela, tako da se slikovito kaže „da u sopsivenom mozgu čovek dubi na glavi“. To znači da se u gornjem regionu nalazi reprezentacija segmenata donjih ekstremiteta, a u donjim delovima – reprezentacija gornjih segmenata tela. Pri tome su delovi tela sa složenijim funkcijama reprezentovani na mnogo većem prostoru.

Čeonni režanj preko svojih puteva omogućava izvođenje voljnih pokreta i reguliše motornu aktivnost. Nadražjne nokse izazivaju pokrete koji se svežu ne mogu usmeravati ili reducirati. Destrutivne lezije izazivaju pareze i paralize (lokše i teže oduzetosti) na strani suprotnoj od oštećenja, zbog toga što se većina pomenutih drugih motornih puteva ukršta u produženoj moždini. Konkretnije, oštećenja levog čeonog režnja daju parališičke fenomene na desnoj strani tela. Paralize su spastičkog (rigidnog) tipa i praćene su patološkim refleksima.



* Kortikalna reprezentacija – F. Netter (slevo nadesno): nožni prsti, skočni zglob, koleno, kuk, trup, rame, lakat, ručni zglob, prsti, palac, vrat, kapak, nozdrve, usne, jezik, grkljan

U ovom režnju nalazi se i motorni centar za govor (Broca), koji je kod dešnjaka smešten u levom, a kod levaka u desnom čeonom režnju. To je tzv. princip dominantne hemisfere. Oštećenje ovog centra lišava obolelog sposobnosti govora. On ne može da govori, ali razume tuđi govor. To je motorna ili Brokina afazija.

U čeonom režnju nalaze se i koordinaciona ili praktična zona, koja omogućava koordinisano izvođenje pokreta i održavanje ravnoteže. (Kasnije ćemo videti da u ovim funkcijama značajnu ulogu imaju i drugi delovi somatskog nervnog sistema, na primer mali mozak.)

U čeonom režnju nalaze se „centri“ za pisanje, mimiku, pokretanje glave, trupa i očiju. Zato je najveći broj paraliza, naročito onih u dominantnoj hemisferi, praćen i motornom afazijom, agrafijom (nemogućnost pisanja) i apraksijom (nemogućnost izvođenja pokreta).

Čeoni režanj je centar intelektualnih i emocionalnih funkcija. Stoga pri njegovim težim organskim oštećenjima (češće oba čeona režnja) nastaju poremećaji pamćenja, pažnje, inteligencije i izmene emocionalnih reakcija ličnosti. Takvi bolesnici su ili torpidni (usporeni i neefikasni) ili skloni crnom, najčešće glupom humoru na sopstveni račun. To su tzv. morije. Mogu nastati i psihopatske devijacije ličnosti.

Temen i (parijetalni) režanj je elementarni kortikalni centar senzibiliteta, u kome su pojedini delovi tela, zavisno od funkcije, reprezentovani na većem ili manjem prostoru kore. U ovom režnju se integrišu i intelektualno obrađuju svi senzitivni utisci.

Pri oštećenju ovih areala snižava se senzibilitet i nastaju ideatorne apraksije, koje se manifestuju dekompozicijom pokreta jedne zamišljene radnje. U slučajevima idejne (ideatorne) apraksije, bolesnik nije u stanju da konstruiše plan jedne složene radnje (na primer, bolesnik ne ume da pali sveću šibicom: zrnom šibice grebe pogrešnu stranu kutije ili sveću prinosi nezapaljenom palidrvcu).

Aleksija je, takođe, znak oštećenja ovog režnja. Manifestuje se nesposobnošću čitanja, uprkos očuvanom vidu bolesnika.

Taktilna agnozija je patološki fenomen, koji se manifestuje nesposobnošću bolesnika da čulom dodira (koje je potpuno očuvano) prepozna predmet koji mu, dok su mu oči zatvorene, stavljamo u ruku.

Lezija parijetalnog režnja prouzrokuje Gerstmanov (Gerstmann) sindrom: neprepoznavanje prstiju, nemogućnost orijentacije levo – desno, nesposobnost računanja (akalkulija) i pisanja (agrafija).

Autotopagnozija se manifestuje gubitkom osećaja o položaju tela i njegovih segmenata.

Anozognozija je nesposobnost uviđanja sopstvenog defekta (bolesnik ne prihvata svoju oduzetost i pokušava da hoda). Često se sreće u ranjenika s amputiranim ekstremitetima.

Ovde treba pomenuti i reprezentaciju čula ukusa koja se takođe nalazi u delu ovog režnja.

Slepoočni (temporalni) režanj je elementarni kortikalni akustički centar. Oštećenja u jednoj hemisferi izazivaju snižanje sluha i teškoće u lokalizaciji porekla zvuka, dok obostrane povrede prouzrokuju gluvoću.

Nadražajni fenomeni ovih regiona manifestuju se akustičkim halucinacijama, o kojima će kasnije biti reči.

U temporalnom režnju nalazi se centar za razumevanje govora, poznat kao Vernikeov (Wernicke) centar, čije oštećenje izaziva senzornu afaziju. Bolesnik ne razume tuđi, a kasnije ni svoj govor, iako je govorni aparat potpuno neoštećen.

Temporalni režanj, prema novijim ispitivanjima, smatra se tzv. memoria korteksom, jer ima značajnu ulogu u procesu pamćenja. Usled njegovih oštećenja nastaje tzv. amnezija fiksacije, koja se manifestuje nesposobnošću upamćivanja.

Pošto se u ovom režnju nalazi i olfaktivna (mirisna) zona, njena oštećenja izazivaju mirisne halucinacije (često kod temporalne epilepsije), koje nastaju zbog nekog žarišta u temporalnom režnju.

Oštećenjem određenih areala ovog režnja nastaju motorne i senzorne amuzije. Suština oštećenja je u nemogućnosti instrumentalnog izvođenja muzičkih dela, nesposobnosti shvatanja i upamćivanja muzike (melodije, kompozicije i sl.).

Potiljačni (okcipitalni) režanj je elementarni kortikalni optički centar. Njegove jednostrane povrede izazivaju hemianopsiju (ispad u jednoj polovini vidnog polja), a obostrane povrede prouzrokuju kortikalno slepilo (bolesnik ništa ne vidi).

Nadražajem ovih regija nastaju patološki fenomeni u opažanju svetlosti, boja, morfološki jasnih slika koje se kreću (fotopsije, hromatopsije, poliopsije) kao i viđenje deformisanih predmeta (metamorfopsije).

Optička agnozija je poremećaj prepoznavanja simbola pri potpuno očuvanom optičkom aparatu (bolesnik prepoznaje crvenu, belu i plavu boju, ali ne zaključuje da one simbolizuju nacionalnu zastavu).

4.2.1.2. Moždano stablo (Truncus encephali)

Moždano stablo se sastoji iz četiri anatomske formacije: međumozga, srednjeg mozga, Varolijevog mosta i produžene moždine.

Međumozak (diencephalon). – Međumozak je prednji deo moždanog stabla. Nalazi se između hemisfera velikog mozga. Najpoznatija jedra su mu hipotalamus i talamus. Smatra se da je to najmanja formacija koja istovremeno ima najviše funkcija. Centralnu šupljinu međumozga čini treća moždana komora.

Diencefalon je neka vrsta senzitivne raskrsnice. Odatle senzitivni putevi vode ka kori mozga. U njemu se nalaze mnogi važni centri za metabolizam masti, ugljenih

hidrata, balancevina i vode, centri arterijskog pritiska, termoregulacije i seksualnih funkcija. Iz ove regije idu, po principu povratnog sprega, impulsi do kore mozga i nazad. Njihovom interakcijom objašnjava se nastajanje sna i budnosti. Projekcioni putevi utiču i na električne ritmove kore mozga.

Hipotalamus kontroliše rad autonomnog nervnog sistema. Na taj način, posredno, utiče na emocionalni život čoveka, što je dalo nekim autorima ideju da ga „okrive“ za nastanak manijako-depresivne psihoze, o kojoj će biti reči u psihijatriji.

Oštećenje hipotalamusa prouzrokuje vadeni dijabet (diabetes insipidus), koji se karakteriše, unošenjem velikih količina tečnosti (polidipsija) i povećanim lučenjem mokraće (poliurija).

Poznat je i adipozo-genitalni sindrom koji se karakteriše gojaznošću, atrofijom genitalija sa oštećenjem reproduktivnih funkcija i, vrlo često, oštećenjem inteligencije.

Pri oštećenju talamusa nailazi se na smanjeni ili potpuni gubitak senzibiliteta u jednoj polovini tela, na teško podnošljive i žestoke bolove (talamički bolovi) i pojave prisilnog afekta, kad se smeh i plač javljaju bezrazložno i impulsivno, bez sposobnosti kontrole.

Srednji mozak (mesencephalon). – Karakterističan je po tome što se u njemu nalaze jedra III i IV, kao i grana V moždanog živca. Preko crvenog jedra i drugih formacija regulišu se nevoljni pokreti i tonus. Oštećenje mezencefalona izaziva paralizu očnih mišića (III i IV kranijalni nerv), nistagmus, koji se manifestuje ritmičkim pokretima očnih jabučica, i fenomen „lutkinih očiju“, kada očni bulbusi idu suprotno od pokretanja glave.

Varolijev most (pons Varoli). – U Varolijevom mostu smeštena su jedra od V do VIII kranijalnog nerva, pa njegove povrede narušavaju funkcije koje predstavljaju inervacionu oblast ovih nerava (pokretanje očnih jabučica u stranu, oštećenja mišićne muskulature).

Produžena moždina (medulla oblongata). – Prostire se između prvog vratnog segmenta i donje ivice Varolijevog mosta. Sadrži jedra od VIII do XII kranijalnog nerva. U njoj se nalaze refleksni centri za kašalj, fonaciju, sisanje, žvakanje, gutanje i povraćanje, kao i automatski centri za disanje i rad srca, vazomotorni centri i centri za znojenje. Na nivou produžene moždine ukrštaju se dugi motorni i senzitivni putevi.

Pri oštećenju produžene moždine nastaje poremećaj nerava čija se jedra u njoj nalaze i odgovarajućih funkcija.

4.2.1.3. Mali mozak (Cerebellum)

Mali mozak nalazi se u zadnjoj lobanjskoj jami i težak je 150–200 grama. Sastoji se iz dve hemisfere, između kojih se nalazi crv (vermis).

Mali mozak je sa susednim delovima mozga povezan pomoću tri parna moždana kraka. Prvi krak povezuje mali mozak sa gornjim delom moždanog stabla i velikim mozgom, drugi povezuje mali mozak i Varolijev most, a treći – mali mozak sa produženom i kičmenom moždinom.

Mali mozak se naziva „špijunskom centralom“ zbog mnogobrojnih kratkih i dužih puteva koji prenose impulse velikom brzinom, pa je veza sa ostalim delovima nervnog tkiva brža.

Sve funkcije malog mozga obavljaju se nesvesno. Draženjem malog mozga ne dobijaju se izolovani pokreti kao kod velikog mozga, ali mali mozak učestvuje u motornim funkcijama. On veoma brzo analizira impulse iz kore velikog mozga, upoređuje ih s radom odgovarajućih mišića i na taj način koriguje pokret. Korigovanje pokreta izvodi se na taj način što se, opet preko malog mozga ka velikom, aktiviraju antagonisti, a koče mišići koji imaju sinergičnu, sinhronu i harmoničnu funkciju. Logično je onda očekivati da će poremećaj malog mozga izazvati pogrešne procene amplitude i brzine nekog pokreta, pa će on biti neritmičan, nezgrapnan, neharmoničan. Suština je u nesposobnosti predviđanja i izostanku nadovezivanja započetog pokreta.

Poznato je da je jedna od najvažnijih funkcija malog mozga održavanje ravnoteže, čiji se poremećaj manifestuje smetnjama u hodu. Sličnim mehanizmom objašnjava se poremećaj održavanja uspravnog položaja i govornog ritma. Mali mozak učestvuje i u održavanju tonusa, pa se pri njegovom oštećenju snižava mišićni tonus (hipotonija).

4.2.1.4. Kičmena moždina (Medulla spinalis)

Kičmena moždina se nalazi u kičmenom kanalu, počevši od prednjeg luka atlasa (I vratnog pršljenja) do II slabinskog pršljenja (od C₁ do L₂). Dugačka je 40–45 cm, mada postoje individualne i varijacije prema polu. Teška je oko 30 g, a poprečni presek joj je dug 10–15 mm. Važna su njena dva zadebljanja: iz vratnog polaze nervi za inervaciju gornjih ekstremiteta, a iz slabinskog zadebljanja – za inervaciju donjih ekstremiteta.

Na poprečnom preseku kičmene moždine razlikuju se siva i bela masa.

Siva masa je unutar bele mase. Oblika je leptira sa raširenim krilima ili latiničkog slova H. Sastoji se iz tri para rogova: iz prednjih rogova polaze motorna vlakna, iz

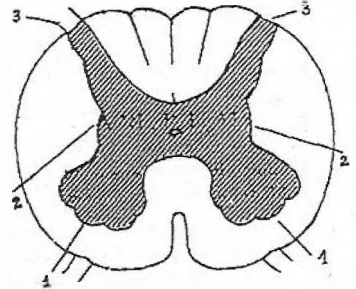
bočnih (preko prednjih) vegetativna, dok u zadnje rogove ulaze senzitivna nervna vlakna.

Bela masa (sastavljena iz prednjih, bočnih i zadnjih stubova) sistematizovana je u projekcione, asocijacione i komisuralne puteve (koje smo već opisivali). Funkcija ovih puteva kičmene moždine je održavanje veze sa ostalim delovima somatskog nervnog sistema, kao i komunikacija među pojedinim segmentima kičmene moždine.

Kičmena moždina učestvuje u motornim i senzitivnim funkcijama tela. Impuls za voljni pokret, stvoren u kori velikog mozga, dopire do prednjih rogova i stubova kičmene moždine, gde biva realizovan. Mogući su i nevoljni pokreti, koji nastaju draženjem kičmene moždine.

Iz svih delova tela pristižu senzitivni impulsi u zadnje rogove kičmene moždine, a iz ovih, preko dugih senzitivnih uzlaznih projekcionih puteva, do senzitivne kore velikog mozga, u kojoj se intelektualno obrađuju. Na taj način mi raspoznavamo kvalitete osećaja.

U kičmenoj moždini nalaze se i centri vegetativnog nervnog sistema. Preko nje se reguliše pražnjenje mokraćne bežike i debelog creva, kao i seksualne funkcije i trofika (ishrana) tkiva. Kičmena moždina je centar mnogih refleksa.



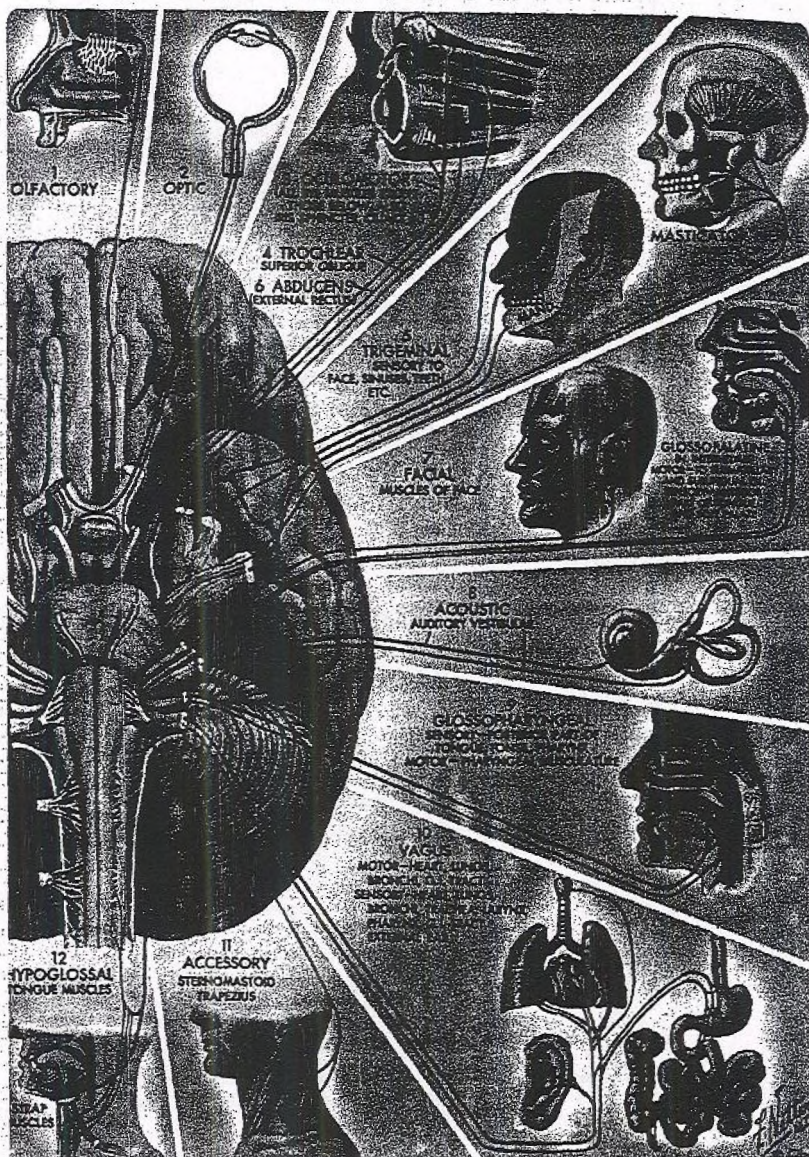
↑ Presek kičmene moždine 1 – prednji rogovi; 2 – bočni rogovi; 3 – zadnji rogovi

4.2.2. Periferni somatski nervni sistem

Periferni somatski nervni sistem sastoji se iz dvanaest pari moždanih ili kranijalnih (nervi cerebrales) i trideset i jednog para moždanih i kičmenih nerava (nervi spinales). Opisaćemo samo najvažnije funkcije kranijalnih nerava.

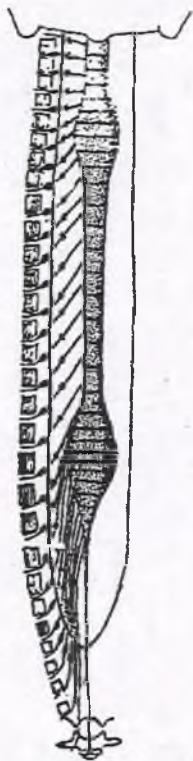
Fila olfactoria (I) služe žulu mirisa.

N. opticus (II) je vidni živac, a najvažnije funkcije su mu u regulisanju oštine vida i širine vidnog polja.



† Inervaciono područje moždanih nerava (F. Netter)

N. oculomotorius (III), trochlearis (IV) i abducens (VI) nazivaju se bulbotornima. Inervišu očne jabučice i očne kapke. Dejstvom na spoljašnje mišiće oka regulišu, između ostalih, i pokrete očnih jabučica i kapaka, a u unutrašnjim mišićima oka regulišu oblik, širinu i reakcije zenica, kao i akomodaciju očiju.



4 Šematski prikaz segmenata kičmene moždine

N. trigeminus (V) učestvuje u senzibilitetu lica, kao i u funkcijama žvakanja.

N. facialis (VII) učestvuje u mimičkim pokretima.

N. statoacusticus (VIII) učestvuje u funkciji sluha i održavanju ravnoteže tela.

N. glossopharyngicus (IX) učestvuje u funkcijama gutanja i reguliše ukus u zadnjoj trećini jezika.

N. vagus (X) reguliše pokrete nepca i glasnih žica, artikulaciju, fonaciju, disanje i rad srca.

N. accessorius (XI) reguliše položaj glave, a n. hypoglossus (XII) pokrete i trofiku jezika.

Moždinski (kičmeni, spinalni) nervi izlaze simetrično iz segmenata kičmene moždine, sa dva korena: zadnjim (radix dorsalis), koji ima senzitivnu i prednjim (r. ventralis), koji ima motornu funkciju. Već u tvrdoj opni kičmene moždine ova dva korena spajanjem grade spinalni nerv. Bubrežjem senzitivnog korena nastaje spinalni ganglion. Spinalni nerv se kasnije deli u četiri grane: meningealnu (koja se vraća u kičmeni kanal i inervišu tvrdu moždanicu), zadnju (za kožu i mišiće leđa), prednju (za kožu i mišiće spoljašnje i prednje strane trupa i udova) i sivu komunikantnu granu (koja spinalnom nervu dovodi postganglionarna simpatička vlakna). Spinalni korenovi, zajedno sa prednjim granama, grade nervne spletove, od kojih su kod čoveka najvažniji spletovi za gornje i donje ekstremitete (plexus cervicobrachialis i lumbosacralis).

Spinalni nervi dele se na sledećih pet grupa: 8 par vratnih (cervikalnih), 12 leđnih (torakalnih), 5 slabinskih (lumbalnih), 5 krsnih (sakralnih) i jedan par tričnih (koksigealnih) nerava.

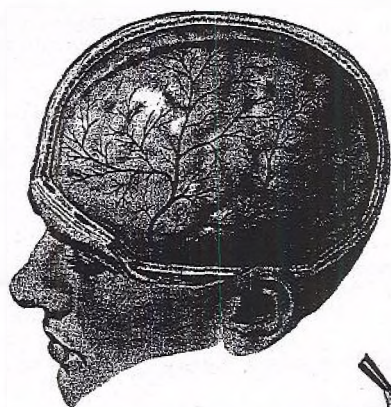
5. Moždane opne

Mozak i kičmena moždina obavijeni su trim opnama. Tvrda moždanića (dura mater) jeste čvrsta, fibrozna opna, čiji krvni sudovi ne komuniciraju s krvnim sudovima mozga.

Paučinasta opna (arahnioidea) nema ni krvnih sudova ni nerava.

Meka moždanića (pia mater) obavija plastičnu masu mozga, to jest održava njegovu konzistenciju. Bogata je krvnim sudovima, pa se preko nje vrši promet materija. Predstavlja neku vrstu barijere koja štiti mozak od infektivnih i drugih štetnih toksa.

Ove tri opne grade tri prostora: epiduralni (iznad dure), subduralni (između tvrde i paučinaste opne) i subarahnoidni (između arahnoidne i meke moždaniće). U subarahnoidnom prostoru cirkuliše moždano-kičmena tečnost (liquor cerebrospinalis).



*Tvrda moždana opna /dura mater/
i meningealna arterija



*Paučinasta /arahnioidea/ i meka moždana
opna /pia mater/

6. Krvni sudovi mozga

Mozak vaskularizuju dva velika krvna suda: arteria carotis interna i arteria basilaris.

Arteria carotis interna daje četiri grane:

- prednju moždanu arteriju (a. cerebri anterior),
- srednju moždanu arteriju (a. cerebri media),
- prednju hiorioidnu arteriju (a. chorioidea anterior),
- zadnju komunikantnu arteriju (a. communicans posterior).

Ova poslednja arterija povezuje sistem unutrašnje karotidne arterije sa sistemom bazilame arterije.

Arteria basilaris nastaje od dveju kičmenih arterija (aa. vertebrales) i daje dve grane:

- zadnju moždanu arteriju (a. cerebri posterior) i
- gornju arteriju malog mozga (a. cerebellaris superior).

Ove arterije na bazi mozga grade poznati Vilisov (Willis) šestougao. Venska krv odvodi se preko venskih sinusa u unutrašnju vratnu venu.



↑ Krvni sudovi mozga

7. Moždano-kičmena tečnost (Liquor cerebrospinalis)

Moždano-kičmena tečnost stvara se u lubičnim komorama, a iz njih, preko odgovarajućih otvora, odlazi u treću, iz treće u četvrtu moždanu komoru i tla je tzv. unutrašnji likvor. Spoljni likvor cirkuliše u subarahnoidnom prostoru.

Likvor, dakle, cirkuliše iz centralnog dela mozga prema periferiji, odnosno iz regiona većeg prema manje razvijenog prištaka.

Količina likvora iznosi oko 150 cc, a pritisak od 60 do 200 mm vodenog stuba.

Likvor ima dvojaku ulogu: fizičku i biološku.

Fizička uloga ogleda se u zaštiti mozga od mehaničkih povreda i u održavanju relativno konstantnog intrakranijskog pritiska.

Biološka uloga ne ispunjuje se samo apsorpcijom hranljivih i drugih materija.

Biološki sastav likvora je relativno konstantan, što je od bitnog značaja za zdravlje nervnog tkiva. Likvor je bistar, bezbojna tečnost (99% voda i 1% ostalih materija). Specifična težina je 1006-1009, a pritisak 100-150 mm u ležećem, odnosno 300-360 mm vodenog stuba u sedećem položaju. U 100 cc likvora sadržano je 40-80 mg šećera, 15-40 mg belančevina, 10-40 mg urije i 700-760 mg klorida. Pri pojedinim oboljenjima sastav likvora se menja.

Pri patološkim krvarenjima likvor je krvav u svim sprovedama, a ksantohromom oko se centriruje. Ksantohromija nastaje kao posledica hemolize eritrocita i prelaska pigmenta u likvorni sistem. Ksantohromni likvor može se naći kod tumora mozga i kičmene moždine.

Likvor sadrži 3-5 mononuklearnih ćelija. Povećanje njihovog broja naziva se pleocitoza i javlja se kod nekih zapaljenja mozga.

Šećar u likvoru (glikardija) određuje se prema nivou šećera u krvi (glikemiji) i iznosi 50-75% od glikemije. Sniženje šećera u likvoru javlja se kod bakterijskog meningitisa, pri krvarenju (prisustvo krvi u likvoru), a povišenje kod dijabetesa, tumora mozga, letargičnog encefalita i poliomijelita.

Hloridi su sniženi kod meningitisa. Odnos albuminskih i globulinskih frakcija belančevina u likvoru vrlo je značajan u laboratorijskoj dijagnostici progresivne paralize, tabesa, meningitisa i dr.

Bakteriološki pregled (razmaz, zasejavanje kultura, inokulacija životinjama) takođe se koristi u dijagnostici.

Serološki pregledom (Vasermannova reakcija fiksacije komplementa i Nelsonov test imobilizacije blede spirihete) sa visokim procentom sigurnosti se postavlja dijagnoza luetične infekcije mozga.

U dijagnostici korišćeno je Vasermannova (Vasermann) reakcija fiksacije komplementa. Negativna reakcija isključuje lues. Moguća je, međutim, i lažno pozitivna Vasermannova reakcija (kod autimunih oboljenja, na primer). Stoga se najčešće koriste VDRL, serološki test na otkrivanje antitela na bledu spirihetu - TR (test imobilizacije treponeme) i fluorescentno određivanje antitela.

Opšta neurologija

Poznavanje anatomije i neurofiziologije neophodno je za tzv. topografsku (ili topičku) dijagnostiku u neurologiji. Ovom dijagnostikom mi se, na osnovu simptoma, orijentišemo u pronalaženju fokusa lezije, što je od velikog praktičnog značaja, naročito pri velikim hirurškim intervencijama za koje često postoje vitalne indikacije.

Neurološka dijagnostika koristi simptome koje treba povezati u jednu logičnu celinu, a koju obično nazivamo dijagnoza. Ona predstavlja jednu nozološku jedinicu. U neurološkoj dijagnostici najčešći su termini motorika (motilitet), senzibilitet, tonus i refleksi, bez kojih se klinička fenomenologija ne može ni zamisliti.



8. Motorni sistem (Motilitet)

Motorni sistem omogućava kretanje u prostoru, pokrete pojedinih delova tela i održavanje položaja tela i pojedinih delova tela na koje deluju spoljne i gravitacione sile.

Motorni sistem može se podeliti na:

- 1) centralni (gornji) motorni neuron ili piramidni sistem,
- 2) periferni (donji) motorni neuron,
- 3) ekstrapiramidni sistem,
- 4) motorni sistem malog mozga.

1. Centralni neuron. – Centralni ili gornji motorni neuron počinje u moždanoj kori čeonog režnja i proteže se preko moždanog stabla, ukrašujući se u produženoj moždini, da bi se završio na prednjim rogovima kičmene moždine (na raznim višim sinapsama, što zavisi od toga kom delu tela dlanosi impulse).

Centralni motorni neuron je odgovoran za voljne motorne impulse, koji se prenose na periferni motorni neuron, a odavde šine ka raznim mišićima. Korikalni centri piramidnog sistema ne predstavljaju centre za pokretanje pojedinih mišića, već regulišu kompleksne pokrete čitavih grupa mišića. U tome imaju sarađuju ekstrapiramidnog i cerebelnog motornog sistema.

2. Periferni motorni neuron. – Počinje u prednjim rogovima kičmene moždine, odnosno u motornim jedrima moždanog stabla, a završava se dugim aksonima do odgovarajućih mišića. Ovaj sistem prima impulse, direktno ili indirektno od tri pomenuta motorna sistema. On je njima podređen i predstavlja „izvršni organ“, koji impulse prenosi do pojedinih mišića. On je, dakle, neuron motorike pojedinih mišića i nije u stanju da koordinira pokrete.

3. Ekstrapiramidni motorni sistem. – Ovaj složeni mehanizam motornih puteva koji se naziva ekstrapiramidni zato što imitovani piramide produžene moždine, evoluciono je stariji i imaju ga niže životinjske vrste. Piramidni sistem imaju sisari, a najsvršeniji je kod čoveka.

Ekstrapiramidni sistem povezuje potkorna (subkortikalna) jedra u beloj masi mozga i mnogo jedra moždanog stabla sa ostalim delovima motornog sistema i, naravno, s perifernim motornim neuronom. Poslednje pri izvođenju grubih pokreta, a učestvuje i u nevoljnim pokretima, kao i u regulisanju refleksa i mišićnog tonusa.

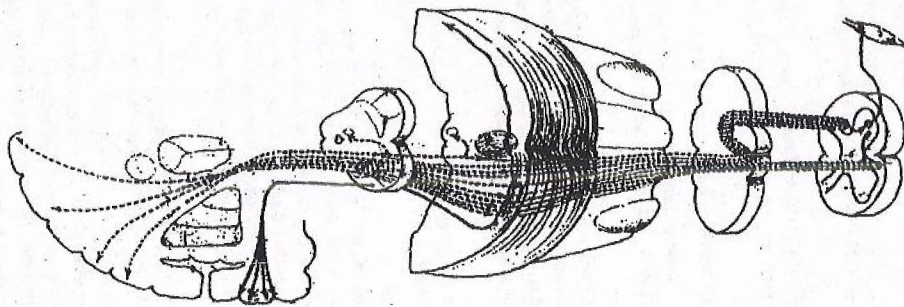
4. Cerebelarni motorni sistem. – Motorni sistem malog mozga, dovodnim i odvodnim putevima i vezama, prima ili predaje impulse iz kore velikog mozga, subkortikalnih ganglija, jedara moždanog stabla i iz kičmene moždine. Funkcionisanje se odvija uglavnom po sistemu povratnog sprega i podležu kontroli određenih areala kore velikog mozga.

Poremećaji motorike

Poremećaji motorike su vrlo brojni, ali ih je zbog raznih etioloških faktora i raznih manifestacija u intenzitetu teško klasifikovati. Prema gruboj podeli, ti poremećaji mogu biti:

- a) motorne paralize (oduzećosti) i pareze,
- b) hipokinezije,
- c) hiperkinezije,
- d) smetnje koordinacije.

Motorne paralize i pareze. – Gubitak ili slabljenje sposobnosti izvođenja aktivnih pokreta, zbog motornog deficita različitog stepena, naziva se motornom oduzećošću.



↑ Tok piramidnog puta od kore čeonog režnja do prednjih rogova kičmene moždine (J. Bossy)

↑ Nevoljni pokreti prstiju leve ruke (B. Radajević)

Delimična slabost u izvođenju aktivnih pokreta je pareza, a potpuna nemogućnost izvođenja pokreta je paraliza. Razlikuju se monopareze ili monoplegije (kad je pogođen jedan ekstremitet), parapareze i paraplegije (oduzetost dva ekstremiteta), hemiplegije i hemipareze (oduzetost polovine tela) i kvadruplegije i kvadripareze (oduzetost sva četiri ekstremiteta). Osim ovih, postoje i druge kombinacije.

Motorne oduzetosti najčešće su praćene poremećajem tonusa atrofičnog mišića i povremeno kontrakturama, koje se manifestuju fiksiranim položajem i najčešće se ne mogu korigovati.

Hipokinezijske. – Pod hipokinezijama se podrazumeva redukovanje broja i kvaliteta volimernih i izražajnih pokreta. Hipokinezijske se nalaze kod neuroloških, ali i kod duševnih bolesnika, kao i oskudna mimika (hipomimija), retko treptanje, preredeno mahanje ruku pri hodu, usporen hod i aktivni pokreti uopšte. Tipičan primer ovoga je Parkinsonova bolest. Ove simptome mogu izazvati i velike doze neuroleptičkih lekova, koji se daju duševnim bolesnicima da bi se ublažio njihov psihomotorni nemir.

Hiperkinezijske. – To su nehotični trzaji ili pokreti. Najčešće su organski, ali mogu biti i psihogeno uslovljeni (konverzivna neuroza – histerija). Razlikuje se više vrsta hiperkinezijske.

a) **Tremor** su ritmične, nehotične oscilacije oko jedne osovine. Tremor nastaje zbog naizmenične kontrakcije jedne grupe mišića i njihovih antagonista. Najčešći je na prstima ruku. Manifestuje se u miru, pred ciljem i u statičkom položaju. Javlja se kod Parkinsonove bolesti, hroničnog alkoholizma, kod raznih trovanja, a može biti i psihogeno uslovljen.

b) **Horeički** pokreti su nehotični, nesvrshodni, neritmički, brzi pokreti različitih amplituda. Nastaju kod oboljenja ekstrapiramidnog motornog sistema.

Atetozni pokreti predstavljaju cvrlike, usporene pokrete donjih delova ekstremiteta. Najčešći su na prstima.

Tikovi su jednostavni ili složeni neritmički pokreti. Najčešći su: tik treptanja, grimasiranja, klimanja glavom u smislu potvrđivanja ili negiranja nečega itd. Mogu biti organski ili psihogeno uslovljeni.

U hiperkinezijske ubrajaju se još i mioklonije (koje zahvataju obično jedan mišić i ne izazivaju pokret), štućanje, fascikularni trzaji, trzaji mišića, grčevi i dr.

Smetnje koordinacije. – Zbog poremećaja saradnje mišićnih grupa javljaju se nesigurni, nepravilni, suvišni pokreti ili položaji. To otežava stajanje, hod i uopšte svrshodno obavljanje motorne aktivnosti. Nastaju zbog organskih oboljenja svih delova nervnog sistema ili su psihogene etiologije.

9. Senzibilitet

Na organizam svakodnevno deluju draži spoljašnjeg sveta. Međutim, raznovrsne draži javljaju se i unutar organizma. Njih registruje ili na njih odgovara jedan vrlo značajan sistem, koji se naziva senzitivni. On ima značajnu ulogu u nastajanju i kontroli naših emocija. Impulsi idu u sve delove nervnog sistema, izazivajući odgovarajuće reakcije. Veliki deo impulsa ne dostiže do svesti, a ako dopre do kore mozga (većinom do kore temenog režnja), impulsi imaju saznavnu, intelektualnu komponentu koja omogućava da se neka draž doživi kao osećaj toplog, hladnog i sličnog.

Početak dovodnih puteva predstavljaju periferni senzorni elementi, koji primljenu draž šalju prema centralnom nervnom sistemu. Receptori (prijemnici draži) su posebno anatomske i morfološki organizovana senzitivna telašca, senzitivni organi (vestibularni aparat uva ili mrežnjača oka i sl.) ili goli počeci nervnih vlakana. Draži se dalje prenose senzitivnim putevima. Na svom uzlaznom putu daju kolaterale, na raznim nivoima sive mase kičmene moždine i za mali mozak, za jedra moždanog stabla, da bi se preko talamusa (senzitivna raskrsnica) završili u kori suprotnog temenog režnja. U senzitivnoj kori velikog mozga zastupljeni su pojedini delovi tela srazmerno njihovoj funkciji u senzibilitetu (usne i vrhovi prstiju, na primer, reprezentovani su na većem prostoru nego trup ili organi trbušne duplje).

Ranije smo pomenuli da se u zoni kore potiljačnog režnja obavlja analiza svetlosnih, a u zoni slepoočnog režnja akustičnih draži, što omogućava da se vide svetlosne draži, odnosno da se čuju i raspoznaju zvuci.

Šerington (Ch. S. Sherrington) je senzibilitet svrstao u tri grupe:

- 1) eksteroceptivni (površinski, odnosno senzibilitet za dodir, bol i temperaturu), koji prenosi impulse sa površine kože i sluzokože, zatim iz čula sluha i vida;
- 2) proprioceptivni (duboki), koji, primajući impulse iz dubljih tkiva, reguliše orijentaciju tela u prostoru, međusobne odnose i položaj pojedinih delova tela i sl. Bol iz dubokih tkiva „oglašava se“ ovom vrstom senzibiliteta;
- 3) interoceptivni (visceralni), koji prenosi senzitivne draži iz unutrašnjih organa.

Ispitivanje i poremećaj senzibiliteta. – Svesnom pacijentu, koji ne odbija saradnju, ispituju se simetrični delovi tela, radeći brzo da bismo ga ovim ispitivanjem, koje je najčešće dosadno, zamorili što manje. Pacijent pri ovome mora držati zatvorene oči da ne bi vidom kontrolisao naše manipulacije i vrstu draži.

Senzibilitet za dodir, koji se ispituje vatom napravljenom u obliku končića, može biti trojako poremećen: snižen osećaj dodira (hipoestezija), ugašen senzibilitet za dodir (anestezija) i naglašen senzibilitet za dodir (hiperestezija).

Senzibilitet za bol ispituje se iglom koja ima oštar i tup kraj. Sniženje osećaja za bol naziva se hipoalgezija, neosetljivost za bolne draži analgezija, a preosetljivost na dejstva bolnih draži hiperalgezija.

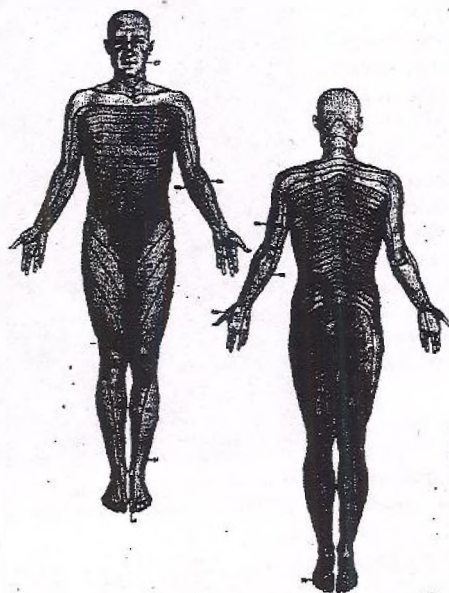


Termički senzibilitet ispituje se dodirivanjem pacijenta epruvetom napunjenom toplom, odnosno hladnom vodom. Sníženje osećaja za termičke draži naziva se termohipoestezija, potpuna neosetljivost – termoanestezija, a povećana osetljivost – termohiperestezija.

Od drugih poremećaja senzibiliteta česte su parestezije, pri čemu pacijent ima osećaj mravinjanja, bockanja iglicama, utrnulosti (što se doživljava kao neugodnost).

Pri poremećaju dubakog senzibiliteta bolesnik ne može zatvorenih očiju da pogodi u koji smo položaj stavili neki deo njegovog tela, niti može da imitira ili opiše položaj u koji smo mu stavili ruku ili nogu.

Oštećenja kore tečenog režnja manifestuju se čestim taktilnim agnozijama. Uprkos potpuno očuvanom senzibilitetu za dodir, bolesnik pipanjem ne može da prepozna predmet (naravno zatvorenih očiju) koji drži u ruci. Ispitivanje se obavlja na taj način što se pacijentu kaže da zatvori oči, a zatim se u njegovu šaku stavi neki predmet (ključ) koji on treba da prepozna. Pacijent će precizno i tačno opisati predmet, ali neće moći da ga imenuje.



* Raspored zona senzibiliteta. (E. Netter)

Pri psihogenom (najčešće histeričnom) poremećaju senzibiliteta, raspored tako oštećenog senzibiliteta ima geometrijsku lokalizacionu tačnost, što nije slučaj pri organskim oštećenjima senzibiliteta. Histerični pacijent, na primer, neće osećati dodir i bol u obema podlakticama, što se često naziva „fenomen rukavica“. U slučaju histeričnog slepila (amaurosis hysterica), uprkos zdravom optičkom aparatu, pacijent tvrdi da ne vidi. Histerične osobe sa skotomima „ne vide“ ono što „ne žele“ da vide.

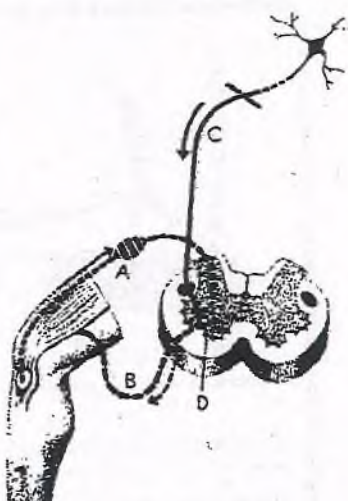
10. Refleksi

Refleksi predstavljaju odgovore na draži bez voljne kontrole, mada to ne znači da nema mogućnosti da se svežu prati ovaj proces. Naprotiv, na neke reflekse se može uticati snagom volje tako da ispitiivač ne može lako da ih izazove. U tim slučajevima zagovaranjem se skreće pažnja pacijentu koji svesno ometa izvođenje refleksa. Za refleks je neophodan refleksni luk. On se u slučajevima najjednostavnijih refleksa sastoji od dovodnog (afereutnog) vlakna, refleksnog centra (najčešće sa umetnutim neuronom) i odvodnog (eferentnog) vlakna. Izvesni autori koriste za refleksni luk termine: receptor, sprovodni sistem i efektor.

Vrste refleksa. – Refleksi se dele u dve grupe: fiziološke i patološke. Fiziološki se dobijaju kod zdravih osoba, a patološki su znak oštećenja nervnog tkiva. Refleksi mogu biti bezuslovni i uslovni. Bezuslovni su urođeni, a uslovni se sliče tokom života procesom učenja („uslovljavanja“).

Fiziološki refleksi su raznovrsni i brojni. Dele se na nekoliko grupa:

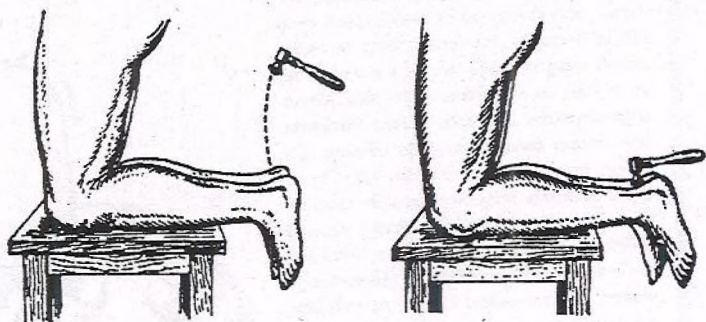
- 1) duboki refleksi poznati kao miotatski, predstavljaju refleksnu kontrakciju mišića na istezanje; tu spadaju refleksi mišića na rukama, nogama i prstima;
- 2) površinski refleksi predstavljaju kontrakciju mišića kao odgovor na draženje kože ili sluzokože; to su trbušni refleks, refleks rožnjače oka i sl.;
- 3) refleksi položaja koji kontrolišu stav, održavanje položaja i orijentacije tela;
- 4) vegetativni refleksi koji u refleksnom luku imaju vegetativni nervni sistem, a efektori su im glatka muskulatura i žlezde;



↑ Schematski prikaz refleksnog luka.



↑ Izvođenje refleksa mišića (B. Rodolović).



↑ Izvođenje Ahilovog refleksa (B. Radojičić)

na primer, pritiskom na očne jabučice refleksnim putem može se usporiti i ritom srca.

Refleksi mogu biti normalni, sniženi, ugašeni i pojačani. Upoređuju se na simetričnim delovima tela.

Patološki refleksi su indikatori oštećenja nervnog sistema. Od bezbroj patoloških refleksa najpoznatiji je refleks Babinskog (T. F. Babinski). Dobija se kad se oštrim delom igle povlači po spoljnoj ivici tabana. Kao odgovor na ovu draž, palac noge pokreće se prema potkolenici, najčešće uz razmicanje ostalih prstiju u obliku lepeze.

Uсловni refleksi nastaju procesom učenja. Pri njihovom nastajanju neophodna je kora mozga. Proučavao ih je poznati ruski neurolog Pavlov (I. P. Pavlov), kombinujući (najčešće na psima i mačkama) bezuslovne i uslovne draži. Bezuslovna (adekvatna) draž kombinuje se sa uslovnom (neadekvatnom) draži (na primer, hrana se pokazuje uz zvuk metronoma, ili životinja mora da razlikuje krug od elipse da bi dobila hranu, odnosno mora da podigne šapu da ne bi dobila udar strujom). Analizom ovih situacija zaključuje se da je u jednom slučaju životinja za tačnost nagrađena hranom, a u drugom slučaju, kada ne ume da diferencira draži, biva kažnjena.



↑ Izvođenje refleksa Babinskog (M. Nikolić)

Refleksološka škola pokušava da objasni neuroze i izvesna psihosomatska oboljenja (čir želuca, astma) fenomenima uslovnih refleksa. Ova oboljenja nastaju tako što se osoba u očekivanju nagrade ili kazne, nalazi u stanju napetosti, pa može reagovati neurotično. Ako se slična osujećenja češće ponavljaju, može se reagovati čitrom, povećanim pritiskom ili nekim drugim psihosomatskim oboljenjem. Uсловni refleksi se mogu „razusloviti“, ali se nikad potpuno ne zaboravljaju.

11. Mišićni tonus

Tonus je stanje delimične nehotične mišićne kontrakcije, koji je regulisan i kontrolisan od nervnog sistema. Pad tonusom se uglavnom podrazumeva zategnutost zdravog, nekontrahovanog mišića. Tonus služi održavanju položaja u raznim uslovima i predstavlja refleksni fenomen. Najveći broj impulsa normalnog tonusa polazi iz mišića, a veliku ulogu u njegovom raspoređivanju imaju mali mozak, labirint, piramidni i ekstrapiramidni motorni sistem. Oštećenje senzitivnog ili motornog dela refleksnog luka izaziva poremećaj tonusa.

Poremećaji tonusa. – Najčešći poremećaji su sniženje ili potpuno gašenje mišićnog tonusa (hipotonija i atonija), odnosno povišenje tonusa (hipertonija).

Hipotonija je sniženje tonusa do potpunog gašenja, a javlja se u dubokom snu ili u narkozi. Nastaje zbog poremećaja dovodnog ili odvodnog kraka u refleksnom luku, kao i zbog poremećaja malog mozga. Mišići su mlitavi i pri njihovom pasivnom pokretanju nema uobičajenog otpora. Poznata je velika i obimna pokretljivost zglobova, koja se često naziva hiperekurzija zglobova.

Hipertonija je povišeni mišićni tonus i nastaje najčešće zbog oštećenja piramidnog, ekstrapiramidnog, ili oba motorna sistema. Hipertonija može biti piramidna (spastička) i ekstrapiramidna (plastična).

Spastička hipertonija nastaje pri oštećenju piramidnog sistema. Spazam se javlja kao rezultat pojačane aktivnosti refleksnih lukova kičmene moždine, koja je oslobođena kontrole i kočenja od viših centara. Zbog toga se uz hipertoniju pojavljuju i „živi“ refleksi. Piramidni spazam je veći u mišićima koji se suprotstavljaju sili Zemljine teže. Elastični otpor, koji je u početku pasivnih pokreta jači, sličan je opruzi džepnog nožića, zbog čega je i nazvan „fenomen peroreza“.

Povišenje tonusa pri oboljenju ekstrapiramidnog sistema poznato je i kao rigor. Često se sreće kod parkinsonizma. Skoro pravilno raspoređen na grupe ekstenzornih ili fleksornih mišića i skoro jednakog intenziteta u toku pasivnog pokreta, nazvan je plastična hipertonija. Ovaj elastični otpor upoređuje se sa olovnom šipkom ili viskom, a poznat je kao „voštana savitljivost“. Na njega se nailazi kod izvesnih



↑ Bizarna poza u kojoj bolesnik može bez vidljivog zamora satima da ostane

duševnih bolesnika, koji mogu sačiniti da zadrže neke vrlo bizarne i zamorne poze (kod katatone shizofrenije).

Ako uz hipertenziju postoji i tremor, pri pasivnom pokretanju otpor naizmenično popušta. To je u neurologiji poznati fenomen „zupčastog točka“, a može se pojaviti ne samo pri oboljenju ekstrapiramidnog nervnog sistema, već i pri davanju visokih doza nekih psihofarmakoloških lekova, koji se u modernoj psihijatriji koriste u lečenju duševnih bolesnika.

12. Uzroci nervnih bolesti

Uzroci nastanka nervnih bolesti su mnogobrojni. Ponekad to nije samo dejstvo jednog već više faktora. Pri tome značajnu ulogu ima odnos između morbidogenih faktora s jedne, i strukture organizma, s druge strane. Manje vredno nervno tkivo stradaće od manje toksičnih maksi, dok će se snažniji i biološki vredniji organizam suprotstaviti virulentnijim i razornijim uzročnicima bolesti.

Hereditet (nasleđe) je utvrđen kod izvesnog broja nervnih oboljenja. Zahvatajući sovišenju dijagnostički, danas je sve ređa praksa da se bolesti čiji uzročnik nije otkriven oglašavaju hereditarnim. Bolest se prenosi s roditelja na potomstvo. Roditelji ima manifestne znake bolesti ili je samo nosilac bolesnog gena. Poremećaji broja i strukture hromozoma danas se sa lakoćom utvrđuju, pa je moguće i statistički predviđeti u kom procentu će se roditi bolesno potomstvo. Saveljivališta za ljudanu genoproifidksu imaju mogućnosti da bolesne potencijalne roditelje ili nosioce patološki obeležanih gena i hromozoma upozore na mogućnost nastanka nakaznog potomstva.

Pod dispozicijom se podrazumeva frakcija (i psihofizička) sklonost za određenom vrstu bolesti. Dispoziciju ne treba shvatiti kao totalnu predodređenost, već kao skup činilaca koji samo u nepovoljnim uslovima mogu da se manifestuju i deluju morbidogeno.

Bakterijske infekcije i toksini, zatim luetičke i virusne infekcije oštećuju nervno tkivo i vaskularni sistem mozga, prouzrokujući zapaljenska oboljenja.

Hemijske intoksikacije (egzogene i endogene) mogu, isto tako, da nervnom tkivu nanesu ozbiljne organske lezije. Među egzogene intoksikacije, ubrajaju se alko-holizam, dejstvo droga, hemijskih supstanci u industriji (olovo, ugljen-monoksid, ugljen-dioksid). Kod kardiomijopata s ređukovanimi respiratornim površinom pluća, ugljen-dioksid deluje toksično na nervno tkivo.

Endokrini poremećaji (poremećaji hormonalne i neurovegetativne ravnoteže) predstavljaju morbidogene faktore (na primer, oboljenja hipotire i tirotoze).

Poremećaji metabolizma (lipidi, glicidi, proteidi) i fermentativni poremećaji, takođe prouzrokuju oboljenja nervnog i neurovaskularnog sistema.

Nedostatak vitamina u uslovima gladovanja, loše ishrane, elementarnih i sličnih nepogoda značajan su faktor s kojim se mora računati u diferencijalnoj dijagnostici bolesti.

Tumori mozga i kičmene moždine, razne kongenitalne anomalije mozga ili krvnih sudova izazivaju razne organske ili psihorganske sindrome.

Mehanički faktori zauzimaju visoko mesto u etiologiji nervnih oštećenja i bolesti. Ovi faktori su ili fizički (udar strujom, hipertenzija) ili fizički (trauma mozga i kičmene moždine). Traumatska oštećenja glave sve su brojnija, naročito u sve življen automobilskom saobraćaju.

Svi ovi faktori deluju i na fizičke manifestacije subjekta, jer je čovek psihosomatsko biće, pa je itađe reč o psihosomatskom sindromu.

Bolesti nervnog sistema

(Deseta međunarodna klasifikacija bolesti – MKB-10)

ZAPALJENJSKE BOLESTI CENTRALNOG NERVOG SISTEMA

- Zapaljenje moždanica (meningitis)
- Zapaljenje mozga, zapaljenje kičmene moždine i zapaljenje mozga sa zapaljenjem kičmene moždine (encefalitisi, mijelitisi i encefalomijelitisi)
- Absces (intrakranijalni; intraspinalni)
- Intrakranijalni i intraspinalni flebitisi i tromboflebitisi
- Posledice zapaljenjskih bolesti CNS-a

SISTEMSKE ATROFIJE CNS-a

- Huntingtonova bolest
- Hereditarna ataksija i druge ataksije
- Spinalna mišićna atrofija
- Bolest motornog neurona
- Sistemske atrofije u drugim bolestima

VANPIRAMIDNA (EKSTRAPIRAMIDNA) OBOLJENJA I POREMEĆAJI KRETANJA

- Parkinsonova bolest (Morbus Parkinsoni)
- Sekundarni parkinsonizam
- Maligni neuroleptički sindrom
- Parkinsonizam u drugim bolestima
- Druga degenerativna oboljenja bazalnih ganglija
- Distonija (poremećaj mišićnog tonusa)
- Druga ekstrapiramidna oboljenja i poremećaji kretanja (tremor, grč mišića, tikovi)
- Ekstrapiramidna oboljenja i poremećaji kretanja u drugim bolestima

DRUGE DEGENERATIVNE BOLESTI NERVOG SISTEMA

- Alchajmerova bolest (Morbus Alzheimer)
- Staračka degeneracija mozga, alkoholna degeneracija, degenerativne bolesti nervnog sistema u drugim bolestima

DEMIJELINIZUJUĆE BOLESTI CNS-a

- Multipla skleroza (Sclerosis multiplex)
- Akutni i subakutni hemoragični leukoencefalitis
- Difuzna skleroza mozga
- Akutni transferzalni mijelitis

POVREMENI POREMEĆAJI I PAROKSIZMALNI POREMEĆAJI

- Epilepsija
- Epileptički status (status epilepticus)
- Migrena
- Druge glavobolje
- Prolazna ishemija mozga
- Sindromi krvnih sudova mozga
- Poremećaji spavanja

POREMEĆAJI ŽIVACA, KORENOVA I SNOPOVA ŽIVACA

OBOLENIJA VIŠE ŽIVACA I DRUGI POREMEĆAJI PERIFERNOG NERVENOG SISTEMA

BOLESTI MIŠIĆNO-ŽIVČANE SPOJNICE I BOLESTI MIŠIĆA

- Teška slabost mišića (myasthenia gravis)
- Prirame bolesti mišića (distrofija mišića, kongenitalna miopatija, druge miopatije)

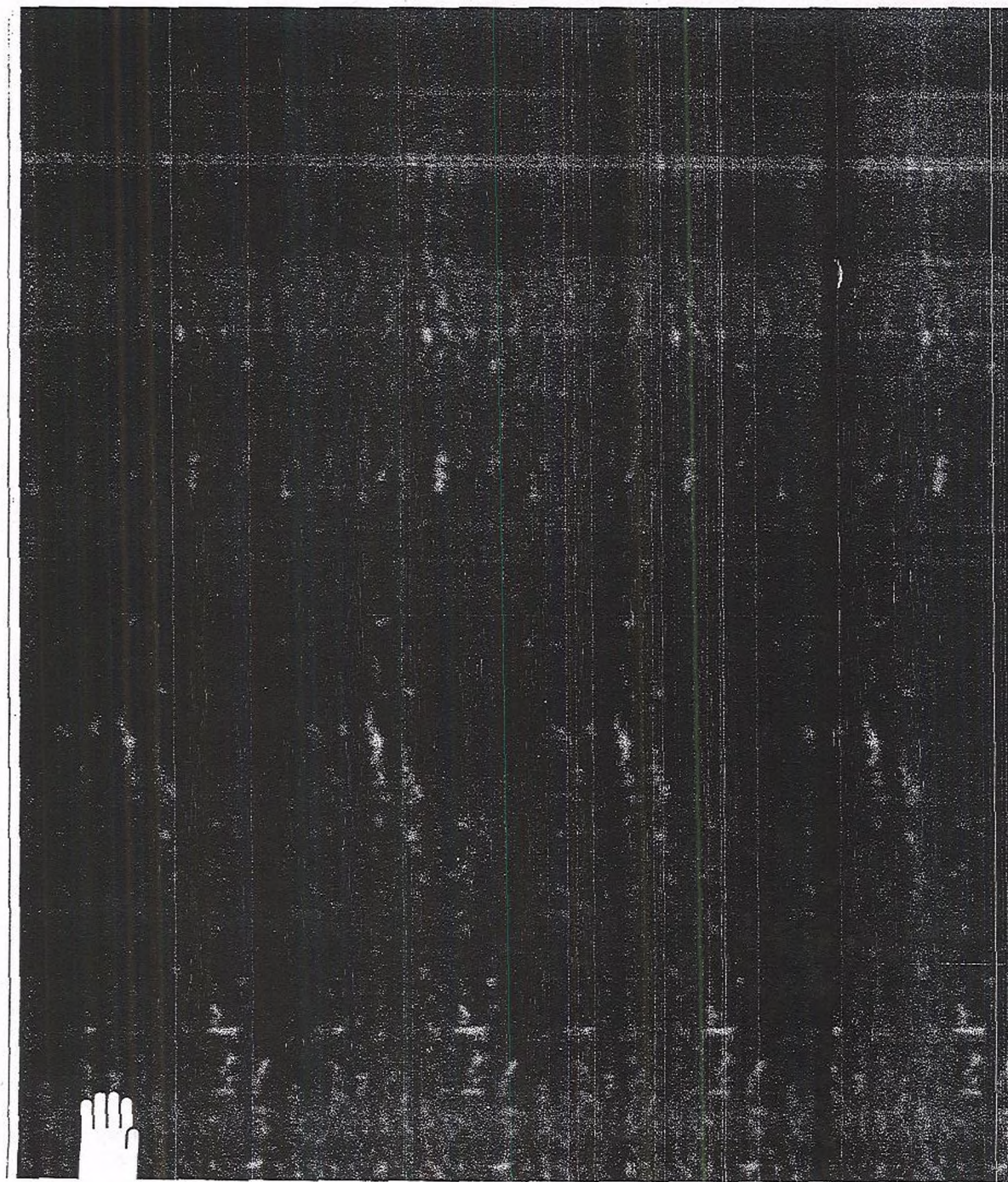
MOŽDANA PARALIZA I DRUGI SINDROMI PARALIZE

- Dečja cerebralna paraliza (Paralysis cerebri infantilis)
- Hemiplegije, paraplegije i tetraplegije

DRUGA OBOLENIJA NERVENOG SISTEMA

- Obojenja autonomnog nervnog sistema
- Hidrocefalus
- Toksične encefalopatije
- Druge bolesti mozga
- Druge bolesti kičmene moždine





Specijalna neurologija



13. Zapaljenjska oboljenja centralnog nervnog sistema

13.1. Meningitis

Meningitis je zapaljenje mekih moždanića mozga i kičmene moždine. Zahvaćene su pija- i arahnoida (leptomeningitis). Zapaljenjski proces tvrdih moždanića poznat je kao pachymeningitis.

Etiologija. – Izaivači meningitisa mogu biti infektivni agensi, zatim alergijske, fizičke, hemijske i toksične nokse.

Zavisno od etioloških faktora postoji više meningitisa:

- bakterijski (izazivači meningokoka, pneumokoka, stafil- i streptokoka, zatim klebsijela pneumonije, hemofilus influence, proteus);
- virusni (virus poliomijelitisa, EHO virusi, Coxackie, virus parotita, herpes zostera, influence, mononukleoze, adeno- i ARBO virusi);
- spirohetozni i riketsijalni (riketsijski);
- gljivični;
- parazitarai.

Bakterije izazivaju gnojni meningitis, koji se karakteriše mutnim likvorom (tuberkulozni meningitis, koji takođe pripada grupi bakterijskih meningitisa, odlikuje se bistrim likvorom). Virusni meningitis se odlikuje bistrim likvorom, a poznat je i pod nazivom meningitis serosa seu lymphocitaria.

Patogeneza. – Infekcija, u najvećem broju slučajeva, nastaje kapljičnim putem. Mikroorganizmi, najverovatnije preko horoidnog pleksusa, pradiru iz krvi u likvor. Zidovi moždanih kapilara postaju propustljivi za mikroorganizme, a postoji mogućnost da mikroorganizmi dospeju u subarahnoidne prostore na bazi mozga.

Mikroorganizmi koji u likvor ulaze krvnim, nervnim ili limfnim putem, imaju određene barijere: hematolikovnu, cerbralikovnu (deluju na nivou ependima moždanih komora) i hematoencefalichnu (na nivou najmanjih moždanih sudova).

Prodorom patogenih izazivača u likvorni sistem nastaje zapaljenjski proces u moždanim komorama i subarahnoidnom prostoru. Propustljivost meningealnih barijera ima vrlo značajnu ulogu u nastajanju oboljenja.

Kod sekundarnih meningitisa infekcija nastaje hematogenim ili limfogehim putem (kod otitisa, pneumonije, sepse, kefalohematoma, apscesa) ili neposrednim širenjem (kraniocerebralne traume, gnojni otitisi, mastoiditisi). Moguće su i intrauterine infekcije ploda, transplacentarne, preko amnionske tečnosti ili neposrednim kontaktom ploda (perinatalno).

Ukoliko dođe do hiperemije meninge sa hipersekrecijom likvora i naznačenim povećanjem intrakranijalnog pritiska, razvija se klinička slika meningizma (bez promena u likvoru).

Kod seroznog meningitisa moždanice su zapaljene i edematozne, postoji hipersekrecija likvora, migracija limfocita, povećanje čelijskih elemenata u likvoru (limfocitarni meningitis).

Purulentne meningitise karakterišu znaci gnojnog zapaljenja. Povećano je stvaranje likvora uz, istovremeno, njegovu smanjenu resorpciju. Usporena je cirkulacija likvora zbog sužavanja međukomornih otvora. Dolazi do povećanja intrakranijalnog pritiska.

Simptomatologija meningitisa. – Simptomi meningitisa mogu se svrstati u tri sindroma: infektivni, meningealni i likvorni.

A. Infektivni sindrom karakterišu, na početku bolesti, malaksalost, groznica i visoka temperatura. (Kod male dece početak bolesti ne mora biti praćen visokom temperaturom). Najveći broj simptoma nije specifičan. Mala deca su razdražljiva, dolazi do anoreksije i odbijanja hrane, karakterističnog plača, letargičnosti i sl.

B. Meningealni sindrom razvija se između prvog i trećeg dana bolesti i posledica je povećanog intrakranijalnog pritiska. Karakteristični su sledeći simptomi: glavobolja, povraćanje, napetost fontanela, meningealni znaci, pojačan senzibilitet, neurovegetativni simptomi i poremećaji svesti.

Glavobolja je difuzna i stalna, nekad nepodnošljiva i vrlo otporna na analgetike. Deca su nemirna, hvataju se za glavu, a mogu se čuti i bolni kritci.

Povraćanje je tzv. centralnog tipa, bez muke „na prazan ili pun želudac“, a posledica je povećanog intrakranijalnog pritiska i nadražaja vagusa.

Napetost fontanela je takođe karakteristična. Šavovi lobanjskih kostiju razmaknu ti su ukoliko je pritisak izrazit ili dugotrajan.

Meningealni znaci, kao znaci povećanog tonusa vratne i leđne muskulature, ne ispoljavaju se kod odojčeta jer je otvorena i napeta fontanela „ventil“ povećanog intrakranijalnog pritiska.

Senzorijum je poremećen i karakteriše ga fotofobija (pacijentu smeta svetlost i sklanja se od izvora svetlosti) i hiperakuzija (preosetljivost na zvuk, šum, šapat). Svaki dodir bolesnika praćen je bolom.

Od neurovegetativnih poremećaja najčešći su: povraćanje, bradikardija, poremećaj ritma disanja, dermografizam, opstipacija, poremećaj sfinktera.

Poremećaji svesti kreću se od somnolencije do kome. Može doći do kvalitativnih poremećaja svesti, konfuznih stanja, halucinacija, konvulzivnih napada i izrazitog psihomotornog nemira.

C. Likvorni sindrom. – Lumbalnom punkcijom, koja je neophodna radi postavljanja ili potvrđivanja dijagnoze, dobija se bistar (kod seroznih) ili mutan likvor (kod gnojnih

meningitisa). Hemoragičan likvor znak je krvarenja. Likvor ističe pod pritiskom (u brzim kapima ili u mlazu). Radi etiološke dijagnoze meningitisa potrebno je izvršiti izolaciju uzročnika i uraditi serološke reakcije.

13.1.1. Meningokokni meningitis (Meningitis cerebrospinalis epidemica)

Tipični predstavnik primarnih meningitisa, epidemični cerebrospinalni meningitis izazvan je gram-negativnim meningokokama, odnosno endotoksinom koji nastaje raspadanjem bakterija.

Najčešće su ugrožena deca između treće i pete godine života (u prva dva meseca života deca su zaštićena transplacentarnim imunitetom).

Etiopatogeneza. – Oboljenje se javlja sporadično ili epidemijski (zimi). Prenosioci ove tipično kapljичne infekcije su obolele osobe ili, pak, zdrave „faringealne kliconoše“. Meningokok može da izazove faringitis, koji najčešće prođe nezapaženo, meningitis i meningokoknu sepsu.

Meningokoke iz farinksa prelaze u krvotok, a zatim u likvorni sistem.

Kod fulminantnog, munjevitog toka, razvijaju se septikemija i endotoksični šok.

Lečenje meningitisa. – Lečenje meningitisa treba početi blagovremeno, ne čekajući identifikaciju uzročnika i dobijanje antibiograma.

Kod novorođenčeta lečenje se započinje ampicilinom i gentamicinom (ili amikacinom). Definitivan izbor lekova zasniva se na antibiogramu. Antibiotici se daju intravenski u toku tri nedelje.

Prognoza neonatalnih meningitisa nije povoljna. Oko 20% obolelih umire, a neurološke posledice ispoljavaju se u blizu polovine preživelih bolesnika. Odojčetu, predškolskom i školskom detetu treba dati istovremeno crystacilin 4000000 i.j./kg telesne težine, za 24 sata, 8–12 frakcioniranih doza, diskontinuirano i. v. ili kontinuirano u intravenskoj infuziji, i hloramfenikol suksinat 100 ml/kg za 24 sata, 4–6 doza, diskontinuirano, intravenski.

Ukoliko se kulturom likvora izoluju meningokok ili pneumokok, treba isključiti hloramfenikol, a davati samo kristacilin.

Ako je kulturom dobijen hemofilus influence, iz terapije treba isključiti kristacilin, a lečenje nastaviti hloramfenikolom.

Stafilokokom izazvani meningitis treba lečiti meticilinom (stafcilin) 300 mg/kg, u osam separatih doza, intravenski.

Kontrolne lumbalne punkcije raditi nakon 24 sata, 7 i 14 dana.

Sterilna kultura likvora indikacija je za prekid terapije, koja treba da traje najmanje 10 dana.

Kod odojčadi i starije dece obolele od bakterijskog meningitisa smrtnost nastupa u 5–10% slučajeva, a 25–50% preživelih ispoljava poremećaje psihičkih, motornih i senzornih funkcija.

13.2. Zapaljenje mozga (Encefalitis)

Nervno tkivo ispoljava veliku osetljivost na dejstvo infektivnih toksa, ali koštani oklop i opne kojim je obavijeno tkivo mozga dosta su sigurna prepreka prodoru klica. Veliku zaštitnu ulogu ima takozvana hematoencefalna barijera, čija anatomsko osnovu predstavlja čvrstu vezu između epitelijalnih ćelija, cerebralnih kapilara i horioidnog plexusa. Slične čvrste veze postoje između arahnoidnih ćelija i perineurijuma (periferne nervne opne).

Etiopatogeneza. – Izvor bolesti su kliconoše i bolesnici. Veliki broj virusa izaziva encefalitis ima izraziti afinitet za tkivo mozga. Infekcije su fekalno–oralne, kapljične ili preko kože (komarci, krpelji i druge životinje), zatim preko namirnica i vode, dok periferni nervi predstavljaju redi put širenja infekcije prema mozgu.

Invazija virusa u CNS ostvaruje se hematogenim putem ili duž nerava – preko perineuralnih prostora.

Epidemijskom encefalitisu i drugim infekcijama CNS-a prethodi viremija, a zatim hematogeno širenje. Da li će tkivo nervnog sistema biti zahvaćeno infekcijom zavisi od trajanja viremije, zatim od broja virusa i broja epizoda viremije.

Mehanizam interakcije virusa i organizma veoma je složen i nije konačno razjašnjen. Nakon ulaska virusa u ćelije, biohemijskim procesom se razgrađuje belančevinasta opna virusa i dolazi do oslobađanja virusnog genoma (tj. ribonukleinske kiseline virusa). Ovim procesom narušava se delimično ili potpuno normalna funkcija ćelija. Zatim dolazi do oslobađanja viriona iz ćelija u interćelijske prostore, čije su morfološke odlike zapaljenjske.

Funkcionalno oštećenje ćelija može biti reverzibilno ili ireverzibilno. Reprodukacija virusa može se zaustaviti specifičnim antitelima, stvaranjem interferona, specifičnom antivirusnom terapijom i dr.

Pored viremije, značajnu ulogu u patogenezi virusnih infekcija imaju senzibilizacija i stvaranje antitela (proces alergijskog karaktera).

Krvni sudovi su najviše pogođeni senzibilizacijom, njihove endotelne membrane postaju propustljive, zbog čega dolazi do poremećaja metabolizma i stvaranja edema mozga.

Encefalitis je zapaljenjsko oboljenje moždanog tkiva. U širem smislu, pod encefalitisom se podrazumevaju infektivno-alergijska i toksična oštećenja velikog mozga.

Često se sa tkivom mozga inficiraju i moždanice (**meningoencefalitis**); a ako se proces descendentno širi, onda je zahvaćena i kičmena moždina (**encefalomijelitis**). Mogu biti zahvaćeni i koreni kičmenih živaca (radikulitis, radikulomijelitis ili „neurunitis“ – termin starih autora), kao i tkivo malog mozga (cerebelitis).

Podela encefalitisa

1. EPIDEMIJSKI
2. SPORADIČNI

1. EPIDEMIJSKI

1.1. ENCEFALITISI GRUPE B

(izazvani neurotrofnim virusima)

- 1.1.1. japanski
- 1.1.2. St. Luis
- 1.1.3. australijski
- 1.1.4. ekvini
- 1.1.5. ruski
- 1.1.6. prolećno-letnji (evropski)

2. SPORADIČNI

2.1. ENCEFALITISI POZNATE ETIOLOGIJE

(izazvani virusima koji su povremeno neurotrojni, a uglavnom viscerotropni)

- 2.1.1. Mumps
- 2.1.2. Cocksackie virusi
- 2.1.3. ECHO virusi
- 2.1.4. infektivna mononukleoza
- 2.1.5. influenza
- 2.1.6. Herpes simplex
- 2.1.7. polio virusi
- 2.1.8. virus lysae

2.2. ENCEFALITISI NEJASNE ETIOLOGIJE

(parainfektivni, postinfektivni, postvakcinalni)

- 2.2.1. epidemijski hepatitis
- 2.2.2. pertusis
- 2.2.3. Variola
- 2.2.4. Varicella
- 2.2.5. Morbilli
- 2.2.6. Rubeola

Glavni simptomi encefalitisa su poremećaji svesti (od somnolencije do kome), senzitivni i motorni nadražaji i ispadni fenomeni (motomi nemir, nevoljni pokreti, pareze ili paralize) i psihički simptomi, najčešće u vidu delirijuma.

13.2.1. Virusni encefalitis

Encefalitis se javlja češće kao sporadično i izolovano oboljenje, a moguće su manje ili veće epidemije (infekcije enterovirusima i arbovirusima češće su u toku letnjih i ranih jesenjih meseci).

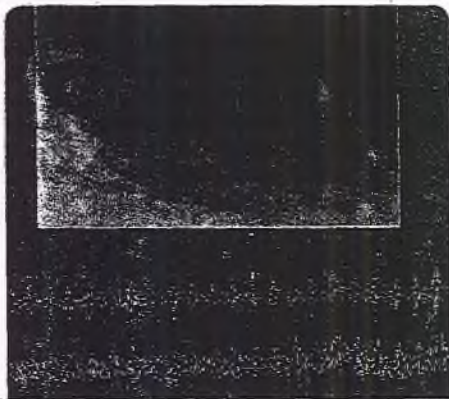
Klinička slika. – Početak može biti postepen, ili nagao i eksplozivan.

Inicijalni simptomi su povišena temperatura, glavobolja (koja se kod male dece manifestuje uznemirenošću, mukom i povraćanjem), zatim agitiranost, dezorijentacija i poremećaji svesti (od somnolencije do duboke kome).

U kliničkoj slici mogu biti izraženi jaš delirijum, multifokalne i generalizovane konvulzije, poremećaji funkcija kranijalnih nerava, paralize pojedinih mišićnih grupa i vegetativni poremećaji.

Ukočenost vrata i meningealni znaci indikator su zapaljenja moždanica, a poremećaj respiracije, ataksija i oštećenje funkcije moždanih nerava upućuju da je proces zahvatio moždano stablo. Infekcija malog mozga manifestuje se dizartrijom, nistagmusom, ataksijom i drugim cerebralnim znacima, dok afekciju kičmene moždine prate mlitava paraplegija, segmentalni poremećaj senzibiliteta i gubitak kontrole sfinktera.

Dijagnoza. – Dijagnoza se postavlja na osnovu kliničke slike, pregleda likvora (povećan broj ćelija i porast proteina), direktne ili indirektne tehnike dokazivanja virusa u serumu, likvoru ili, pak, u materijalu biopsije.



↑ Teška forma encefalitisa

13.2.1.1. Herpesni encefalitis kod dece

Patogeneza. – Virus herpesnog encefalitisa dospeva u CNS na tri načina: hematogenom diseminacijom preko olfaktivnih vlakana sa inficirane nazofaringealne sluznice i retrogradnim širenjem iz inficiranih gangliona preko senzitivnih živaca.

Dijagnoza. – Dijagnoza se postavlja na osnovu kliničkog pregleda, nalaza u cerebrospinalnom likvoru, specifičnih promena na EEG-u, kontrastnih tehnika pregleda (kompjuterizovana tomografija i nuklearna magnetna rezonanca), virusoloških i seroloških analiza, a nekad se vrši i biopsija mozga.

Izolacija virusa skoro je nemoguća. Brza identifikacija antigena virusa herpesa simpleksa u likvoru postiže se imunoenzimskom metodom (Elisa) i imunoblotom (otkrivanje antitela protiv različitih proteina virusa).

Terapija. – Aciklovir je lek izbora u lečenju herpesnog encefalitisa (30 mg/kg dnevno, u 3 pojedinačne doze, u 100 ml standardne infuzije, u trajanju od 60 minuta). Lečenje traje 10–14 dana, nekad i duže (do tri nedelje). Lečenjem aciklovikom smrtnost je bitno smanjena, a neurološki oporavak je poboljšán.

U terapiji koristi se i adenin-arabinozid (15 mg/kg u infuziji, kontinuirano 12 časova, 10 dana). Ovaj lek može da izazove gastrointestinalne smetnje, konfuzna stanja, neurološke poremećaje, oštećenje koštane srži, jetre i bubrega.



↑ Hiperkinezije kod deteta obolelog od leukoencefalitisa (Miheev)

13.2.1.2. Sporadični encefalitis

Besnilo. – Izazivač besnila (lyssa, rabies) jeste virus. Patološki proces zahvata mozak i kičmenu moždinu.

Posle inkubacionog perioda, koji može trajati po više meseci, javlja se prodromalni stadijum s nekarakterističnim simptomima.

U stadijumu ekscitacije bolesnik je razdražljiv, često delirantan. Javlja se spazam grkljana čak i kada bolesnik vidi vodu ili čuje šum vode (hidrofobija). Preosetljiv je na akustične i svetlosne draži.

Trećeg dana razvija se slika paralitičkog stadijuma, s mlitavim paralizama i gubitkom svesti. Bolesnici umiru u komi.

U terapijske svrhe rana se lokalno obrađuje (sublimat, fenol, alkohol) i primenjuje se vakcinacija mrtvim virusima. Može se dati i serum. Ekscitirani bolesnici smiruju se jačim sedativima, a u slučaju nesаницe – hipnoticima.

13.2.2. Sekundarni encefalitis

13.2.2.1. Postinfektivni i postvakcinalni encefalomijelitis

Postinfektivni encefalomijelitis je akutno inflamatorno i demijelinizirajuće oboljenje mozga i kičmene moždine, a nastaje posle virusnih infekcija (ukoliko se neurološke smetnje ispolje u toku virusne infekcije, reč je o parainfektivnom encefalomijelitisu). Postvakcinalni encefalomijelitis se razvija posle imunizacije.

Klinička slika. – Nagli početak bolesti karakteriše se povišenom temperaturom, progresivnim poremećajem svesti, konvulzijama i fokalnim neurološkim znacima. Subakutni početak bolesti (koji je ređi) praćen je povišenom temperaturom, glavoboljom i povraćanjem.

Neurološku simptomatologiju odlikuje polimorfizam: motorni deficit (hemipareze, parapareze), oštećenje moždanih nerava, cerebelarna ataksija i horeoatetoz. Obostrano oštećenje piramidnog puta dovodi do supranuklearne bulbarne paralize.

Smrtnost je najčešća tokom prve nedelje, a prolongirana koma znak je loše prognoze.

Oboljenje traje 2–4 nedelje. Recidivi su retki.

Morbilozni encefalomijelitis nastaje 4–8 dana po izbijanju morbilozne ospe, a po kliničkom toku spada među najteže.

Postvaricelozni encefalomijelitis manifestuje se 4–8 dana posle izbijanja ospi. Redak je. U kliničkoj slici karakteristični su poremećaji svesti, konvulzije i žarišna neurološka oštećenja.

Rubelni encefalomijelitis počinje 7. dana posle izbijanja ospi. Dominiraju poremećaji svesti i konvulzije.

Akutni hemoragični leukoencefalitis svrstava se u najteže oblike postinfektivnog encefalitisa. Javlja se najčešće posle nespecifičnih infekcija gornjih disajnih puteva, varicele, morbila i infekcija virusom influence.

Češće obolevaju starija deca i mladi.

Početak bolesti (tokom prvih 20 dana od početka virusne infekcije) je nagao, a tok munjevit – porast temperature, poremećaj svesti, konvulzije i multifokalna neurološka oštećenja.

Upadljivo je povećan intrakranijalni pritisak. Većina bolesnika umire tokom prvih pet dana bolesti, a kod preživelih ostaju teške neurološke sekvele.

I drugi virusi (virus influence A i B, herpes zoster i, retko, virus mumpsa) mogu izazvati encefalomijelitis.

13.2.2.1.1. Postvakcinalni neurološki sindromi

Postvakcinalni neurološki sindromi su retki neurološki poremećaji, a nastaju posle imunizacije (antirabična i antimorbilozna vakcina, živa atenuirana vakcina protiv rubeole i oralna poli-vakcina).

Lečenje. – Lečenje postinfektivnih encefalomijelitisa je simptomatsko.

Terapija. – Kod herpesnog encefalitisa efikasno lečenje postiže se adenin-arabinozidom i aciklovirom. U slučaju encefalitisa druge etiologije terapija je simptomatska, sa ciljem da ukloni poremećaje koji vitalno ugrožavaju bolesnika (konvulzije, edem mozga, poremećaj respiratornih funkcija, srčana dekompenzacija, vodeno-elektrolitni poremećaj i respiratorni i srčani zastoj).

Intrakranijalna hipertenzija i edem mozga energično se suzbijaju restrikcijom unosa tečnosti u organizam (1 000–1 200 ml/m² telesne površine), primenom manitola, deksametazona, veštačke stimulacije, hiperventilacije i dr.

Neophodna je kontrola acido-baznog i elektrolitnog statusa. U slučaju zastoja srca treba blagovremeno primeniti reanimaciju, a respiratornu insuficijenciju kontrolisati veštačkom ventilacijom.

Konvulzivni napadi se leče dijazepamom (0,25–0,50 mg/kg i. v.) i fenobarbitonom (10–20 mg/kg tokom 24 časa i. m.).



† Kliničke manifestacije hidrocefalusa

Hrana se nekad isključivo daje nosno-želudačnom sondom.

Sprovode se intenzivna i specijalna nega, pri čemu se posebno vodi računa o zaštiti bolesnika od dekubitusa. Neophodna je stroga kontrola naročito delirantnih bolesnika, koji mogu zadesno izvršiti samoubistvo zbog pomućenja svesti i dezorijentacije. Kasnije se pribegava rehabilitaciji i psihoterapiji bolesnika.

Posledice encefalitisa. – Zahvaljujući savremenoj medicini, procenat izlečenja, bez ozbiljnih posledica, mnogo je veći. I pored savremene terapije i nege, kod izvesnog broja bolesnika ostaju veoma teške posledice: slepilo (zbog atrofije II moždanog živca), gluvoća (zbog oštećenja slušnih centara mozga), afazija, hidrocefalus (povećana količina moždano-kičmene tečnosti s kompenzatomim uvećanjem glave), epilepsija, motorne oduzetosti ekstremiteta, gubitak intelektualnih kapaciteta, parkinsonizam i slično.

13.3. Zapaljenje kičmene moždine (Myelitis)

Zapaljenje koje zahvata kičmenu moždinu naziva se myelitis. Ako se zapaljen-ski proces ne ograniči na nekoliko segmenata, već se širi ushodno duž kičmene moždine, razvija se slika Landrijeve paralize. Kod ushodnog širenja zapaljenja, na primer, oduzetost mišića nogu širi se na mišić ruku, anestezija se sa nogu širi na ruke i grudni koš, bolesnik je vitalno ugrožen zbog eventualnog širenja zapaljenja na produženu moždinu, pa je neophodno da bude hitno smešten u respiratorni centar.

Zapaljenje često zahvata ceo prečnik (presečak) kičmene moždine i naziva se trans-verzalni mijelitis.

Uzročnici su virusi i bakterije, a ređe i drugi prouzrokovatori.

Klinička slika. – U prodromalnom stadijumu dominira slika opšte infekcije (tem-peratura, bol u leđima i sl.).

Motorne oduzetosti su ispod mesta koje je zahvaćeno patološkim procesom.

Senzibilitet je snižen ili ugašen. Postoji retencija mokraće i stolice.

Kod težih lezija nastaju u početku mlitave a kasnije spastičke oduzetosti (paraple-gije).

Mogu nastati vegetativne i trofičke smetnje, zbog čega je neophodno sprečavati pojavu dekubitisa.

Terapija. – U terapijske svrhe daju se kortikosteroidi i antibiotici. Pasivne vežbe sprovode se već u krevetu. Obavezna je kontrola funkcija mokraćne bešike. Upozorava se na opasnost ileusa i dilatacije želuca (izbegavati hranu per os, davati manje obroke kašaste hrane). Posebnu pažnju treba posvetiti nezi kože zbog dekubitisa.

Posteljina mora biti suva, čista i zategnuta.

13.3.1. Virusni mijelitis

13.3.1.1. Dečja paraliza (Polioimyelitis anterior acuta)

Dečja paraliza je akutno, najčešće epidemijsko oboljenje somatskog nervnog sistema, lokalizovano na prednjim rogovima kičmene moždine. Ascendentno širenje procesa do moždanog stabla, pa čak i mozga, ne smatra se reliktošću.

Uzročnik je virus, sa naročitim afinitetom za ćelije perifernog motornog neurona. Tri imunološki nezavisne vrste ovog virusa, za koje nema unakrsnog imuniteta, imaju inkubacioni interval od jedne do pet sedmica.

Virus poliomijelitisa ulazi u organizam oralnim putem, a napušta ga preko sekreta i stolice. Infekcija najčešće nastaje dodirom, prljavim rukama i sl. U manjem broju slučajeva virus ulazi u krvotok i posle faze viremije, vezuje se za tkivo somatskog nervnog sistema.

Klinička slika. – Bolest u takozvanim letnjim epidemijama pogađa decu do pet godina. Razlikuju se spinalna, bulbarna i encefalitička forma dečje paralize.

a) **Spinalna** forma poliomijelitisa je najčešća i sastoji se iz tri stadijuma.

Preparalitički stadijum karakteriše se simptomima infektivnog oboljenja – visoka temperatura, glavobolja, povraćanje, crevni poremećaji, iznurenost, bolovi duž kičmenog stuba i u ekstremitetima. Zbog bolova duž kičmenog stuba bolesnik se prilikom sedenja podupire rukama („znak tronošca“).

Stadijum mišićnih paraliza nastaje između drugog i četvrtog dana, najčešće posle naglog pada temperature. Karakteristika ovih paraliza je da su mišićne (flakcidne), nesimetrične, praćene gubitkom refleksa. Senzibilitet je očuvan. Ove paralize razvijaju se u toku 24 časa, sniženog su tonusa (hipotonija), a atrofični proces započinje vrlo rano. Eliminacija urina i fekalija često je usporena.

Paralize se mogu proširiti ascendentno ili descendentno. Postoji opasnost od smrtnog ishoda.

Stadijum oporavka (restitucije) nastaje spontanim povlačenjima paraliza i traje od desetak do godinu dana. Ponekad je mogućan potpuni oporovak, ali obično nastaju kontrakture koje prouzrokuju deformitete. Proces atrofije zahvata kožu, potkožno i mišićno tkivo i kosti. Zbog poremećaja statike nastaju različite deformacije. Iščašenja zglobova još više ugrožavaju lokomotorni aparat.

b) **Bulbarna** forma poliomijelitisa zahvata produženu moždinu i Varolijev most. Zbog oštećenja respiratornih centara, bolesniku je u toj meri poremećeno disanje da je neophodna primena respiratora. Osim ovih smetnji, nastaju poremećaji govora i gutanja, kao i oštećenja moždanih nerava, čija se jedra nalaze na nivou produžene moždine i ponsa.

c) **Encefalitička** forma poliomijelitisa je vrlo retka, a daje simptome epidemijaskog encefalitisa. Uz spastične pareze, nevoljne pokrete i žarišne simptome, javlja se i poremećaj svesti. Ova forma dovodi do intelektualnog deficita.

Lečenje. – Radi prevencije daje se živa vakcina; ona sadrži oslabljene viruse koji nisu više neurotropni. Daje se peroralno, svaki tip virusa posebno, u razmaku od mesec dana, čime se stvara imunitet za sva tri tipa virusa. U slučaju epidemije daje se takozvana buster-doza, i to tip virusa koji je izazvao epidemiju. Pasivna imunizacija gamaglobulinom pruža privremenu zaštitu. U profilaktičke svrhe savetuje se izvesna opreznost bolničkog osoblja, jer ono može da bude izloženo infekciji (nazofaringealna sekrecija, urin i feces od pacijenata mogu da sadrže virus). Virus može da bude prisutan u stolicama pacijenta 5–6 nedelja posle početka bolesti, pa ga je potrebno izolovati od druge dece.



Lečenje poliomijelitisa podrazumeva i ordiniranje simptomatske terapije.

Posebno je urgentna terapija respiratorne insuficijencije. Mora se obezbediti prolaznost disajnih puteva (nekad već u toku transporta bolesnika) i veštačka ventilacija balonom ili respiratorom. Ima pacijenata koji su osuđeni na doživotnu endotrahealnu ventilaciju naročitim aparatima na električni pogon.

Zbog opasnosti od trofičkih poremećaja (dekubitusa) neophodno je dobro organizovana i brižljiva nega. Ako je proces zahvatio bulbarnu muskulaturu, a sposobnost gutanja je oštećena, bolesnik se hrani pomoću sonde.

Fizikalna terapija i rehabilitacija predstavljaju dalju etapu lečenja, čiji je cilj sprečavanje deformiteta.

Hirurške korekcije neophodne su kod trajnih paraliza, a preduzimaju se radi popravljanja funkcija pojedinih zglobova i mišića.

Psihoterapijskim tretmanom motivišu se pacijenti da se aktivno uključe u proces lečenja i rehabilitacije, koji je često dugotrajan.

13.3.2. „Sušenje kičmene moždine“ (Tabes dorsalis)

Tabes dorsalis je luetično oboljenje zadnjih rogova, korenova i zadnjih snopova kičmene moždine.

Lues su iz Amerike u Evropu doneli Kolumbovi mornari. Bolest je poznata kao „galska bolest“, osim za Francuze, koji lues nazivaju „napuljskom bolešću“. U našoj sredini je ovo oboljenje, naročito u krajevima sa niskom zdravstvenom kulturom, predstavljalo ozbiljan problem.

Inficirani se, često zbog stida, nisu obraćali za pomoć, nekritično su inficirali druge, umirali su ili završavali u psihijatrijskim azilima.

Etiopatogeneza. – Tabes nastaje kao kontaktna infekcija bledom spirohetom, odnosno treponemom (*treponema pallidum*), ako je jedan od seksualnih partnera inficiran luesom. Inkubacija može biti vrlo duga (od 25 do 30 godina), pa oboleli može i da zaboravi da je nekad bio inficiran.

Postoje dve vrste luesa: kongenitalni i stečeni.

Kongenitalni lues nastaje intrauterinom infekcijom ploda placente inficirane majke. U tom slučaju postoje karakteristični simptomi koji upućuju na dijagnozu: sedlast nos, perforacija tvrdog nepca, ožiljci na usnama, zopajenje vidnog živca i mrežnjače oka sa poremećajem ili gubitkom vida, promene na koži, sabljaste noge, zadebljanje čeonih kostiju, hidrocefalus, epilepsija i oligofrenija.

Klinička slika. – Pokušaji klasifikacije kliničkih simptoma tabesa u određene sindrome nisu dali zadovoljavajuće rezultate, jer su klasifikacije rađene prema lokalizaciji ili prema simptomima.

Najčešća lokalizacija je lumbosakralna, a zatim cervikalna. Posebna forma, tzv. tabes amaurotica, karakteriše se slepilom, čime se proces i zaustavlja. Od očnih smetnji treba pomenuti i nejednakost zenica, čije su reakcije na svetlost ugašene, a na akomodaciju očuvane (Argajl–Robertsonov fenomen), spuštenost gornjih očnih kapaka, strabizam (žrikavost) i diplopije. Ishod atrofije vidnog živca je slepilo.

Dominantni simptom tabesa je poremećaj senzibiliteta, što je potpuno logično jer se patoanatomske promene javljaju na zadnjim rogovima i snopovima kičmene moždine. Kao rezultat nadražaja korenova spinalnih nerava nastaju kratkotrajni bolovi u obliku sevanja, kao ubod nožem. Nazivaju se i lancinantni bolovi. Mogu trajati dugo. Nekad se manifestuju kao stezanje oko grudnog koša i struka, zbog čega su nazvani i „pojasni bolovi“. Osećaju se i parestezije, sa subjektivnim doživljavanjem mravinjanja, utrnulosti, toplote ili hladnoće. Od bolova u unutrašnjim organima najkarakterističnije su gastrične krize, koje mogu lažno ukazivati na simptome čira na želucu ili akutnog abdomena i navesti na hitnu hiruršku intervenciju.

Površinski senzibilitet je takođe oštećen. Bolesnik kao da hoda „po tepihu“. Ispad senzibiliteta je u nivou dojki, s karakterističnim „fenomenom broša“ (termin je vezan za jednu bolesnicu koja je pri stavljanju broša probola ne samo haljinu nego i kožu, a da pri tome nije osetila bol). Može nastati i zakašnjenje osećaja. Tek posle isteka dejstva draži, ili na opomenu, bolesnik reaguje.

Zbog oštećenja zadnjih snopova kičmene moždine javlja se i poremećaj dubokog senzibiliteta. Gasi se reakcija na bol prilikom pritiska na očne jabučice, na mišićne tetive ili na duboka tkiva. Bolesnik ne može da kontroliše položaj i ritmički redosled radnji jednog složenog pokreta. Karakterističan je tzv. simptom lavaboa, gde bolesnik pri umivanju zatvorivši oči, ne može da kontroliše ravnotežu, tetura se ili pada. Hod je isto tako poremećen. Bolesnik hoda na širokoj osnovi, nalik na alkoholisanu osobu.

Ovaj fenomen, poznat kao ataksija, najčešće se javlja prilikom hodanja (lokomotorna ataksija).

Tipičan simptom su ugašeni Ahilov i patelarni refleksi.

Sniženi tonus (hipotonija) i ekscurzije zglobova, koje su pri pasivnim pokretima i veće amplitude i dužeg trajanja, izazivaju često neprimodne položaje ekstremiteta.

Poremećaj ishrane (trofike) karakteriše se deformacijama zglobova, sa sekvencijama delova zglobnih okrajaka i ulceracijama na koži, naročito u predelu tabana.

Pomenimo, na kraju, i podelu tabesa na tri stadijuma:

- a) preataksički (karakteriše se poremećajem senzibiliteta i prethodi ataksiji);
- b) ataksički (karakteriše se ataksijom);

c) stadijum marazma (karakteriše se velikom mršavošću bolesnika koji je bezvoljan, 'adinamičan i potpuno iznemogao).

Psihičke smetnje mogu biti dopuna nervnim simptomima. Osim neurasteničnih, u literaturi su opisana i stanja akutnih psihoza delirantnog tipa.

Dijagnoza i lečenje. Ranije su luetična oboljenja mozga lečena vrlo teško. Vagner Jaureg je luetične bolesnike lečio tako što ih je inficirao malarijom. Ova metoda piroterapije (izazivanje hipertermije) danas se povremeno primenjuje, ali se umesto ujeđa malaričnog komarca bolesniku aplikuje antitifusna vakcina. Najbolji način lečenja su penicilinske kure sa 15–20 miliona jedinica, koje se mogu obnavljati dva do tri puta u toku jedne godine. Ostala terapija je simptomatska.

13.3.3. AIDS (sida) i oboljenja nervnog sistema

Mnoge oportunističke infekcije mogu da zahvate CNS, kada AIDS (Acquired immunodeficiency Syndrome, eng.) i HTLV-III/HIV (Human Immunodeficiency Virus, eng.) mogu proliferisati u CNS.

Manifestacije AIDS-a (side) u CNS-u vrlo su suptilne i teško ih je utvrditi psihometrijskim testovima. Smatra se da je CNS zahvaćen u 30–40% slučajeva, dok se komplikacije na kranijalnim i spinalnim nervima mogu ispoljiti u oko 15% slučajeva.

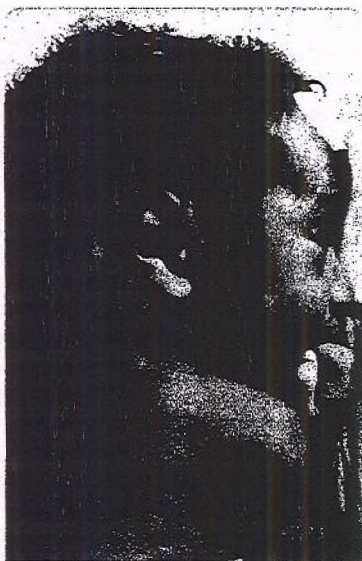
Prihvatljiva je sledeća podela oboljenja povezanih sa AIDS-om.

Primarne HIV komplikacije:

- akutni HIV meningoencefalitis,
- hronični HIV meningitis,
- hronična AIDS encefalopatija (AIDS demencija kompleks),
- komplikacije na kičmenoj moždini (mijelopatija),
- komplikacije na perifernom nervnom sistemu.

Cerebrovaskularne komplikacije:

- infarkt,
- krvarenje.



† Dete obolelo od side

Tumori:

- primarni limfom,
- sistemni limfom,
- Kopoši-sarkom.

Sekundarne HIV komplikacije:

- toksoplazmoza,
- gljivični apsces.

Etiopatogeneza. – Posledice HIV infekcije nastaju na tri načina: direktnom invazijom virusa, smanjenjem imuniteta i omogućavanjem drugim infekcijama, do tada mirnim, da se razviju („oportunističke infekcije“) i posredstvom imuniteta (autoimune reakcije).

Oko 10% HIV pozitivnih obolele od AIDS-a u razmaku od dve godine, dok će drugi dobiti simptome limfadenopatije i neke lakše oblike iz kompleksa AIDS-a.

Primarne HIV komplikacije

Akutni meningoencefalitis je akutni organski psihosindrom u kojem su dominirajući poremećaji svesli (sve do kome), a mogu nastati i epileptični napadi.

Hronični HIV meningitis

Menigitis je često prouzrokovao kriptokokusom. Manifestuje se glavoboljom, dok se rigor vrata ne ispoljava (pouzdana dijagnoza postiže se specijalnim bojenjem lumbalnog punkta).

Hronična AIDS encefalopatija (AIDS demencija kompleks)

Hronična encefalopatija (AIDS demencija kompleks) karakteriše se poremećajem mnostičkih funkcija, psihomotornom usporenošću, povlačenjem, poremećajima ličnosti, redukcijom kapaciteta nagonsko-voljnih funkcija i poremećajima afekta.

U grupi neuroloških znakova dominiraju nesigurnost u hodu, slabost nogu, tremor i ataksija.

Teži oblik demencije odlikuje se mutizmom, propadanjem ličnosti, paraplegijama i inkontinencijama (zbog oštećenja funkcije sfinktera).

Intrauterinom infekcijom (tzv. vertikalno prenošenje) nastala encefalopatija karakteriše se progresivnim propadanjem motornih i psihičkih sposobnosti, a kasnije i gubitkom govora i spastičnošću.

Pored navedenih promena, u nervnom tkivu nastaju još i sledeći poremećaji: difuzne atrofije, progresivna multifokalna i leukoencefalopatija, cerebralna gliozna i sl.

HIV mijelopatije

Obično su udružene s drugim neurološkim manifestacijama, a karakteristične su progresivne spastičke parapareze, zatim urinarne i fekalne inkontinencije, kao poremećaji dubokog senzibiliteta.

HIV neuropatije

Dominiraju senzitivne neuropatije, praćene bolovima i parastezijama u stopalima, kao i gašenjem Ahilovog refleksa.

13.3.4. Cerebrovaskularne komplikacije

Fokalne lezije manifestuju se u obliku infarkta i hemoragije (intracerebralnih i intraventrikularnih). Fokalne lezije mogu dovesti do stabilizovanja mijelopatije.

Lečenje. – Azidothymidin (AZT, retrovir) ima antivirusna svojstva, smanjuje pojavu oportunističkih infekcija i produžava život. Bolest se završava smrću.

13.4. Apsces mozga

Apsces mozga je lokalizovano gnojno zapaljenje mozga nastalo prodiranjem piogenih klica iz primarnih žarišta lokalizovanih u bližim ili u udaljenim organima. Redak je kod dece mlađe od dve godine.

Etiopatogeneza. – Prouzrokovачi apscesa najčešće su anaerobne streptokoke, piogene stafilokoke, a ponekad proteus, listerija, kandida, aspergillus i drugi mikroorganizmi.

Apsces najčešće nastaje kod dece sa cijanogenim srčanim manama. Strepto-, stafil- i pneumokoke, amebe, ešerihije i slični piogeni mikroorganizmi prodiru u tkivo mozga per continuitatem (iz gnojnih zapaljenja uva ili sinusa), putem krvi ili limfe (u slučajevima gnojnih angina, čireva lica, gnojnih infekcija pluća i bronhija), kao i preko otvorenih (projektilom, ubodom) rana zadobijenih u toku kraniocerebralnih povreda.

Apscesi, koji mogu biti pojedinačni ili rasuti, prolaze kroz tri faze. U prvoj fazi nastaje lokalizovano zapaljenje moždanog tkiva, s inicijalnim znacima razmekšanja

tkiva. U drugom stadijumu stvaraju se gnojne kolekcije, dok treću fazu karakteriše stvaranje opne apscesa.

Infekcije srednjeg uva nepovoljnog toka ili neadekvatno lečene obično prelaze na slepoočni režanj velikog mozga ili na mali mozak, dok se iz paranasalnih šupljina usmeravaju ka čeonom režnju velikog mozga.

Klinička slika. – Apscesi koji su nastali hematogenim prenošenjem pligenih klica imaju najbrži tok. Tok ostalih je postepen. Izvesni autori opisuju tri grupe simptoma – simptome gnojne infekcije, povećanog intrakranijalnog pritiska, i žarišne simptome.

U početku bolesti simptomi su nekarakteristični, a najčešći su glavobolja, drhtavica, temperatura i vrtoglavica, uz brzo telesno slabljenje. Glavobolja i povraćanje su tipični simptomi. Srce radi usporenim ritmom.

Promene ličnosti, gubitak vitalnih dinamizama, usporenost psihičkih funkcija (bradipsihija) ukazuju na „mrpljenje“ moždanog tkiva.

U slučajevima kada sadržaj apscesa proдре u likvorni sistem, ishod je najčešće letalan. Žarišni simptomi odgovaraju moždanoj lokalizaciji apscesa. Najčešća lokalizacija je temporalni režanj (naročito kao komplikacija gnojnog zapaljenja uva), kad oboleli ispoljava simptome senzorne afazije (ne razume gajpre tuđi, a zatim i svoj govor). Pri tome može biti prazno i bezrazložno veseo ili srdit). Bolesnik može imati i epileptične napade. Ako je lokalizacija apscesa čeonu region, ispoljavaju se motorne oduzetosti, poremećaj koordinacije pokreta i psihički poremećaji, sa simptomima progredijentnog intelektualnog propadanja.

Dijagnoza apscesa. – Dijagnoza počinje od dobre anamneze, u kojoj se naročito insistira na procesima u uvu ili povredama glave koje je pacijent možda i zaboravio. U slučajevima inkapsuliranog apscesa, uz glavobolju i povraćanje, nailazi se i na simptome blagog povećanja intrakranijalnog pritiska ili simptome tumora. Žarišni simptomi ukazuju na lokalizaciju apscesa. Vrat je zategnut i dobija se pozitivni simptom Kerniga. Nalaz u likvoru može da ukaže na apsces mozga (žučkasto obojen likvor, povećane belančevine i neznatna pleocitoza). Apsces se može rendgenografski prezentovati posle evakuacije sadržaja i punjenja kontrastom. Kalcifikovani apsces se vrlo lako prepoznaje na rendgenskom snimku. Najsigurnija dijagnoza postavlja se kompjuterizovanom tomografijom.

Terapija. – U akutnom stanju apsces se leči velikim dozama antibiotika (mada lečenje apscesa pripada neurohirurgiji). Ako neurohirurško lečenje nije moguće, primenjuje se punkcija, a lokalno aplikuju antibiotici. Pri ovom se mora voditi računa da se prekidom kontinuiteta opne apscesa ne diseminira njegov sadržaj. U slučaju gljivične etiologije primenjuju se amfotericin B i doktarin.

Lečenje traje 4–6 sedmica. Kod inkapsuliranih apscesa antibiotici se daju pre i posle hirurške intervencije.

14. Vanpiramidna (ekstrapiramidna) oboljenja i poremećaji kretanja

14.1. Parkinsonova bolest (Morbus Parkinsoni)

Džems Parkinson (James Parkinson) opisao je 1817. idiopatski parkinsonizam, kao bolest ekstrapiramidnog sistema i nazvao ga „tresuća aduzetost“.

Opisane su tri grupe parkinsonizma: idiopatski (Paralysis agitans), postencefalitički i parkinsonizam koji je nastao kao posledica arterioskleroze, trovanja ugljen-monoksidom i manganom.

Parkinsonizam je oboljenje ekstrapiramidnog sistema (motornih jedara, supkortikalnog regiona, takozvanih bazalnih ganglija). Ekstrapiramidni sistem je centralni organ motiliteta, a reguliše nehotične pokrete, automatske promene držanja i položaja tela, zatim mišićni tonus i izvođenje pomoćnih pokreta u toku različitih radnji (sinkinetsko mahanje ruku pri hodu, na primer).

Od Parkinsonove bolesti na 1000 stanovnika obole 1–2 osobe!

Etiologija. – U slučajevima idiopatskog parkinsonizma uzroci nisu poznati, ali od značaja je, najverovatnije, udeo genetskih faktora.

Postencefalitički parkinsonizam posledica je zapaljenja mozga (encefalita), toksički nastaje trovanjem (ugljen-monoksidom ili manganom), dok je arteriosklerotički posledica arteriosklerozom izmenjenih krvnih sudova, uglavnom starijih osoba. (O jatrogenom medikamentoznom parkinsonizmu, kao posledici terapijskog tretmana visokim dozama neuroleptika videti u poglavlju o neuroleptičkom sindromu prilikom terapije psihofarmacima.)

Podjednako pogađajući osobe oba pola, parkinsonizam se može pojaviti i u mladosti (juvenilni parkinsonizam), ali je mnogo češći u starosti.

Klinička slika. – Rigor (povišen tonus, hipertoniya ekstrapiramidnog tipa), zatim osiromašenje i usporenost voljnih i emotivnih pokreta (hipokineziya) tremor u miru dominiraju kliničkom slikom bolesti.

Rigor je posledica hipertoniye ekstrapiramidalnog tipa, a manifestuje se u obliku tzv. fenomena zupčastog točka (fenomen Negro). Kod pasivne fleksije i ekstenzije podlaktice dolazi do ritmičkih prekidanja pokreta. (Kada je otpor ujednačen onda je to fenomen „olovne šipke“).

Stav bolesnika je karakterističan: stoji polupovijenih leđa, sa rukama polusavijenim u lakatnim zglobovima a privučenim uz trup, dok su mu prsti savijeni u zglobov prstiju i šake, a opruženi u međufalangalnim zglobovima.

Pokreti su usporeni (bradikineziya) i siromašni (hipokineziya).

Hod je otežan, sitnih koraka. Moguće su spontane ili pasivno izazvane pulzije, s tendencijom pomeranja i padanja napred (anteropulzija, propulzija), nazad (retropulzija) ili u stranu (lateropulzija). U afektu, u toku neke igre koja relaksira, bolesnik može spontano i brzo da izvrši mnoge radnje, čak i da potrči. Nekad se teško zaustavlja i moguće su povrede pri padu.

Lice je najčešće bezizrazno, masne i sjajne kože (facies oleosa). Mimika je usporena i osiromašena (hypomimia, amimia), a praćena je često i psihičkom usporenošću (bradipsihia). Usta su poluotvorena. Bolesnik može da sedi satima i da ništa ne progovori.

Govor je usporen i monoton. Postoje smetnje žvakanja i gutanja, zbog čega je u nekim slučajevima neophodno dati (pre obroka hrane) antiparkinsonične lekove.

Tremor je karakterističan i zahvata glavu, usne, vilice ili jezik. Na rukama tremor nalikuje pokretima „pravljenja pilula“ ili „brojanja novca“, „predenje vune“, dok pokreti pri tremoru nogu podsećaju na okretanje pedala.

Rukopis je drhtav, a slova su sitna (mikrografija).

Ne postoje ozbiljni psihički poremećaji. Bolest je po pravilu duga i neprijatna posebno zbog ukočenosti i bitnog smanjenja motornih aktivnosti. Bolesnici mogu biti mrzovoljni, hipohondrijski zaokupljeni bolešću, uporni u tražanju za pravim lekom i izlečenjem, češće depresivni nego euforični.

Poremećene funkcije vegetativnog nervnog sistema ispoljavaju se najčešće hipotenzijom i pojačanim lučenjem lojnih i znojnih žlezda, zbog čega je koža lica masna ili seboreično izmenjena.

U slučajevima postencefalitičkog parkinsonizma logično je očekivati brojnije i teže psihičke poremećaje: neurastenični sindrom („pseudoneurastenija“), depresivna stanja i (ređe) smanjenje intelektualnih kapaciteta.

Terapijski tretman. – Cilj lečenja je da se osujeti napredovanje rigora i pojava kontraktura.

U drugoj polovini ovog veka sintetizovan je veliki broj lekova sa antiholinergičnim dejstvom, kao što su artane, akineton, parsidol i sl. Daju se u miligramskim dozama 2-3 puta dnevno. Ne smeju se naglo obustaviti ili odmah zameniti drugim lekovima, već se to mora činiti postepeno, uz dodatnu terapiju drugim antiparkinsonicima. U slučajevima predoziranja nastaju konfuzna i delirantno-halucinatorna stanja, najčešće atropinskog tipa delirijuma. Ovi fenomeni opisuju se i kod adolescentnih narkomana, koji antiparkinsonike upotrebljavaju ekscesivno.

Supstituciona terapija L-dopom pokazala se korisnom. U lečenju se koriste dva preparata L-dope: madopar i nakom (sinemet). Lečenje treba početi manjom dozom (125 mg dnevno), koju treba postepeno povećavati, a povoljne terapijske efekte moguće je postići pomoću tri pojedinačne doze od 250 mg. (Ne smeju se davati bolesnicima obolelim od glaukoma ili hipertrofije prostate. U svakom slučaju treba biti obazriv, jer neke osobe ne podnose preparate L-dope i reaguju gastrointestinalnim smetnjama i psihofičnom dekompenzacijom, pa se moraju isključiti iz terapije.)

Symmetrel je antivirusno sredstvo. U dozi od 200–300 mg dnevno efikasan je u korekciji rigora i bradikinezije.

Bromocriptin (Bromergan), u dnevnoj dozi od 40–60 mg, u korekciji sa dopa-preparatima, može dati dobre rezultate. (Dobri efekti postižu se davanjem lergotrida, pergolida i lisurida).

Najbolji rezultati postižu se kombinovanjem dopa-preparata, symmetrela i anitoholinergika!

Kod početnog parkinsonizma preporučuje se kombinacija X:L-dopa, juprenil i tocopherol.

Osobama mlađim od 60 godina mogu se raditi hirurške intervencije – stereotaksične operacije, mada one nose rizik (hemipareza ili hemiplegija, zatim hemianestezija ili skotoma u vidnom polju).

Rehabilitacija podrazumeva fizijatrijski tretman. Bolesnicima se preporučuje motorna aktivnost.

U prvoj fazi rehabilitacije popuštanju ukočenosti doprinose masaže i pasivni pokreti.

U drugoj fazi bolesnik, pod nadzorom fizijatra, izvodi aktivne pokrete trupom i udovima, čime će korigovati poremećeno držanje tela i popraviti i obim i brzinu voljnih pokreta.

U okviru rehabilitacije preporučuju se i igre, koje opuštaju bolesnika, emocionalno ga angažuju, pogotovu u fazama kada pokrete izvodi bez teškoća.

14.2. Chorea minor

Ovo oboljenje dečjeg doba karakteriše se nevoljnim i nekoordinisanim pokretima. Najbolje ih je razumeti kao kvazisvršishodne.

Etiologija. – Smatra se da je uzrok horeje reumatsko oboljenje na bazi neuroalergije. Kod angine, tonzilitisa, šarlaha, nefritisa, reumatskih artritisa u nosu i grlu obolele dece moguće je naći hemolitičke streptokoke. Najčešće obolevaju školska deca. Horea je relativno benigno oboljenje, a može da bude vrlo teško ako je reumatizam zahvatio srčane zaliske. Zbog toga je neophodna kontrola srčane funkcije. Ne sme se zaboraviti na postojanje reumatske groznice.

Promene, najčešće u vidu atrofije, nalaze se u bazalnim ganglijama, u kori i u malom mozgu.

Klinička slika. – Počinje neurotskom reakcijom do tada psihički neupadljive dece.

Iznenadni, spontani, nehotični i nekoordinisani pokreti javljaju se najpre na rukama, ramenima, da bi zahvatili mimičke mišiće (pojave grimasa), zatim mišiće za govor, žvakanje i disanje. Slični pokreti kasnije zahvataju donje ekstremitete. Tokom spavanja pokreti se smanjuju ili nestaju, ali se potenciraju u svim slučajevima psihičke napetosti, anksioznosti ili straha. Snižen je tonus muskulature, pa u težim slučajevima to pruža sliku mlitave oduzetosti.



↑ Atetozu leve ruke



↑ Maksimalna savitljivost mišića kod hipotonije

Već u blažem obliku horeje deca ispoljavaju poremećaj rukopisa.

Kod težih formi spontani trzaji praćeni su nemirnom i naglim, ali nespretnim voljnim pokretima. Govor dece je dizartričan, često nerazumljiv. Deca imaju teškoća pri gutanju, žvakanju, disanju.

U slučaju izrazito teške forme dominiraju neprestani trzaji, bacakanje, nerazumljiv govor, teškoće i nemogućnost samostalnog unošenja hrane i hoda.

Deca, psihički nestabilna, ispoljavaju anksioznost, depresivnost, nesanicu, noćne strahove praćene kašmarnim snovima, sniženje intelektualne efikasnosti.

Osim izrazito neurolične dece, koju učitelji ili roditelji mogu shvatiti kao poremećaj ponašanja pa je dete dvostruko kažnjeno, mogući su i teži psihički poremećaji iz grupe psihoza, najčešće delirantnog sadržaja, ili kao hebefrena forma shizofrenije.

Lečenje. — Oboleloj deci daju se haloperidol, largactil ili prazine. Reumatska groznica leči se penicilinom i aspirinom. U teškim oblicima primenjuju se kortikosteroidi.

U akutnoj fazi bolesti neophodno je mirovanje, a u rehabilitacionoj — izbegavati izlaganje deteta fizičkim naporima (na časovima fizičke kulture, na primer).

Prognoza je dobra, mada može doći do recidiva.

15. Druge degenerativne bolesti nervnog sistema

15.1. Alchajmerova bolest (Morbus Alzheimer)

U hroničnom moždanom sindromu Alchajmerova demencija, koju je početkom 20. veka opisao Alchajmer (Alzheimer), pojavljuje se u oko 50% slučajeva.

Bolest može početi u senijumu (tip 1) i u presenijumu (tip 2), a osobena je po opštoj kortikalnoj atrofiji, strukturnim poremećajima i gubljenju neurona, kao i stvaranju difuznih senilnih plakova u mozgu.

Godine 1983. otkriven je biološki marker zajednički za Alchajmerovu demenciju i trizomiju 21 (Daunov sindrom).

Klinička slika. – Bolest počinje postepeno ili naglo (ređe), kliničkom slikom konfuzije, dezorijentacije i psihomotornog nemira.

Sindromu afazije–apraksije–agnozije pridružuje se poremećaj pamćenja (uglavnom novijih događaja) i upamćivanja, koji vodi propadanju intelektualnih funkcija.

Oboleli od Alchajmerove bolesti mogu ispoljavati sumanutosti ljubomore, predrasuda, interpretativne sumanutosti i halucinacije.

Depresivna stanja praćena su pokušajima samoubistva i samoubistvima.

Obolele osobe su izrazito neuredne, neobičnog ponašanja, sklone bizarnostima i neumesnim šalama.

Maniformne epizode praćene su razdražljivošću, hostilnošću i agresivnošću.

Akinetičko–hipertonički sindrom otežava kretanje i druge aktivnosti od vitalnog značaja i doprinosi usamljivanju obolele osobe.

Moguća je pojava epileptičkih napada.

U terminalnom stadijumu dolazi do koheksije, smanjenja otpornosti na interkurentne bolesti i – do smrti.

16. Demijelinizujuće bolesti centralnog nervnog sistema

16.1. Multipla skleroza

Multipla skleroza pripada grupi demijelinizirajućih oboljenja somatskog nervnog sistema, sa pretežnom lokalizacijom u kičmenoj moždini.

Klinička slika. – Šarenilo simptoma bolesti ima akutan i progresivan tok, najčešće s remisijama i egzacerbacijama.

Šarko je opisao trijas simptoma: nistagmus, intencioni tremor i skandirani govor (govor u slogovima, nalik na sricanje osnovaca). Hod bolesnika je neritmičan i nekoordinisan, drastično ataktičan zbog smeñnji dubokog senzibiliteta i oštećenja puteva koji idu do malog mozga, kao i zbog obostranih piramidnih lezija. U kasnijem nepovoljnom razvoju bolesti bolesnik je vezan za krevet.

Očna forma češće počinje na jednom oku nejasnim vidom, skotomima ili potpunim slepilom.

U bulbarnoj formi javljaju se smeñnje prilikom žvakanja, gutanja, artikulacije i fonacije.

Bolesnici su psihički izmenjeni – ili ne shvataju svoje stanje, pa su „prazno“ veseli ili su razdražljivi, depresivni, skloni samoubilačkim idejama. Intelektualne funkcije propadaju postepeno.

Akutna forma karakteriše se teškom kliničkom slikom i relativno kratkim trajanjem. Diseminovana, fokalna, neurološka simptomatologija najčešće pogađa motorne funkcije u vidu pareza i paraliza. Kod ove forme mogu da budu oštećeni periferni motorni neuroni, tako da postoje kombinovane lezije centralnog i perifernog tipa.

Maligna forma je brzog toka, raznovrsne simptomatologije, progresivna i sa letalnim završetkom.

Benignu formu karakteriše duge remisije.

Lečenje. – Dobre rezultate daje lečenje ACTH-om i kortikosteroidima, pri čemu se mora voditi računo da se ne poremete funkcije nadbubrežnih žlezda. Postoje razne šeme za davanje ovih lekova. Motorne korekcije se izvode fizikalnom terapijom i rehabilitacijom.

17. Povremeni poremećaji i paroksizmalni poremećaji

17.1. Epilepsija

Epilepsija je naglo nastali (paroksizmalan) poremećaj funkcije mozga. Poremećaj svesti, motorni, senzitivni, vegetativni i psihički fenomeni, koji se pojedinačno, udruženo i sinhrono javljaju u epileptičkoj bolesti, imaju tendenciju da se paroksizmalno manifestuju, nestaju i, eventualno, ponavljaju.

Epilepsija je grčka reč koja znači naglo napasti, zgrabiti, ščepati.

Istraživanja na području epidemiologije epilepsije pokazuju da se broj obolelih kreće između 4 i 10 na 1000 stanovnika.

Etiologija. – Postepeno je prevladavalo shvatanje da su epilepsije u većini simptomatske i da se u velikom broju slučajeva bolesti može dokazati uzročni faktor (klinička i patoanatomska, odnosno patohistološka dijagnostika). Ovaj ohrabrujući podatak, kao i činjenica da se u savremenim definicijama odbacuje kvalifikovanje bolesti kao „tendencija ka ponavljanju“ i sl., znači prevazilaženje fatalističkih stavova iz prošlosti, podstičući za dalja istraživanja i humanizaciju stavova prema obolelim od epilepsije.

Etiopatogenetski faktori, uprkos značajnom napretku u njihovom proučavanju, još su uvek nedovoljno istraženi. Poznat je niz etioloških činilaca koji mogu u svakom životnom periodu i u svakom organizmu dovesti do epileptičkog napada.

U prvim godinama života dominiraju simptomatske konvulzivne krize, najčešće kao posledica cerebralnih strukturalnih lezija iz prenatalnog, perinatalnog i ranog postnatalnog doba. U približno 60% slučajeva oštećenje mozga zbiva se u prenatalnom i perinatalnom periodu, i to jednako često u svakom. Hereditarni i stečeni etiološki agensi prouzrokuju prenatalne lezije mozga, a anoksija i toksična stanja sačinjavaju glavne etiološke faktore natalne prirode. U ranom postnatalnom uzrastu asfiksija i intrakranijalne hemoragije, zatim metabolični poremećaji i infekcije uzročnici su simptomatskih konvulzivnih kriza. Ukazuje se na značaj opstrukcije (tromboze, izuzetno retko) moždanih krvnih sudova, koje kod odojčeta nastaju u febrilnim sindromima, praćenim ekstremnom dehidracijom organizma. Ovakvi vaskularni akcidenti najčešće dovode do fokalnih (žarišnih) epileptičnih napada. U nešto ređe etiološke činioce ubrajaju se takozvani otogeni apscesi kod dece; zatim tumori mozga, dok bi se epileptični sindrom kod dece sa heredodegenerativnim oboljenjima i urođenim i metaboličkim poremećajima javljao samo kao jedan od niza aspekata bolesti. Potrebno je misliti i na kongenitalne malformacije u razvoju krvnih sudova mozga i na razvojne anomalije CNS-a.

Krajem prve decenije života u strukturi etioloških činilaca još uvek dominira sindrom dečje cerebralne paralize sa epilepsijom; međutim, sve učestalije se javlja takozvana esencijalna (kriptogena) epilepsija.

U toku druge decenije života prvo mesto u hijerarhiji učestalosti zauzima esencijalna epilepsija, zatim epileptični napadi prouzrokovani porođajnom lezijom mozga, ređe tumorom ili fizičkom traumom (tzv. posttraumatske epilepsije javljaju se u 2–10% svih kranio cerebralnih povreda). Ovom uzrastu pripadaju i neki oblici urođenih poremećaja metabolizma, sa prvim manifestnim kliničkim ispoljavanjem u pubertetu i adolescenciji.

Daljim sazrevanjem i rastom povećava se procenat esencijalnih epilepsija, zatim epilepsija nastalih zbog tumora mozga (20–40% svih moždanih neoplazmi praćeno je epileptičnim napadima), kongenitalnih malformacija na krvnim sudovima (aneurizme, angiomi), sistemskih oboljenja vaskularnog aparata (endarteritis), ređe zaraznih oboljenja vaskularnog aparata i zaraznih oboljenja CNS (tuberkuloza i sl.), parazitaranih oboljenja mozga (ehinokokus, cerebralna cisticerkoza, toksoplazmoza), ekstremnih metaboličkih dekompenzacija (uremija, hipoglikemija) ili delovanja egzotoksičnih činilaca (trovanja teškim metalima i ugljen-monoksidom, zatim insolacija i sl.).

Uzročni faktori u nastanku epilepsije dečjeg doba

Prenatalna i perinatalna oštećenja mozga:

- embriopatije i fetopatije,
- urođene malformacije,
- porođajne asfiksije,
- krvarenja,
- kern ikterus.

Zapaljenjski procesi:

- meningoencefalitisi,
- parainfekciona, postinfekciona i postimunizacijska zapaljenja CNS-a,
- apsces mozga.

Kranio cerebralne traume:

- postnatalne traume.

„Čista centrencefalička“ epilepsija

Degenerativne i metaboličke bolesti

Neuroektodermalne displazije, tumori mozga

Vaskularni akcidenti

Parazitarne bolesti.

Patogeneza epileptičnih napada i epilepsije. – Nervne ćelije poseduju određen prag nadražljivosti, koji predstavlja fiziološko svojstvo svih ćelija organizma. Neke ćelije mozga ispoljavaju tendenciju ka ekscesivnom pražnjenju (reagovanju) na delovanje različitih etioloških činilaca, koje se, periferno, prikazuje u formi paroksizmalnih, nevoljnih, prostijih ili složenijih pokreta poprečno-prugaste muskulature. Stoga se za ove nervne ćelije kaže da one poseduju konvulzivna svojstva i da je ova osobina određena vrednostima takozvanog konvulzivnog praga. Proučavanja ovog fenomena dovela su do izmene u shvatanjima o njegovoj prirodi i ulozi u konvulzivnoj „spremnosti“ organizma i načina njegovog reagovanja pod različitim okolnostima. Postepeno su se izdiferencirali pojmovi nespecifičnog praga, kao opšteg i zakonitog biološkog svojstva koje formira samo opštu dispoziciju za konvulzivno reagovanje, i specifičnog (epileptičnog) praga kao individualne, patofiziološke osobenosti i specifične naklonosti ka obolevanju od epilepsije. Transitorni metabolički poremećaji u ranom detinjstvu (do pete godine) mogu, na klinički način, provocirati konvulzivnu krizu, u čijoj genezi može učestvovati nizak nespecifični ili specifični prag nervnih ćelija. Stoga u slučaju febrilnih konvulzija neće biti jednostavno bez dužeg praćenja deteta odgovoriti na pitanja da li će ono u kasnijem uzrastu oboleti od epilepsije.

Osim pomenutog specifičnog praga, nasleđuje se niz humoralnih, endokrinih, vaskularnih i metaboličkih mehanizama, koji, svi skupa, formiraju određen stepen lične predispozicije za nastanak i razvoj epilepsije u određeno životno doba. Proučavanja na jednojajnim blizancima govore o visokom procentu nasleđivanja predispozicije (84–86%). Neurofiziološki mehanizmi, koji učestvuju u nastajanju epileptičnog napada, u toku poslednjih godina dosta su razjašnjeni vrlo intenzivnim proučavanjima u laboratorijskim i kliničkim uslovima. U esencijalnoj (kriptogenoj) epilepsiji disfunkcija centrencefalnih struktura ili sistema (prema Penfildu), koja je izražena u ekscesivnom, paroksizmalnom, bilateralno-sinhronom pražnjenju, dovodi do ascendentne i descendentne ekscitacije – postiže se kroz motorne, senzitivno-senzorične, visceralne (vegetativne) i druge sisteme organizma.

Penfildov „centrencefalni sistem“ čini gornji deo moždanog stabla sa talamusom. Pražnjenja u njemu rasprostiru se sinhrono i simetrično prema hemisferama velikog mozga i nishodno prema kičmenoj moždini. Time se objašnjava i gubitak svesti, grčevi mišića, ili, pak, gubitak mišićnog tonusa kod nekih oblika epilepsije. Gubitak svesti nije najbitniji u epileptičkom napadu. Postoje epileptički napadi bez gubitka svesti, pošto izvesne aree zahvaćene paroksizmalnim pražnjenjem ne dovode do poremećaja svesti.

Epileptički napad zasniva se na sinhronizovanoj aktivnosti mnogih ili svih ćelija moždane kore. Haotično pražnjenje nervnih ćelija remeti stanje svesti.

Sve veće i jače polje pražnjenja izaziva razdraženje drugih delova hemisfere. Preko žuljevitog tela i komisuralnih puteva prisiljava se i druga hemisfera na sinhronizaciju i na taj način nastaje opšta sinhronizacija.

Istraživanja epilepsije poslednjih godina usmerena su na razumevanje molekularnih mehanizama koji kontrolišu stabilnost neurona. Tu se, pre svega, misli na defekte u inhibitornom sistemu GABA, za koji postoje specifični receptori, tj. mehanizmi za vezivanje za ćeliju. GABA spada u glavne transmiitere CNS i uvek deluju inhibitoryno, istovremeno i anikomulzivno. Znatne koncepcije GABA nađene su u hipotalamusu, cerebralnom i cerebelarnom korteksu.

17.1.1. Podela epilepsije

Komisija za klasifikaciju i terminologiju Međunarodne lige protiv epilepsije razvrstava epileptične napade na parcijalne, generalizovane i neklasifikovane (1981).

I. PARCIJALNI NAPADI:

a) parcijalni napadi (svest očuvana);

- motorni,
- senzitivni,
- autonomni,
- psihički;

b) složeni parcijalni (svest poremećena);

c) parcijalni napadi sa sekundarnom generalizacijom.

II. GENERALIZOVANI NAPADI:

- absansi,
- generalizovani toničko-klonički,
- generalizovani tonički,
- generalizovani klonički,
- generalizovani mioklonički,
- generalizovani atonički.

III. NEKLASIFIKOVANI NAPADI

Prema X (ICD-X) Međunarodnoj klasifikaciji izvršena je sledeća podela epilepsije.

Žarišna (fokalna) idiopatska epilepsija i epileptični sindromi sa žarišnim napadom

Uključuje se: benigna dečja epilepsija sa centrotemporalnim EEG promenama ili okcipitalnim EEG paroksizmima

Žarišna simptomatska epilepsija i epileptični sindromi sa jednostavnim parcijalnim napadima

Uključuju se: napadi bez promene svesti; jednostavni parcijalni napadi sa sekundarnom generalizacijom

Žarišna simptomatska epilepsija i epileptični sindromi sa kompleksnim parcijalnim napadima

Uključuju se: napadi sa promenom svesti; jednostavni parcijalni sa sekundarnom generalizacijom

Generalizovana idiopatska epilepsija i epileptični sindromi

Uključuju se: Epilepsia myoclonica infantilis benigna

Convulsiones neonatales (familiares)

Absenita puerilis (pyknolepsia)

Epilepsia (grand mal)

Absentia juvenilis

Epilepsia myoclonica juvenilis (petit mal impulsivus)

" atonica

" clonica

" myoclonica non specificata

" tonica

" tonica-clonica

Druga generalizovana epilepsija i epileptični sindromi

Uključuju se: Spasmus infantilis

Syndroma Lennox-Gastaut

Impetus solaam

Syndroma West

Specifični epileptični sindromi

Uključuju se: Epilepsia partialis continua (Kozhevnikov)

Epilepsia alcoholica

" medicamentosa

" dyshormonalis

- „ stressogenes
- „ insomnogenes

Grand mal napad, neoznačen (sa ili bez petit mal)

Petit mal napad, neoznačen (bez grand mal napada)

Druga epilepsija

Epilepsija i epileptični sindromi koji nisu utvrđeni kao žarišni niti kao generalizovani napadi

Epilepsija, neoznačena

Status epilepticus

Status epilepticus, petit mal

Status epilepticus complex-partialis

Drugi epileptički status

Epileptički status, neoznačen

Konvulzije (convulsiones)

Febrilne konvulzije (convulsiones febriles)

Druge i neoznačene konvulzije

17.1.1.1. Generalizovane epilepsije

Generalizovane epilepsije najčešće pripadaju centrencefalnom tipu pražnjenja. Postoje veliki i mali epileptični napadi.

17.1.1.1.1. Veliki epileptični napad (Grand mal)

Veliki epileptični napad je najburnija manifestacija pražnjenja neurona. Može početi prodromima, aurom, ili iznenada. Ponekad i fokalni napad može da se generalizuje i izazove veliki epileptički napad.

Klinička fenomenologija. – Prodromi velikog epileptičkog napada su: poremećaj raspoloženja (depresivnost, euforija, čuljivost (ili govorljivost), nesanice, rđavi snovi, noćni strahovi, gubitak apetita, glavobolja i sl.

Aura (grčki – lahor, vetrič) jeste senzacija koja se javlja neposredno pre napada, traje nekoliko sekundi i javlja se kod više od 50% pacijenata. Postoje sledeće forme aure:

- senzitivna aura (želudačne smetnje – muko, gađenje),
- senzorna aura (obuhvata sva čulna područja; pacijent vidi tačke, iskrice, krugove, često crvene boje; nekad se haluciniraju ljudi ili životinje),
- akustička aura (pacijent čuje toni koji se pojačava),
- olfaktivna aura (neprijatni mirisi),
- vestibularna aura (vrtoglavica),
- motorna aura (grčevi).

Kod nekih formi aure pacijent počinje da peva i trči. Aura, o kojoj smo opširnije govorili da bi medicinska sestra mogla da se spremi za slučaj napada, ima značenje opomene. Aura je veoma važna za pacijenta, da bi preduzeo preventivne zaštitne mere protiv eventualnih povreda, kao i da se skloni sa mesta koja su opasna.

Konvulzivna faza počinje iznenada, napadom koji ima određenu vizuelnu i telesnu dramatičnost. Konvulzije u grand mal-napadu mogu biti toničke, klonične i toničko-klonične. Zbog naglog gubljenja svesti bolesnik pada niče, pri čemu može da se povredi. Vazduh, snažno potisnut iz pluća, prolazi kroz spazmom suženi prostor grkljana, što može prouzrokovati oštar epileptični krik.

U fazi toničnog grča pacijent leži na leđima potpuno ukočen (50–60 sekundi). Oči i glava često su mu okrenuti prema jednoj strani, što zavisi od lokalizacije žarišta. (Kod nadražajnih lezija glava se okreće na stranu suprotnu od žarišta). Ako bi ova faza, u kojoj bolesnik ne diše, trajala duže, postojala bi opasnost od ugušenja ili popuštanja srca.

Faza kloničkih grčeva počinje pojedinačnim grčevima mišića, koji se kasnije generalizuju. Kontrakcije su kratke, snažne, ritmičke, a zahvataju sinergiste i antagoniste. U ovoj fazi moguće su frakture dugih kostiju, luksacije i druge neželjene komplikacije. Pacijent može ugristi jezik, pa je zbog toga često pljuvčica krvava. Pena na usnama nastaje zbog kloničkih grčeva jezika, koji izazivaju mešanje pljuvačke. Usled kontrakcije miškulature trbušnog zida dolazi do popuštanja sfinktera i spontanog uriniranja i defekacije.

U toku kloničkih grčeva, koji traju do dva minuta, pacijent isprekidano diše. On je u početku bled, a pri kraju napada cijanotičan. Zenice su mu široke i ne reaguju na svetlost, a na tabanima može se izazvati patološki refleks Babinskog.

Ova faza se završava prestankom kloničkih grčeva, kad disanje postaje duboko, stertorozno.

Sledeća faza je kratkotrajno stanje kóme ili terminalnog sna (izuzetno, nastupa epileptično sumračno stanje).

Svest se bistri posle izvesnog vremena, ali bolesnik ispoljava dezorijentaciju, ošamućenost, afaziju i neke stereotipne aktivnosti.

Napad se češće završava dubakim, terminalnim „snom“ zbog velike iscrpljenosti neurona.

Posle završetka napada, naročito ako se on dogodi noću (epilepsija nocturna), pacijent se, posle buđenja žali na umor i glavobolju. Nekad se posle napada mogu konstatovati prolazne pareze i paralize Todovog tipa.

Histerična osoba može nesvesno da simulira veliki epileptični napad.

Ako od epileptičnog napada osoba može da ima neke koristi, mora se voditi računa o svesnoj simulaciji napada.

Histerični napad je obično teatralan, pred publikom, može da traje dugo, uz svesnu kontrolu aktera da se ne povredi. Nema ugriza jezika, inkontinencije, poremećaja refleksa, ali može postojati delimična amnezija za izvesne psihološki važne fenomene i postupke u toku napada. Ne može se uvek loko proceniti da li je u pitanju pravi ili funkcionalni (histerični) napad. Kod osoba mlađeg uzrasta mogu se sresti i pravi epileptični i psihogeni napadi.

Terapijski postupak u toku konvulzivnog napada (modifikovano prema Knudsenu)

I Dijazepam rektalno u obliku solucija:

deca do 12 meseci,	2–4 mg pro dosi
deca od 12 do 48 meseci,	5 mg pro dosi
deca starija od 48 meseci,	7,5 mg pro dosi
oslobađanje disajnih puteva,	
rashlađivanje.	

II Ako konvulzije ne prestanu za 5 minuta, ponavlja se ista doza dijazepama.

III Ako konvulzije ne prestanu, dete treba uputiti u bolnicu.

Terapijski postupak u bolnici

Dijazepam 0,25–0,5 mg/kg. i. v., s tim da ukupna doza leka u toku 30 minuta, uključujući i rektalne doze, može iznositi najviše 2–3 mg/kg.

Održavanje adekvatne kardiorespiratorne funkcije.

IV Ako konvulzije ne prestanu, daje se fenobarbiton u dozi od 20 mg/kg. i. v. ili i. m. ili fenitoin u dozi od 15–20 mg/kg. i. v.

17.1.1.1.2. Pti mal („Petit mal“) Apsans (absence) epilepsija

Apsansi su generalizovani, nekonvulzivni epileptični napadi, bez lokalnog početka. Izraženi su poremećaji svesti, bez propratne ili sa malom motomom aktivnošću (absence – odsutnost).

Prema kliničkoj slici, apsansi se dele na jednostavne (praćene samo poremećajem svesti) i složene (gde su poremećaju svesti pridruženi i drugi simptomi).

Ukoliko na EEG-u postoji sinhroni šiljak-talas kompleks u pravilnom ritmu, od tri cikla u sekundi, apsanse smatramo tipičnim, dok atipični pokazuju raznolik EEG nalaz.

Klinička slika. – Opisaćemo kliničku sliku samo tipičnih apsansa: a) **jednostavnih** i b) **složenih**.

a) **Tipični jednostavni apsans** karakteriše se gubitkom svesti i prekidom započete aktivnosti: dete ne vidi, ne čuje, ne oseća, zastaje ukočenog i praznog pogleda. Napad se završava osmehom, nastavljanjem prekinute aktivnosti, započete rečenice ili dijaloga. Postoji amnezija za događaje tokom napada.

Napadi se ispoljavaju između 5. i 9. godine života, retko pre treće, a izuzetno u odrasлом dobu. Provokativni faktori za pojavu ovih napada su: ljutnja, strah, iznenađenje, žalost, pad zainteresovanosti i pažnje i (retko) hipoglikemija.

b) **Tipični složeni apsans** odlikuje poremećaj svesti udružen s drugim manifestacijama.

Apsanse sa blagom kloničnom komponentom karakteriše upravo klonična komponenta.

Apsanse sa atoničnom komponentom odlikuje smanjenje tonusa posturalne muskulature (klonulost glave i/ili ruku, ritmična), dok je redak takav stepen gubitka tonusa koji dovodi do pada bolesnika.

U apsansima sa toničnom komponentom povišenje posturalnog tonusa pogađa najviše ekstenzore (devijacija pogleda nagore, retrofleksija glave i retropulzija trupa).

Apsansi s automatizmima ispoljavaju se u dvema varijantama, kao perseverativni (bolesnik nastavlja i ponavlja započetu aktivnost) i de novo – jednostavni i kompleksni (jednostavni – lizanje usana, gutanje, trljanje lica, grebanje i sl. i složeni – uzimanje predmeta, mmljanje, pevanje).

U apsansima sa autonomnim znacima dolazi do uriname inkontinencije, midrijaze, bledila, zapurenosti, tahikardije, promene krvnog pritiska.



Veliki epileptični napad (B. Radojčić)

Internacionalna liga za borbu protiv epilepsije (1985) prihvatila je sledeću klasifikaciju epileptičnog sindroma:

- 1) tipična apsans epilepsija u definjstvu,
- 2) tipična apsans epilepsija u adolescenciji,
- 3) epilepsija sa miokloničnim napadima.

Opisaćemo, ukratko, glavne karakteristike nabrojanih sindroma.

Tipična apsans epilepsija kod dece

Počinje između 3. i 9. godine života, češće u devojčica. Jednostavni ili složeni apsansi javljaju se vrlo često u toku dana.

Prognoza tipične apsans epilepsije kod dece uglavnom je povoljna, a kontrola napada uspešna je u 33–80% slučajeva. U kasnijem uzrastu mogu se javiti grand mal napadi u oko 40% obolelih, češće u slučajevima gde su apsansi počeli posle 8. godine života.

Tipična apsans epilepsija u adolescenciji

Znaci bolesti ispoljavaju se između 9. i 10. godine. Napadi su ređi, pa se ova epilepsija naziva još i epilepsija sa retkim apsansima. Napadi su češći u vreme buđenja. Većina bolesnika (preko 80%) ima i generalizovane tonično–klonične napade (pre ili posle apsansa). Apsansi u adolescenciji su otporniji na lečenje.

Epilepsija sa miokloničnim napadima

Epileptični mioklonus (mis – mišić, klonus – grč) može da bude simptom različitih encefalopatičnih poremećaja ili fokalnih moždanih lezija, kao što su anoksija, metabolički poremećaji, degenerativna stanja, tumori, virusne infekcije itd. Može biti isto tako deo idiopatske epilepsije.

Mioklonični napad zahvata najčešće osovinu tela i ekstremiteta, dovodi do pada glave prema telu, adukcije ruku, fleksije nogu i prevrtanja očiju nagore.

Najteži napadi dovode do iznenadnog pada i nevoljnog bacanja predmeta iz ruku. Najblaži oblici dovode do kratkog pomeranja glave nagore, uz zatvaranje očiju.

Napadi su obično kratkotrajni (1–3 sekunde). Kada su duži (oko 10 sekundi), karakteriše ih pseudoritmično ponavljanje trzaja (oko 3 sekunde), uz delimično pomućenu svest, pa dete u toku napada nastavlja započetu radnju.

Mioklonični napadi imaju tendenciju da se ponavljaju pri buđenju i uspavlivanju, mogu da budu izazvani foto–stimulacijom ili mahanjem rukom ispred očiju.

U nekim slučajevima dolazi do miokloničnog statusa, koji se karakteriše serijom miokloničnih trzaja pri delimično očuvanoj svesti.

Mentalna retardacija je ređa i blaža.

Lečenje. – Mioklonične epilepsije rezistentne su na antiepileptike. Valproat i ben-zodiazepini su lekovi izbora. U širokoj upotrebi su clonazepam (rivotril), nitrazepam (mogadon), clobazam (frizijum, urbanil) i Na-valproat: ACTH (deksametazon) daje se u najtežim fazama bolesti, kod težih i čestih napada i uz ketogenu dijetu.

17.1.1.2. Žarišne (fokalne) epilepsije

Žarišna ili fokalna (parcijalna) epilepsija nastaje zbog patoloških pražnjenja u frontalnom, parijetalnom i (najčešće) temporalnom delu kore. Za nas su najvažnije Džeksonova (J. H. Jackson) i kompleksna fokalna epilepsija.

17.1.1.2.1. Džeksonova epilepsija

Kod Džeksonove epilepsije se razlikuju motorni i senzitivni napadi. Motorni napadi manifestuju se trzajima muskulature, koji se mogu ograničiti na jedan deo tela (lice, ruke, noge) ili se šire na čitavu polovinu tela. To su klonički grčevi muskulature, pri čemu se nadražaj po telu širi onim redom kojim je taj deo tela reprezentovan u kori velikog mozga. Tako, na primer, napad koji je počeo na stopalu širi se prema potkolenici i natkolenici, a zatim na rame, lakat, prste, palac i konačno na lice (ugao usta i jezik). Ako napad pređe i na drugu polovinu tela, reč je o generalizaciji napada, pri čemu bolesnik gubi svest.

Senzitivni napad manifestuje se parestezijama, koje se šire kao i motorni fenomeni. Senzitivni napad Džeksonove epilepsije može se transformisati ili nastaviti kao motorni napad.

17.1.1.2.2. Kompleksna fokalna epilepsija (Epilepsija temporalnog lobusa)

Ovo je pogodan izraz za napade koji su prouzrokovani lezijama u temporalnom lobusu (režnju) ili njegovoj blizini. Termin psihomotorna epilepsija ponekad je rezervisan za kombinaciju mentalnih poremećaja sa kompleksnom motornom aktivnošću.

Pri kompleksnoj fokalnoj epilepsiji razlikuju se motorni simptomi (poznati kao au-tomatizmi), zatim vegetativni i psihički simptomi.

Automatizmi se ispoljavaju nizom besmislenih, nesvrishodnih pokreta, koji traju kratko i, po pravilu, kod pojedinih pacijenata uvek su isti. Zahvaćeni su mimički

mišići (pacijent pravi grimase, mljacka ustima ili žvače). Prema Penfildu, to je „mastikatorna pantomima“.

Govor je promijenjen, oskudan. Ukoliko je zahvaćen dominantni temporalni režanj, može se javiti disfazija. Pacijent besmisleno ponavlja jednu reč ili rečenicu. Nekat je govor sadržajniji i bogatiji u smislu dužih monologa ili molitvi. Na pacijentu se zapažaju strah ili zbunjenost.

Vegetativni simptomi manifestuju se kao lupanje srca, bolovi i smetnje u abdomenu, znojenje, vrtoglavica i promena boje kože.

Psihički simptomi su raznovrsni. Dominiraju kvalitativni poremećaji svesti. Pacijenti ispoljavaju fenomene „već viđenog“ (déjà vu); tvrdeći za nepoznata lica da ih odnekud znaju, odnosno veruju da lica koja bi trebalo da poznaju nikad nisu videli (jamais vu). Isto tako opisuju se fenomeni „već doživljenog“ (déjà éprouvé). Pacijent sebe može doživljavati čudno i strano, sve do manifestne depersonalizacije, kad osoba ima bolesni utisak da se menja. Opisuju se stanja sneganja, živa panořamska doživljavanja kao u snovima.

Iluzije i halucinacije, nekad zastrašujuće, provociraju bes i agresivnost ovih pacijenata, pa u takvim stanjima mogu naneti nedužnim osobama fizičke ozlede.

Prisilni plač ili smeh, zatim stanja blaženstva, bes, tuga, radost, žeđ, glad itd. takođe su neke od karakteristika ove vrste epilepsije. U nekim slučajevima napadi se završavaju generalizovanim konvulzijama.

17.1.1.3. Epileptički status (Status epilepticus)

Epileptički status grand mal karakteriše se serijom velikih epileptičkih napada, između kojih bolesnik ne dolazi svesti. Mogu postojati napadi u serijama, kada u kratkom intervalu, između dva napada, bolesnik dolazi svesti. Ovo je vrlo hitno i ozbiljno stanje, koje iziskuje energično lečenje, jer bolesniku preti opasnost od smrtnog ishoda zbog popuštanja srca ili gušenja.

Status grand mal može nastati pri prekidu terapije antiepilepticima, pri stanju visoke febrilnosti i moždanog procesa progredijentnog toka, kao i zbog interkurentnih bolesti organizma.

Najčešće, epileptički status je posledica i komplikacija velikog epileptičkog napada. Opasnost „ulaženja u status“ kod pacijenta s Džeksonovim, malim epileptičnim napadima ili s temporalnom epilepsijom, takođe je velika.

Medikamentna terapija epileptičnog statusa

Lek	Način davanja	Doza	Početak dejstva	Dužina dejstva
Dijazepam	i. v.	0,25–0,50 mg/kg max. 10 mg; može se ponavljati na 10 do 15 min.	1–3 minuta	5–15 minuta
Lorazepam	i. v.	0,05–0,10 mg/kg max. 4 mg; može se ponavljati na 10 do 15 min.	2–3 minuta	12–48 sati
Midazolam	i. v. ili i. m.	0,05–0,20 mg/kg max. 5 mg	1,5–5 minuta	1 do 5 sati
Phenytoin	i. v.	18–20 mg/kg, max. 1.000 mg	20–30 minuta	12–24 sata
Phenytoin	i. v.	25 mg/kg	5–10 minuta	12–24 sata
Phenobarbital	i. v. ili i. m.	20 mg/kg	10–20 minuta (2–4 h posle i. m. davanja)	1–3 dana

Status petit mal javlja se u bilo kojoj varijanti od tri najtipičnije, može biti njihova kombinacija ili kombinacija s drugim oblicima epileptičnih napada (npr. sa grand mal tipom).

Nastaje iznenada, dete izgleda zbunjeno, okolišu i događa se oko sebe nepotpuno i nejasno shvata, ponekad se motorni nemir prazni kroz povećanu i neusmerenu i nesvrshodnu aktivnost. U motornom nemiru deteta može se primetiti da, s vremena na vreme, učestalije trepće ili da, bez vidljivog razloga, poklekne, padne ili se umokri. Pošto traje duže, nekoliko časova, čak i dana, lutanja u dijagnozi su moguća, pa tek EEG otkriva prirodu poremećaja.

Situacija postaje jasnija u slučajevima kombinacije „malih“ i „velikih“ napada. Petit mal status nekad predstavlja početak bolesti, nekada se vidi kod naglog i neopravdanog prekida medikamentne terapije, a nekada se susreće kod interkurentnih oboljenja i progresivnih cerebralnih procesa.

Ovaj sindrom se najčešće susreće kod dece od prve do desete godine života, kasnije znatno ređe.

Status epilepticus kod kompleksne fokalne epilepsije u dečje doba takođe se relativno često javlja. Odlikuje se polimorfizmom u kliničkom ispoljavanju, što je u skladu s bogatstvom kliničkih manifestacija takozvane epilepsije temporalnog lobusa. Ovdje može doći do kombinovanja sa drugim epileptičnim krizama, najčešće grand mal tipa; što olakšava dijagnostički problem. Prateće krize ovog statusa mogu biti izražene kao dugotrajne (časovima, danima i sedmicama) kvalitativne



↑ Autoportret Van Goga (koji je u toku epileptičkog napada sebi odsekao uvo)

izmene svesti (sumračna stanja), ponašanja koja liče na neke psihoze (manično-depresivne, shizofrene; pseudodementno stanja), prolongirane vegetativne krize, različite disfunkcije kardiovaskularnog aparata, digestivnog trakta, nejasne i neodređene visceralne senzacije, kao fuge ili (noću) kao somnambulne krize koje se nastavljaju u fuge. Prolazna, takozvana epizodična sumračna stanja pripadala bi ovom obliku epileptičnih kriza (manično-depresivna ispoljavanja koja traju više meseci, slika shizofrene psihoze, neki oblici tzv. asocijalnog ponašanja). Osim najčešće karakteristične slike, u prepoznavanju poremećaja najznačajniju ulogu ima EEG dijagnostika.

17.1.1.4. Druga generalizovana epilepsija i epileptični fenomeni

17.1.1.4.1. Vestov (West) sindrom

Bolest najčešće počinje između 3. i 8. meseca, a češća je kod muške dece. Oboljenje je prvi opisao West, 1941. godine. Postoji idiopatski i simptomatski sindrom (graviditetna toksemija, cerebralna asfiksija, hipoglikemija itd.). Među etiološke faktore opisuju se perinatalne povrede i prenatalne infekcije (citomegalovirusima), urođeni metabolički poremećaj (fenilketonurija), fakomatoze (tuberozna skleroza).

Osnovne karakteristike ove bolesti su:

- infantilni spazmi (fleksioni, ekstenzioni, munjeviti, tic de salaam);
- mentalna retardacija i elektroencefalografske abnormalnosti u vidu hipsaritnije (mešavina sporih talasa, šiljatih i oštih talasa, promenljivih amplituda, trajanja i lokalizacije).

Karakteristično je psihičko propadanje obolelih, kao i simptomi slični autizmu.

Lečenje treba početi što ranije, a mora se sprovoditi dovoljno dugo. Daje se ACTH, 25–40 i. j. dnevno, četiri do šest nedelja.

Primenjuje se i apilepsin 20–60 mg/kg dnevno.

Mogu se dati i dexametason 0,3 mg/kg, kao i nivotril i mogadon, mada oni imaju i neželjene efekte.

Prognosa je dobra kod bolesnika s idiopatskim Vestovim sindromom. Inače, većina dece ostaje retardirana, a smrtnost iznosi 15%.

17.1.1.4.2. Lenoks-Gastoov (Lennox-Gastaut) sindrom

Ovaj težak oblik dečje epilepsije opisuje se i kao atipični apsans. Ispoljava se između 2. i 7. godine (najčešće u petoj godini).

Etiologija. – Najčešći etiološki faktori su povrede i infekcije mozga, a ponekad je ova bolest posledica produženih epileptičnih napada. Izvestan broj slučajeva „razvija“ se iz Vestovog sindroma.

Klinička slika. – Kliničku sliku karakterišu kratki atonični, mioklonični i tonični napadi.

Tokom dana javlja se veći broj napada, zbog kojih dete pada i povređuje se. Pad nastaje zbog kratkotrajnih toničnih ili masivnih miokloničnih, atoničnih ili astatičnih napada. Motočni (tonični) fenomeni zahvataju očne kapke, telo, karlični i rameni pojas, dok fizičke manifestacije karakteriše mioklonus. Dete klime glavom ali ne pada. Može doći i do okinetskog spuštanja tela.

Napadi mogu biti učestani i dovode do pomućenja svesti (periodi petit mal statusa mogu trajati minutima, satima, čak i danima, ili su blagi i neopaženi od okoline).

Mentalna retardacija prati je simptom Lenoks-Gastoovog sindroma.

Lečenje. – Radi lečenja preporučuju se:

1. Benzodijazepini
 - nitrazepam
 - klonazepam
 - klobazam
2. Valproat
3. Etosuksimid
4. Fenitoin
5. Karbamazepin
6. Lamotrigin
7. Felbamaf

17.1.1.5. Konvulzije

17.1.1.5.1. Dečje konvulzije

Dečje konvulzije mogu se javiti odmah posle rođenja. Njihov klinički model odgovara stepenu zrelosti nervnog sistema, a sa njegovim zrenjem – reakcija centralnog nervnog sistema na prekomerne draži sve više se bliži oblicima reagovanja koji su karakteristični za stariju decu i odrasle.

Dečji mozak je osjetljiviji, a prag nadražljivosti za konvulzije je snižen. I edem mozga takođe češće i brže nastaje.

Postepeno snižavanje nivoa šećera u krvi, izgleda, nema značaja u provociranju epileptičnih napada, kao što ima nagli pad nivoa šećera. Može se pretpostaviti da bi i postepeno snižavanje šećera ispod „kritičnih“ vrednosti moglo dovesti do konvulzivnog napada, ali to se događa na „terenu“ teško ugroženog organizma (hipoglikemična koma, kompromitovane vitalne funkcije i sl.).

U kliničkoj slici opisuju se tonične, klonične, kao i tonične i klonične konvulzije. U ovom uzrastu klinička slika pre je atipična nego tipična. Češće se sreće gubitak svesti bez konvulzije ili s reduciranim konvulzijama.

Kliničku sliku napada karakterišu kratkotrajni tonički grčevi ekstremiteta ili nekoliko kloničnih grčeva jednog ili više ekstremiteta, pri kojima, na primer, dete okrene glavu i zauzima položaj opistotonusa. Lice je crveno, blede ili cijanotično, pogled ukočen i disanje prestaje.

Dečje konvulzije se razlikuju od epileptičnih napada odraslih osoba većim polimorfizmom u dijapazonu ispoljavanja. Razlika je uslovljena funkcionalnom nezrelošću dečjeg mozga i drugih organskih sistema (motornog aparata, senzoričnog sistema visceralnih organa i sistema). Grand mal krize (simptomatske i esencijalne) razlikuju se u tome što neurofiziološka organizacija napada i kod dece odgovara stepenu zrelosti najviših struktura nervnog sistema koja se susreće kod odraslih.

Medikamentna terapija neonatalnih konvulzija

Lek	Inicijalna doza	Doza za održavanje
Phenobarbiton	20 mg/kg, max. 40 mg/kg i. v. ili i. m.	3–4 mg/kg per os
Phenyton	20 mg/kg i. v.	3–4 mg/kg per os
Dijazepom	0,3–0,5 mg/kg i. v. ili 0,3 mg/kg/h putem i. v. infuzije	
Lorazepam	0,05 mg/kg i. v.	
Primidon	25 mg/kg per os	15 mg/kg per os
Na valproat	20 mg/kg per os	20 mg/kg per os u dve doze

Neurofiziološka istraživanja epileptogenih fokusa u kompleksnoj fokalnoj epilepsiji detinjstva pokazuju njihovu tendenciju premeštanja iz zadnjih moždanih područja, gde se najčešće nalaze, u temporalne regione.

17.1.1.5.2. Febrilne konvulzije

Ove konvulzije obuhvataju napade kojima, po pravilu, prethodi visoka temperatura, nastala u toku infekcije, koja primarno ne zahvata nervni sistem.

Etiologija. – U grupi uzročnih faktora značaj se pridaje reakciji nezrelog mozga na hiperpireksiju (preko 39°C). Sklonost ka febrilnim konvulzijama prenosi se genetski. Ranije se smatralo da je reč o autosomno-dominantnom nasleđivanju, dok se u poslednje vreme sve češće ističe mogućnost poligenskog nasleđivanja.

Klinička slika. – Manifestuje se najčešće između šestog meseca i 4. godine, a karakterišu se kratkotrajnim generalizovanim grčevima. Elektroencefalografski nalaz je normalan. U takvim slučajevima govori se o tipičnim febrilnim konvulzijama. Ako, pak, konvulzije traju duže od 15 minuta, ako su fokalne ili se tokom 24 sata jave dva ili više napada, govori se o atipičnim febrilnim konvulzijama. Opisuju se pretežno generalizovani tonično-klonični grčevi, koji prate gubitak svesti. Fokalni napadi zahvataju pojedine delove ili jednu polovinu tela uvek praćeni gubitkom svesti. Nisu retki ni napadi mlitavosti sa gubitkom svesti, bez konvulzija.

Recidivi se javljaju u 30–40% slučajeva.

Lečenje. – Profilaksa recidiva napada postiže se kontinuiranim davanjem antikonvulzivnih lekova. U te svrhe primenjuje se fenobarbiton u dozi 3–5 mg na kilogram telesne mase, tokom 30 meseci. Sprečavanje recidiva postiže se intermitentnom primenom (samo kada je dete febrilno) rastvora dijazepama, koji se daje u vidu mikrokлизmi, rektalno, 10–15 mg dnevno.

17.1.1.5.3. Metaboličke konvulzije

U ovoj grupi opisaćemo hipokalcemične i hipoglikemijske konvulzije. Nivo kalcijuma, direktno ili indirektno, utiče na nervnu razdražljivost deteta.

Hipokalcemične konvulzije obično se javljaju između četvrtog i sedmog dana života ili kao klinička manifestacija rahitične tetanije (već od 3. meseca života). Asfiksija, intrakranijalna hemoragija, hipoparatiroidizam novorođenčeta, hiperparatiroidizam majke i rahitis najčešći su etiološki faktori hipokalcemičnih konvulzija.

Klinička slika. – Deca su iritabilna, uznemirena, plaču, javlja se trizmus, nisu u stanju da sisaju, dolazi do kočenja vrata, tremora i laringospazma. Javljaju se tonično-klonični grčevi.

Terapija. – Veoma je efikasno intravensko davanje kalcijuma.

Hipoglikemijske konvulzije nastaju pri naglom padu glikemije. Dolazi do acetonemičnog povraćanja. Uzrok ovih konvulzija je predožiranost insulinom

kod dijabetičara ili, pak, preterano stvaranje insulina. Kod novorođenčadi uzrok hipoglikemičnih konvulzija su duže gladovanje (zbog nemogućnosti dojenja, gutanja, sisanja), sepsa, meningitis, moždana trauma, galaktozemija, fruktozemija i glikogenoza.

17.1.1.5.4. Afektivni respiratorni spazmi

Afektivni spazmi mogu se pogrešno interpretirati kao neka od opisanih konvulzija. Nastaju kada zbog srdžbe dolazi do prestanka disanja i cijanoze, posle kojih se javljaju gubitak svesti, mlitavost, a ponekad i trzaji. EEG je normalan, a ova vrsta napada javlja se kod dece koja, osim kriza razdražljivosti, ispoljavaju znake zavisnosti i strah od odvajanja.

17.1.1.5.5. Refleksna epilepsija

Do epileptičnih napada dolazi dejstvom senzornih stimulusa, pa govorimo o auditivnoj refleksnoj epilepsiji, vizuelnoj (fotosenzitivnoj ili fotogenoj) refleksnoj epilepsiji (prilikom praćenja televizijskog programa npr.), muzikogenoj, afektivnoj i sl. U poslednje vreme ukazuje se na jedan novi tip fotokonvulzivne epilepsije, prouzrokovon električnim video-igrama.

Istraživanja ukazuju na postojanje veze između genetske predispozicije i provokacije napada.

Toničko-klonički napadi i apsansi imaju najčešće i svoju elektroencefalografsku potvrdu.

Značajno je istaći mogućnost dveju varijanti: pojava epilepsije samo dejstvom pomenutih stimulusa ili, pak, lakše provokacije epileptičkih napada nespecifičnim stimulusima. U ovom drugom slučaju epileptički napadi se, naravno, mogu javiti i spontano.

17.1.2. Epilepsija i mentalni poremećaji

Epileptične osobe često vrlo dramatično doživljavaju – kao hendikep, kao stigma – svoju bolest i sklone su neurotičnom ponašanju i povlačenju iz socijalnih prostora.

Opisuju se: poremećaji ličnosti, kognitivni poremećaji, neuroze, psihotonični sindromi i psihoze.

U stručnoj literaturi mogu se naći opisi tzv. epileptične ličnosti, koja ima problemne adaptacije i ponašanja u svom socijalnom okruženju. Te osobe su „lepljive“, preopširne, sklone fraziranju i perseveraciji.

U interpersonalnoj komunikaciji često su servilne do snishodljivosti i poniznosti. Promenljivog su raspoloženja, obuzete hipohondrijskim idejama, naglašeno religioznih shvatanja.

Eksplzivna, često brutalna pražnjenja agresivnosti takođe su jedna od bitnih karakteristika epileptičnih ličnosti.

Osobe obolele od epilepsije svoju agresivnost okreću ka drugima ili ka sebi, pa može doći do pokušaja ubistava i ubistava, pokušaja samoubistva i samoubistava.

Iz mirnog, čutljivog stanja mogu preći u razdražljivost i posebno naglašenu netolerantnost na verbalne uvrede i provokacije.

Incidentalne situacije javljaju se obično posle epileptičnog napada, kada je osoba konfuzna.

Postoji amnezija za sam agresivni čin, kao i za period koji mu je prethodio.

Epileptični bolesnici pokazuju sniženu efikasnost kognitivnog funkcionisanja. Rani početak epileptične bolesti, kao i upotreba medikamenata, smatraju se etiološkim faktorima intelektualnog oštećenja, ili pak potpune deterioracije ličnosti.

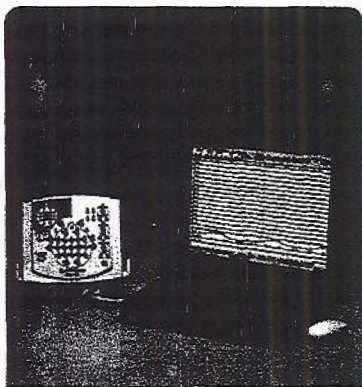
Paznja je oslabljena, disperzna. Obbolele osobe su emocionalno osiromašene, ideaciono sputane i insuficijentne.

Neurotski sindromi i neuroze čest su danak nemirenju s epileptičnom bolešću. Najčešće su neurotične depresije (sa pokušajima samoubistva i samoubistvom), zatim anksioznost i hipohondrija i psihogeni napadi, za koje u starijoj literaturi postoji naziv „histeroepilepsija“.

U klasifikacijama starijeg datuma najčešće su opisivani sledeći psihotični sindromi: sumračna i delirantna stanja, fuge, disforična stanja, manične i depresivne epizode, kao i psihoze sa produktivnom simptomatologijom.

U savremenoj literaturi, gde je, pored kliničkih, sve više biohemijskih i neurofizioloških studija, ponuđena je sledeća podela psihoza: kratke psihoze sa poremećajem svesti, kratke psihoze bez poremećaja svesti i hronične psihoze.

Kratke psihoze sa poremećajem svesti manifestuju se najčešće kao sumračna



↑ Elektroencefalograf

stanja, koja nastaju u toku samog epileptičnog napada (iktalna) i posle napada (postiktalna).

Teži poremećaj svesti praćen je dezorijentacijom, poremećajima percipiranja i shvaćanja sopstvenog okruženja i automatskim ponašanjem.

Postiktalno (po pravilu, najčešće posle grand mal napada) osoba je pomućene svesti, dezorijentisana, sa perceptivnim obmanama (iluzije i halucinacije) i (najčešće) paranoidnim idejama.

Kratke psihoze bez poremećaja svesti nisu vremenski direktno povezane s epileptičnim napadima, nisu praćene poremećajem svesti i traju od nekoliko dana do nekoliko sedmica. Opisane su disforična stanja, kao i depresivne epizode (uz, neretke, pokušaje samoubistva).

Hronični psihotični sindromi najčešće su sa postepenim početkom, mada se mogu javljati epizodično, traju između nekoliko meseci do nekoliko godina, slični su shizofreniji i bipolarnim (manično-depresivnim) psihozama.

U stručnoj literaturi često se ističu paranoidnost i mističnost (sa sumanutim idejama komunikacija sa Bogom i natprirodnim silama) – u grupi shizofreniji sličnih psihoza, dok su u grupi afektivnih psihoza češće depresivne epizode praćene anksioznošću i hipohondrijskim idejama.

17.1.3. Socijalno-medicinski značaj epilepsije

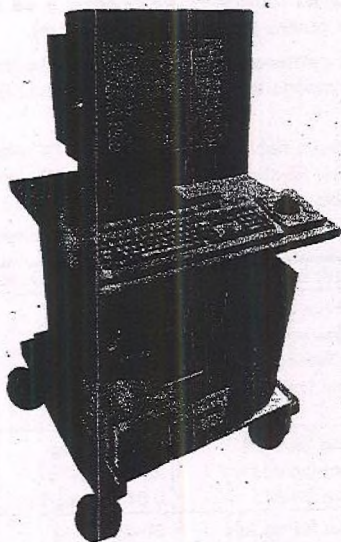
Psihijatrijsko, psihološko i socijalno proučavanje ličnosti deteta obolelog od epilepsije jedan je od značajnijih zadataka u njegovom zbrinjavanju. Merenja socijalne prilagođenosti, izvršena u Francuskoj, govore da su 2/3 bolesnika sa epilepsijom dobro prilagođene ličnosti. U kategoriji „neprilagođenih“ jedan broj ispoltava reaktivne stavove i ponašanje na socijalne barijere i neprihvatanja od okoline koja se, opterećana predrasudama, plaši bolesnika od epilepsije i epileptičkih napada posebno. Obezbeđenje radnih i širih socijalnih preduslava štiti bolesnika od epileptičnih napada („rad je antikonvulzivno sredstvo“) i intelektualnog i socijalnog propadanja kome bi bile izložene i sve druge osobe koje ne boluju od epilepsije. Kada je reč o odnosu između etioloških činilaca i mehanizma zdravlja kod epileptičara, potrebno je reći da simptomatske (strukturne) lezije u većem procentu dovode od intelektualne i karakterne deterioracije ličnosti (zavisno od vrste uzroka) nego kriptogeni (esencijalni) napadi. Odbacivanje čak i službenih (medicinskih) stavova, koji su sve donedavno bili važeći kada je bila u pitanju kategorija obolelih od epilepsije, predstavlja oštro razgraničenje sa shvaćanjima čiji je koren u starijoj medicini.

Bolesnicima se savetuje da dugo, nekad doživotno, uzimaju lekove. Umeren higijensko-dijetetski režim povoljno utiče na bolesnike. Ne preporučuje se dugo izlaganje suncu, plivanju, kao ni bavljenje napornim sportovima, kod kojih bi zbog hiperventilacije pluća mogao biti provociran epileptički napad.

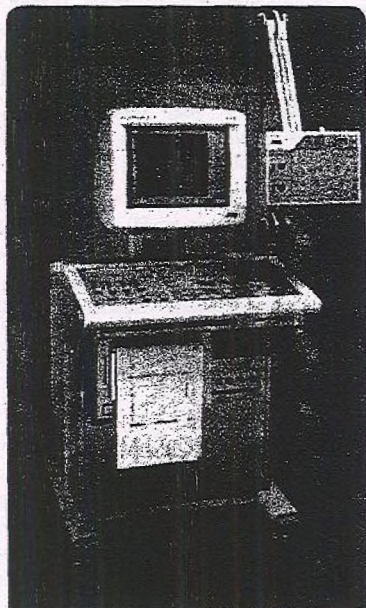
U ishrani se smanjuje so. Ne preporučuje se unošenje većih količina tečnosti. Alkohol je strogo kontraindikovano.

Prema pacijentima koji se osećaju hendikepirani zbog bolesti treba imati dosledan mentalno-higijenski stav. Mora se učiniti sve da svoju bolest prihvate i da se protiv nje adekvatno bore. Treba ih ohrabriti u nastojanjima da se profesionalno rehabilituju. U slučajevima kad je nužna prekvalifikacija, treba podsticati nivo njihovih aspiracija i motivisati ih da istraju.

Sredina nekad ima podrugljiv stav prema ovoj kategoriji bolesnika. Dužnost sestre je da u ovakvim i sličnim situacijama podiže nivo medicinske i mentalno-higijenske kulture okoline. Na taj način se menja stav okoline a pacijentima bolest postaje podnošljivija.



↑ Digitalni elektroencefalograf (EEG)



↑ Aparat za evocirane potencijale

17.1.4. Principi lečenja

Izvesne forme simptomatske epilepsije uspešno se leče hirurški. Danas se u lečenju epilepsije teži monoterapiji gde god je to moguće, a postoji veliki broj lekova poznatih kao antiepileptici (antikonvulzivi).

Pošto se počinje sa najmanjom dozom, koja je dovoljna da spreči ili reduira broj napada, potrebno je izvesno vreme dok se ne pronađe najefikasniji lek i odgovarajuća terapijska doza leka. U slučaju neuspeha s jednim lekom, daju se druge vrste lekova, ali oprezno i postepeno. Nekat je terapijski najefikasnija kombinacija lekova, pri čemu treba voditi računa o polipragmaziji lekova (interakciji lekova i njihovih toksičnih efekata).

Lečenje počinje od trenutka napada. Pri tome, naravno, mislimo na velike epileptičke napade, gde naša umešnost ponekad može da spase i život bolesnika. Pacijentu treba tada staviti neki mekan predmet (deo odeće, jastuk) pod glavu i okrenuti ga na desni bok da se ne bi ugušio povraćenim sadržajem. Neophodno je da se u toku napada održava prohodnost disajnih puteva (čišćenjem i aspiracijom).

Početkom 20. veka započinje terapijska primena barbiturata. Oni se koriste u lečenju skoro svih oblika epilepsije. Imaju mnoge fabričke nazive, a najpoznatiji su fenobarbiton, primidon i femiton.

Hidantoinski derivati (epanutin, fenitoin) izazivaju slabije depresivne efekte. Pri njihovoj upotrebi mora se voditi računa o toksičnim ili alergijskim efektima koji se mogu nekad pojaviti. Zbog toga pacijentima treba kontrolisati krvnu sliku i mokraću.

Tip napada	Antiepileptik izbora	Optimalne doze
Grand mal	1. Phenobarbiton 2. Primidon (majsolin) 3. Fenitoin (difetoin) 4. Na-valproat (apilepsin)	3-5 mg/kg TT 10-15 mg/kg 3-8 mg/kg 10-20 mg/kg 20-30 mg/kg
Jednostavni opsansi	1. Ethosuccimid (asamid) 2. Na-valproat (apilepsin) 3. Clonazepam (rivotril)	15-40 mg/kg 20-30 mg/kg 0,01-0,2 mg/kg
Kombinovani grand mal i tipični opsansi napadi	1. Na-valproat (apilepsin) 2. Ethosuccimid (asamid)	20-30 mg/kg 15-40 mg/kg
Kompleksni opsansi Atonični napadi Akinetični napadi	1. Na-valproat (apilepsin) 2. Clonazepam (rivotril) 3. Ethosuccimid (asamid)	20-30 mg/kg 0,01-0,2 mg/kg 15-40 mg/kg
Vestov sindrom	1. Sintetski korticotropin -Synacten 2. Na-valproat (apilepsin) 3. Clonazepam (rivotril)	po određenoj šemi 20-30 mg/kg 0,01-0,2 mg/kg

Parcijalni napadi sa prostom simptomatologijom	1. Carbamazepin (tegretol) 2. Phenobarbiton 3. Difetoin	10–20 mg/kg 3–5 mg/kg 10–20 mg/kg
Parcijalni napadi sa kompleksnom simptomatologijom	1. Carbamazepin (tegretol) 2. Primidon (majsolin) 3. Difetoin 4. Sulliam (ospolot)	10–20 mg/kg 10–15 mg/kg 10–20 mg/kg 10–15 mg/kg
Febrilne konvulzije	1. Kontinuirano davanje Phenobarbitona ili Na-valproata (apilepsin), 2. Intermitentno davanje Diazepamia per rectum	
Status epilepticus	1. Diazepam 2. Fenitoin (epanutin) 3. Phenobarbiton	0,25–0,5 mg/kg 18–20 mg/kg 10–20 mg/kg

Za male epileptičke napade najefikasniji su etosukcimid (asamid), Na-valproat (apilepsin) i klonazepam (rivotril).

Za lečenje psihomotorne epilepsije ordiniraju se karbamazepin (tegretol), primidon (majsolin) i sulliam (ospolot).

Opšti principi izbora lekova u terapiji epilepsije

Neophodan je najpre detaljan pregled pacijenta (posebno minuciozan neurološki pregled) i kompletna savremena dijagnostička procedura (elektroencefalogram, skener i dr.).

Treba tragati za uzrokom epilepsije, posebno za strukturalnim i metaboličkim lezijama.

Kada se utvrdi etiologija, terapija se, po pravilu, određuje pojedinačno, prema slučaju. Cilj terapije jeste da pacijenta oslobodi napada, ne ometajući normalne funkcije.

Kada se odlučimo za terapiju, ona mora da bude dugotrajna, jer je bolest često hronična.

Lečenje treba započeti jednim lekom, čak i u slučajevima kad se pretpostavlja da će biti potrebna politerapija.

Inicijalna doza obezbeđuje bar najnižu serumsku koncentraciju koja će biti klinički efikasna.

Doza se vremenom povećava u intervalima, a poželjna je kontrola koncentracije u serumu. Povećava se do odgovarajuće kontrole napada ili do granice toksičnosti.

Ukoliko se ne postigne dobra kontrola pre maksimalne doze, lek treba zameniti ili dodati drugi lek (ako su nuspojave naglašene, treba postepeno smanjivati dozu leka da ne bismo izazvali napad).

Najčešći razlozi za promašaj antiepileptične terapije jesu: neadekvatna dijagnoza, neadekvatan izbor leka ili doze leka, često menjanje terapije, slaba saradnja sa pacijentom i sl.

Mali procenat bolesnika podvrgava se neurohirurškom lečenju.

Lečenje bi trebalo da traje tri godine nakon poslednjeg napada. Nekad je potrebno, naročito kod primarno generalizovane „centrencefalne“ epilepsije, nastaviti kontinuirano lečenje do pet godina ili do puberteta.

„Epileptički status karakteriše epileptički napad koji je toliko produžen ili se tako često ponavlja da predstavlja fiksirano, trajno epileptičko stanje.“ To je definicija eksperata Svetske zdravstvene organizacije i Međunarodne lige za borbu protiv epilepsije.

Status epilepticus može ugroziti mnoge vitalne funkcije, pa su upravo zbog toga neophodne urgentne intervencije. Najčešći su sledeći poremećaji: hipertermija, bradi- ili tahikardija, poremećaj arterijskog pritiska, poremećaj disanja, pojačana salivacija i bronhijalna hipersekrecija, hipoksija, respiratorna i metabolička acidoza. Hipoksija i acidoza dovode do poremećaja metabolizma moždanih ćelija, do definitivnih moždanih oštećenja ili smrti.

Preporučuje se i sledeća terapijska šema:

- dijazepam (valijum) od 0,25 do 0,50 mg/kg, polako, i. v.,
- fenobarbiton–natrijum, 10–20 mg/kg t. f. i. m.,
- terapijske intervencije radi suzbijanja edema mozga – manitol 1–2 g na kilogram telesne mase u infuziji, koja traje 30–45 minuta.

Ukoliko izostane efekat, treba dati barbiturate sa brzim delovanjem (nesdonal).

Treba se čuvati povećavanja, kao i visokih doza antiepileptika zbog njihovog depresivnog dejstva na respiratorni centar.

Postoje uslovi da se u laboratorijama prati distribucija i nivo antiepileptika u krvi (farmakokinetika lekova).

Epileptični bolesnici često potcenjuju ili ne primećuju svoju bolest. U nekim slučajevima smatraju sebe beznačajnim, depresivno se osuđujući na trajanje, postepeno nestajanje, ne suprotstavljajući se bolesti. Potrebno je objasniti smisao lečenja i smanjiti osećanje degradacije. Pružajući im ohrabrujuće primere dijabetičara, koji celog života ubrizgavaju sebi insulin, epileptičare treba ubediti da je redovno uzimanje lekova i odbacivanje hazardnog stava prema životu uslov efikasnog lečenja epilepsije.

17.2. Vaskularna oboljenja centralnog nervnog sistema

26

Tkivo mozga preosetljivo je na nedostatak krvi, preko koje do mozga dolazi neophodna količina kiseonika. Poznato je da nervne ćelije, ukoliko ostanu pet minuta bez kiseonika, ireverzibilno propadaju i nemaju sposobnost obnavljanja. Ova dva faktora (smanjena količina krvi u cirkulaciji i smanjena količina kiseonika) smatraju se najvažnijim uzročnicima mnogih simptoma vaskularnih oboljenja i oštećenja. Nije potrebno posebno naglašavati da tkivo mozga reaguje na mnoge druge bolesti organizma, kao što su oboljenja srca i pluća, infektivne bolesti, traume, intoksikacije i dr.

Vaskularna oboljenja zauzimaju visoko mesto u strukturi morbiditeta (odmah posle srčanih i malignih oboljenja). Mada je savremena medicina produžila ljudski vek, vaskularna oboljenja mozga su još uvek dosta česta kod starih osoba, zbog čega moraju biti i predmet našeg posebnog interesovanja.

Ova oboljenja i oštećenja imaju ogroman socio-medicinski značaj, jer se oboleli retko potpuno fizički i psihički oporavljaju i rehabilituju bez posledica. Uprkos najhitnijoj i najsavremenijoj terapiji, ponekad se ne može osujetiti invaliditet i umanjiti gubitak radnih sposobnosti ove kategorije bolesnika.

Vaskularne bolesti, isto tako, imaju uticaj na mnoge psihičke smetnje u širokoj skali simptoma – od neurotičnih do psihotičkih. Naročito je značajan njihov udeo u intelektualnom propadanju, koje nekad dobija dimenzije intelektualnog pustošenja ličnosti.

Jednim od faktora traumatizma, naročito u saobraćaju, smatraju se moždane vaskularne krize.

Način ishrane našeg stanovništva, sa dosta masne hrane, pogoduje porastu broja vaskularnih oboljenja. Najčešće su udružena sa hipertenzijom i predstavljaju visok broj u strukturi morbiditeta i mortaliteta u nas.

Podela vaskularnih oboljenja

Postoje sledeće vrste vaskularnih oboljenja:

- 1) arterioskleroza mozga,
- 2) prolazne ishemije mozga,
- 3) infarkt (malacija) mozga,
 - a) tromboza moždanih arterija;
 - b) embolija moždanih arterija,
- 4) intrakranijalna krvarenja (hemoragije):
 - a) intracerebralna krvarenja,

b) meningealna krvarenja:

- subarahnoidna,
- subduralna,
- ekstraduralna.

17.2.1. Arterioskleroza (ateroskleroza) mozga

Arterioskleroza (ateroskleroza) je patološki proces koji zahvata krvne sudove mozga i karakteriše se degenerativnom ateromatozom i sklerozom arterija i arteriola. Patološki proces počinje na određenim predilekcionim mestima i po određenom hronološkom redu. Interesantno je da arterioskleroza počinje vrlo rano; već u prvoj deceniji počinje na luku aorte, u drugoj zahvata koronarne krvne sudove, a u trećoj deceniji krvne sudove mozga.

Etiopatogeneza. – U patogenezi arterioskleroze učestvuju mnogi faktori. Značajni su vrsta i način ishrane, naročito unošenje masne hrane. Emocionalni stresovi imaju takođe velikog udela u patogenezi arterioskleroze, kao i hormonalni poremećaji (za koje se veruje da imaju značajnu ulogu u metabolizmu masti i lipoproteida).

Postoje dva gledišta o etiopatogenezi arterioskleroze. Predstavnici prve grupe smatraju da je za nastojanje oboljenja primaran poremećaj masti i lipoproteida, naročito poremećaj odnosa u pojedinim frakcijama lipoproteida. Ovaj odnos uslovljava pojačanu viskoznost krvi, a ona arteriosklerozu.

Druga grupa teoretičara smatra da je primarna promena zida krvnog suda zbog lezije zida ili zbog poremećaja u njihovim mezenhimalnim ćelijama. Tako promenjeni krvni sudovi više ne učestvuju adekvatno u metabolizmu i resorpciji masti, niti u otklanjanju raspadnih produkata.

Proces teče redom koji ne treba shvatiti kao nepromenljivu šematsku proceduru. Na mestu lezije sloj intime krvnog suda zadebljava, čime se njegova ishrana remeti, a unutrašnja elastična membrana i mišićni sloj istanjuju. Stvara se ateromatozna ploča. Krvni sudovi postaju vijugavi, izduženi, prošireni ili suženi. U krvnom toku stvaraju se vrtlozi, zbog čega se krvni elementi približavaju unutrašnjem zidu krvnog suda. Mesto lezije krvnog suda postaje elektropozitivno, pa se elektronegativni trombociti i fibrinogen privlače. Uz određene biohemijske uslove stvara se tromboza, koji može delimično ili potpuno da začepi krvni sud ili krvni sudovi mogu reagovati spazmom.

Klinička slika. – Klinička slika zavisi od masivnosti lezije i struktura koje su pogođene. Tok je progredijentan ili praćen iznenadnim pogoršanjima.

Ishemičke krize nastaju zbog nepotpunog začepljenja (subokluzije) krvnog suda, koji je arteriomatozno promijenjen. Simptomi se javljaju zbog pada krvnog pritiska, ali o njima će biti reči kasnije.

Tok može biti i u formi apopleksije (tromboza, embolija ili intracerebralno krvarenje).

Pseudoneurastenični sindrom manifestuje se razdražljivošću i slabošću pacijenta, na koje se nadovezuju umor, malaksalost, gubitak apetita i koncentracije ili slabost intelektualnih funkcija.

Teži psihički poremećaji, poznati kao arteriosklerotične psihoze, manifestuju se depresijom, paranoidnim idejama proganjanja i ugroženosti ili čak i delirijumom. Propadanje inteligencije (demencija) je lakunarnog tipa.

Postoje i drugi simptomi, kao što su poremećaj govora (dizartrija, afazija), poremećaji prepoznavanja (agnozija), poremećaji koordinacije pokreta (apraksija) i hoda, gutanja (disfagija). Ove simptome pacijent dosta teško doživljava. U emocionalnoj sferi javljaju se nemotivisani nastupi smeha ili plača.

Klinička slika može podsećati i na Parkinsonovu bolest, a u slučajevima težih motornih deficita bolesnici su nepokretni. Kasna epilepsija je takođe simptom arteriosklerotičnog procesa.

Lečenje. – Terapija je simptomatska i polivitaminska.

Prevenција, naročito način ishrane, najbolja je zaštita od pojave ovog oboljenja.

17.2.2. Prolazne ishemije mozga

Ishemije mozga nastaju, uglavnom, u slučajevima stvaranja ateroma na krvnom sudu, kome smanjuje otvor. Tada se mozak snabdeva krvlju iz kolaterala, pa je srce prinuđeno da obavlja svoju funkciju povećanim naporom. Kada padne krvni pritisak, u regione mozga, sa tako promenjenim krvnim sudovima, ne dolazi odgovarajuća količina krvi i kiseonika, što se manifestuje raznim simptomima. Karakteristika ovih simptoma je da su žarišni, prolazni i da nisu praćeni gubitkom svesti, mada mogu prethoditi ozbiljnijim vaskularnim oštećenjima. Ishemičke krize mogu nastati zbog mikrohemoragija.

Svi simptomi prolazne ishemije mozga mogli bi se, grubo, svrstati u sindrom intermitentne insuficijencije unutrašnje karotidne arterije i intermitentne insuficijencije vertebralno-bazilarnog sistema.

a) **Sindrom insuficijencije unutrašnje karotidne arterije.** – Ova arterija daje najveći broj grana za moždano tkivo. Simptomi njene intermitentne insuficijencije



manifestuju se kratkotrajnim napadima, koji prolaze bez posledica i nisu praćeni poremećajem svesti.

Blage motorne smetnje manifestuju se parezama, a senzitivne – utrnulošću i drugim prolaznim poremećajima senzibiliteta. Od simptoma pominjemo još prolazne afazije, prolazne skotome (mrleje) u vidnom polju i prolazno slepilo.

b) Sindrom intermitentne insuficijencije vertebro-bazilarnog sistema. – Ovaj sindrom nastaje zbog pritiska spondilotičnih osteofita, koji pri pokretima glave pritiska na a. vertebralis. Javlja se pri gledanju u plafon ili pri posmatranju uzletanja aviona. Uzrok mogu biti i embolusi, koji se brzo dezintegrišu.

Najčešći prolazni simptomi su: vrtoglavica, poremećaj sluha, muka i povraćanje, nesigurnost u hodu (ataksija), diplopije i druge smetnje vida. Zato što se javljaju intermitentno, ovi simptomi su dobili simbolične nazive „simptom mucanja“ ili „simptom klackalice“.

Lečenje. – Neophodno je popraviti cerebralnu cirkulaciju i regulisati arterijski pritisak, kako se ishemija ne bi komplikovala moždanom apopleksijom.

17.2.3. Infarkt mozga

Infarkt ili molacija je lokalno, ograničeno razmekšavanje moždanog tkiva. Infarkt nastaje usled embolije ili tromboze krvnog suda, koji je potpuno ili delimično obliteriran. U drugom slučaju infarktu doprinosi pad arterijskog pritiska i oštećenja kolateralnog krvotoka. U slučaju sitnih, petehijalnih hemoragija, reč je o crvenom ili hemoragičnom infarktu, a ako takve hemoragije nisu vidljive, infarkti su bleđi ili anemički.

Nekrotično tkivo nestaje i stvara deficit u moždanoj masi. Konačni ishod je stvaranje šupljina (češće ispunjenih tečnošću) ili ožiljaka.

a) Tromboza cerebralnih arterija. – Tromboza moždanih arterija češća je kod starijih osoba, čiji su krvni sudovi arteriosklerotično promenjeni. Lokalno, na arteriosklerotičnom krvnom sudu stvara se tromb, koji začepi krvni sud i onemogućava da krv cirkuliše distalno od mesta začepljenja.

Etiologija. – Već smo pomenuli da je arterioskleroza najvažniji etiološki faktor u nastanku tromboze. Etiološki faktori mogu biti sifilistične i tuberkulozne promene krvnih sudova, kolagenoze, dijabet, neke otvorene povrede glave, krvne bolesti itd. U slučajevima tromboze češće je povećan arterijski krvni pritisak.

Klinički simptomi. – Brzina i intenzitet simptoma zavise od veličine tromboziranog krvnog suda, kao i od lokalizacije tromba.

Znaci generalizovane moždane arterioskleroze i prolazne ishemičke krize mogu biti uvod u postepeni početak tromboze. Međutim, nagli početak je mnogo češći. Pacijent se budi s glavoboljom i hemiplegijom. Ukoliko je tromboza pogodila veći krvni sud, nastaju kvantitativni poremećaji svesti, od somnolencije do kome (koja nije tako duboka kao pri krvarenju).

Žarišni simptomi su različiti i rezultat su ispada funkcija vaskularizacionog područja začepljenog krvnog suda. Najčešći su: hemiplegija (oduzetost polovine tela), hemianestezija (neosetljivost u jednoj polovini tela) i afazija (nemogućnost govora).

Da li će proces zahvatiti pretežno ruku ili nogu, zavisi od toga koji je krvni sud pogođen.

Osim ovih simptoma, mogu se javiti i epileptički napadi, ispadi u vidnom polju, agnozija i vrtoglavice.

b) Embolija cerebralnih arterija. – Embolija je cirkulatorni poremećaj, koji se manifestuje začepljenjem krvnog suda. U slučaju embolije, embolus, nošen krvotokom, zaustavlja se na mestu gde je lumen krvnog suda manji od zapremine mase koju nosi krvna struja ili zbog spazma krvnog suda, kojim je njegovo dalje kretanje zaustavljeno.

Etiopatogeneza. – Embolija se češće javlja kod mlađih osoba. Trombi iz srca, odnosno delovi zgrušane krvi, mogu dospeti u krvne sudove mozga. Embolija može nastati kao komplikacija bakterijskog endokardita ili nekih gnojnih procesa u organizmu. Masna embolija nastaje posle fraktura dugih kostiju ili opekotina, a vazдушna posle povrede vratnih vena ili ubrizgavanjem vazduha preko injekcije. Gasna embolija nastaje usled oslobađanja azota pri radu u kesonima, gde se dekompresija ne vrši postepeno. Delovi tumora, paraziti ili strana tela takođe mogu dospeti u krvne sudove mozga i izazvati emboliju.

Klinička slika. – Početak je nagao, bez prodroma, zato što nedostaje vremena da se uspostavi kolateralni krvotok. Bolesnik se žali na žestoku glavobolju, kojoj se mogu priključiti epileptički napadi i poremećaj svesti. U slučajevima embolija većih krvnih sudova razvija se koma. Neka simptomi teku munjevito i završavaju se smrću.

Žarišni ili fokalni znaci zavise od lokalizacije embolije i vaskularizacione zone začepljene arterije. Hemiplegija i hemianestezija sa afazijom javljaju se često. Mogućna su oštećenja moždanih nerava.

Lečenje infarkta. – Bolesnici sa infarktom mozga, bez svesti, moraju se brižljivo transportovati, jer postoji opasnost da se uguše sekretom koji se mora aspirirati. U slučajevima ozbiljnijeg poremećaja disanja, izvodi se hirurška traheostomija. Radi smanjenja edema mozga daju se hipertonični rastvori glukoze, zatim cerebralni vazodilatatori i antikoagulantna sredstva, uz strogu kontrolu protrombina. Potrebno je nadoknaditi važne elektrolite u krvi. Neophodna je stroga kontrola i postepeno snižavanje visokog krvnog pritiska. Ostala terapija je simptomatska.

Hrana se mora davati obazrivo, a u slučajevima ozbiljno poremećene svesti, daje se pomoću sonde.

Neophodna je higijena bolesnika, kontrola sfinktera i prevencija dekubitalnih rana. Takođe se ne sme zanemariti higijena postelje i sobe. Savremen tretman ovakvih bolesnika podrazumeva odeljenja sa intenzivnom negom.

Po smirivanju akutnih simptoma, lečenje se nastavlja rehabilitacijom. U slučajevima poremećaja motorike, korektivne i druge fizikalne procedure traju i po nekoliko meseci.

17.2.4. Intrakranijalna krvarenja

Intrakranijalna krvarenja dele se na intracerebralno i meningealno.

17.2.4.1. Intracerebralno krvarenje (Haemorrhagia cerebri)

To je krvarenje unutar moždanog tkiva.

Etiopatogeneza. – Arteriosklerotični krvni sudovi nisu elastični i teško odolevaju naglom povećanju krvnog pritiska. Nekroze u zidu krvnog suda, lažna aneurizma i druge kongenitalne malformacije krvnih sudova takođe uvećavaju opasnosti od hemoragije.

Okolnom encefalomalacijom krvni sud gubi potporu i prska, ali se ne sme zanemariti ni hemoragija posle trauma, u slučajevima tumora mozga ili metastaza, kao i hemoragična dijazeza. Dodatnim faktorima mogu se smatrati fizički i psihički napori, sunčanica, epilepsija i infiksikacija organizma.

Prskanje patološki izmenjenog krvnog suda nastaje pri naglom skoku arterijskog pritiska. Krvarenje može nastati i usled slivanja mikrohemoragičkih ognjišta ili je rezultat spazma i nekroze tkiva krvnog suda. Zbog staze otežano je vraćanje krvi u srce, pa je zid moždanog krvnog suda lišen kiseonika, što još izrazitije dovodi do veće propustljivosti i dijapezeze krvi i krvnih elemenata kroz zid krvnog suda. Krv može prodrati u komore ili subarahnoidni prostor.

Klinički simptomi. – Izuzetno retko simptomi se javljaju postepeno (glavobolja, vrtoglavica, zujanje u ušima i blagi žarišni simptomi).

Češće je nagla pojava simptoma: žestok bol u glavi, obično praćen jaukom. Bolesnik brzo gubi svest, sve do kome (produbljivanje kome je loš prognostički znak).

Bolesnik je zaožaren i cionotičan, oznojen. Disanje mu je duboko i nepravilno. Arterijski pritisak je najčešće povišen. Oči bolesnika upravljene su prema žarištu krvarenja, odnosno suprotno od oduzete polovine tela.

Ako simptomi krvarenja ne odgovaraju teorijski očekivanim, obično se pretpostavlja da je krv, najčešće po sili Zemljine teže, prodrla u udaljene strukture mozga i izazvala simptome koji ne odgovaraju vaskularizacionom području rupturiranog krvnog suda.

Hemiplegija, nepravilne motorne oduzetosti ekstremiteta, epileptički napadi, kao i afazija, agnozija i anestezija (ukoliko je bolesnik svestan) znaci su intracerebralne hemoragije. Zenica je šira na strani krvarenja, mada one mogu biti i obostrano proširene.

Bolesnik nema mogućnosti kontrole svojih sfinktera, a opasnost od lokalnih dekubitusa je značajna.

Prodor krvi u komore mozga ima tešku prognozu ili, češće, smrtni ishod.

Infarkt mozga nastao usled embolije ili tromboze i moždana krvarenja nazivaju se zajedničkim imenom apopleksija (moždana kap). Zbog brzine nastajanja i razvoja nazivaju se i ictus apoplecticus.



* Intracerebralni hematom

17.2.4.2. Meningealna krvarenja

Meningealna krvarenja su trojaka: subarahnoidna, subduralna i ektraduralna (epiduralna). U ovom delu biće govora samo o subarahnoidnom krvarenju, dok će o subduralnoj i ektraduralnoj hemoragiji biti reči u poglavlju o kraniocerebralnim povredama.

17.2.4.2.1. Subarahnoidno krvarenje (Haemorrhagia subarachnoidalis)

Ovo krvarenje predstavlja izliv krvi iz rupturiranih moždanih arterija u subarahnoidni prostor. Ruptura krvnog suda nastaje traumatski ili spontano.

Etiologija. – Najčešći uzrok je aneurizma, naročito aneurizma s nekroličnim zidovima, koja prska u trenucima skoka arterijske tenzije, usled emocionalnih šaržiranosti ili iz nekih drugih razloga. I drugi uzročni faktori imaju značaja, na primer traume, arterioskleroza, infektivne bolesti, komplikacije cerebralnih hemoragija, vaskularne kongenitalne anomalije, neoplazme i sl.

Klinički simptomi. – Simptomi nastaju naglo. Žestoka glavobolja praćena je povraćanjem. Postepeno ili naglo, nastaje poremećaj ili gubitak svesti. Muka, povraćanje i ukočenost vratne muskulature upućuju na nadražaj moždanica.

Na dijagnozu ukazuju simptomi intrakranijalne hipertenzije, meningealni simptomi, žarišni simptomi i krvav likvor.

Simptomi intrakranijalne hipertenzije dvostruko su uslovljeni: izlivena krv pritiska na strukture mozga, a hemolizirana krv utiče hemijski na povećano lučenje likvora, uz istovremeno smanjenje resorpcije likvora. Simptomi zavise od toga da li se kolekcija krvi nalazi na bazi ili na konveksitetu mozga.

Pri bazalnoj lokalizaciji dominiraju bulbomotorne smetnje zbog poremećaja pokretača očnih jabučica (III, IV i VI moždani nerv). Vrlo je opasno ako kolekcija krvi pritiska na vitalne centre moždanog stabla.

Krvarenje na konveksitetu daje simptome kortikalnih oštećenja s motornim ispadima tipa monopareza, koje mogu biti udružene s afazijom (ukoliko je zahvaćena dominantna hemisfera). Mogu nastati i drugi žarišni simptomi (na primer epileptički napadi).

Među psihičkim smetnjama dominiraju mentalna konfuzija, praćena nesposobnošću upamćivanja (amnezija fiksacije) i dezorijentacija.

Likvor, koji je krvav, ističe pod povećanim pritiskom i potvrđuje teorijski očekivanu dijagnozu.

Lečenje. – Hirurška intervencija se izvodi na aneurizmatično promenjenom krvnom sudu. Dalji terapijski i rehabilitacioni postupak sličan je kao kod prethodnih vaskularnih oboljenja.

18. Poremećaji živaca, korenova i snopova živaca

18.1. Poliradikuloneuritisi i polineuritisi

18.1.1. Poliradikuloneuritis (Polyradiculoneuritis)

Poliradikuloneuritis se naziva još akutni idiopatski polineuritis, akutna inflamatorna demijelinizirajuća polineuropatija, akutni alergijski polineuritis.

Podela. – Postoji sledeća, prihvatljiva podela:

- akutni idiopatski polineuritis (demijelinizirajuća poliradikuloneuropatija – Landri-Gilen-Bareov sindrom);
- infektivne polineuropatije;
- metaboličke neuropatije;
- foksične neuropatije (alkoholne, medikamentne);
- vaskularne polineuropatije;
- genetski uslovljene polineuropatije i
- ostale polineuropatije.

Dominantni su motorni i senzitivni poremećaji na distalnim delovima ekstremiteta.

18.1.1.1. Gilen-Bareov sindrom (Guillain-Barre)

Patološki proces odigrava se na proksimalnim delovima nerava, blizu spinalnih ganglija.

Etiologija. – Oboljenje najčešće nastaje posle nespecifičnih virusnih infekcija. U osnovi oboljenja leži poremećaj kako celularnog, tako i humoralnog imunološkog odgovora. U akutnoj fazi izražen je edem na proksimalnim delovima nerava, a kasnije dolazi do degeneracije aksona i mijelinskih košuljica.

Klinička slika. – Karakteristični simptomi su bol u ekstremitetima i parestezije u distalnim delovima ruku i nogu. Flakcidna paraliza najčešće simetrična, u početku izrazitija na distalnoj muskulaturi sa donjih ekstremiteta, širi se ascendentno. Proksimalna muskulatura ekstremiteta može biti zahvaćena kao i distalna, a pogođena je i muskulatura trupa. Paraliza interkostalne muskulature i dijafragme dovodi do respiratorne insuficijencije, život bolesnika postaje ugrožen pa ga treba hitno prevesti

u respiratorni centar i staviti na respirator. Bitna dijagnostička karakteristika ovog oboljenja je albumina-citološka disocijacija. U cerebro-spinalnom likvoru proteini su povećani, dok je broj ćelija normalan.

Terapija. – U slučaju teških kliničkih oblika, kada bolesniku preči paraliza respiratorne muskulature, primenjuje se plazmafereza.

Nekad je neophodno izvršiti traheostomiju.

Po prestanku akutne faze bolesti treba započeti fizikalnu rehabilitaciju.

18.2. Zapaljenje nerava (Polyneuritis, neuritis)

Neuritis su zapaljenjska ili degenerativna oboljenja nerava. Izolovani neuritis (mononeuritis) je izuzetno redak, pa je logičnije govoriti o polineuritisu, koji predstavlja simetrično zapaljenje perifernih nerava. Ako nije u pitanju zapaljenjska priroda oboljenja, izvesni autori predlažu termin polineuropatiju.

Etiologija. – Polineuritis su veoma često infektivne geneze (npr. difterija), zatim posledice egzogenih (olovo, alkohol, medikamenti) i endogenih intoksikacija, rezultat poremećaja metabolizma i nedostatka vitamina, simptom kolagenoza i komplikacija nekih somatskih oboljenja, zatim štetnog dejstva termičkih, odnosno fizičkih draži.

Klinička slika. – Postoji nekoliko grupa simptoma: senzitivni, motorni, važomotorni i trofički. Tetivni refleksi su oslabljeni ili ugašeni.

Senzitivne smetnje manifestuju se bolovima, parestezijama, hiperstezijama i anestezijama u inervacionom području oštećenog nerva. Bolesnik se žali na osećaj pečenja („kao da gazi po žaru“).

Motorni simptomi karakterišu se nadražajnim fenomenima – grčevima, poznatim kao mišićni krampovi. Ispadni simptomi daju mlitave paralize onih mišića koji su inervisani od oštećenog nerva. Najčešće su zahvaćeni mišići podizači stopala, bolesnik visoko podiže nogu da prstima ne bi dodirivao podlogu, što je poznato kao „petlov hod“. Bolesnik lupa nogama o podlogu da bi dobio zvučne informacije da hoda, upravo zbog toga što mu je senzibilitet za dodir i bol poremećen (fenomen „talonirajućeg hoda“).

Zbog oštećenja refleksnih lukova, refleksi su u početku oslabljeni, a kasnije ugašeni, dok je tonus muskulature snižen.

Propadanje mišićne mase izaziva atrofiju, a moguće su i trajne kontrakture, zbog kojih bolesnici nisu u stanju da pokreću određeni zglob ili ekstremitet.

Lečenje. – U terapijske svrhe daju se vitamini, naročito iz grupe B-kompleksa, i analgetici, a u nekim slučajevima i kortikosteroidi. Preporučuje se fizioterapijski tretman odmah po prestanku bolova.

18.3. Povrede i oboljenja perifernih nerava

Periferni nervi mogu biti mehanički oštećeni ili zahvaćeni tumoroznim bujanjem tkiva. U literaturi se često pominje termin neuralgija, za slučajeve gde nema pato-anatomskog supstrata bolesti i gde je bol dominantan simptom. U ovim slučajevima nema smetnji u senzibilitetu, refleksima i motilitetu, a bol se javlja u intervalima. Neuralgija je često uvod u neko kliničko oboljenje, koje se kasnije i dijagnostikuje. Neka neuralgije (neuralgia n. trigemini-V) izazivaju žestoke bolove.

18.3.1. Povrede i oboljenja kranijalnih nerava

Povrede i oboljenja kranijalnih nerava prouzrokuju brojna oštećenja funkcija nerava. Neka oštećenja, kao obostrana paraliza vagusa (X), vode u trenutnu smrt. Najčešći među oštećenjima kranijalnih nerava je sindrom facijalisa, pa će zato ovde samo o njemu biti govora.

18.3.1.1. Sindrom facijalisa

Sedmi moždani živac (n. facialis, VII), jeste nerv lica. Ovaj nerv je na svom komplikovanom putu od Varolijevog mosta do lica izložen brojnim štetnim agensima.

Etiologija. – Osim kongenitalnih paraliza facijalisa, ovaj nerv može biti oštećen mehaničkim povredama (kod trauma baze lobanje i petrozne



*Paraliza facijalisa

kosti), zahvaćen zapaljenskim procesima (lues, tuberkuloza, difterija, poliomijelitis), širenjem infekcije iz srednjeg uva, intoksikacijom (alkohol, olovo), tumorima, arteriosklerozom ili hirurškim intervencijama u tom regionu.

Sve povrede facijalisa dele se na centralne i periferne.

Centralne povrede facijalisa izazvane su apopleksijom ili tumorima mozga. Zahvataju samo donju granu (za usta), zato što ova dobija impulse samo iz suprotne hemisfere. Gornja grana je pošteđena zato što dobija vlakna iz obeju hemisfere.

Periferne povrede oštećuju samo polovinu lica.

Sindrom facijalisa manifestuje se kao paraliza facijalisa i kao grč facijalisa.

a) **Paraliza facijalisa** (paresis, paralysis n. facialis). – Razlikuju se periferna i centralna paraliza facijalisa.

Periferna paraliza facijalisa („periferni facijalis“). – Uzrok periferne paralize facijalisa je nazež, infekcija nazofarinksa (vožnja kolima kraj otvorenog prozora, spavanje kraj otvorenog prozora) i povrede u kanalu petrozne kosti.

Paraliza facijalisa naglo nastala, čiji uzrok nije infektivno oboljenje ili zapaljenski proces srednjeg uva, naziva se Belova (Ch. Bell) paraliza, a prouzrokovana je otokom nerva u kanalu petrozne kosti.

U slučajevima periferne paralize zahvaćena je jedna polovina lica, koje inače ima izgled maske. Na oduzetoj strani pacijent ne može da nabere čelo, obrva je spuštena, očni prerez (rima oculi) proširen, a oko poluotvoreno („zečje oko“ – lagophthalmus) zbog nemogućnosti da se zatvore očni kapci. Ako pacijent na naš zahtev pokuša da zatvori oči, očne jabučice kreću gore i upolje. To je tzv. Belov fenomen. Zbog nemogućnosti treptanja, stalno se nakupljaju suze.

Zbrisana je linija koja se proteže od krila nosa do ugla usne (nazolabijalna). Ugao usta je spušten, a usta „iskrivljena“ ka zdravoj strani, zbog čega pacijent može imati varljiv utisak da mu je oduzeta zdrava strana. Bolesnik ne može da duva i zviždi. Žvače otežano. Zbog paralize nekih mišića slušnih košćica na povređenoj strani, pacijent natprosečno čuje (hiperakuzija). Ukus mu može biti delimično oštećen.

Centralna paraliza facijalisa („centralni facijalis“). – Kod paralize centralnog tipa oštećena je samo donja grana. Pacijent pri voljnim pokretima ne pokreće ugao usta. Pokreti koji izražavaju emocije obično su neoštećeni.

b) **Grč facijalisa**. – Karakteriše se grčevima mišića u inervacionom području facijalisa.

Terapijski postupak. – Terapija je simptomatska ili hirurška. Protiv bolova daju se analgetici i preporučuje se lokalno zagrevanje. Protiv edema treba davati veće doze pronizona. Vitamin B₁ je u ovom slučaju značajan terapijski faktor.

Medicinska sestra mora da vodi računa o zaštiti pacijentovog oka. Pošto pacijent ne može da zatvori oko, postoji opasnost da povredi rožnjaču raznim česticama ili

čak i da mu se roznjača suši, što povlači gubljenje vida. Stoga oko treba pokriti gazom koja je natopljena fiziološkim rastvorom.

Da bi se izbegla kontraktura pojedinih mišića lica, preporučuje se blaga galvanizacija.

Ako se konzervativnim metodama lečenja simptomi ne povuku, preporučuje se hirurško lečenje. Vrš se dekompresija nerva, a kasnije su moguće i plastične operacije.

18.3.2. Povrede i oboljenja spinalnih nerava

18.3.2.1. Oštećenja plexusa brachialis

Plexus brachialis sačinjavaju grane poslednja četiri vratna (C_{5-8}) i prvog torakalnog živca Th_1 .

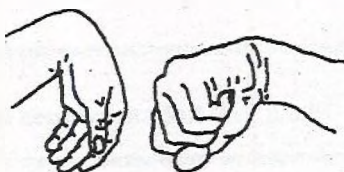
Opisaćemo samo neke povrede nerva ovog plexusa. Uzrok su najčešće povrede vatrenim ili hladnim oružjem, lokalni zapaljenski ili ožiljni procesi, prelomi kostiju, pritisak diska ili oštećenja injekcijama.

a) **Paraliza n. radialis**. – Radialis je nerv ekstenzor. Povređuje se dosta često štakom koja pritiska na pazušnu jamu, pritiskom nadlaktice na ivicu kreveta (u snu ili u toku narkoze) ili intoksikacijom (olovo).

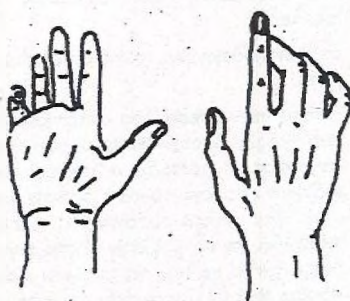
Paraliza se manifestuje fenomenom „viseće šake“, nemogućnošću ili otežanim stezanjem pesnice i stepenastim rasporedom prstiju.

b) **Paraliza n. medianusa**. – Paraliza ovog nerva onemogućava pacijenta da savija prva tri prsta, da palcem dodiruje jagodice ostalih prstiju i da vrhom kažiprsta grebe po podlozi, a pri zatvaranju pesnice palac i kažiprst su opruženi („gest polaganja zakletve“).

Atrofije mišića dlana dovode do oblika ruke koji se naziva „majmunska ruka“.

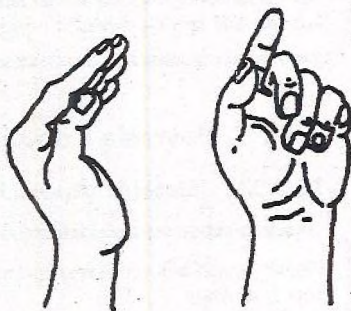


↑ Paraliza n. radialis: levo – „viseća šaka“, desno – skretanje pesnice unutra (M. Nikolić)



↑ Paraliza n. medianusa (M. Nikolić)

c) **Paraliza n. ulnarisa.** – Ulnaris najčešće biva povređen na nivou lakta ili dlana pri čemu pacijent ne može da složi u pesnicu domali i mali prst. Više na nadlanci nego na dlanu javljaju se mišićne atrofije, a oduzetost mišića, atrofije i kasnije kontrakture daju oštećenoj šaci izgled kandže („kandžasta ruka“).



↑Paraliza n. ulnarisa (M. Nikolić)

18.3.2.2. Oštećenja plexusa sacralisa

Ovaj splet čine grane 4. i 5., lumbalnog i grane prva tri sakralna živca. Najdeblji i najduži živac ovog plexusa je n. ischiadicus. Opisaćemo ove grupe simptoma.

a) **Neuralgija ischiadica** („išijas“). – Najčešći uzrok ove neuralgije je pritisak intervertebralnog diska, kompresija tumora karlice i osteofita, zatim infekcije i intoksikacije.

U svim slučajevima, osim pri nagloj protruziji diska, simptomi se razvijaju postepeno.

Prolaps intervertebralnog diska nastaje pri naglim pokretima koji opterećuju kičmeni stub (naglo dizanja tereta u povijenom položaju). Dominantni simptom je bol u inervacionom području n. ischiadicusa. Bol počinje u krstima, ide preko gluteusa, zadnjom stranom butine i potkolenice, do spoljašnjeg gležnja i prstiju. Bolovi se mogu širiti prema abdominalnoj i ingvinalnoj regiji. Bolovi su stalni ili u talasima. Pojačavaju se pri kašljanju ili smejanju, kao i pri opstipaciji. Na pritisak ispitivačevih prstiju javlja se bol na mestima gde je nerv najpristupačniji (Valejeve – Valleix – bočne tačke). U tom delu pacijent ima neprijatan osećaj utnulosti ili mravinjanja. Leđni mišići brane se od bola refleksnom kontrakcijom, pa je pokretanje kičmenog stuba otežano ili ograničeno.

Bolesnik aktivno ne pokreće nogu, štedeći se bola. Ako pokušamo da bolesniku koji leži savijemo u kuku nogu opruženu u kolenu osetiće bol i pružiće otpor savijanju već pod uglom od 45° od podloge (kreveta). To je Lazarevićev znak (prema književniku Lazi Lazareviću). Bol se objašnjava istezanjem nerva. Postoji još nekoliko dijagnostičkih zahteva koje ne pominjemo, jer su to samo varijante Lazarevićevog

testa. Zahvaćeni ekstremitet se više znoji, a pri tom mu je temperatura često snižena. Hipotonija i atrofija mišića nisu retkost.

„Išijas“ se dijagnostikuje već pomenutim neurološkim pregledom. Patelarni i Ahilov refleksi su sniženi ili ugašeni. Rendgenskim snimanjem otkriva se prolaps diska.

Lečenje. – Bolesnik se mora imobilisati i staviti na tvrdi postelju (dasku ispod dušeka) ili u gipsano korito. Od lekova daju se acetisal, analgetici, injekcije prokaina, a preporučuje se i lokalno utopljanje i tople kupke. Istezanje (ekstenzija) vrši se tegovima, a ponekad je potrebna i hirurška intervencija na disku.

b) **Paraliza n. ischiadicusa.** – Paraliza n. ischiadicusa manifestuje se oduzetošću svih mišića potkolenice. U ovom slučaju karakteristično je viseće stopalo i nemogućnost savijanja kolena.

Pri tom se Ahilov refleks ne izaziva.

Završne grane n. ischiadicusa su zajednički nerv lišnjače (n. peroneus communis) i nerv golenjače (n. tibialis).

Nervus peroneus communis biva povređen pri prelomu fibule (kod skijaša), zatim kao posledica ranjavanja, infekcija ili gipsanih zavoja potkolenice. (Naročito je porastao broj paraliza u jednom kratkom periodu kada su mladi zbog mode nosili gipsane čizme).

Pri oštećenju peroneusa javlja se „viseće stopalo“ i hod nalik na hod petla.

Paraliza n. tibialis onemogućava pacijentu stajanje i hod na prstima. Pacijent se pri hodu oslanja na petu, pa nisu retke ulkusne promene na peti i tabanima.



↑ „Petlov hod“ kod oštećenja peroneusa

19. Bolesti mišićno-živčane spojnice i bolesti mišića (Neuromišićna oboljenja)

Mišići služe mnogim funkcijama tela – kao što su kretanje, ravnoteža, tonus i slično – jer se impulsi sa nerava prenose na mišiće i stimulišu njihovu aktivnost.

Oboljenja mišića su veoma raznovrsna i brojna: kongenitalni defekti ili potpuni nedostatak pojedinih mišića, atrofije i distrofije, kao i miozitis. Izvesni autori ovome dodaju i mialgije i miogeloze, podrazumevajući pod miogelozama reumatske, metaboličke ili intoksikacijom uslovljene smetnje u mišićima.

Kod progresivnih spinalnih atrofija mišića patološki proces se odvija na prednjim rogovima kičmene moždine i motornim jedrima kranijalnih nerava u perifernom motornom neuronu. Kao posledica ovih promena javlja se motorna slabost i atrofija mišića, pretežno trupa i proksimalnih delova gornjih i donjih ekstremiteta. Po pravilu, miotatski refleksi su ugašeni.

Miozitisi su zapaljenjski procesi na mišićima.

Atrofije i distrofije se karakterišu primarnom ili sekundarnom atrofijom mišića, simetričnog ili asimetričnog rasporeda. Ovi procesi češće su praćeni gubitkom funkcije i slabljenjem tonusa. Ponekad je tonus, naročito pri prvim pokretima, povišen.

Klasifikacija. – Mišićne bolesti dele se na sledeće grupe: distrofije, zapaljenjska oboljenja, miotonije, stečene metaboličke miopatije, periodične paralize i bolesti neuromišićne spojnice.

Radojčić navodi sledeću podelu: nasledne miopatije (mišićne distrofije), nejasne kongenitalne miopatije, miotonični poremećaji, periodične paralize, oboljenja s nagomilavanjem glikogena, zatim traume mišića, zapaljenjske miopatije, miopatije udružene sa endokrinim i metaboličkim poremećajima, malignim oboljenjima, miastenijom, kao i mišićni poremećaji nepoznatog porekla i tumori mišića.



* Atrofija mišića obolelog
od miopatije



* Braća obo-
leža od mio-
patije

19.1. Progresivna distrofija mišića

Progresivne distrofije mišića imaju atrofični, hipertrofični i pseudohipertrofični oblik. Za sve ove slučajeve karakteristično je slabljenje motorne snage i konačna paraliza. Anomalije položaja tela i pokreta takođe su česti pratioci ove grupe oboljenja. Progresivna mišićna distrofija karakteriše se progresivnom atrofijom simetričnih mišića, koji su češće pogođeni u proksimalnim delovima.

Etiologija. – Za mnoge oblike distrofija utvrđeno je hereditarno opterećenje. Suština je u biohemijskim, fermentativnim poremećajima. Izvesni autori smatraju da je u ovom slučaju u pitanju poremećaj dijencefalne regulacije metabolizma.

Klinička slika. – Distrofije su pretežno bolesti detinjstva i adolescentnog doba, a češće obolevaju muškarci.

Dišenova mišićna distrofija najteža je forma distrofije. Nasleđivanje je vezano za x-hromozom, a obolevaju uglavnom dečaci (izuzetno retko devojčice).

Počinje pre 4. godine. Zahvaćeni su najpre mišići karličnog i ramenog pojasa. Mišići listova su hipertrofični. Bolest je progresivna i u roku od deset godina bolesnici prestaju da hodaju.

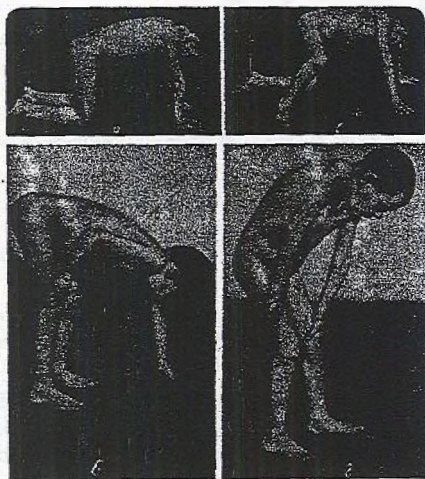
Polovina obolelih prohoda posle 18 meseci života. Hod je gegav, „patkast“, dete često pada, otežano se penje uz stepenice, ne može da trči. Tipičan je Goarsov (Gowers) manevr ustajanja. Iz čučućeg položaja dete ne može da se uspravi, već se sopstvenim rukama drži za potkolenice, zatim za natkolenice. Ovaj fenomen poznat je i kao „fenomen puženja uz sopstvene noge“.

Zbog poremećaja u statici javljaju se deformacije vratnog i slabinskog dela kičmenog stuba. Lordoza je posledica atrofije mišića karličnog pojasa.

Zbog slabosti mišića ramenog pojasa lopatice nisu priljubljene uz grudni koš, a poznate su kao „krilaste lopatice“ (scapulae alatae).

Mentalna retardacija je česta (u 1/3 bolesnika količnik inteligencije je ispod 75).

Posle 12. godine života većina obolelih od distrofije ne može samostalno da hoda. Nastaju kontrakture,



† Goarsov (Gowers) manevr ustajanja

smanjenje vitalnog kapaciteta pluća, česte pneumonije, a smrt nastupa između 16. i 18. godine.

Pojasna mišićna distrofija nasleđuje se obično po autosomno recesivnom tipu. Obolavaju pripadnici oba pola u prvoj ili drugoj deceniji života.

Zahvaćeni su proksimalni delovi ekstremiteta. Slabost i atrofija ispoljene su na mišićima karličnog i ramenog pojasa. Retke su pseudohipertrofije miškulature listova. Obbolele osobe su normalne inteligencije.

Kod descenditnog skapulo-humeralnog oblika tipične su „krlaste lopatice“ i otežano podizanje ruku, a kod ascendentnog pelvi-femoralnog oblika otežan je hod.

Dečja mišićna distrofija karakteristična je po benignijem toku u odnosu na Dišenovu formu. Obolavaju osobe oba pola. Mišićna slabost izražena je u proksimalnoj miškulaturi, a pseudohipertrofija je retka. U trećoj deceniji hoda je nemoguće.

Kod facio-skapulo-humeralne mišićne distrofije nasleđivanje je autosomno dominantno, a obolavaju osobe oba pola do treće decenije života.

Bolest se manifestuje obično u drugoj deceniji inicijalnom slabošću mišića lica i ramenog pojasa. Karakteristični su amičan izraz lica, nemogućnost zatvaranja očiju i nemogućnost zviždanja. Podizanje ruku je otežano. Lopatice su „krlaste“. Izražena je lumbalna lordoza praćena poremećajem hoda. Hipertrofija mišića i kontrakture su retke. Inteligencija obolelih je normalna.

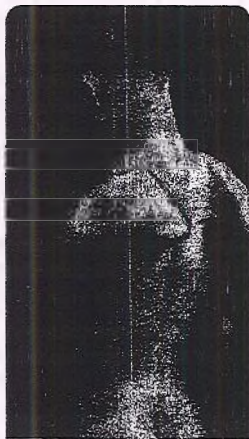
Dijagnoza. – Radi blagovremenog i tačnog postavljanja dijagnoze neophodan je najpre detaljan klinički pregled, zatim određivanje nivoa mišićnih enzima u serumu, elektromiografija, mišićna biopsija, EKG i psihološko testiranje.

Koncentracije mnogih enzima u serumu povećane su zbog propustljivosti membrane mišićnih ćelija. Naročito je povišena kreatin-fosfokinaza.

Određivanje i nalaz povećane kreatin-fosfokinaze u fetalnoj (placentarnoj) krvi muških fetusa indikacija je za prekid trudnoće, ali mogući su i lažno pozitivni rezultati.

Biopsijom horionskih resica i genskim probama nosilaca mutiranih gena moguće je utvrditi postojanje ovog gena kod fetusa u prvom trimestru trudnoće.

Terapija. – Neophodno je stimulirati fizičke aktivnosti deteta, često uprkos njegovom otporu. Bolesnicima se savetuje da hodaju (oko 3 sata dnevno), da se igraju s drugom decom, da plivaju. Kod starije dece koja su upućena na invalidska



↑ Krlaste lopatice

kolica treba podsticati fizičke vežbe, igre, sport i takmičenja koja se organizuju za distrofičare.

Fizikalnu terapiju treba blagovremeno početi. Neophodno je uložiti maksimum napora u nastojanjima da se odlože kontrakture. Kontrakture mogu otežati ili onemogućiti stajanje i hodanje. U tim slučajevima na tetivama se preduzima hirurška intervencija.

Skolioza (kod nepokretnih bolesnika) otežava sedenje, smanjuje vitalni kapacitet pluća i doprinosi nastajanju respiratorne insuficijencije. Skoliozu je moguće odlagati fizičkim vežbama, aktivnošću bolesnika i ishranom koja neće dovesti do gojaznosti. Kod izražene skolioze preporučuje se nošenje korseta i (ili) ortopedska intervencija radi ispravljanja deformiteta.

Ortopedska pomagala (ortoze) su takođe od izuzetne koristi, sprečavaju razvoj deformiteta i omogućavaju bolesnicima da samostalno hodaју. Prave se od plastičnog materijala i aluminijuma.

Poslednjih godina usavršena su invalidska kolica na ručni i električni pogon, a mnogi gradovi nastoje da reše probleme prevoza invalida, među kojima je veliki broj distrofičara.



↑ Pseudohipertrofije potkoljenice

19.2. Mijastenija (Myasthenia gravis pseudoparalytica)

Mijasteniju karakteriše patološko zamaranje mišića. Paretični i paralitički fenomeni iščezavaju posle odmaranja, da bi se, posle remisija i egzacerbacija, razvila slika potpune mišićne oduzetosti.

Etiopatogeneza. – Osnovu mijastenije čini autoimuni proces, odnosno stvaranje antitela protiv receptora acetil-holina. Timus je bitan za započinjanje i održavanje autoimunog procesa. U većine bolesnika postoje promene na timusu (hiperplazije, timomi), a normalan timus utvrđen je u 20% obolelih od mijastenije.

Dolazi do smanjenja količine acetil-holinških receptora. Prenošenje impulsa sa nerva na mišić (posredstvom acetil-holina oslobođenog na nervnim završecima) znatno je redukovano, a neuromišićni blok može nastati poremećajem presinapsnog i postsinapsnog dela neuromišićne spojnice.

U mijasteniji broj acetil-holinških receptora neuromišićne spojnice smanjen je za oko 70 do 90%. Oboleli od mijastenije poseduju antitela na acetil-holinške receptore, ali titar antitela ne određuje težinu bolesti.

Značajno je istaći i nasleđivanje, odnosno porodičnu pojavu mijastenije među srođnicima, uglavnom iste generacije.

Klinička slika. – Patološka zamorljivost mišića javlja se posle fizičkih napora ili predveče. Mišići očiju ne mogu da se suprotstave sili Zemljine teže, pa se očni kapci spuštaju (ptoza), a javlja se i strabizam. Pacijenti često dvostruko vide (diplopije).

Lice obolelih ima pačenički izraz (facies myopathica), pa se ne može diferencirati kad se bolesnik smeje, a kad plače.

Kad proces zahvati bulbarnu muskulaturu, bolesnici teško gutaju i postoji velika opasnost od ugušenja. Gutanje potpomažu pridržavanjem donje vilice. Govor je nazalan („kroz nos“).

Mišići ekstremiteta pogođeni su distalnim delovima, a refleksi su očuvani. Oboljenje je hronično i progresivno, mada može nastupiti i akutno. Neka se javljaju atrofije mišića.



↑ Izraz lica obolelog od mijastenije

Naročita hitnost i umešnost potrebna je u slučajevima „mijasteničnih kriza“. Kriza počinje akutno, sa poremećajima disanja i gutanja. Ako se blagovremeno ne ukaže hitna pomoć, ishod je fatalan. Treba biti krajnje oprezan da se ova kriza ne bi pomešala sa simptomima koji nastaju prilikom prekoračenja doze lekova (holinergična kriza).

Pored toga, izvršena je podela mijastenija prema uzrastu.

Mijastenija dečjeg doba je prolazna, neonatalna (prenosi se na plod preko placente i traje kratko), kongenitalna. Nastaje u dece čije majke nisu obolele od mijastenije. Kod ove forme postoji ptoza očnih kapaka i paraliza mišića pokretača očnih jabučica. Nisu poznate remisije.

Kongenitalni mijastenični sindrom manifestuje se (na rođenju) ptozom očnih kapaka.

Porodična infantična mijastenija ne zahvata mišiće pokretače očnih bulbusa. Karakterišu ih spontane remisije.

Juvenilna mijastenija nastaje posle desete godine, a praćena je ptozom kapaka, razrokašću i viđenjem dvoslika (diplopije). Patološki proces može zahvatiti i druge mišiće. Ispoljene su i disajne smetnje.

U adolescenciji javlja se porodična udnopojasna mijastenija. Praćena je slabošću proksimalne muskulature ekstremiteta.

Dijagnoza. – Dijagnoza se postavlja zamaranjem pacijenta: oboleli pri brojanju počinje nazalno da govori, a pri pogledu u plafon ili horizontalno, spuštaju mu se očni kapci. Ubrzavanjem neostigmina ili tenzilona simptomi zamora brzo se povlače, tako da ovi testovi mogu da posluže za brzo i potpuno dijagnostikovanje. U dijagnostičke svrhe koriste se još i elektromiografija, zatim radiološka tehnika (pomoću koje se može otkriti tumor timusa), kao i testovi koji se koriste za određivanje antireceptorskih antitela.



* Ptoza kapaka obolelog od mijastenije

Lečenje. – U terapijske svrhe daju se antiholinesterazni lekovi sa kraćim (neostigmin) i dužim terapijskim dejstvom (mestininon).

Preporučuje se operativno uklanjanje timusa (timektomija).

ACTH se daje 1–2 nedelje, u dnevnoj dozi od 100 i. j. Kortikosteroidi (pronison) ordiniraju se kod težih oblika mijastenije ili u slučaju izostajanja efekata antiholinesteraznih lekova.

U težim slučajevima pribegava se izmeni plazme (plazmafereza).

Moгу biti primenjeni još i antibiotici, citostatiki, kao i antilimfocitni globulin ATG.

Bolesnici čije je disanje izrazito poremećeno i život ugrožen smeštaju se u bolnice i stavljaju na respiratore.

19.3. Polimiozitis (Polymiositis)

Polimiozitis je subakutno, simetrično, zapaljenjsko oboljenje mišića karličnog i ramenog pojasa i trupa. U kliničkoj slici dominiraju slabost i bolovi u zahvaćenim regionima, poremećaj gutanja i fonacije, bezvoljnost i pospanost. Kod dermatomiozitisa javljaju se i kožne promene.

Miotonija

Miotonija je otežana i odložena kontrakcija mišića zbog čega su voljni pokreti otežani, kruti i neharmonični.

20. Moždana paraliza i drugi sindromi paralize

20.1. Dečja cerebralna paraliza

Dečja cerebralna paraliza je poremećaj u razvoju ili gubitak moždanih i motornih funkcija (često udružena s oštećenjem govora, vida, mentalnom retardacijom i epilepsijom) prouzrokovana raznovrsnim oštećenjima mozga u prenatalno, perinatalno i postnatalno doba.

Dečje cerebralna paraliza je statički poremećaj pokreta i položaja, koji počinje u ranom djetinjstvu, a karakteriše se spastičitetom ili nevoljnim pokretima ekstremiteta.

Etiologija. – Etiološki faktori dečje cerebralne oduzetosti su dvojaki: kongenitalni i postnatalni. Morbogeni faktori deluju pre, u toku ili posle rođenja.

Najčešći etiološki faktori su: hipoksija, periventrikularne hemoragije, moždane povrede, intrauterine infekcije, hiperbilirubinemija (kernikterus), prematuritet i sl.

Rizik obolevanja su slučajevi kada je porođajna masa manja od 2000 g, obim glave odstupa od normalnog (veći ili manji), smanjeni pokreti, nestabilnost temperature, hipotonija, hipertonija, potreba za hranjenjem putem sonde, multiple krize apneje, neonatalne konvulzije i dr. Od 2000 dece školskog uzrasta mogućnošću obolevanja ugroženo je četvoro do petoro dece.

Prenatalni faktori deluju u periodu formiranja organa (organogeneze), tokom prvog trimestra. Najčešće su to infektivna oboljenja majke (rubeola, toksoplazmoza, bolest citomegaličnih inkluzija i dr.), virusne bolesti, kardiovaskularna oboljenja (srčane dekompenzacije, anemije), endokrina oboljenja (dijabetes), hemoragična diateza, rezus inkompatibilnost, toksikoze u trudnoći (eklampsija), imunološki i biohemijski poremećaji, toksični efekti jonizirajućeg zračenja i lekova (posebno kod prekomerne upotrebe ili zavisnosti od droga i lekova), traume (krvarenja iz posteljice i anoksija ploda) i dr. Ne smeju se zanemariti ni psihičke smetnje majke.

Faktori koji deluju u periodu placentacije i organogeneze češće izazivaju anomalije razvoja mozga.

U kasnijim etapama intrauterinog razvoja hronična hipoksija ometa proces mijelinizacije. Rezus inkompatibilija dovodi do hemolize eritrocita. Acidaza, hipoglikemija i drugi metabolički poremećaji imaju isto tako značajnu ulogu.

Perinatalni faktori deluju u trenutku rađanja deteta i rezultat su nesrazmere između veličine ploda i porođajnih puteva majke ili, pak, nekih drugih mehaničkih činilaca. Intrakranijalna oštećenja najčešće nastaju usled porođajne traume i žutice. Visok nivo bilirubina deluje toksično na nežno tkivo mozga novorođenčeta (bilirubinska encefalopatija).

Porođajne traume najčešće izazivaju neonatalna intrakranijalna krvarenja. Rani porođaj, perinatalna asfiksija i infekcije tokom porođaja značajni su morbogeni činioci u ovoj fazi.

Postnatalni faktori deluju posle rođenja, a obuhvataju povrede (kontuzija mozga, subduralni hematomi i dr.), infekcije (meningitis, encefalitis), a ređe trovanja i vaskularne akcidente.

Svi ovi faktori prouzrokuju poremećaj moždane cirkulacije krvi i smanjuju količinu kiseonika, koji su neophodni tkivu mozga. I hipoksija i anoksija (ukoliko su prolongirane) dovode do ireverzibilnih strukturalnih poremećaja mozga. U pojedinim arealima tkivo nekrotiče, stvaraju se cistične formacije, hidromijelija, hematomi, ožiljci, atrofije, ili se, pak, smanjuju vijuge mozga. Mogu nastati anomalije razvika kortikospinalnih puteva.

Klinička slika. – Klinički oblici zavise od lokalizacije i obima patoanatskih lezija. Simetričnog su ili asimetričnog rasporeda.

Opisani su sledeći oblici: spastični, horeoatetozni, ataksični, distonični, praćeni balističkim pokretima i mešoviti.

Dva sindroma – spastični i ekstrapiramidni – zbog svojih karakteristika zaslužuju da budu posebno izdvojeni.

Spastični sindrom karakterišu: hipertoničnost, ograničenost pokreta, spastička kvadruplegija ili hemiplegija.

Rane manifestacije su: otežano uspravljanje i stajanje, kao i „makazasti“ hod (dete hoda na prstima).

Na oduzetoj strani ekstremiteti zaostaju u razvoju.

U kasnijoj fazi nastaju deformiteti i kontrakture (skolioza, kifoskolioza, deformacione kontrakture u kukovima i kolenima).

Ekstrapiramidni sindrom karakteriše „sindrom mlitavog deteta“ ili, pak, „sindrom rigiditeta“. Posle hipotonije može se javiti spastička ili plastična hipertoničnost. Tipični su pokreti unazad sa totalnom ekstenzijom (opistotonus), nesposobnost održavanja položaja i kontrole pokreta. Pored toga, izražena je hiperobilnost u svim zglobovima, horeoatetozna (pokreti se pojačavaju za vreme voljne inervacije), atetozna (generalizovana ili na jednoj polovini tela), poremećaji gutanja i teškoće u ishrani, otežan i teško razumljiv govor, kao i ometenost psihičkog razvoja.

20.1.1. Litlova (Little) bolest

Litlova bolest je diplegijski oblik paralize, kojom su pretežno zahvaćeni donji ekstremiteti, dok je spasticitet na gornjim ekstremitetima neznatan. Hod je spastičan, spastično-paretičan i „makazasti“. (Zbog povišenog tonusa mišića aduktora butine dete ukršta noge, pa se taj fenomen naziva „makazasti hod“.) Dete hoda na prstima, a glavu drži zabačenu unazad.

Tonus mišića je povišen, po spastičkom tipu hipertonijske.

Mogu se pojaviti smetnje u gutanju, različiti poremećaji govora (uključujući i afazije), kao i epileptični napadi.

Inteligencija je oštećena, ali može biti i očuvana.

U grupi osimetričnih oblika najčešći su sledeći tipovi: hemiplegički, dihemiplegički, monoplegički i cerebelarni.

Hemiplegički oblik nastaje već u toku prve godine i karakteriše se spastičkom paralizom jedne polovine tela (koja zaostaje u razvoju). Mogu se javiti epileptički napadi i brutalni deficit intelektualnih funkcija. Kod hemiparetične forme ruka je obično zahvaćena više od noge.

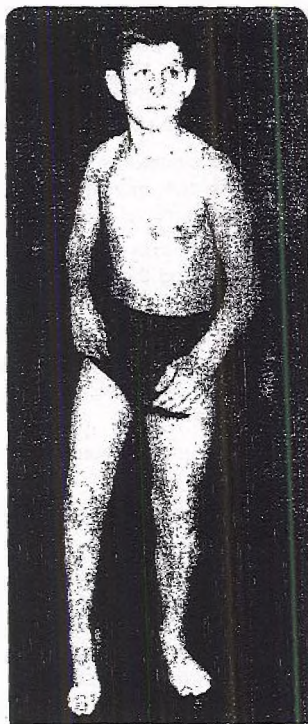
Dihemiplegički oblik karakteriše se obostranom hemiplegijom, koja se najpre javlja na jednoj, a posle izvesnog vremena i na drugoj polovini tela. Javljaju se kontrakture. Deca su nepokretna i mentalno hendikepirana.

Monoplegički oblik je redak, a zahvaćen je jedan ekstremitet. Triplegički oblik zahvata tri ekstremiteta.

Kod mešovitog oblika oštećeni su piramidni putevi i ekstrapiramidni sistem.

Kod cerebelarnog oblika dominira ataksija. Pored nekoordinisanih pokreta ispoljeni su poremećaji govora (skandirajući govor) i ravnoteže (pri stajanju i hodu).

U osoba obolelih od dečje cerebralne paralize mogu nastati poremećaji govora, inteligencije i psihički poremećaji.



*Spastična oduzetost desne polovine tela (B. Radojičić)

Poremećaji govora

Ispoljen je pseudobulbarni sindrom, narušenost artikulacije i tezanje. Kasno se „javljaju“ prve reči, sporo se uvećava fond reči i formiranje fraza. Karakteristična je dizartrija. Narušena je fonacija kao rezultat poremećaja inervacije govornog aparata (pseudobulbarna i ekstrapiramidna forma dizartrije). Mišićna distonija i hiperkinezije u artikulacionoj muskulaturi izazivaju poremećaj intonacije. Kod „malomoždane dizartrije“ ispoljena je asinhronija disanja, fonacije i artikulacije (skandiran govor).

Poremećaj inteligencije

Rani intrauterini poremećaji dovode do grube intelektualne zaostalosti. Kortikalna oštećenja manifestuju se intelektualnim deficitom i nedostatkom viših kortikalnih funkcija. (Čeona lokalizacija karakteristična je po intelektualnim i emocionalnim poremećajima, kao i poremećajima ličnosti). Kod supkortikalnih oštećenja nastaju emocionalno-voljni poremećaji.

Uz oligofreniju može se očekivati i autistički razvoj ličnosti.

Psihički poremećaji

Nedostatak komunikacije s okolinom, pedagoška zapuštenost, pasivnost deteta ili preterani zahtevi morbidno ambicioznih roditelja najčešći su uzroci mnogih poremećaja.

U grupi perceptivnih poremećaja opisuju se: poremećaji doživljavanja prostora i šeme tela, a kod dece starijeg uzrasta poremećaji gnostičkih funkcija (teškoće u diferenciranju predmeta po formi, veličini i obimu, kao i slušne taktilne agnozije).

Deca ispoljavaju mnoštvo emocionalnih poremećaja: povećanu emocionalnu uzbuđenost (burni protesti, negativizam, jogunstvo, kapricioznost i tvrdoglavost), labilnost pomešanu sa inertnošću emocionalnih reakcija (smeju se ili plaču, ne mogu da se obuzdaju), teškoće adaptacije, apatično-abulične manifestacije, euforične epizode, reakcije straha i histerične fenomene.

U grupi somatosenzitivnih simptoma dominiraju strah i poremećaji u adaptaciji.

Dijagnoza. – Nativnom radiografijom lobanje moguće je dijagnostikovati lokalizovane ili difuzne anomalije (mikrocefalije), a pneumoencefalografijom otkrivaju se atrofične promene. Veliki doprinos savremenoj dijagnostici predstavlja kompjuterizovana tomografija mozga (CT). Elektroencefalogram takođe može biti izmenjen.

Lečenje i rehabilitacija. – Lečenje osoba obolelih od dečje cerebralne paralize je kompleksno. U terapiji ovih pacijenata učestvuju neurolog, ortoped, fizioterapeut, logoped, radni terapeut i dr.

Ortopedskim intervencijama moguće je izvršiti operaciju Ahilove tetive ili nerava (kod spastičara), fiksirati nestabilne zglobove i popraviti deformacije kostura.

Fizioterapijom se popravljaju motilitet i koordinacija, jača miškulatura i koriguje kontraktura.

Radnom terapijom se pomaže osamostaljivanje deteta. Dete uči da se služi rukama, da se samo oblači i hrani.

Proteze, štake i kolica pomažu kretanje i stabilizaciju slabih zglobova, a doprinose i ispravljanju kontraktura.

Od koristi su elektroforeza i elektrostimulacija.

Korekcija govora se sprovodi logopedskim i pedagoškim tretmanom.

Epileptični napadi kupiraju se antiepileptičkom terapijom. Pacijente sa psihomotornim nemirom ili nevoljnim pokretima treba smirivati odgovarajućim lekovima.

Ovi „mali“ bolesnici predstavljaju jedan od najtežih medicinskih i ozbiljan socijalni problem i porodicama i društvu. Zbog toga su značajne rana dijagnostika njihove bolesti i profesionalna terapijska upornost. U slučajevima gde ima nade, zasnovane na medicinskoj logici, bolesnicima se preporučuje profesionalna rehabilitacija (habilitacija).

Mentalno-higijenski stav osoblja koje radi s takvim pacijentima mora biti sastavni deo medicinskog i socio-terapijskog tretmana. Razumevanje i saradnja roditelja su takođe vrlo značajni, jer roditelji ponekad ne mogu da „vide“ defektnost svoje dece ili su, pak, terapijski uporni i u slučajevima kada izgledi na izlečenje ne postoje, stvarajući tzv. fetiš deo.

Decu čije intelektualne funkcije nisu znatno oštećene treba motivisati na školovanje u specijalizovanim, razvojnim ili normalnim odeljenjima osnovnih i srednjih škola. Pri tome treba uložiti pedagoške napore da zdrava deca prihvate vršnjake s hendikepom.

21. Traumatske povrede mozga i kičmene moždine

Kraniocerebralne i spinalne mehaničke povrede čine veliku grupu povreda s visokim indeksom mortaliteta i vrlo su značajne zbog posledica (invalidnost i ozbiljni ireverzibilni mentalni poremećaji ličnosti).

Sve povrede dele se na **otvorene** i **zatvorene**. Pri otvorenim povredama svi slojevi do moždanog tkiva su otvoreni, bez obzira da li je moždana supstanca intaktna ili povređena. Izvesni autori dele povrede na **zatvorene, impresione frakture lobanje i komplikovane frakture lobanje**.

Pri zatvorenim povredama glave nema povreda lobanje ili postoji samo linearna fraktura. U ovu grupu povreda ubrajaju se potres mozga, edem mozga i kontuzije i laceracije mozga.

Pri impresionim frakturama lobanje frakturirani deo kosti pritiska moždanu supstancu.

Kod komplikovanih fraktura postoji rascap i direktna komunikacija između lacerirane opne i mozga.

Najprihvatljivija je sledeća podela:

- 1) potres mozga (commotio cerebri),
- 2) kontuzija i laceracija (contusio et laceratio cerebri),
- 3) kompresija mozga (compressio cerebri), koja je najčešće izazvana epiduralnim i subduralnim krvarenjem.

Jedan interesantan sindrom, poznat kao spacio-kompresivni sindrom, jeste poremećaj intrakranijalne prostorne ravnoteže između koštanih delova i mozga. U nastanku ovog sindroma učestvuju mozak, krvni sudovi mozga i likvorni sistem. Uvećava se zapremina mozga čime se vrši pritisak na koštani deo glave. Pošto kosti glave mogu vrlo malo da se šire, brzo nastaju mehanička, strukturalna oštećenja mozga.

Najčešći simptomi spacio-kompresivnog sindroma su: usporen puls, povećan arterijski pritisak, glavobolja (s mukom i povraćanjem), porast temperature (zbog oštećenja termoregulatornih centara), smetnje disanja, epileptički napadi, poremećaji svesti (do kome). Smrt je konačni ishod neuspele terapije.

21.1. Potres mozga (Commotio cerebri)

Potres mozga je funkcionalni njegov poremećaj, bez strukturalnih oštećenja moždanog tkiva. Karakteristika komocija je tranzitornost smetnji, reverzibilne promene i, najčešće, odsustvo ozbiljnih posledica.

Patogeneza. – Neurogene teorije veliki značaj pridaju rastresenosti ćelija, usled vibriranja moždanog parenhima pod dejstvom udarne sile. Prema njima, nastaje traumatski poremećaj refleksnih funkcija.

Druga grupa autora smatra da trauma, najčešće iznenadna, stvara poremećaj u cirkulaciji likvora, koji vrši kompresiju na moždane komore. Neki autori čak tvrde da likvor počinje da cirkuliše u obrnutom smeru.

Vaskularne teorije pokušavaju da objasne nastanak komocije simptomima anemije i paralize krvnih sudova mozga.

Klinička fenomenologija. – Klinička slika karakteriše se trenutnim i kratkotrajnim gubitkom svesti. Povređeni je bleđ, obliven hladnim znojem, diše površno i ubrzano. Ugašeni puls se vraća postepeno, naglo pada arterijski pritisak, javlja se hipotonija muskulature i paraliza sfinkternih mehanizama, s inkontinencijom urina i fekalnih masa. Povređeni vrlo brzo dolazi svesti, ali je uznemiren, neorijentisan, delirantan, nemotivisano depresivan ili euforičan.

Sećanje na događaje neposredno pre traume zbrisano je, što se naziva retrogradna amnezija. Međutim, povređeni se često pošto dođe svesti ne seća ni jednog intervala što se naziva anterogradna amnezija. To pokazuje da svest nije bila potpuno bistra. (Na primer, jedan fudbaler doživeo je na utakmici lak potres mozga i brzo se vratio u igru. Odmah po ulasku na teren postigao je pobedonosni gol, ali se toga nije sećao po završetku utakmice).

Pri težim komocijama amnezija je duža, odnosno prostire se na duži vremenski interval. Komocija se mora razlikovati od traumatskog šoka, pri kome je svest očuvana.

Lečenje. – Povređeni treba da leži s lako uzdignutom glavom. Protiv kolapsa daju se analeptici. Potrebno je disajne puteve učiniti prolaznim i aspirirati sekret. Isto tako, mora se sedativima smiriti psihomotorni nemir bolesnika. Intravenski ubrizgana hipertonična glikoza vrlo je korisna. Hrana, kašasta i kalorična, daje se i pomoću sonde. Prstorija u kojoj leži bolesnik mora biti tiha.

21.2. Kontuzija i laceracija mozga (Contusio et laceratio cerebri)

Kontuzija je prouzrokovana anatomske lezijama moždanog tkiva, direktnom ili indirektnom traumom. Oštećenja su na mestu udara ili na suprotnoj strani. Kontraudar nastaje mehaničkim udarom mozga o zid lobanje. Kontuziona mesta su solitarna ili multipla.

Laceracija je lokalni defekt moždanog tkiva, nastao traumom, čiji su klinički simptomi slični simptomima kontuzije.

Klinička fenomenologija. – Kontuzija i laceracija najčešće su praćene komocionim sindromom. Ovom sindromu pridružuju se fokalni neurološki simptomi ispada pojedinih funkcija mozga. Najčešće, to su pareze i paralize ekstremiteta različitog rasporeda, paralize moždanih nerava, afazija, smetnje u senzibilitetu, ispadi u vidnom polju, epileptički napadi, meningealni simptomi i sl.

Porast temperature znak je oštećenja centralne termoregulacije.

Psihički poremećaji manifestuju se dezorijentacijom i konfabulacijama povređenog. Euforično raspoloženje je češće od depresivnog. Bolesnik nije u stanju da kontroliše svoje nagonске pulzije.

Likvor je često krvav, sa „tendencijom“ postepenog razbistravanja.

Lečenje. – Posle hirurške obrade primenjuje se simptomatska terapija.

21.3. Kompresija mozga (Compressio cerebri)

Traumatska kompresija mozga nastaje zbog pritiska koštanih delova ili kolekcije izlivenе krvi iz rupturiranih krvnih sudova moždanica.

Koštani delovi vrše pritisak i prouzrokuju simptome lokalnog oštećenja mozga. U slučajevima mehaničkog dejstva izlivenе krvi, simptomi se javljaju posle jednog intervala i manifestuju se znacima koji se brzo menjaju. Početna bradikardija smenjuje se tahikardijom. Telesna temperatura raste, a arterijska tenzija, koja je u početku visoka, brzo pada. Poremećaji svesti su različitog intenziteta i završavaju se komom. Svest može biti i kvalitativno promenjena, kad dominira slika mentalne konfuzije.

Kompresije mozga traumatske geneze prouzrokovane su epiduralnim i subduralnim krvarenjem.

21.3.1. Epiduralno krvarenje (Haemorrhagia epiduralis)

Epiduralno (ekstraduralno) krvarenje prouzrokovano je najčešće rupturom srednje meningealne arterije. Tvrd moždaniца je odvojena od lobanjskih kostiju ekstravazatom krvi. Hematom najčešće nastaje na mestu povrede. Ekstraduralno izlivenа krv ostaje koagulisana i ne može se resorbovati, zbog čega deluje kao tumor.

Klinička fenomenologija. – Klinička slika počinje trenutnim gubitkom svesti (zbog potresa mozga). Međutim, vrlo brzo svest povređenog se razbistri. Taj lucidni interval traje nekoliko časova i opasan je zbog mogućnosti da se previdi ozbiljnost povrede, pa da se povređeni otpusti kući. Po isteku lucidnog intervala nastaje progredijentna koma zbog mehaničkog pritiska.

Slobodnim intervalom smatra se period od trenutka povrede do pojave progredijentnih simptoma. Povređenom se mora skrenuti pažnja na mogućnosti pojave simptoma, ali mu se ne sme reći koji su to simptomi jer će psihički labilnije osobe početi te simptome da doživljavaju, iako se objektivnim pregledom ne nalaze nikakvi patološki fenomeni.

Na strani tela suprotnoj od povređene hemisfere razvija se hemiplegija. Mogu se javiti i drugi žarišni simptomi i simptomi povećanog intrakranijalnog pritiska. Za topografsku orijentaciju o mestu hematoma služi tzv. Hutchinsonova (Z. Hutchinson) zenica. Proširena i ukočena zenica, koja ne reaguje na svetlost i okomodaciju, nalazi se na strani na kojoj je i hematoma.

Likvor je pod nešto povećanim pritiskom, češće bistar nego krvav.

Lečenje. – Sastoji se u trepanaciji lobanje i hirurškoj evakuaciji hematoma. Rupturirani krvni sud se podvezuje ili klipsuje. Mora se voditi računa da se spreči edem mozga. Ostale terapijske procedure slične su kao kod traumatskih povreda glave.

21.3.2. Subduralno krvarenje (Haemorrhagia subduralis)

Kolekcija krvi u subduralnom prostoru naziva se subduralno krvarenje ili hematoma. Osim kod trauma glave, u etiologiji subduralnog hematoma imaju ulogu bolesti krvi, zapaljenjski procesi na moždanicama, povrede novorođenčadi u toku porođaja itd. Krvarenje je najčešće vensko, a slobodni interval je duži. Povrede često zadobijaju alkoholičari, epileptičari, luetičari, psihotični bolesnici i dr. Ako je povređena arahnoida, hematoma se meša s likvorom, a ako je u subduralnom prostoru kolekcioniran isključivo likvor, u pitanju je subduralni higrom.

Klinička fenomenologija. – Postoje akutni i hronični subduralni hematomi. Kolekcionirana krv se okružuje kapsulom (membranom). Pojava simptoma objašnjava se krvarenjem novonastalih neelastičnih kapilara u hematoma ili se inkapsulirani hematoma natopi likvorom i poveća svoju zapreminu, od koje zavise simptomi povećanog intrakranijalnog pritiska.

Kod hroničnih subduralnih hematoma pacijenti mogu da zaborave povredu koju su davno imali i da lekara nenamerno zavedu u dijagnostičkoj eksploraciji.

Simptomi zavise od lokalizacije hematoma. Pacijenti se žale na glavobolju i preosetljivost. Povremeno imaju epizode mentalne konfuzije. Često se sreću hemiple-

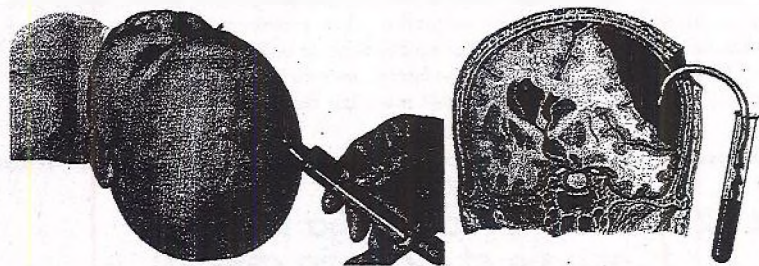
gija, afazija i ispad u vidnom polju. Mogu se javljati i epileptički napadi, dok se Hočinsonova zenica retko javlja.

Lečenje. – U terapijske svrhe potrebno je hirurški otkloniti hematom.

Komplikacije kraniocerebralnih povreda. – U toku ili posle kraniocerebralnih povreda mogu nastati brojne komplikacije: intracerebralno krvarenje, tromboze, arteriovenske aneurizme, meningealne i cerebralne infekcije, isticanje likvora kroz nos (rinoreja), paralize kranijalnih nerava, smetnje govora u obliku afazija, poremećaj vida, gubitak mirisnih senzacija, parkinsoni sindrom i dr.

Posledice kraniocerebralnih povreda. – Posle ovakvih trauma ponekad mogu ostati trajne posledice, kao epilepsija, psihotične epizode ili nepovratna oštećenja inteligencije, traumatski delirijum, posttraumatski poremećaj ličnosti (koji neki autori nazivaju posttraumatski sindrom). Najčešći simptomi su: glavobolja, vrtoglavica, nesanica, razdražljivost, nemir, nesposobnost koncentracije, preterano znojenje i poremećaj raspoloženja.

Potrebno je posebno skrenuti pažnju na pojavu tzv. rentnih neuroza, gde sekundarne materijalne koristi (premijske od osiguranja su veće ukoliko je povreda teža) sprečavaju povređenog da ozdravi. Zbog toga je, osim hirurškog, važan i psihoterapijski tretman povređenog, kao i podsticaj i razvijanje želje za ozdravljenjem.



† Subduralni hematoma. Aspiracija sadržaja hematoma. Drenaža

21.4. Traume kičmene moždine

Povrede kičmene moždine slične su kraniocerebralnim povredama. To su komacije, kontuzije, laceracije, hemoragije i kompresije.

Simptomi zavise od toga koji je segment kičmene moždine povređen. Distalno od nivoa povrede javljaju se mlitave paralize, gubitak senzibiliteta i kontrole sfinktera, kao i nestanak refleksa.

Opasnost od dekubitarnih rana je velika. Prevencija počinje od trenutka povrede.

22. Intrakranijalni tumori

Tumor je samostalno, lokalno i atipično bujanje ćelija. Te izrasline menjaju odnos između koštanog dela i mozga. Najčešće potiskuju moždano tkivo ili izazivaju destrukciju mozga. Karakteristike tumora imaju ne samo pravi tumori, već i aneurizme, malformacije krvnih sudova, parazitarne ciste, tuberkulomi, luetičke gume i sl. Sve strukture u intrakranijumu mogu biti tumorozno izmenjene. Razlikuju se primarni i metastatski tumori ali je značajno da su svi tumori mozga maligni zbog svoje ekspanzivnosti. Ako se na vreme ne leče, ishod je fatalan.

Primarni tumori predstavljaju neoplastičku transformaciju tkiva u endokranijumu, a sekundarni su metastatski.

Podela. – Postoje sledeće vrste tumora: kongenitalni, mezodermalni (meningeom, neurinom, vaskularni tumori), eklodermalni (gliomi, tumori hipofize), metastatski (karcinom, sarkom, melanoblastom) i ostali (aneurizme, tuberkulomi, parazitarne formacije).

Simptomatologija. – Osim lokalnih, kompresivnih i destruktivnih simptoma, tumori izazivaju edem mozga, pomicanje pojedinih moždanih struktura, opstrukciju u cirkulaciji likvora, koja se manifestuje hidrocefalusom.

Simptomi tumora mogu se podeliti na simptome povećanog intrakranijalnog pritiska, žarišne simptome, „susedne“ i udaljene simptome.

Opšti simptomi nastaju kao rezultat povećanog intrakranijalnog pritiska. To su: glavobolja, povraćanje i otok papile vidnog živca (strabizam – diplopija, poremećaj vidnog polja, atrofijski optičkog nerva).

Glavobolja nastaje zbog istezanja tvrdih moždanih i rezistentna je na terapiju. Povraćanje je provocirano poremećajem vegetativnih centara u produženoj moždini, kao i pritiskom na osmi moždani nerv. Bolesnik je primoran na prisilno držanje glave.

Glava je uvećana, fontanele napete, a šavovi razmaknuti. Karakterističan je položaj očnih jabučica poznat kao fenomen „založenog sunca“.

Napadi generalizovane ili fokalne epilepsije pripadaju isto tako ovoj grupi simptoma. Češći su ukoliko tumor brže raste.

Kardiovaskularne smetnje se manifestuju bradikardijom, a ubrzo zatim tahikardijom, da bi posle usporenog i produbljenog disanja nastala faza ubrzanog disanja.

Izraženi su i drugi neurovegetativni poremećaji: hipertermija, respiratorni poremećaji, gastrointestinalni poremećaji i poremećaji funkcije mokraćne bežike.

Psihičke smetnje su raznovrsne. Osim neurasteničnih, bolesnik može ispoljavati i simptome psihoze. Depresivne reakcije su dosta česte. Dolazi do intelektualnog propadanja. Poremećaji svesti kreću se od somnolencije, preko sopora, do kome.

Žarišni simptomi zavise od lokalizacije tumora. Tumor na mestu lokalizacije nadražuje određene centre ili, zbog lokalne destrukcije tkiva, prestaju funkcije odgovarajućih centara.

Lokalno, tumor pritiska na susedne strukture ili infiltrira tkivo mozga. Zatim dolazi do progresivne lokalne lezije i perifokalnog edema, koji izaziva pritisak i opasnost od ukleštenja mozga (kroz incizuru tentorijuma i foramen okcipitale magnum). Iz srednje lobanjske jame pritisak se prenosi na zadnju lobanjsku jamu. Ukleštenje (hemijacija) tumora nastaje u kasnijoj fazi. Proturizije tanzila malog mozga kroz foramen magnum dovode do naglih bolova u potiljku, rigidnosti vrata, opistotonusa, disfagija, dizartrija, vegetativnih poremećaja, poremećaja svesti, bulbarnog sindroma, a smrt nastupa zbog paralize respiratornog centra.

Ugrožavajući je pritisak na vitalne centre u produženoj moždini.

Moguće su iznenadne smrti.



↑ Tumor u pontocerebelarnom uglu

Nadražajni fokalni simptomi najčešće se oglašavaju epi-napadom (koji upućuje na moguću lokalizaciju tumora). Oči i glava okrenuti su ka strani suprotnoj od žarišta. Trzaji postepeno zahvataju levu stranu tela (ruku i nogu) ako je lezija na desnoj frontalnoj zoni (area 8), a ukoliko je lezija na levoj frontalnoj zoni – biće zahvaćena desna ruka i desna noga. Ukoliko je patološki proces u području govorne zone (area Broca, 44 i 45) dominantne hemisfere, govor je, zavisno od lezije, manje ili više oštećen.

Ispadni simptomi zavise od lokalizacije tumora. Najčešće, to su pareze ili paralize, zatim oštećenja funkcije kore velikog mozga (poremećaj govora, pokreta i dr.), moždanih živaca, malog mozga i dr. Ako je lezija u desnom frontalnom režnju, pareza ili paraliza zahvata levu ruku i nogu. Centar za pokrete očiju na ovoj strani je inaktivan. Oči su okrenute prema žarištu, po se slikovito kaže da bolesnik gleda u svoje žarište (suprotno od hemiplegije). Ovo se objašnjava očuvanošću centra pogleda na suprotnoj strani (area 8), koji pokreće oči prema žarištu.

Psihičke smetnje, često do nivoa psihoze (simptomatske psihoze, sa krizama svesti, s konfuzno-delirantnim stanjima), mogu nastati kao posledica tumora mozga.

Lokalizacija tumora

Tumori frontalnog režnja izazivaju epileptičke napade, motorne oduzetosti, afazije, ataksije i psihičke promene. Pacijenti su usporeni i tupi. Skloni su šalama na sopstveni račun, koje su poznate kao morije.

Tumori parijetalnog režnja prouzrokuju na suprotnoj polovini tela poremećaje senzibiliteta za sve kvalitete, poremećaj orijentacije u prostoru, nesposobnost čitanja, računanja i pisanja.

Tumori temporalnog režnja izazivaju napade kompleksne fokalne epilepsije, zujanje u ušima, akustične i mirisne halucinacije. Sluh može da bude oslabljen. Ako je tumor u dominantnoj hemisferi, pacijent ne razume tuđi i sopstveni govor, što je poznato kao senzorna afazija.

Tumori okcipitalnog režnja izazivaju pojavu svetlucanja i krugova pred očima, kao i vidne halucinacije. Ako je došlo do destrukcije tkiva, javlja se ispad u vidnom polju bolesnika. Makularni vid je, po pravilu, očuvan kod lezija okcipitalnog režnja zbog ekstenzivne teritorije, koju zauzima makula u okcipitalnom režnju. Ove simptome često prati slika mentalne konfuzije. Postoje znaci intrakranijalne hipertenzije. Javljaju se i epileptični napadi.

Ehinokok mozga je solitarna cista. Češći je kod dece, posebno one koja su u kontaktu sa životinjama (sa psima, ovcama). Izaziva žarišne simptome kompresije i povećanog intrakranijalnog pritiska.

Cisticercus je larva *Taeniae solium*, koja izaziva epi-napade.

Tumori moždanog stabla mogu izazvati poremećaj funkcionisanja pojedinih vitalnih centara (kardiovaskularnog i disajnog) i paralizu kranijalnih nerava, čija su jedra zahvaćena tumorom – ipsilateralno (istostrano), a na suprotnoj strani javljaju se paraliza ili pareza, što je poznato kao alterni sindromi moždanog stabla.

Tumori epifize prouzrokuju prevremeni pubertet.

Tumori hipofize mogu zahvatiti prednji ili zadnji režanj.

Tumori prednjeg režnja kod dece izazivaju gigantski rast, a kod odraslih akromegaliiju, koja se karakteriše uvećanjem perifernih delova tela (prsti na nogama i rukama, nos). Ovi tumori izazivaju Kašingovu bolest, koja se karakteriše atrofijom genitalija, gojaznošću u predelu trbuha i arterijskom hipertenzijom.

Tumori zadnjeg režnja izazivaju „vodeni“ dijabet (sa povećanim unošenjem tečnosti i povećanim lučenjem mokraće). Temperatura tela je pri ovom oboljenju obično snižena, a bolesnici mogu ispoljavati i delirantne epizode.

Tumori malog mozga češći su kod dece. Opšti simptomi ispoljavaju se vrlo rano, a dominira povraćanje. Karakteristični su sledeći simptomi: glavobolja, vrtoglavica, dizartrija, smetnje ravnoteže, poremećaj hoda i hipotonija muskulature. Može se razviti hidrocefalus.

Tumori kičmene moždine su uzrok bolova, pareza i paraliza ekstremiteta, sa nivoom gubitka senzibiliteta, poremećajem sfinktera i refleksa. Miostatski refleksi su pojačani, a česta je pojava patoloških refleksa (Babinskog, Openhajma i sl.).

Dijagnostičke metode. – Radi postavljanja dijagnoze tumora koriste se sledeće metode: rendgenski snimak lobanje, pregled očnog dna, EEG, EHO–encefalografija,

scintigrafija, kompjuterska tomografija, arteriografija, pneumoencefalografija, ventrikulografija (koja se obično i retko radi u operacionoj sali pred hiruršku intervenciju). U eri sve većeg napretka tehnike, u dijagnostičke svrhe se koriste nuklearna magnetska rezonanca (NMR) za otkrivanje ekspanzivnih procesa CNS, kao i drugih oboljenja.

Terapija. – Koriste se antiedematозна terapija, zračenje, hemioterapija (citostatici), a najčešće hirurški zahvati.

Najčešći tumori kod dece

Najčešći tumori kod dece su astrocitomi, meduloblastomi i kraniofaringeomi. Između 70 i 84% su gliomi. Što se lokalizacije tiče, u 50–70% oni se nalaze infratentorialno. Najveći broj tumora u dece se javlja između 5. i 10. godine.

Glioblastom multiforme najčešći je i najmaligniji gliom. Kod dece se 80% ovih tumora javlja u velikom mozgu. Tumor je crvenkastosive boje, jasno ograničen, uprkos sklonosti da raste i infiltrativno. Brzog je infiltrativnog rasta, zahvata velike delove mozga, a dovodi do edema i krvarenja.

Recidivi su česti, metastazira likvorom, a smrt nastupa u kratkom vremenskom roku.

Cerebelarni astrocitom pripada tumorima koji se javljaju skoro isključivo kod dece. Najbenigniji je, raste sporo, cistično degeneriše. Uzrokuje hidrocefalus i pomeranje moždanog stabla.

Sa vermisa, gde je najčešće lokalizovan, širi se ka hemisferama malog mozga. Raste potiskujući susedna tkiva.

U kliničkoj slici dominiraju znaci intrakranijalne hipertenzije, dok su fokalni neurološki znaci manje izraženi (poremećaj funkcije malog mozga na homolateralnoj strani, horizontalni nistagmus). Pareze moždanih nerava posledica su urastanja tumora u moždano stablo, odnosno u ponto-cerebelarni ugao.

Ne daju metastaze, ali su recidivi česti nakon nepotpune resekcije tumora.

Meduloblastom je tumor vermisa malog mozga. Zastupljen je u 20% svih tumora dece. Najmaligniji je tumor, a karakteriše ga brzi rast i invaziono širenje u svim pravcima.

Opstrukcioni hidrocefalus, koji nastaje veoma brzo, praćen je ataksijom trupa. Glavobolje i rekurentno povraćanje posledica su nadražaja moždanog stabla. Česti su poremećaji ponašanja i prestanak psihomotornog razvoja dece, zatim poremećaj raspoloženja i karakteristično prisilno držanje glave.

Moguća su subarahnoidna krvarenja, praćena brzim nastajanjem kome, decerebracijom i fatalnim ishodom.

Kraniofaringeom (craniopharyngeoma) jedan je od najčešćih supratentorialnih tumora kod dece.

Kraniofaringeomi turskog sedla (intraselarni) češći su, razaraju zidove turskog sedla, oštećuju hipofizu, probijaju dijafragmu i prodiru u treću moždanu komoru.

23. Intoksikacije centralnog nervnog sistema

23.1. Sindrom kome

Oboljenja, povrede, egzogene i endogene intoksikacije nervnog sistema izazivaju kvantitativne poremećaje svesti – somnolenciju, sopor i komu.

Somnolencija ili **letargija** je patološka pospanost. Na nju se nailazi kod nekih infektivnih oboljenja mozga i intoksikacija. Oboleli se budi samo radi svojih fizioloških potreba.

Sopor ili **semikoma** je kvantitativna izmena svesti, pri kojoj se bolesnik može probuditi samo pod uticajem jakih i bolnih draži.

Koma (grčki – san) je potpuni gubitak svesti. Bolesnik se ne može probuditi ni vrlo snažnim dražima. Koma je praćena arefleksijom i adinamijom.

Komatozni bolesnici nisu uvek mirni. Oni mogu biti bez svesti u lažnom budnom stanju sa masom nevoljnih i nesvrishodnih pokreta, ili se ono može menjati s delirantnim napadima. Za procenu stepena komatoznog stanja danas se koristi Glazgovska skala kome. Ona sadrži odgovore bolesnika (ili odgovor izostaje). Na primer, na spontano otvaranje očiju, na bol, na govor ili nema odgovora ili se dobija neprimeren verbalni i motorni odgovor. Svaki odgovor se boduje. Maksimalan broj bodova je 46. Pacijent je komatozan ako je broj bodova ispod sedam.

Glazgovska (Glasgow) skala kome

I. Otvaranje očiju

- | | |
|---------------------------|---|
| – nikad | 1 |
| – na bolne draži | 2 |
| – na verbalne stimulacije | 3 |
| – spontano | 4 |

II. Najbolji verbalni odgovor

- | | |
|-----------------------------|---|
| – nema odgovora | 1 |
| – nerazumljivi zvuci | 2 |
| – neprikladne reči | 3 |
| – razgovara, dezorijentisan | 4 |
| – razgovara, orijentisan | 5 |

III. Najbolji motorni odgovor

- | | |
|--|---|
| – nema odgovora | 1 |
| – decerebraciona rigidnost | 2 |
| – dekortikaciona rigidnost (abnormalna fleksija) | 3 |
| – fleksiono povlačenje | 4 |

- lokalizacija bola
- izvršava naloge

5
6

Patogeneza komatoznih stanja. – Svest je regulisana normalnim funkcionisanjem neurona u moždanom stablu i kori mozga (o značaju retikularne formacije bilo je već reči). Svim ovim strukturama neophodne su odgovarajuće količine krvi, kiseonika i glikoze.

Prema tome, u patologiji koma učestvuju hipoksija i hipoglikemija mozga, nagomilavanje acetonskih materija (acidoza), dehidracija, gubitak elektrolita, opšte i moždane infekcije, edem mozga, povišen intrakranijalni pritisak, hipo- i hipertermija, mehaničke povrede pomenutih struktura mozga. Veliki značaj ima i insuficijencija jetre i gubitak detoksikacione funkcije jetre, zbog čega mozak biva intoksiciran raspadnim produktima koje jetra nije uspeła da neutrališe.

23.1.1. Klasifikacija koma prema uzrocima

Uzroci kome su brojni, pa je prema njima i opisano više njenih vrsta.

1) **Kome nastale zbog vaskularnih lezija** (apoplektičke kome) javljaju se kod hemoragija, tromboza i embolija mozga (u ovim slučajevima oštećena je funkcija retikularne formacije).

Apoplektičke kome praćene su žarišnim lezijama i simptomima lateralizacije. Afazija, hemiplegija i epileptički napadi, kao i meningealni znaci, najčešći su simptomi.

2) **Posttraumatske kome** nastaju zbog kranioocerebralnih povreda. Dosta su česte. Postkomacione kome su kratkotrajne i nisu praćene žarišnim neurološkim znacima. Postkontuzione kome su dužeg trajanja, a praćene su neurološkim fokalnim znacima.

Kad koma nastane posle tzv. slobodnog intervala ili se, pak, produbljuje, može se sumnjati na epiduralni hematom. Logično je i postojanje žarišnih znakova. Zenice su nejednake (anisocoria), ona na strani hematoma je šira zbog pritiska na n. oculomotorius (treći kranijalni nerv), pareze ili paralize parasimpatičkog nerva koji inervira m. sphincter pupillae, a nalazi se u sastavu n. oculomotoriusa. Reakcija zenice na svetlost je slaba ili je nema. Proširena zenica se naziva Hutchinsonova (Hutchinson) zenica.

3) **Postkonvulzivna ili postepileptična koma** (terminalni san) jedna je od faza velikog epileptičkog napada. Sukrivičava pena na usnama, ugriz jezika i popuštanje kontrole sfinktera upućuju na pravilnu dijagnozu. Naročito je opasna u epileptičkom statusu, gde posle serije napada bolesnik (koji je bez svesti) može da egzistira. Status epilepticus može biti praćen prolongiranom komom.

4) **Meningoencefalitičke kome** nastaju kod meningealnih i cerebralnih zapaljenjskih procesa (gnojni i tuberkulozni meningitis, meningovaskularni lues, progresivna paraliza i encefalitis). Kada su meningitis i encefalitis uzrok kome, bolest je, po pravilu, subakutne prirode i praćena je visokom temperaturom.

5) **Kome toksične geneze** izazvane su endogenom intoksikacijom ili egzogenim trovanjem.

I. Endogene intoksikacije izazivaju metaboličke poremećaje i komu.

a) **Dijabetička koma** nastaje postepeno ili naglo. Bolesnik je dehidrisan, suve kože, sa zadahom na aceton.

b) **Hipoglikemička koma** nastaje usled naglog pada glikemije (kod dijabetičara koji nisu uzeli obrok hrane). Preterana količina oralnih antidijabetičkih lekova (usled slučajne samoinicijativne administracije leka ili u suicidalne svrhe) takođe izaziva komatozno stanje. Spontane kome su retke. Komatozni bolesnik je oznojen, dilatiranih zenica, sa grčevima poprečnoprugaste muskulature.

c) **Uremička koma** nastaje zbog bubrežne insuficijencije. Bolesnici su bledi, sa zadahom na urin. Somnolentni su ili konfuzno delirantni. Ove simptome prate i konvulzije.

d) **Hepatička koma** se razvija usled oštećenja jetre, najčešće kod virusnih hepatitisa i ciroze jetre. Bolesnici su često žuti, delirantni ili komatozni, s tremorom u obliku lepršanja krilima, kao i mirisom na vlažnu zemlju.

e) **Koma prouzrokovana trovanjem ugljen-dioksidom** javlja se kod dekompenzovanih kardiomiopata, bolesnika s redukovanom respiratornom površinom pluća. Ugljen-dioksid u malim dozama je stimulator, a u većim dozama je depresor respiratornih centara.

Koma može nastati kod akutnih insuficijencija kore nadbubrežne žlezde (Adisonova bolest), kod miksedema i tireotoksikoze.

II. Egzogene intoksikacije nastaju unošenjem (nehotično ili namerno) većih količina egzogenih otrova.

a) **Alkoholna koma** prepoznaje se po rumenom ili cijanotičnom licu i zadahu na alkohol iz usta. Akutna alkoholisanost komatoznog nivoa ne isključuje mogućnost i traumatski uzrokovane kome. Zbog toga je neophodno savesno pregledati bolesnika, koji je možda u pijanom stanju povređen a površnim pregledom se to ne zapaža.

b) **Barbituratna koma** prouzrokovana je intoksikacijom barbituratima, najčešće u samoubilačke svrhe ili zadesno. Simptomi ove kome su cijanotično lice, površno i ubrzano disanje, mek puls, snižen pritisak, snižena temperatura i mrlje po koži.

c) **Koma prouzrokovana trovanjem ugljenmonoksidom** (u garažama, kraj benzinskih motora) nastaje zbog nemogućnosti tkivnog vezivanja kiseonika. Unesrećeni je izrazito rumen.

d) **Kome usled trovanja opijatima** izazvane su unošenjem sirovog opijuma, morijuma i drugih preparata, zatim alkaloidima beladone, kao i sve češćim intoksikacijama droga.

e) **Hipertermičke i hipotermičke kome** nastaju usled oštećenja termoregulacionih centara, kada postoji nesklad između proizvodnje, distribucije i odavanja toplote.

Danas se neke operacije izvode posle veštačkog hlađenja (hibernacija).

Trovanja salicilatima su česta kod dece. Toksična doza za zdravo dete iznosi oko 200 mg/kg.

Salicilati stimulišu respiratorni centar i u prvoj fazi izazivaju respiratornu alkalozu, da bi, posle jednog do dva sata, nastala acidoza. Izražena je hiperventilacija (hiperpnoja). Zbog povišenog metabolizma dolazi do hiperpireksije.

Hipoglikemija je ozbiljan poremećaj (moguć je pad vrednosti šećera u likvoru pri normalnoj glikemiji).

Kada je koncentracija salicilata veća od 100% mg, dolazi do dezorijentacije, kolapsa i kome.

Lečenje. – Ako je dete pri svesti, treba ga obavezno izazivati da povraća, a posle toga mu dati aktivan uglj. Komatoznog pacijenta treba intubirati i izvršiti mu lavazu želuca. Ubrzavanje eliminacije salicilata postiže se alkalizacijom urina. U teškim slučajevima treba primeniti hemodijalizu i peritonealnu dijalizu.

Dijagnoza. – Dijagnoza se postavlja na osnovu heteroanamneze i pregledom bolesnika. Autoanamneza ne može da se koristi, jer je bolesnik u komi. Izgled bolesnikovog lica i kože upućuje na poreklo kome, zatim miris, temperatura, puls, arterijski pritisak ili prisustvo rigora vrata.

U neurološkom pogledu traga se za žarišnim znacima, kao što su motorne smetnje, paralize kranijalnih nerava, ispadi senzibiliteta, epileptički napadi. Fiziološki refleksi su obično ugašeni, a javljaju se patološki refleksi.

Kad su etiologija i vrsta kome nepoznate, pristupa se detaljnoj analizi krvi. Kod suspektnih hemoragičnih dijateza određuju se broj krvnih pločica (trombocita), vreme krvarenja i kaogulacije. Zatim se određuje broj leukocita, koji je kod nekih bolesti znatno uvećan (meningitis, cerebralna krvarenja).

U krvi se kvantitativno određuje nivo ureje, glikoze, elektrolita, alkohola, kao i lekova unesenih u suicidalne svrhe. Serološki testovi i Nelsonov test upućuje na luetične infekcije.

U mokraći se određuju: specifična težina, kvantitativne i kvalitativne analize belančevina, šećer i aceton. Značajno je pregledati sediment mokraće.

Za dijagnostičku potvrdu koriste se analiza likvora, rendgenska i kontrastna snimanja i elektroencefalografija.

24. Psihomotorna retardacija

Oligofrenije ili mentalne retardacije karakteriše nerazvijenost intelektualnih funkcija u definjstvu. Psihomotorna retardacija je jedan od velikih problema u dečjoj patologiji. Ona se može različito definisati. Neki autori je definišu kao simptom subnormalnih funkcija CNS, u čijem nastajanju učestvuju različita oštećenja, fiziološke promene, negativan uticaj okoline ili nenormalno sporo sazrevanje.

Uzroci. – Pored napretka u istraživanju uzroka psihomotorne retardacije, specifični faktori mogu biti dokazani kod jedne trećine obolelih u razvijenim zemljama. Kada se diskutuje o uzrocima psihomotorne retardacije, obično se misli na dva velika faktora – patološki i socijalni. Socijalne dimenzije psihomotorne retardacije su velike, jer samo u Americi ova bolest je registrovana u 1–5% stanovništva.

Primarno „manje vredan“ mozak uzrok je genetskim i familijarnim faktorima, koji mogu da obuhvate niz generacija.

Intrauterina oštećenja mozga nastaju u slučajevima rubeole, toksoplazmoze, asfiksije i sl.

Intrapartalni činioci (traume, asfiksije) takođe su značajni.

Postnatalno, moždano tkivo oštećuju ikterus, zapaljenjska oboljenja mozga, infektivne bolesti, intoksikacije, tumori i drugi uzročnici.

Nasledne bolesti nervnog sistema su mnogobrojne: lipidoze (amaurotička idiotija, leukodistrofije, glikocerebrozidoze itd.), aminoacidurije (fenilketonurija, leucinoza), mukopolisaharidoze (tip I; Hunterov sindrom, tip II; itd), hromozomske anomalije, koje mogu dovesti do psihomotorne retardacije, na primer u Daunovom sindromu.

Nasledne metaboličke bolesti nervnog sistema i enzimski defekti zaustavljaju ili, pak, dovode do regresije psihomotornog razvoja dece. Stoga treba koristiti prenatalnu dijagnostiku da bi se blagovremeno otkrili nosioci patoloških gena. Nalaz dobijen genetičkim ispitivanjima treba koristiti da bi se roditelji blagovremeno upozorili na teške posledice koje može imati očekivano i još nerođeno dete.

Uzroci mentalnih retardacija

1. Infekcije:

- virusne infekcije u prvom trimestru trudnoće (u toku organogeneze),
- toksoplazmoza,
- encefalitis i meningitis u toku prvih meseci života,
- luės i dr.

2. Intoksikacije:

- rezus inkompatibilija,
- intoksikacije drogama i lekovima (neuroleptici, barbiturati).

3. Traumatski i fizički faktori:

- porođajna trauma i prolongirana anoksija,
- krvarenja (subarahnoidna, subduralna),
- zračenja (R₀).

4. Poremećaji metabolizma, razvoja ili ishrane:

- poremećaji metabolizma proteina (fenilketonurija i dr.),
- poremećaji metabolizma ugljenih hidrata (glikogenoza, galaktozemija),
- poremećaji metabolizma lipida (Tej-Saksova bolest),
- drugi metabolički poremećaji (hipotireoidizam).

5. Bolesti mozga:

- neoplazme,
- tuberozna skleroza i dr.

6. Nepoznati prenatalni činioci:

- mikrocefalija,
- hidrocefalus,
- pencefalija i dr.

7. Nepoznati postnatalni činioci:

- demijelinizacione bolesti,
- difuzna skleroza.

8. Hromozomske nenormalnosti:

- Daunov (Down) sindrom,
- anomalije polnih hromozoma (Klajne-Felterov sindrom, Turnerov sindrom).

9. Prematuritet:

- prematurusi,
- deca rađena s malom telesnom težinom.

10. Teža psihička oboljenja i poremećaji:

- rani infantilni autizam, dečja shizofrenija.

11. Psihosocijalne deprivacije:

- emocionalna lišavanja,
- socijalna osujećenja.

24.1. Familijarna amaurotička idiotija

Ova retka nasleđna bolest (intraćelijska lipidoza iz grupe gangliozidoza) opisana je najpre kod jevrejske dece, kao Tej-Saksova bolest. Poseban oblik ove bolesti u ranom adolescentnom dobu poznat je kao Baten-Špilmajer-Fogtova bolest.

Etiologija. – Bolest je nasledna (česta je u slučajevima gde su partneri u bliskom srodstvu). Nosioći patoloških naslednih gena ne moraju ispoljavati manifestne znake bolesti.

Klinička slika. – Kod dece koja su već uspostavila motorne funkcije, nastaje njihovo oštećenje, sa spastičkim ili, pak, atoničkim paralizama udova. Dete postaje tromo, nezainteresovano, apatično. Epileptički napadi i slepilo (amauroza), kao i intelektualni deficit karakteristični su simptomima bolesti, čiji je ishod težak marazam i smrt. Na makuli se nalazi karakteristična mrlja boje trešnje (cheri red spot).



↑ Tej-Saksova bolest

Kasniji početak bolesti (postinfantilni) sličan je infantilnom, ali se u ovom oboljenju pojavljuju i ekstrapiramidni simptomi (nevoljni pokreti, na primer). I ovaj oblik bolesti za nekoliko godina se završava smrću.

24.2. Kretinizam (Cretinismus)

Brojni su uzroci kongenitalnog hipotireoidizma. Poznata je sporadična i familijarna pojava oboljenja sa izraženom gušavošću ili bez gušavosti. U mnogim slučajevima izražena je teška deficijencija tireoidnog hormona. Kod kretinizma (kretinizma) dolazi do telesnog i mentalnog zastoja zbog nedostatka hormona štitne žlezde.

Klinička slika. – Usporen je i telesni i psihički razvoj dece. Ona su pospana i apatična.

Objektivnim pregledom konstatuje se mali rast, sedlast nos, široke nozdve, razmaknute oči, debeo jezik koji prominira, skoro otvorena usta, izbočen trbuh, testast otok kože (miksedom). Može se naći nodozna ili difuzna struma, ali to nije pravilo.



↑ Kretinizam

Deformiteti koštanog sistema i lobanje (koja je često velika), kasno nicanje zuba, hipoplazija genitalija sa nesposobnošću reprodukcije, kratki zdepasti ekstremiteti, oštećenje sluha (nekad potpuna gluvoća), kao i različiti nivoi mentalne subnormalnosti, dopunjuju kliničku sliku.

Zbog slabe otpornosti organizma visoka je smrtnost ove dece.

Terapija. – Potrebno je blagovremeno primeniti hormone tireoideje. Rast deteta se popravlja, ali količnik inteligencije ne može porasti do one granice koja se smatra prosečnom inteligencijom ukoliko lečenje nije započeto u prvom mesecu života.

Zahvaljujući skrining-programu, svoj novorođenoj deci ispituje se krv na hipotireoidizam, što omogućava blagovremeno otkrivanje i rano lečenje ovog oboljenja.

24.3. Fenilketonurija

Fenilketonurija – Felingova (Fölling) bolest nastaje kao posledica nesposobnosti oštećenih gena da kontrolišu produkciju enzima fenilalanin-hidroksilaze, koji učestvuje u metabolizmu fenilalanina. Prekinut je prelazak fenilalanina u tirozin. Povećana koncentracija fenilalanina dovodi do oštećenja mozga.

Etiologija. – Fenilketonurija je recesivno autosomno nasledna bolest, što znači da će nastati ako su oba roditelja heterozigotni nosioci gena za fenilketonuriju. (Verovatnoća nastanka bolesti je 1:4.)

Klinička slika. – Karakteristični su sledeći simptomi: nedovoljna pigmentacija, mentalna retardacija, poremećaj ekstrapiramidnog sistema i epileptični napadi.

Deca imaju svetlu boju kože, kose i očiju.

Usporen je psihomotorni razvoj: dete ne sedi, ne stoji, nastaje mikrocefalija, hipoplazija gleđi i dekalifikacija kostiju. Hod je nezgrapčan, a pojavljuju se i epileptični napadi.

Mentalna retardacija je težeg stepena. Deca su hiperaktivna, impulsivnog ponašanja i mogu da liče na psihotičnu decu.

Dijagnoza. – Najpouzdaniji je Gotrijev test, koji se može primeniti već u porodilištu. Preporučuje se skrining radi blagovremene detekcije bolesti.

Terapija. – Treba izbegavati hranu koja je bogata fenilalaninom. Postoje specijalna mleka za ishranu ove dece (siromašna u fenilalaninu). Dijetu treba početi u prvom mesecu i ne prekidati je do šeste godine, ili, čak do puberteta.

24.4. Hromozomske aberacije

Hromozomske aberacije označavaju odstupanja u broju ili obliku hromozoma. Promene mogu nastati u mejozi ili mitozu.

Hromozomske aberacije su numeričke i strukturne, a vezane su za autosome ili pak polne hromozome. Mogu biti balansirane i nebalansirane.

Balansirana aberacija zadržava ukupan genom nepromenjen, dok nebalansirana ima manjak (odnosno višak) naslednog materijala, što se odražava i na fenotip.

Nosioci hromozomskih aberacija (balansiranih) predstavljaju opasnost za potomstvo, jer mogu davati balansirane i nebalansirane gamete, tj. zdravo i oštećeno potomstvo.

Hromozomsku aberaciju nosi 0,5–1% osoba u populaciji, dok su u materijalu spontanah pobačaja aberacije nađene u 20–60% slučajeva.

Numeričke aberacije su: euploidija (normalan hromozomski broj), poliploidija (višestruko povećanje broja), trizomija (tri hromozoma jednog para), monozomija (umesto dva, u paru je jedan hromozom).

Strukturne aberacije posledica su hromozomskih prekida i ponovnog spajanja ili nespojanja prekinutih delova.

Uzroci. – Poznati su neki od mehanizama koji daju aberacije hromozoma:

- godine majke jedan su od glavnih faktora Daunovog sindroma. U korelaciji su hromozomsko nerazdvajanje i godine majke (nerazdvajanje u oogenezi). Tako ovum majke može biti star i do četrdeset godina. Greška u hromozomskom nerazdvajanju češća je kod starijih, ali pojavljuje se i kod vrlo mladih majki;

- genska predispozicija ka hromozomskom nerazdvajanju (trizomija za dva različita hromozoma);

- greška u mejozi, kada je jedan od roditelja nosilac translokacije;

- jonizujuće zračenje, sa većim rizikom hromozomskog nerazdvajanja i raznih translokacija delecija. Pretpostavlja se da radijacione lezije podstiču starenje jajne ćelije;

- autoimune bolesti, koji imaju ulogu u patogenezi hromozomskog nerazdvajanja, iako je nađena korelacija između tireoidnih antitela i hromozomskih aberacija u pojedinim porodicama;

- virusi (neverifikovane hipoteze da virus može da ometa pravilno razdvajanje hromozoma zaustavljajući deobu jedra).

Nije potvrđena verovatnoća da se u porodicama sa genetičkom predispozicijom za autoimune bolesti češće javljaju hromozomske anomalije.

24.4.1. Daunov sindrom (Mongoloidna idiotija, mongolismus)

37

Daunov sindrom poznat je pod nepopularnim nazivom mongoloidna idiotija ili mongolismus, zbog navodne sličnosti s mongolskom rasom. To je najčešća i najbolje upoznata hromozomska aberacija, koju je opisao Langdon Daun, a Lejeune i Turpin su utvrdili da je reč o trizomiji 21. para hromozoma. Incidencija je jedan na 700 živorođenih.

Etiologija. – Bolest je nasledna, a javlja se kod dece koja imaju jedan hromozom više na 21. paru hromozoma, pa otuda i naziv trizomija 21 (47, 21+), ili je deo hromozoma premešten na drugi hromozom (translokacija). Češća je kod dece čiji su roditelji stariji. Nukleus normalne ljudske ćelije sastoji se od 22 para hromozoma (autozoma) i jednog para polnih hromozoma. Poznato je da je normalan broj hromozoma kod muškaraca 46 XY, kod žena 46 XX. U Daunovom sindromu broj hromozoma iznosi 47.

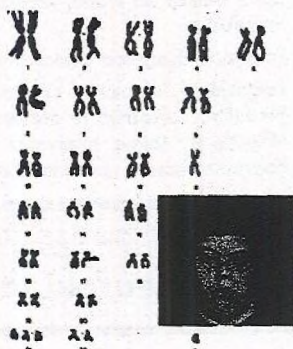
Trizomija 21 prisutna je u 94% slučajeva, dok je 5% s translokacijom, a 1% ima mozaičnu formu.

Rizik obolevanja. – Rizik obolevanja je veći kod dece starih majki: do 30. godine incidencija je 1 u 2000, između 30. i 40. godine incidencija je 1 u 1000, između 35. i 39. – 1 u 500, od 40. do 44. – 1 u 100, a u slučajevima majki starijih od 45 godina incidencija je 1 u 50.

Rizik za sledeće dete posle jednog deteta s Daunovim sindromom takođe se razlikuje: kod majki mlađih od 30 godina rizik je 1 u 500, sa 30 godina 1 u 450, sa 32 godine 1 u 350, sa 34 godine 1 u 200, sa 36 godina 1 u 130, sa 38 godina 1 u 65, sa 40 godina rizik je 1 u 50 slučajeva.

Klinička slika. – Izgled ove dece je karakterističan: mikrocefalična glava, kose oči, mali nos, poluotvorena usta i veliki izbrazdan jezik koji viri iz usta, hipersalivacija, kratak vrat, kratki ekstremiteti, sa isto tako kratkim prstima i poprečnom dugačkom brazdom na dlanu („majmunška brazda“), mali rast i hipotonična muskulatura, hipoplazija genitalija, kriptorhizam (izostanak spuštanja testisa u skrotum), kongenitalne mane srca i sl.

Rana smrtnost dece nastupa ili zbog srčanih mana ili zbog interkurentnih infekcija, prema kojima su neotporna. Osim toga, učestalost akutne leukemije među ovom decom je veća nego u osoba opšte populacije.



↑ Trizomija 21. para autozoma
– Daunov (Down) sindrom

Inteligencija je najčešće na nivou imbecilnosti. Deca su vesela, dobroćudna, živahna ili torpidna, retko eretična (razdražljiva).

Dijagnoza. – Kriterijumi za postavljanje dijagnoze Daunovog sindroma su sledeći: brachicefalna lobanja (smanjen A-P dijametar), kosi i uski očni prerezi, epikantusni nabor, blefaritis, konjunktivitis, hipertelorizam, čest strabizam, uši nisko postavljene, sedlast nos, otvorena usta, izbrozdan jezik s ragadama, kratak vrat, srčane mane (čak u 56% slučajeva), mala karlica i coxa valga, kratke i široke šake, transversalna brazda na dlanu, karakterističan govor i hipotonija mišića, kao i mentalna retardacija.

Pouzdana dijagnoza postavlja se određivanjem kariotipa.

Lečenje. – Terapija je simptomatska (davanje smirujućih ili hipnotičkih lekova). Međutim, najvažnija je prevencija u savetovalištim za humanu genoprofilaksu. Moguće je, naime, predvideti rađanje dece sa Daunovim sindromom, na šta se obavezno moraju upozoriti budući roditelji.

24.5. Neurokutani sindrom

Neurokutani sindromi su oboljenja sa poremećenim razvojem organa i tkiva ekodermalnog porekla (koža, oko, centralni i periferni nervni sistem).

Etiopatogeneza neurokutanih sindroma nije jasna. U većini slučajeva nasleđivanje je autosomno dominantno.

Opisaćemo neurofibromatozu i tuberoznu sklerozu, kao oboljenja koja se najčešće javljaju.

24.5.1. Neurofibromatoza (Von Recklinghausenova bolest)

Oboljenje pogađa decu oba pola, a učestalost je 1:3 na 300 živorođene dece.

Klinički simptomi ispoljavaju se kod novorođenčadi, ali češće tokom prve decenije. Promene se ispoljavaju na koži, koštanom i nervnom sistemu.

Na koži su karakteristične mrlje, boje bele kafe, na svim delovima tela (retko na licu, sluzokoži usta, dlanovima i tabanima), zatim neurofibromi (u koži i potkožnom tkivu), koji se javljaju između 5. i 10. godina života. Neurofibromi su pokretni, bezbolni, lokalizovani duž velikih nerava, a mogu se javiti i na nervnim korenovima, unutrašnjim organima i krvnim sudovima inervisanim od autonomnog nervnog

sistema. Mogu biti sliveni u veliku meku masu. Mogu se pojaviti u intrakranijalnom i intraspinalnom prostoru.

Nemali broj dece (do 20%) ispoljava znake usporenog psihomotornog razvoja, govorne poremećaje i konvulzivne krize.

24.5.2. Tuberozna skleroza (Epiloa, Burnevilova bolest)

Ovo je nasledna bolest, sa karakterističnim patoanatomskim nalazom. Tumorozni čvorići nalaze se u kori mozga, beloј supstanci hemisfera velikog mozga, moždanom stablu, malom mozgu, kičmenoj moždini, u moždanim komorama (zbog čega može biti onemogućena cirkulacija likvora pa dolazi do opstrukcionog hidrocefalusa), zatim na mrežnjači oka, na srčanom mišiću, u bubrežima, na licu i dr.

Klinička slika. – Najranije se javljaju i upadljivi su depigmentovani ili hipopigmentovani nevusi na koži trupa i ekstremiteta, poznati kao leukoderma.

Adenoma sebaceum (između 2. i 5. godine) jesu karakteristični, crvenkasti ili ljubičasti čvorići, raspoređeni po licu u obliku leptira.

Među različitim tipovima konvulzija najčešći su infantilni spazmi, grand mal, parcijalni i akinetski napadi.

Mentalna retardacija praćena je poremećajem ponašanja dece.

24.6. Kongenitalni lues

U slučajevima hereditarnog cerebrospinalnog luesa opisane su rana forma (sifilis mozga) i kasna forma, gde se ubrajaju juvenilna (mladalačka) progresivna paraliza i tabes dorsalis.

Sifilis mozga kod dece manifestuje se kao sifilistički meningitis i meningoencefalitis, sa teškim posledicama, kao što su motorne paralize i pareze, epileptični napadi i psihomotorna retardacija. Infekcija sifilisom može nastati prelaskom treponeme preko placente na plod ili, češće, dejstvom sifilističkog toksina na fetus, što neki autori nazivaju „parasifilističkim“ formama.

Somatski znaci kongenitalnog luesa su: Hačinsonovi polumesečasti zubi, parenhimatozni keratitis sa poremećajem ili gubitkom vida, otitis, sedlast nos, perforacija tvrdog nepca, sobljaste noge, zadebljanje čeonih kostiju, a od neuroloških najtipičnije su hemipareza i parapareza, afazija, agnozija i apraksija.

Psihopatološki fenomeni su: grubo oštećenje inteligencije (sifilitička oligofrenija i demencija), pasivnost, adinamija ili, pak, euforija. Moralnu defektnost karakterišu krađe, laži i kriminogeno ponašanje.

Epileptički napadi su takođe čest simptom.

Psihotičke slike bolesti retko se sreću kod dece, pa je moguće, ukoliko se previdi lues, da se pogrešno dijagnostikuje kao dečja shizofrenija.

Dijagnoza se postavlja pomoću seroloških testova za otkrivanje sifilisa.

Najefikasnije se leči visokim dozama penicilina.

24.7. Oligofrenije izazvane zapaljenjskim procesima

Zapaljenje moždanice i mozga, različite etiologije, može izazvati poremećaj psihomotornog razvoja dece, sa oligofrenijom različitog stepena do teškog intelektualnog propadanja – idiotije.

24.8. Oligofrenija nastala usled senzoričkih oštećenja

Povrede ili bolesti mogu dovesti do gubitka vida, sluha ili, pak, i vida i sluha dece. Takva deca mogu ispoljavati prosečnu inteligenciju i postizati dobre rezultate u školama specijalizovanim za rad sa audiovizuelno hendikepiranom decom. Međutim, izvestan broj ovako hendikepirane dece ispoljava manjak intelektualnih potencijala, zavisnost od majke, sklonost negativizmu, fantaziranju i strahu od svega novoga. Problemi adaptacije ovakve dece pri smeštaju u posebne ustanove i pri polasku u školu su veliki.

Prevenција retardacija

Mentalne retardacije predstavljaju ozbiljan medicinski i socijalni problem, zbog čega je prevencija izuzetno značajna.

Primarnom prevencijom se nastoji sprečiti nastajanje mentalne retardacije, i to u periodu prenatalne, intrapartalne i postnatalne zaštite.

Buduće majke treba obuhvatiti zdravstvenom edukacijom i posebno ukazati na sledeće faktore: odgovarajuću ishranu (posebno vitaminima bogata hrana), zaštitu

od raznih bolesti (naročito infektivnih bolesti koje mogu dovesti i do nakaznosti ploda), izbegavanje alkohola, droga i lekova (upotreba halucinogenih droga i snažnih lekova iz grupe neuroleptika), rizik od češćih rendgenskih ispitivanja, izrazitih fizičkih napora i sl.

Mlađe majke, zatim majke starije od 38 godina, majke koje su hereditarno opterećene ili su već rađale decu s Daunovim sindromom, kao i osobe koje su koristile halucinogene droge koje mogu izazvati hromozomska oštećenja (hromozomski prekid), treba upozoriti na moguće opasnosti, a najbolje je da im se urade hromozomske analize (kariotip). Takvim osobama treba preporučiti konsultaciju sa stručnjacima u savetovalištim za humanu citogenetiku.

Prenatalna dijagnostika posebno je korisna u preduzimanju preventivnih aktivnosti.

Porođaj mora biti stručno vođen i u zadovoljavajućim higijenskim uslovima.

Svi sumnjivi slučajevi se po rođenju podvrgavaju pravovremenim dijagnostičkim terapijskim intervencijama.

Zadatak sekundarne prevencije je da sprečava disfunkcionalnost mentalno hendikepiranih osoba. Treba započeti što ranije tretman mentalno retardiranih. Zatim, neophodan je i tretman porodica, jer roditelji mogu izuzetno dugo imati skotom za defektnost svog deteta, zato što hendikep doživljavaju kao porodičnu sramotu ili imaju osećaj krivice. Zato roditelje treba stručno osposobiti kako da na najbolji način pomognu svom detetu.

Prema mentalno retardiranoj osobi treba negovati mentalno higijenski stav u njenom socijalnom okruženju.

Za radno profesionalno osposobljavanje treba se opredeliti u zavisnosti od težine intelektualnog a često i senzomotornog deficita, što je jedan od zadataka tercijarne prevencije, koja obuhvata okupaciju i radnu terapiju, profesionalno osposobljavanje i rad u zaštitnim radionicama.

Za ovu decu formiraju se specijalni školski vrtići, školovanje se odvija u specijalnim i razvojnim odeljenjima, neke od hendikepiranih osoba neophodno je smestiti u specijalne zavode, a zaštitne radionice omogućavaju mentalno retardiranim osobama radno profesionalne aktivnosti u za njih prilagođenim uslovima.

Istovremeno sa ovim, izvesnom broju retardiranih potrebni su stalna medicinska kontrola i lečenje (epileptični bolesnici, eretične osobe, osobe s motornim smetnjama i sl.).

Za rad s mentalno retardiranim osobama potrebno je edukovano osoblje, koje će, uz stručnost, raspoložiti i kapacitetima za humanu komunikaciju i odnose, čime bi se osujetila socijalna izolacija i marginalizacija hendikepiranih lica.

Treba takođe pomenuti skrining-programe, kojima su obuhvaćena sva novorođena deca radi ranog otkrivanja fenilketonurije i hipotireoidizma.

U iste svrhe pojedina oboljenja se otkrivaju analizom plodove vode, koja se u prvim nedeljama života uzima pomoću amniocenteze.

25. Dijagnostičke metode u neurologiji

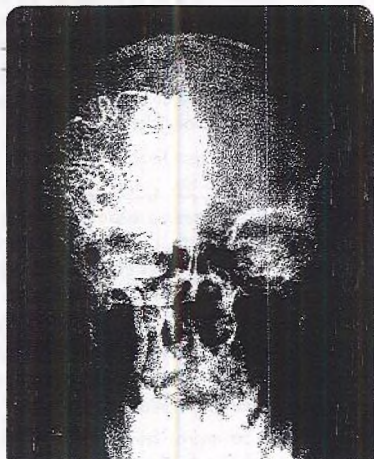
Uspeh u lečenju zavisi od blagovremene i tačno postavljene dijagnoze bolesti. Zahvaljujući napretku tehnike, konstruisan je veliki broj aparata čijom upotrebom su proširene mogućnosti savremene, čak i topografske dijagnostike u neurologiji. Najčešće se koriste nativna snimanja, kontrasti, radioizotopi i sl.

Radiografijom (rendgenskim snimanjem) se, pored ostalog, traga za traumatskim oštećenjima kraniovertebralnog skeleta. Snimak lobanje (craniogram), s lica i iz profila, daje podatke o traumama lobanje, promenama na kostima koje su izazvane tumorima, kalcifikacijama tumora, cista i krvnih sudova, razmicanju šavova fontanela kod dece i sl.

Snimak kičme (cervikalnog, torakalnog i lumbosakralnog dela) otkriva znake traume, spondilartroze, diskopatija i sl.

Transiluminacija lobanje izvodi se u zamračenoj prostoriji. Koristi se specijalni tubus u koji je ugrađena svetiljka jačine 100 vati i više. Na kraju tubusa nalazi se gumeni prsten.

Cerebralna angiografija je snimanje krvnih sudova mozga pomoću kontrastnih sredstava. Odlična je metoda za dijagnostikovanje vaskularnih malformacija, kao što su aneurizme, opstrukcija cirkulacije krvi (tromboze) i sl.



† Arteriofijom otkrivena aneurizma

Snimanjem se može obuhvatiti karotidni sliv (karotidna angiografija), kao i sliv vertebralne arterije (vertebralna angiografija).

Sve češće se napušta metoda perkutanog unošenja igle, nego se to radi uvođenjem katetera u luk aorte, odnosno u a. femoralis.

Digitalna angiografija je snimanje krvnih sudova ubrizgavanjem kontrasta u venu.

Mijelografijom se, pomoću ubrizganog kontrastnog sredstva, pokazuje spinalni subarahnoidni prostor. Postoji i vodena mijelografija, kao i radikulografija, kojom se prikazuju nervni korenovi (radiksi).

Fetoskopijsa je metoda posmatranja ploda pomoću optičkih vlakana. Traga se za eventualnim nakaznostima ploda, tako što se posmatra deo po deo ploda. Pri

korišćenju ove metode treba biti obazriv jer su moguće infekcije ploda ili provokacija abortusa.

Ultrasonografijom se može postaviti intrauterina dijagnoza mogućih malformacija ploda, kao što su: hidrocefalus, mikrocefalija, fetusni ascit, anencefalija, renalna agenezija i sl.

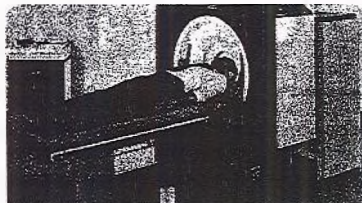
Ventrikulografija je ubrizgavanje vazduha u moždane komore. Koriste je mahom neurohirurzi za dijagnozu tumora mozga i često može biti uvod u operativnu intervenciju.

Pneumoencefalografija (PEG) je ubrizgavanje vazduha lumbalnom ili subokcipitalnom punkcijom ili, pak, direktnom punkcijom komora.

Elektrodijagnostika je ispitivanje perifernog motornog neurona – električnim draženjem nerava i mišića pomoću elektromiografije.

Elektroencefalografija je grafička registracija bioelektrične aktivnosti mozga. Aparat kojim se snima naziva se elektroencefalograf. Ova metoda predstavlja efikasno dijagnostičko sredstvo u slučajevima tumora i apscesa mozga, krvarenja, a naročito u dijagnozi i prognozi mnogih formi epilepsije.

Elektroencefalografija (EEG) je najvažnija klinička i istraživačka metoda registracije aktivnosti mozga, koja se intenzivno koristi u mnogim oblastima medicine: neurologiji, psihijatriji, neuropsihofarmakologiji, neurofiziologiji itd. EEG daje podatke o funkcionalnom stanju mozga i ne može se zameniti drugim metodama, kao na primer skenerom (CT) ili magnetnom rezonancijom (NMR), jer one daju podatke samo o strukturi mozga.



↑ Okretni stalak EMI skenera /generator, komandni pult, projektor slike sa foto-kamerom/

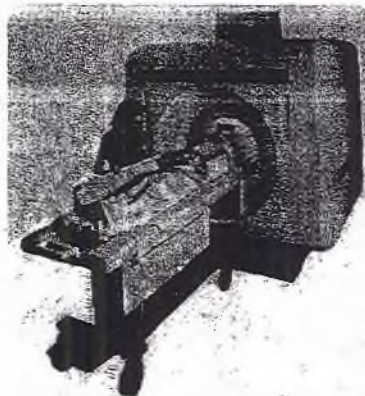
Elektrokortikografija se koristi da, stavljanjem elektroda na korteks, omogući demarkaciju epileptičnog tkiva koje treba ukloniti neurohirurškom intervencijom.

Stereo EEG je jedna od savremenijih metoda, kojom se, pomoću aparata za stereotaksiju, postavljaju elektrode u tkivo mozga.

EEG kartografija je kompjuterizovana metoda. EEG aktivnosti predstavljene su u obliku slika, a dobija se mapa raznih EEG ritmova.

EEG telemetrija je snimanje na daljinu. Pacijent, koji se kreće slobodno, snima se video-trakom. Na podeljenom delu ekrana monitora moguća je paralelna reprodukcija snimaka toka epileptičnog napada.

EEG holter je dugotrajna registracija tokom dnevne aktivnosti i u toku spavanja. Na video-traci od 120 minuta može se vršiti snimanje tokom 24 sata.



↑ Aparat za magnetnu nuklearnu rezonancu /MNR/

Digitalni EEG predstavlja radikalno unapređenje u ovoj oblasti zahvaljujući uvođenju kompjutera, i može se uporediti sa napretkom koji je postignut kada se sa rendgen-snimanja, uvođenjem kompjutera, prešlo na skener. Digitalni EEG omogućava snimanje većeg broja kanala sa preciznijom vremenskom rezolucijom, primenu topografskog mapiranja moždane aktivnosti i drugih novih metoda analize koje se ne mogu primeniti pri korišćenju klasičnih aparata. Digitalni EEG je neophodan u savremenoj medicini, pogotovo u oblasti telemedicine, gde je nužno slanje signala (elektronske forme zapisa) na daljinu u realnom vremenu uz pomoć savremenih sredstava komunikacije (Internet, Akademska mreža Srbije, itd.).

Polisomnografija (PSG) je metoda kojom se istovremeno registruju na većem broju kanala fiziološke funkcije organizma. Najpre se radi elektroencefalogram, zatim se snimaju funkcije respiratornog, kardijalnog, gastrointestinalnog, endokrinog i urogenitalnog sistema. U toku snimanja bolesnik spava.

Snimanje se vrši tv-kamerom u prostoriji koja mora biti udobna. U drugoj sobi su smešteni aparati i osoblje koje obavlja snimanje.

Reoencefalografija (REO) se koristi radi ispitivanja cirkulacije u moždanim krvnim sudovima. Primenom ove metode može se otkriti dobra perfuzija, kakva je elastičnost krvnih sudova, zatim eventualne promene cirkulacije zavisno od položaja glave, tonus krvnih sudova i arterijski otpor.

Indikacije za reoencefalografiju su: arterioskleroza moždanih krvnih sudova, visok arterijski pritisak, vaskularne glavobolje, nepravilnosti ili pak sužavanja i tromboze krvnih sudova.

Ehoencefalografija je metoda pri kojoj se koristi ultrazvuk frekvencije 1,5–2,5 megacikla u sekundi (1,5–2,5 miliona cikla u sekundi).

Na simetrične tačke lobanje (obe temporo-parijetalne regije) stavljaju se kristalni sprovodnici, kroz koje se propušta ultrazvuk. Regstruje se eho (odjek). Ukoliko postoji bilo koja prepreka (tumor, na primer), zapaža se pomeranje.

Ehoencefalografija se koristi radi dijagnostikovanja tumora mozga, hidrocefalusa, hematoma, velikih aneurizmi i intracerebralnih hemoragija.

Kompjuterizovana tomografija (CT) objedinjuje tehniku tomografije upotrebom X-zraka, kristalnih detektora i računara. Detektor pretvara X-zrake u svetlosne ili

električne impulse, koji se prenose u kompjuter. Slika se registruje na magnetnoj ploči, posmatra na monitoru i snima polaroid-kamerom.

Rendgenski skener (EMI skener, nazvan prema firmi koja ga je konstruisala) snima glavu pod 180 uglova, u intervalima od jednog stepena, a na horizontalnim „presecima“ od 1 cm.

Ova metoda koristi se radi dijagnostikovanja tumora, apscesa, hematoma, cisti, kao i eventualnih sumnji na atrofiju mozga. Može se primeniti u ambulantnim uslovima.

Korišćenjem kontrastnog sredstva kompjuterizovana tomografija omogućuje otkrivanje infiltrativnih procesa (glioma), koji ne dovode do pomeranja komornog sistema.

Gamaencefalografija (scintigrafija) mozga je dijagnostikovanje pomoću radioizotopa, koji se drugačije nakupljaju, zadržavaju i eliminišu u patološkim nego u normalnim tkivima.

Radioaktivna supstanca, ubrizgana intravenski, detektuje se gama-kamerom (ranije Gajger-Milerovim brojačem), a na izlaznom delu aparata registruje se grafički (scintigrafija) ili na filmu, tj. foto-papiru (fotoscintigrafija). Registrovanje se vrši postepeno, slično prenošenju televizijske slike. Tamnija su ona mesta gde je nakupljeno više radioaktivne supstance.

Snimanje scintilacionom (gama) kamerom je brže, jer se istovremeno snimaju impulsi u celom polju, a registruju se promene i u toku samog snimanja. Može se koristiti kompjuterska analiza radioizotopskih snimaka.

Za ovu metodu, koja je bezopasna, opredelićemo se kada je potrebno dijagnostikovanje tumora u intrakranijumu, metastaza i vaskularnih tumora, zatim infarkta mozga, subduralnog hematoma ili apscesa mozga.

Magnetoencefalografija (MEG) je dijagnostička metoda u kliničkoj neurofizilogiji pomoću koje se meri i registruje intenzitet magnetnog polja koje stvara mozak. Dobija se trodimenzionalna rekonstrukcija moždanog magnetnog polja.

Ovom neinvazivnom metodom otkriva se lokalizacija epileptičkog žarišta unutar moždane mase.

Omogućeno je snimanje delova i struktura mozga koji su ranijim metodama bili manje dostupni ili čak i nedostupni (osobe sa pejsmejskerima ne smeju se snimati!).

Pregled fundusa (očnog dna) može uputiti na pravu dijagnozu ukoliko se nađe staza papile vidnog živca (sumnja na tumorom izazvano povećanje intrakranijalnog pritiska), zatim hemoragije, promene na krvnim sudovima ili, pak, bledilo papile vidnog živca.

Biopsija mišića koristi se u diferencijalnoj dijagnostici mišićnih oboljenja. Biopsije nerava i mozga (grubi i ne bezopasni hirurški zahvati) takođe se mogu koristiti u neurološkoj dijagnostici.

Poznavanje ovih tehnika, koje su predmet praktične nastave neuropsihijatrije, veoma je značajno za medicinsku sestru (tehničara). Neke od ovih tehnika, kao na primer elektroencefalografiju, rade specijalno edukovane sestre i tehničari. Neki od aparata i dijagnostičkih procedura često zaplaše bolesnika, pogotovu kada odnos postane otuđen, pa je bolesnik sve više slučaj a sve manje čovek. Svakom bolesniku treba objasniti tehniku predložene metode i šta se od nje očekuje. Na taj način pacijent će spokojnije prihvatiti sve predložene dijagnostičke postupke.

25.1. Prenatalna dijagnostika

Stepen razvoja današnje tehnike prenatalne dijagnostike (ultrazvuk, biopsija horion-frondozuma, amniocenteza, kordocenteza) omogućava ne samo da se pretpostavi rizik, već i da se sa sigurnošću utvrdi da li je beba zdrava ili oštećena. Rano otkrivanje oštećenog fetusa i mogućnost selektivnog pobačaja pošteduju porodicu i novih i većih trauma.

Amniocenteza je metoda uzimanja plodove vode iz koje se putem kultivacije ćelija (fibroblasta) dobijaju hromozomi bebe.

Punkcija se obavlja sterilno, transabdominalno, pod kontrolom ultrazvuka. Vršiti se između 16. i 18. nedelje graviditeta, kada se uzima 20 ml plodove vode. Na taj način se testiraju sve hromozomske i brojne biohemijske (metaboličke) bolesti (procedura kultivacije traje 14–18 dana).

Najčešće indikacije za amniocentezu su: roditelj koji nosi hromozomsku aberaciju, rađanje prethodnog deteta sa hromozomskom aberacijom, žena koja rađa posle 35. godine života, defekti neuralne tube, određivanje pola ploda, što je posebno značajno u slučajevima naslednih bolesti vezanih za pol. Smatra se da bi se broj trizomija 21 smanjio za 20 do 45% kada bi žene rađale samo do 35. godine života.

Citogenetika. – Mogućnost da se nasledni materijal čoveka prikaže hromozomima koji se analiziraju u određenoj fazi mitotske deobe, otvorila je nova poglavlje u razvoju genetike – citogenetiku.

Postoje jedinstveni nazivi i simboli za pojedine pojmove u citogenetici. Čovek ima 22 para autozoma, koji su označeni pojedinim brojevima, i jedan polni, 23. par hromozoma (hromozomi X i Y). Hromozomi se svrstavaju u grupe označene slovima, prema svojoj veličini i položaju primarne konstrukcije. Promene na hromozomima mogu biti numeričke i strukturne. Hromozom je materijalni deo nasleđa dostupan direktnoj optičkoj analizi. Čovek ima 46 hromozoma u svim telesnim ćelijama, osim u gametima, koje nose polovičan (haploidni) broj hromozoma. Pri oplodnjenju, gamet oca i gamet majke daju prvu ćeliju–zigot, koja ima dvostruki (diploidni) broj hromozoma. Žene imaju polne hromozome XX, a muškarci XY. Skup svih hromo-

zoma poreklom iz jednog jedra je kariogram. Kariotip je hromozomska lična karta čoveka. Normalan kariotip je 46 XX ili 46 XY. Postoje određene bazične procedure koje omogućuju dobijanje hromozoma za analizu. Najlakše je to učiniti iz periferne krvi gde se vrši kultivacija limfocita in vitro. Osim iz krvi, hromozomi se mogu analizirati i iz kože, koštane srži, tumora, cerebrospinalnog likvora itd.

Dermatoglifi. – Naziv dermatoglifi je nastao od reči derma (koža) i reči glyphe (rezbariti). Dermatoglifske karakteristike su poligenski uslovljena osobina, nastala kao produkt sadejstva više aditivnih gena, pri čemu ima i uticaja spoljne sredine, ali samo do 21. nedelje intrauterinog života.

Dermatoglifi su strogo specifična karakteristika svakog čoveka. Nauka o dermatoglifima se razvila u humanoј genetici kao sredstvo medicinske dijagnoze koja omogućuje precizniju analizu prirode određenih bolesti i sindroma. Dermatološke karakteristike u određenim bolestima i sindromima postaju manje individualne i imaju tendenciju ka jednoobraznosti.

Dermatoglifika kao metoda naučnog istraživanja je našla primenu u antropologiji, kriminalistici i medicinskoј genetici.

Dermatoglifika omogućava bolje upoznavanje bioloških zakonitosti. Dermatoglifi su karakterističan kompleks šara koje formiraju kožni grebenčići na dlanovima, tabanima i volarnoj strani prstiju ruku i nogu. Dermatoglifika, kao dopunska dijagnostička metoda je brza, bezbolna, jednostavna i ekonomski prikladna. Može poslužiti kao brza skrining-metoda u postavljanju indikacija za šire citogenetičko ispitivanje jedne osobe. Crtež dlana je osetljiv pokazatelj svih zbivanja in utero.

Daunov sindrom može se u 70% slučajeva dijagnostikovati samo na osnovu dermatoglifskog nalaza.

Postoji posebna tehnika uzimanja, čitanja i klasifikacije dermatoglifskih šara.

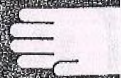
Genealoški metod (rodoslovi). – Genealoški metod pruža odgovor o tipu promena na genskom nivou, tj. da li je oboljenje uslovljeno dominantnom ili recesivnom mutacijom gena (na autozomu ili polnom hromozomu). Poznat je način nasleđivanja za preko 2000 bolesti, od čega je oko 1000 autosomno dominantno, manje je recesivno, a oko 200 vezano za X-hromozom.

Genealoški metod omogućava proučavanje nasleđivanja određene bolesti i bazira se na zapažanju načina njenog prenošenja s jedne na drugu generaciju. Razumevanje prenošenja nasledne bolesti je uslov za pružanje adekvatnog genetičkog saveta, kao i verovatnoće rađanja zdravog potomstva.

Rodoslov ili porodično stablo počinje od obolele osobe (proband), kao nosioca određenog obeležja. Sledeći korak je ispitivanje zdravlja svih srodnika, a podaci se unose u porodično stablo. U tu svrhu koriste se određeni i tačno precizirani simboli (pri tom se vodi računa o konsangvinitetu!).

Praćenje porodične incidencije ukazuje, pre svega, na udeo genetičkih činilaca u etiologiji određenog oboljenja.

Psihijatrija



26. Psihičke funkcije i njihovi poremećaji

Psihički život čoveka spoznaje se na osnovu posmatranja postupaka i reakcija pojedinaca, koji čine njegovo ponašanje. Registrovanje tog ponašanja mora biti objektivno. Psihički život može se proučavati na osnovu onoga što subjekti sam saopštava, a i na osnovu ličnog iskustva. U novije vreme i izvesne hemijske supstance omogućavaju da se pronikne u suštinu nekih psihopatoloških zbivanja ili da se, eksperimentišući sa sobom, sopstvena doživljavanja saopštavaju drugima. Hemijskim supstancama mogu se izazvati kratkotrajne i, najčešće, prolazne psihoze („ludila“), poznate kao „model–psitroze“.

Da bi pojedine psihijatrijske nosološke kategorije bile jasnije, najpre treba proučiti psihičke funkcije i njihov poremećaj. Čovekov psihički život je svakodnevno traženje, nalaženje i nenalaženje ravnoteže između psihičkih procesa i psihičkih stanja ličnosti, na koje mogu bitno da utiču spoljni faktori. Psihičke procese čine intelektualni (saznajni, kognitivni), emocionalni i konativni ili voljni procesi. Psihička stanja su krajnje osobine subjekta (navike, temperament, potrebe). Psihičke funkcije ne mogu se posmatrati izolovano, jer je čovekov psihički život integralni proces. Upravo zbog toga je razumljivo što psihičke funkcije imaju neki odnos, što utiču jedne na druge, bitno menjajući i remećajući mehanizam psihičkih zbivanja ličnosti. Uzmimo, na primer, svest. Ako je ona poremećena, poremećene su skoro sve ostale psihičke funkcije. Na primer, ako te psihičke funkcije personifikuju glumci na pozornici, a svest je reflektor koji osvetljava pozornicu, logično je da kvar reflektora prouzrokuje mrak na pozornici, pa glumce i ne vidimo.

26.1. Opažanje (percepcija)

Svojstva materijalnog sveta čovek saznanje posredstvom čula i pomoću integrativne funkcije kore mozga. Osnovu saznavnih procesa predstavlja opažanje, koje prolazi kroz nekoliko faza. Fizički i hemijski procesi koji deluju na čovekova čula nazivaju se draži. Kao rezultat dejstva tih draži na čula nastaje fiziološki proces koji čini suštinu nadražaja. Osećaji su najprostiji psihički procesi koji, spajanjem sa iskustvom, predstavljaju opažanje. Čovek nije svestan tog brzog procesa spajanja. Smatra se da osećaj (oset) predstavlja saznavanje samo nekih svojstava predmeta ili pojava materijalnog sveta (svojstva predmeta su sastavni deo predmeta kao celine, pa su i osećaji sastavni deo opažaja). Opažanje nikad nije prosta, faktografska, fotografska reprodukcija predmeta i pojava materijalnog sveta u trenutku njihovog delovanja na čula, nego je i subjektivni (prema tome ponekad i nerealni)

odnos prema predmetima i pojavama. Ti subjektivni faktori su: iskustvo, potrebe, emocionalni odnos i ostalo. Prema tome, opažanje je svest o dejstvu, svojstvu i efektima predmeta i pojava materijalnog sveta u trenutku delovanja na čula.

Opažaji se mogu zameniti s predstavama sećanja, koje mogu biti slikovite. Opažaji su objektivni, materijalno tačno lokalizovani, jasni, a predstave sećanja su nejasne, rasplinute i moraju se pomoću mašte „prizivati“.

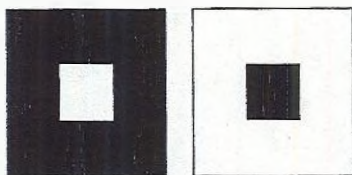
Postoje zakonitosti opažanja: princip grupisanja u celine, zakonitosti opažanja odnosa figure i podloge i zakonitost stalnosti opažaja.

Draži se grupišu u celine, po principu blizine, sličnosti, simetričnosti i kontinuiteta.

Odnos između figure i podloge (pozadine) naročito je interesantan u slikarstvu. Primer dvojnih figura ukazuje na interesantan odnos, gde čas opažamo pehar, čas dva profila.

Pod stalnošću opažaja podrazumeva se njegova nepromenjenost uprkos menjanju draži. Samo velike promene draži remete ovu zakonitost (ilustrativan primer je opažanje čoveka u prirodnoj veličini na odstojanju od 50 do 100 metara, ali ne i iz aviona).

Na opažanje utiču iskustvo, znanje, potrebe, želje, očekivanja, motivacija. Različite osobe opažaju iste objekte različito (pozorišna predstava, umetnička slika i sl.).



† Optičke obmane



† Dvojne figure

Opažanje prostora nije funkcija nekog specijalizovanog čula. Na opažanje prostora utiču veličina slike na mrežnjači oka, iskustvo, okolina i boja predmeta.

Opažanje veličine predmeta zavisi od udaljenosti predmeta i od njegove veličine na mrežnjači.

Položaj predmeta u prostoru zavisi od nadraženog dela mrežnjače, od kinestetičkih i statičkih osećaja.

Reljefnost ili dubina objašnjava se binokularnim vidom (gledanjem sa dva oka). Slike predmeta padaju na dispartatne tačke u mrežnjači. Slike, dakle, nisu na identičnim mestima. One se slivaju u jednu, pa se

dobija utisak reljefnosti predmeta. Kada bi slike padale na identične tačke, opažao bi se predmet bez dubine. U slučaju da je disparatnost velika (kao pri alkoholisanosti ili paralizi nekih mišića oka), javlja se dvostruka ili višestruka slika.

Opažanje vremena uslovljeno je trajanjem draži, interesovanjem i specijalnim emocionalnim odnosom subjekta. Vreme ispunjeno interesantnim zbivanjima prolazi brzo (na primer, gledanje zanimljivog filma). U situacijama iščekivanja vreme je čitava mala večnost (nespremnom učeniku školski čas traje „duže“ od 45 minuta). Shizofrenim bolesnicima vreme može proticati brzo, kod epileptičara i narkomana proticanje vremena je usporeno.

Za opažanje pokreta značajna je brzina kretanja. Ako je ona ispod određene granice, pokret se ne zapaža, ali postoji svest da se predmet ipak kreće (velike kozaljke na časovniku). Ako je, pak, brzina kretanja iznad određene granice, pokret se takođe ne opaža (kretanje projektila iz vatrenog oružja). U patološkim slučajevima može se imati utisak da predmeti jure, stoje, udaljavaju se, uvećavaju, smanjuju ili menjaju svoj oblik.

26.1.1. Poremećaji opažanja

Poremećaji opažanja nastaju zbog oštećenja čula, sprovodnih puteva i odgovarajućih centara u kori velikog mozga. Na osnovu toga može se zaključiti da su mogući poremećaji svih čula. Poremećaji opažanja mogu nastati i usled intenzivnog iščekivanja ili stanja straha. Najzad, poremećaji opažanja nastaju iz dosad nepoznatih razloga, kao simptom duševnog poremećaja ili duševnog oboljenja. Ovi poremećaji mogu se izazvati i veštački (postoji čitava grupa halucinogenih droga, čijom se zloupotrebom subjekt dovodi u stanje poremećenog opažanja).

Razlikuju se tri vrste poremećaja: agnozije, iluzije i halucinacije.

Agnozije. – Agnozije predstavljaju nesposobnost sinteze čulnih utisaka uprkos organskoj i funkcionalnoj intaktnosti čula. Patogenetski mehanizam agnozije nije poznat. Oboleli nije u stanju da sintetizuje slike sećanja ili su one uništene. Ove pretpostavke upućuju na strukturalne ili funkcionalne lezije odgovarajućih centara kore mozga.

Optičke ili vizuelne agnozije manifestuju se nesposobnošću obolelog da, pri očuvanoj funkciji oka i sprovodnog sistema, svetlosne utiske uobliči u simbole. (Na primer, bolesnik ne može da prepozna nacionalnu zastavu i simbol sportskog društva čiji je navijač.) U ovom slučaju oštećen je psihovizuelni centar kore potiljačnog režnja velikog mozga.

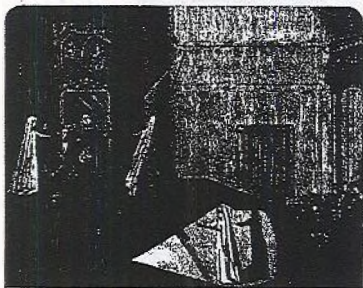
U slučaju oštećenja psihoakustičnog centra u temporalnom režnju nastaju akustičke agnozije. U tom slučaju pacijent ne raspoznaje dobro poznati zvuk (melodiju, cvrkut ptica, glas svojih najbližih).

Kod taktilnih agnozija, zbog funkcionalne dezintegracije odgovarajućeg centra parijetalnog režnja, pacijent nije u stanju da imenuje predmet na osnovu taktilnih utisaka (pipanjem). (Kažemo mu, na primer, da zatvori oči, a onda mu stavimo ključ i zahtevamo da pipanjem pogodi koji predmet drži u ruci; pacijent će reći da je to metalni predmet, tačno će opisati njegov oblik i dimenzije, ali neće znati da je to ključ).

Osim ovih pomenutih, postoje i agnozije ostalih čula.

Iluzije. – Iluzije su falsifikovano ili pogrešno interpretirano opažanja realnih predmeta. Spoljna draž (predmet) postoji, ali se pogrešno opaža.

Iluzije se mogu javiti kod praktično normalnih ljudi u stanjima umora, iscrpljenosti, visoke temperature. Objašnjavaju se nepažnjom ili intenzivnim strahom (u tekstu se ne primećuju štamparske greške ili kroz mračnu šumu od ponja se može šetaču učiniti čovek koji čuči, spreman da ga napadne). Ako subjektu na takve situacije skrenemo pažnju, on će se korigovati. Međutim, kad su iluzije simptom bolesti, takve korekcije su nemoguće, jer je pacijent nepokolebljiv u svom uverenju da ono što opaža predstavlja i objektivnu realnost. Iluzije se javljaju i u stanjima intoksikacije centralnog nervnog sistema. Čest su simptom kod alkoholnih i drugih akutnih delirijuma. Te iluzije su najčešće zastrašujuće i navode osobu da se agresijom „brani“ od nekih divljih zveri koje jurišaju prema njoj (jedan pacijent je od poštreta svojih umrlih roditelja imao iluziju divljih zveri, koje sa zida svakog trenutka hoće da skoče na njega.)



↑ Iluzije („Rož“ – „Roche“, Bozel)

Postoje iluzije svih čula. Kao dokaz da je i čulo mirisa vrlo varljivo, Eriksen (E. H. Erichsen) navodi primer dvojice vojnika koji su železničkim vagonom sprovodili leš poginulog vojnika. Iz Rusije su, po avgustovskoj vrućini, tek jedanaestog dana stigli na nemačku granicu. Tu su se žalili da već tri dana zbog smrada ne mogu ništa da jedu. Kad su pogranične vlasti otvorile sanduk, u njemu uopšte nije bilo leša.

Halucinacije. – Halucinacije su opažanja bez objekta. Spoljna draž ne postoji, a pacijent vidi ljude, čuje pretnje, oseća mirise. Pokušaji da ga razuverimo, da mu kažemo da je u zabludi, po pravilu su bez uspeha. Pacijent je nekritičan i ima oštećen sud realnosti.

Halucinacije se javljaju u stanjima iščekivanja, straha, užasa, zatim kao simptom duševnih oboljenja ili organskih lezija senzoričkih centara mozga, zbog tumora, gladovanja, iscrpljenosti ili hemijskih intoksikacija. Predisponirajući faktori su: poremećaj svesti i afekta, postojanje sumanutih ideja, ubedljive sugestije i dr.



† Bolesnik s vidnim halucinacijama (A. Portnov i Fedotov)

Osim u slučajevima hipnagognih halucinacija (halucinacije u toku uspjavanja ili buđenja), halucinatorni fenomeni su simptomi bolesti.

Halucinacije mogu da budu za bolesnika prijatne ili neprijatne – hvale ga, grde ili savetuju. Opasne su naredbodavne (imperativne) halucinacije, koje subjektu naređuju da nešto učini. Zbog toga su ovakvi pacijenti vrlo opasni i za sebe i za svoju okolinu. U slučaju antagonističkih halucinacija bolesnik na jedno uvo čuje jednu, a na drugo suprotnu naredbu, što ga može provocirati na samoubistvo. Postoje halucinacije svih čula.

Optičke (vizuelne) halucinacije su elementarne ili proste (iskre, boje, svetlo, plamen) i složene, koje su mnogobrojne. Pri mikrohalucinacijama opažani predmeti su mali (bube, miševi). Poseban oblik mikrohalucinacija su liliputanske halucinacije, koje se pojavljuju pri trovanju alkoholom ili kokainom.

Makropsije predstavljaju viđenje ogromnih, dizmorfopsije – viđenje deformisanih, a metamorfopsije – viđenje predmeta koji se menjaju.

Pri autoskopskim halucinacijama oboleli vide delove svoga tela (srce, unutrašnje organe) kako se šetaju u slobodnom prostoru. Ovakve zastrašujuće halucinacije navode bolesnika na autoagresiju.



† Prsti kao „antifoni“ i „odbrana“ od slušnih halucinacija

Pri ekstrakampnim halucinacijama bolesnik vidi van svog vidnog polja (iza leđa, kroz zid). Pri grafičkim halucinacijama pacijent vidi ispisane reči.

Halucinacije nekad imaju određen tok, kao na filmu, pa oboleli može ponekad biti glumac i gledalac istovremeno (na primer, pri uzimanju nekih droga).

Optičke halucinacije najčešće se pojavljuju u stanjima poremećene svesti ili visoke febrilnosti.

Akustičke halucinacije su proste, elementarne (šum, zujanje, pucketanje) i u formi glasova (reči, rečenice, monolazi, dijalози). Glasovi dolaze iz najbizarnijih izvora (iz kosmosa, sa drugih planeta, iz zemlje, iz tela bolesnika, iz česme, zidova, lustera). Po karakteru su prijatni, neprijatni, savetodavni ili naredbodavni. Pacijenti nekad čuju i sopstvene misli. Ovaj fenomen poznat je kao **eho misli**. Vrlo je neprijatan, jer bolesnik može imati utisak da mu i drugi čuju ili čitaju misli. Fenomen krađe

ili oduzimanja misli manifestuje se utiskom bolesnika da čuju kako druge osobe izgovaraju sve ono što oni pomisle. Kad se neko obrati pacijentu koji ima utisak da mu drugi čitaju misli, on će reći „šta me pitate, kad već sve znate“.

Mirisne (olfaktivne) halucinacije manifestuju se doživljavanjem vrlo neprijatnih mirisa, a čest su simptom temporalne epilepsije. Bolesnik sumanuto interpretira svoje mirisne halucinacije, povezujući ih s nečijom namerom da ga truje. (Jedan pacijent je proveravao sve otvore i sve cevi u stanu da mu ne bi neko ubacio otrovni gas. Bračni par sa slikom bolesti koja je poznata kao „ludilo udvoje“ svakog dana je menjao stanove, jer su u svakom stanu osećali isti miris; kad su miris osetili i u hotelskoj sobi, tražili su zvaničnu „zaštitu“ od suda.)

Halucinacije čula **ukusa (gustativne)** manifestuju se subjektivnim utiskom obo-
lelog da je hrana promenila ukus. I u ovim slučajevima bolesnik brzo, sumanuto zaključuje da je otrovan (jedan bole-
snik doneo je džak brašna na analizu, jer je njegova supruga od tog brašna mesila hleb od koga on „ima muku u stomaku“).



†Bolesnik se „brani“ od mirisnih haluci-
nacija.

Halucinacije čula **dodira (taktilne)** bolesnici opisuju kao mravinjanja, dodir, ubod, svrab, toplotu, pečenje, vlaženje ili elektriziranje. Nekad su ove halucinacije komplikovane, kad halucinant jednu „draž“ doživi na različitim čulnim arealima. Bolesnici, uvereni u realnost svojih halucinacija, pokušavaju terapijske obračune: rasecaju kožu, „jure bubice“ i razočarani su „kad se one opet vrate“.

Slične osećaje bolesna osoba može imati i na unutrašnjim organima. Tada je reč o **cenestetičkim** halucinacijama (jedan bolesnik je tvrdio da mu je u snu neko čupao srce i vadio creva).

Pri **kinestetičkim** halucinacijama bolesnik doživljava da mu se delovi tela kreću ili nišu, propodaju, uzletaju (**vestibularne** halucinacije).

Pomenućemo još jedan interesantan fenomen, poznat kao „fantomski ud“. On najverovatnije predstavlja kombinaciju taktilnih i kinestetičkih halucinacija. Javlja se kod bolesnika nakon amputacije ekstremiteta, hirurškog odstranjivanja oka ili nekog drugog dela tela. Pacijent „ne prihvata“ gubljenje ekstremiteta i pokušava da hoda. Mehanizam nastanka senzacija kod fantomskog uda je nedovoljno objašnjen. Jedno od objašnjenja je da čovek poseduje sliku o šemi svog tela, iz koje još „nije ispa“ odstranjeni deo tela. Osim toga, on se psihički teško miri s nedostatkom i to „ne želi da zna“. Izvesni autori nalaze objašnjenje u stvaranju neurinoma, malih tumora

nerava na nivou hirurškog reza, sa čijih nadraženih delova se draži ushodnim senzitivnim putevima kreću do kore mozga. Pomenimo i autore koji upućuju na traženje objašnjenja u kortikalnoj reprezentaciji tih delova tela. Za odstranjeni ekstremitet nije uništena njegova centralna reprezentacija u kori velikog mozga.

Ponašanje pacijenta s halucinacijama. – Osobe koje doživljavaju halucinacije ponašaju se karakteristično, i to medicinska sestra i tehničar moraju da zapažaju i registruju. Njihova mimika je vrlo karakteristična: halucinant gleda, smeje se, razgovara, gestikulira ili se ljuti na svoje halucinacije. U slučaju neprijatnih akustičkih halucinacija on može da oseća strah, pa se brani stavljanjem vate ili antifona u uši. Takav bolesnik kontroliše zidove, slavine, cevi, radio i televizor. (Jedan shizofreni bolesnik razmontirao je televizor da bi pronašao odakle dolaze grdnje koje mu upućuje nepoznata osoba, a zatim je pozvao majstore da zazidaju prozor, da glasovi ne bi dolazili iz spoljne sredine.)

Etiopatogeneza halucinacija. – Pouzdanog objašnjenja o mehanizmu nastanka halucinacija ni do danas nema. Još su Hipokrat i Avicena tvrdili da su halucinacije proizvod delovanja mašte. Danas se, međutim, pretpostavlja da je od bitnog značaja integrativna sposobnost mozga, jer mozak lišen te sposobnosti (slaboumne osobe) „ne proizvodi halucinacije“. Autori koji halucinacije smatraju posledicom razdraženja ili promene funkcionisanja kortikalnih senzornih centara, navode podatak da halucinacije nestaju ako se ovi centri unište.

Za Poroc halucinacije su izraz oštećenja tzv. perceptivnih polja svesti.

U nastanku halucinacija važan je odnos kore i potkornih regija mozga. Funkcija kore je u opadanju, a njenu ulogu preuzimaju supkortikalni centri. Navodi se čak i mogućnost da nastaju patološke ekscitacije u moždanoj kori, čije su fiziološke funkcije inhibirane. Halucinacije mogu nastati mehanizmom projekcije, gde sumanosti može da deluje kao unutrašnja draž, koja se materijalizuje, eksternalizuje u halucinaciju. Tipičan primer su halucinacije usled sumanutih ideja, kao i halucinacije koje predstavljaju halucinatorno ispunjenje bolesnikovih želja.

U svim slučajevima Ja (ego) ličnosti nije gospodar situacije. Ja je otepljeno od ličnosti, bez sposobnosti sinteze i kontrole utisaka.

26.2. Pažnja

Na naša čula skoro svakog trenutka deluje veliki broj, često vrlo raznovrsnih, draži. Pažnja nam omogućava da selekcionišemo te draži, ali i spremnost da uočavamo nove draži. Usredsređenost mentalne aktivnosti na ograničeni broj draži i sposobnosti distribucije te aktivnosti na nove draži, nazivamo pažnjom.

Fiziološku osnovu pažnje čine procesi ekscitacije i inhibicije pojedinih centara kore mozga. Dominantno ognjište razdraženja inhibira draži koje dolaze iz ostalih areala mozga i pruža subjektu mogućnost „pune koncentracije pažnje“.

Pažnja ima svoje telesne manifestacije: oči se okreću prema predmetu koji se opaža, mišići su napregnuti, bubne opne napete a disanje zaustavljeno, što licu daje određenu karakterističnu mimiku.

Kod pažnje se razlikuju dva fenomena: usredsređenost i usmeravanje. Usredsređenost (udublјivanje, koncentracija) je sposobnost udublјivanja u izvestan broj izdvojenih draži. Ukoliko je broj ovih draži manji, utoliko je usredsređenost veća. Usmeravanje pažnje predstavlja opažanje jednih, a zanemarivanje drugih draži. Sposobnost dužeg usredsređivanja pažnje, sve do postizanja cilja, poznata je kao **tenacitet** pažnje, a dovođenje novih draži u žižu interesovanja – **vigilnost** pažnje. Logično je da je odnos između tenaciteta i vigilnosti obrnuto proporcionalan: ukoliko je tenacitet veći, vigilnost pažnje je smanjena, i obratno.

Draži koje su intenzivne, iznenadne i u kontrastu sa svojom okolinom izazivaju nena-mernu, spontanu ili pasivnu pažnju. Ako su draži u skladu sa potrebama, interesima ili zadacima subjekta, onda je to namerna, hotimična ili voljna pažnja.

Pasivna pažnja zavisi od intenziteta draži (pucanj), od kontrasta među dražima (ekstravagantno obučena osoba u grupi osoba koje su skladno obučene), od dužine trajanja draži (prekidanje i ponavljanje draži), od prostorne veličine (osoba koja štrči u stroju), od relativne jačine (razgovor u hali ili čitaonica) i od prestanka draži (prekidanje uspavanke aktivira pažnju i deo se budi). I spoljne draži, koje za osobu imaju emocionalni i profesionalni značaj, utiču na pažnju (poznato je da se odjednom „budi“ dotle nezainteresovan duševni bolesnik ako započne razgovor o nečemu što je blisko njegovoj sumanutoj zaokupljenosti). Na pažnju još utiču iskustva i na iskustvu zasnovano očekivanje (pogrešno odštampane reči čitaju se pravilno bez uočavanja greške; ako saznamo da neko boluje od anemije, primećujemo da je bleđ iako do trenutka saznavanja dijagnoze nismo na bolesniku ništa osobito primećivali).

Voljna (aktivna) pažnja zavisi od cilja i interesovanja, a od intelektualnih, profesionalnih (naučnici, časovničari i slične profesije) i drugih kapaciteta, kao i od uhodanih mehanizama postizanja pune koncentracije zavisi kvalitet voljne pažnje.

Na dinamičnosti se zasniva osobina prelaženja pasivne u aktivnu pažnju, i obratno.

Postoje intervali u kojima pažnja slabi ili se prekida. Ovi intervali, zavisno od složenosti percipiranih situacija, javljaju se posle desetak minuta. Dobri pedagozi to znaju i svoje predavanje uvek oživljavaju nečim što će reaktivirati pokolebanu pažnju, jer aktivna pažnja začas može preći u pasivnu. Mogućan je i obratan proces: predavanje za koje očekujemo da će biti dosadno može nas odjednom zainteresovati, pa će pasivna pažnja preći u aktivnu.

Pod obimom pažnje podrazumeva se broj elemenata aktivno opaženih u kratkom vremenskom periodu. Tih elemenata ima oko šest. Teško je dakle, istovremeno učiti i slušati muziku, pevati, pisati i slično.

Postoje i druge podele pažnje, kao na primer, na intenzivnu i distributivnu, stabilnu i labilnu (prema manjoj ili većoj mogućnosti odstranjenja pažnje), dinamičnu (kojoj su potrebni novi impulsi) i statičnu (na jednom objektu), čulnu (kod umetnika) i intelektualnu, koja se usmerava na sopstveni unutrašnji život.

Ispitivanje pažnje. – U svakodnevnoj praksi pažnja se najčešće ispituje slobodnim posmatranjem. Ako nas sagovornik stalno nešto zapituje ili pokušava da još nešto radi, njegova aktivna pažnja je slaba, a sposobnost odstranjivanja pažnje velika (manični bolesnici na nama stalno nešto primećuju umesto da odgovaraju na pitanja).

Pri ispitivanju pažnje Burdonovim testom osoba koja se ispituje treba da prectava određeno slovo u nekom tekstu. Ako na desetak reči napravi više od dve greške, pažnja joj je oslabljena.

Postoje i tehnički usavršeni aparati pomoću kojih se za nekoliko sekundi projektuju predmeti, slova, brojevi ili reči, a od ispitanika se zahteva da nabroji sve što je na ekranu projektovano (tahistoskopska metoda).

26.2.1. Poremećaji pažnje

Slab tenacitet ili slaba koncentracija pažnje posledica su zamora, emocionalnog interesovanja koje dugo traje, straha ili drugih poremećaja afekta, izmenjenog stanja svesti, poremećenog načina mišljenja, niskog intelektualnog dometa i mnogih drugih faktora. Slab tenacitet pažnje čest je simptom neuroza.

Slaba vigilnost ili slaba sposobnost distribucije pažnje na nove predmete zapažaju se kod mentalno subnormalnih osoba i kod nekih duševnih bolesnika za koje se kaže da su bradipsihični (usporeni). Takvi su depresivni bolesnici s tumorom mozga ili sa simptomima intoksikacije centralnog nervnog sistema.

Pri pojačanoj vigilnosti pažnja je praktično rasuta, što je posebno karakteristično za manične bolesnike.

Rasejanost predstavlja posebnu kategoriju poremećene pažnje. Rasejanost dece objašnjava se slabim tenacijetom, a povećanom vigižnošću pažnje. Poslovično je tzv. profesorska rasejanost, gde je tenacijet visok a vigižnost skoro i ne postoji. (Poznata je šala o profesoru koji je u vozu pitao konduktera da li on, profesor, ide ili se vraća sa godišnjeg odmora.)

26.3. Mišljenje

Mišljenje pripada saznavnim (kognitivnim) funkcijama, kojima se uspostavljaju veze između predmeta i pojava u spoljašnjem svetu. Mišljenje je oduvek služilo čoveku da iznalazi načine kojima rešava probleme svoje biološke i socijalne egzistencije. Ono služi i zadovoljenju saznavnih potreba čoveka. Procesom mišljenja ne donose se samo logični, već i nelogični sudovi.

Čovek veliki broj informacija dobija opažanjem i u stanju je da ih posle izvesnog vremena reprodukuje. Kada bi se koristio samo opažanjem i sećanjem, on bi se ponašao kao automat, kao gramofonska ploča koja reprodukuje samo ono što je na njoj snimljeno. Stvarnost, objektivni svet oko nas, mnogo su složeniji i mišljenje nam služi da ih potpunije upoznamo.

U procesu mišljenja koriste se opažanja, predstave, pojmovi i simboli radi iznalaženja odnosa i rešavanja problema.

Motivi i osećanja utiču na misaoni tok i mogu ponekad navesti na pogrešno zaključivanje (greške i loše postupke osobe koja nam je draga ne primećujemo). Predrasude takođe bitno utiču da sud bude pogrešan ili proizvoljan.

Postoji veza između mišljenja i govora. Mišljenje se smatra unutrašnjim, „preverbalnim“ govorom. Govor je projekcija misli i, zavisno od stepena obrazovanja, može da bude bogatiji rečima, precizniji i za uvo prijatniji. Postoje osobe koje, uprkos superiornoj inteligenciji i obrazovanju, vrlo teško verbalizuju svoje misli. Mišljenje se razvija i pre sposobnosti verbalizovanja misli (na primer, dete koje još nije naučilo da govori), a govor služi interpersonalnoj komunikaciji, stvaranju i širenju kulture i napretku ljudskog društva u celini.

U procesu mišljenja čovek se služi pojmovima. Pojam je skup bitnih i opštih osobina predmeta i pojava. Opštim pojmovima se izražavaju zajedničke karakteristike predmeta ili određenih kategorija, a bitnim ili pojedinačnim pojmom izražavaju se svojstva samo jednog predmeta.

Planina je, na primer, opšti pojam, a Avala je reprezentant bitnog ili pojedinačnog pojma, jer nema druge planine kraj Beograda koja bi se isto tako nazivala.

Pod misaonim procesom u toku kojeg se razvija formiranje pojmova, podrazumeva se i upoređivanje ili komparacija, razlikovanje ili diskriminacija, analiza, sinteza, apstrakcija i generalizacija.

Upoređivanjem (komparacijom) se utvrđuje sličnost, a razlikovanjem (diskriminacijom) se konstatuje razlika između predmeta. Analiza je raščlanjivanje, a sinteza povezivanje raščlanjenih premisa. Apstrakcija je izdvajanje samo određenih, a zanemarivanje svih drugih karakteristika predmeta. Generalizacija je povezivanje, sjedinjavanje apstrakcijom izdvojenih karakteristika.

Zaključivanje je proces kojim, na osnovu poznatih ili dotih podataka, otkrivamo nove istine. U procesu zaključivanja služimo se mehanizmima indukcije i dedukcije.

Indukcijom, od pojedinačnih stvaramo opšte istine. Dedukcija je suprotan proces, kojim, na osnovu opštih osobina ili stavova, donosimo pojedinačan, poseban zaključak. U prvom slučaju na osnovu niza simptoma dijagnostikujemo bolesti; u drugom slučaju ako znamo da kičmenjaci imaju kičmu, bez napora ćemo zaključiti da i konj pripada kičmenjacima.

U procesu mišljenja i zaključivanja služimo se i pretpostavkama, koje smatramo zaključcima bez dovoljno elemenata. Ako je stao neki komplikovan mehanizam, a ne znamo deo koji je izbačen iz stroja, proveravanjem jedne po jedne pretpostavke otkrićemo uzrok kvara. Na sličan način se postavlja dijagnoza neke nejasne bolesti.

Zaključivanje može da trpi ozbiljne uticaje predrasuda, simpatija, antipatija, stava autoriteta, mišljenja većine itd.

Halo-efekat je pogrešno zaključivanje na osnovu opšteg utiska (na osnovu ranijeg znanja daje se učeniku odlična ocena, iako on takvu ocenu nije zaslužio).

Zaključivanje se završava donošenjem suda.

Vrste mišljenja. – Mišljenje koje je zasnovano na opažajima i na njihovoj najčešće uprošćenoj i izmenjenoj reprodukciji poznato je kao **konkretno**. Postoje i drugi nazivi: primitivno, arhaično, prelogično mišljenje, koje se služi simbolima i predstavama. Primitivan čovek raspolaze malim iskustvom, za mnoga pitanja nalazi mistična rešenja, predmetima i pojavama pridaje natprirodnu moć, a princip kauzaliteta, tačnije odnos uzroka i posledica, nije mu jasan. Za primitivnog čoveka fotografija i senka su isto što i sam čovek. (Otuda negde postoji običaj da se ne sme stati na čovekovu senku ili da se pri sahranjivanju pazi da senka „ne uđe“ u ruku.)

Mišljenje koje je zasnovano na apstraktnim pojmovima kao simbolima naziva se **apstraktno**. Ako se u toku misaonog procesa dođe do zaključka koji da tada nisu bili poznati, reč je o produktivnom mišljenju. Mišljenje koje predstavlja doprinos, obogaćenje nauke ili umetnosti, naziva se stvaralačko. Ono prolazi kroz četiri faze: pripremu, sazrevanje, nadahnuće i proveru.

Katalitmo mišljenje opterećeno je afektima, a simbolično mišljenje apstraktne simbole prevodi u konkretne.

26.3.1. Poremećaji mišljenja

Razlikuju se poremećaji mišljenja po formi i po sadržaju.

26.3.1.1. Poremećaji forme

Sušтина ovog poremećaja je u formi misaonog toka. Naročita pažnja poklanja se pravilnosti manipulacije pojmovima, ritmu i obliku misaonog toka, načinu saopštavanja misli, gramatičkoj i logičkoj povezanosti verbalizovanog materijala.

Bolesna opširnost je posledica bolesnikove nesposobnosti da uviđa bitno. Veliki broj asocijacija onemogućava takvu osobu da osnovnu misao privede cilju pa se gubi u nepotrebnim detaljima. Ovakva opširnost karakteristika je intelektualno inferiornih osoba, „lepljivih“ epileptičara, maničnih i dementnih bolesnika.

Usporenost misaonog toka posledica je jedne dominantne ideje sa koje bolesnik ne može da odstrani svoju pažnju. Depresivni bolesnici, smanjene vigilnosti ili distribucije pažnje, govore vrlo sporo, okrenuti su svom morbidnom doživljavanju, skoro nezainteresovani za pitanja sagovornika.

Blok u mišljenju je iznenađni prekid misaonog toka. Bolesnik ne može da se seti, uprkos podsećanju, šta je hteo da kaže. Osoba ima bolesni utisak da su joj misli pročitane ili pokradene.

Ubrzani misaoni tok karakteriše se najčešće **bujicom ideja**. Pri tom je impuls za govorenjem pojačan, što se naziva **logoreja**. Pacijent je prepun sporednih, pobočnih asocijacija, a pažnja mu je hipervigilna, što se često sreće kod maničnih bolesnika, koji su skloni govornim tiradama.

Perseveracija je prisilno ponavljanje neke reči ili rečenice. Tako je jedan shizofreni bolesnik stalno ponovljao „kultura se ne meri temperaturom“.

Ako se reč ili rečenica često i besmisleno ponavlja, onda se to naziva **verbigeracija**. Neki autori ponavljanje jedne reči nazivaju „intoksikacija reči“, a ponavljanje poslednjeg sloga – logoklonija.

Nepovezani misaoni tok, gde nema logične veze između prethodne i naredne rečenice, koje su, međutim, gramatički korektne, poznat je kao **inkoherentno** mišljenje.

Kod najtežih formalnih poremećaja mišljenja pojmovi se raspadaju, a javljaju se neologizmi (nove reči, često besmislene, razumljive možda samo pacijentu).

Rasulo misli karakteriše se takvim raspadom pojmova pri čemu se stvaraju neologizmi, mnogi sufiksi ili ono što se u lingvistici naziva „fleksija reči“. U literaturi se za ovakve i slične „govorne papazjanije“ upotrebljava termin shizofazija.

„**Salata od reči**“ je potpuna iscepanost pojmova, dovedenih na nivo totalne nerazumljivosti.

26.3.1.2. Poremećaji mišljenja po sadržaju

Uobičajena je podela na tri grupe poremećaja: sumanute ideje, precenjene ideje i prisilne ideje.

1) **Sumanute ideje.** – One predstavljaju bolestan sud, nedostupan korekciji. Ap-surdne su po sadržaju, u njih subjekt nepokolebljivo veruje, a korekcija iskustvom ili logičkim zaključivanjem praktično je nemoguća.

Ovakve ideje su psihološki shvatljive ako su proistekle iz afekta, potresnih doživljaja, iz osećanja krivice, čulnih obmana ili iz doživljaja „otuđivanja spoljnog opažajnog sveta pri promenjenoj svesti“, ili su psihološki nedokučive.

Ne postoji veći strah od onog koji se oseća pred neodređenom opasnošću. Tada nastaju ubeđenja o grešnosti, o osećanju krivice ili, pak, o božanskom uzdizanju, posvećenju, identifikaciji s Bogom, jer Bog je simbol svemoći.

Sumanute ideje se moraju razlikovati od verovanja, sujeverja, religioznih zabluda primitivnih naroda, koje se smenjuju kao tipične iluzije epoha. Samo apsurdnost visokog stepena može da se oglasi kao sumanutost. Zablude zdravih osoba nešto su zajedničko, opšte, u šta svi veruju i što svi prihvataju.

Prava sumanutost ne može se ispraviti zato što su nastale ozbiljne promene ličnosti, čiju suštinu psihijatrija dosad nije uspeła da utvrdi.

„Ne može se reći, piše Jaspers, da je čitav svet sumanutog bolesnika promenjen, jer se on u području empirije i logike može dalekosežno ponašati kao čovek zdravog razuma... Ponašanje bolesnika prema sumanutom sadržaju često je nedosljedno. Vera u stvarnost proteže se od gole igrarije nečeg što je moguće, pa preko dvostruke stvarnosti – empirijske i sumanute – do ponašanja koje odgovara apsolutnoj stvarnosti sumanutog sadržaja“.

Kad je sumanutost bolesnika postala jasna, započinje njena sistematska obrada. Kod nesistematske i rasplinute sumanutosti nema jasne povezanosti. Sumanuti sistem predstavlja jedinstvenu, neprotivrečnu povezanost, gde je osnovni sud bolestan, pa i svi izvedeni zaključci, iako logični po formi.

Postoji interesantna podela sumanutog otuđenja prema mehanizmu, strukturi i temi.

a) Podela prema mehanizmu. – Mehanizmi otuđenja su intuicija, halucinacija, interpretacija i imaginacija.

Intuicijom sumanuti bolesnik nešto naslućuje, iščekuje. Halucinatorni doživljaji bitno utiču na način mišljenja, što je već pokazano na primeru halucinacija čula ukusa i mirisa, koje utiču na pojavu sumanutih ideja trovanja. Mehanizmom bolesnog interpretiranja svega što se zbiva oko njega i u njemu samom, pacijenta vodi konačno u sumanuto otuđenje od realnosti. Imaginativni način otuđenja je isto tako mogućan.

b) Podela prema strukturi. – Prema strukturi, sumanute ideje mogu biti paranoidne i paranoičke.

Paranoidne su apsurdne, nelogične, nesistematizovane, a paranoične predstavljaju čvrsto formiran sumanutu sistem u koji bolesnik nepokolebljivo veruje (za okolinu na prvi pogled pre deluje kao osobenjak ili potencijalno velika ličnost nego kao duševno obolela osoba; čest primer su „pronglazači“).

a) Podela prema temi. – Tematski, sumanute ideje su neiscrpne, nestabilne, apsurdne. One „prate modu“, što znači da prate socijalna kretanja i dostignuća nauke (ranije su na duševne bolesnike „uticale“ veštice, a sad kosmonauti).

U **ekspanzivne** sumanute ideje ubrajaju se ideje veličine (pacijent je „značajna ličnost“), bogatstva (neizmerno je bogat), visokog porekla (potomak je ili roditelj znamenitih ličnosti), pronalazaštva (fantastični izumi), telepatske moći, fizičke snage i lepote, neuništivosti, besmrtnosti itd.

U **depresivne** sumanute ideje ubrajaju se ideje grešnosti i samooptuživanja (autokuzacija), o prisustvu neizlečivih bolesti (rak), ideje materijalne i socijalne propasti (bolesnik strahuje da će „umreti u bedi, prezren, napušten“; poznat je primer bolesnika koji je sekirom pokušao da ubije svog unuka da ne bi umro od gladi koja je „pretilo“ porodici). Nihilističke depresivne ideje anuliraju realnost, bolesnici nemaju nigde nikoga i nigde ničega, nemaju unutrašnje organe (depresivni pacijent odbija hranu zato što „nema želucu“). Pri „ludilu ogromnosti“ pacijent tvrdi da je ogroman ili da su njegovi delovi tela ogromni (narkoman kod koga je droga provocirala latentnu shizofreniju, imao je utisak da raste do „kosmičke visine“ i odatle, u konkavnom obliku, gleda ljude kao mrave).

Sumanute ideje **proganjanja** (perzekucije) manifestuju se bolesnim verovanjem pacijenta da je pod prismotrom, da ga prate, da će ga uništiti, da protiv njega postoji zavera.

Interpretaciona sumanutost karakteriše se bolesnim interpretiranjima svega što se dešava. U okviru ove sumanutosti poznate su **ideje odnosa**. Pacijent je u centru pažnje, sve se odnosi na njega, ljudi se značajno zogleđaju, nakašljavaju, došaptavaju, što on doživljava kao značajnu simboliku koja mu govori da mu je došao kraj, „crni petak“, sudnji dan. Odevanje okoline za pacijenta ima takođe ugrožavajuću simboliku (lekar je stavio tamnu mašnu: znači, pacijenta će danas sahraniti).

Sumanute ideje **ljubomore** su vrlo apsurdne, a način proveravanja bizaran. Duševni bolesnik veruje da ga žena vara s decom, s iznemoglim starcima, s najbližim rođacima, sa životinjama, a proverava je kontrolišući intimnu garderobu, tajno je snima, prati.

Erotičko „ludilo“ (erotomanija) karakteriše se sumanutim ubeđenjem bolesnih osoba da su u njih zaljubljene poznate ličnosti. One se pojavljuju na televiziji zato što to bolesnik želi, pevaju pesme posvećene njemu i slično.

Religiozne sumanute ideje komunikacije i identifikacije s Bogom „daju pravo“ pacijentu da se ponaša kao novi mesija, koji je došao da spase svet (ideje **mesijanstva**). Bolesnici su gordi, „dostojanstveni“, jer tako zamišljaju „Božje ljude“.

Revandikacione i kverulantske sumanute ideje karakterišu se verovanjem pacijenta da nije dobio društveno priznanje koje mu pripada. Priznanja i satisfakcije pacijenti traže od suda beskonačnim tužakanjima.

Trajanje sumanutih ideja zavisi od uzroka, od vrste bolesti. Kod intoksikacije nervnog sistema ili prolaznih psihotičnih epizoda sumanute ideje nestaju, a u drugim slučajevima potreban je dug terapijski postupak da bi one iščezle. Bolesnik može tvrditi, u procesu ozdravljenja, da je „sanjao, da je zaboravio, da mu se tako činilo“. (Jedan mladi psihotični bolesnik tvrdio je da će u bolnicu doći milicija i da će on biti giljotiniran. Grupa zdravijih bolesnika pozvala ga je jednog dana i ozbiljno ga obavestila o tome da je „sud ponovo zasadao i pomilovao ga“. Uveče je ovaj „pomilovani bolesnik“ čašćavao celu grupu bolesnika muškog odeljenja „zbog toga što će ostati živ.“)

2) Precenjene (prevalentne) ideje. – Ove ideje su posledica prevelike afektivne investicije u nešto što predstavlja profesiju ili pasiju subjekta. Često se to opaža kao „profesionalna deformacija“, ali ako postane jedina preokupacija zbog koje osoba i materijalno propada, pnda je u kvalitetu i intenzitetu to sumanuta ideja.

Precenjenu ideju ima kancerolog koji „na ulici zapaža nevuse i u svakom od njih nalazi rak“. Precenjene ideje, međutim, mogu biti i motivaciona snaga da se dođe do naučnih otkrića.

3) Prisilne misli, ideje i postupci. – Manifestuju se opsednutošću pacijenta nekom često besmislenom idejom. Ruminirajući, protivno svojoj volji, takvu misao, pacijent se bori protiv nje ili strahuje od moguće realizacije. Prisilne ideje neurotičara ne realizuju se ukoliko su u suprotnosti s moralnim kodeksima društva, dok se prisilne ideje psihotičnih bolesnika mogu realizovati (da nekog ubije).

Rukopis psihotičnog bolesnika s poremećajem mišljenja karakteriše se greškama koje mogu biti kaligrafske, ortografske i psihografske. Oni se često izražavaju bizarno, zamenjujući reči crtežima.

26.4. Pamćenje

Pamćenje je složeni psihički proces koji nam služi da se koristimo ranijim iskustvom. Čovek ne bi mogao da se snađe i egzistira kada bi uvek iznova morao da se upoznaje sa svim onim što je već upoznao. Pamćenje je saznajna čovekova funkcija, koja se sastoji od upamćivanja, zadržavanja i kasnijeg prepoznavanja ili reprodukovanja utisaka materijalnog sveta. Zahvaljujući pamćenju, čovek može da reprodukuje utiske koji su nekad delovali na njegove perceptivne organe.

Pamćenje nastaje stvaranjem engrama ili mnemograma, zahvaljujući plastičnosti mozga. Engram je neka vrsta otiska draži, traga, urezivanja kao na gramofonskoj

ploči. Ovaj neurofiziološki proces prolazi kroz dve faze. Prva faza je membransko ili privremeno pamćenje i bazira se na ekscitaciji neurona. Ovo je bioelektrična faza i to je kratkotrajno pamćenje.

Druga faza je biohemijska. U toku ove faze nastaje spajanje molekula ribonukleinske kiseline, koja se nalazi u neuronima. Ta polimerizacija ribonukleinske kiseline obavlja se pod dejstvom belančevinastih fermenta i predstavlja fazu trajnog pamćenja.

Smatra se da je temporalni režanj tzv. memorija korteks i da je u njemu skladište engrama. U novije vreme izvesni autori tvrde da je ta diskoteka znanja magacionirana u neurogliji. Međutim, mehanizam reprodukcije upamćenog nije potpuno jasan. Verovatno je to na principu asocijacija (asocijacija je sposobnost da se „dva sadržaja istovremeno doživljena i u reprodukciji javljaju zajedno“).

Vrste pamćenja. – Postoji nekoliko vrsta pamćenja.

Namerno pamćenje je rezultat postavljenog cilja da se nešto zapamti.

Nenamerno pamćenje je zadržavanje doživljenog sadržaja bez namere da se on upamti.

Motorno pamćenje je učenje i reprodukcija naučenih pokreta (balet, pisanje na mašini).

Mentalno pamćenje je zadržavanje i reprodukovanje intelektualnih sadržaja. Ono može biti slikovito, kad se opaža predmet ili slika, a reprodukuje se pomoću predstava (predstave su reprodukcije opažaja).

Logičko-verbalno pamćenje je zadržavanje materije i reprodukovanje rečima, odnosno grafičkim simbolima.

Emocionalno pamćenje je upamćivanje i reprodukovanje osećanja.

Pamćenje zavisi od intenziteta čulnih draži, od trajanja čulnih utisaka, od brzine čitanja ili ritma izlaganja, odnosno prostornog grupisanja podataka, od fizičkog stanja organizma, od komfora, pažnje, interesovanja i motivacije.

Učenje. – Učenje je namerno upamćivanje materijala ponavljanjem. Od nivoa inteligencije i drugih faktora zavisi koliko je ponavljanja potrebno da bi se nešto trajno upamtilo (napominjemo da postoji i nenamerno učenje bez ponavljanja – deo koje se dodiranjem opeče to trajno upamti.)

Učenje zavisi od postavljanja cilja, motivacije, ponavljanja i preslišavanja, vremenske raspodele, pohvala ili pokuda.

Transfer učenja je prenošenje dejstva ranijeg učenja na kasnije. Poznavanje jednog jezika, na primer, koristi za bolje učenje njemu srodnog jezika, i to je pozitivan transfer. Negativan transfer, na primer, dolazi do izražaja kad se u detinjstvu nauči lokalni dijalekt koji kasnije otežava učenje književnog jezika.

Mnemotehničko pamćenje je pamćenje pomoću skraćenica ili šeme.

Učenje teče neravnomerno i napreduje u skokovima. Lakša materija se pri prvim pokušajima upamti u većem obimu, a teška obratno: u početku je kvantum upamćenog materijala manji, da bi sve više rastao pri daljim pokušajima.

Reprodukcija. – Reprodukcijska je oživljavanje engrama, odnosno održavanje prošlosti bez ponovnog percipiranja. Ona je hotimična ili nehotična. Nekad je laka i trenutna, a nekad prolazi kroz fazu buđenja (evokacije), kad nam se nešto čini poznatim, i fazu aktualizacije, koja predstavlja stvarnu reprodukciju.

Zadržavanje i zaboravljanje. – Zadržavanje ili retencija nam omogućava da naučenu materiju kasnije koristimo. Zadržavanje je u tesnoj vezi sa zaboravljanjem. Zaboravljanje nastaje zbog odsustva ponavljanja i negativnog efekta aktivnosti koja se obavlja posle učenja.

Između pamćenja i zaboravljanja postoji izvestan odnos i kao da jedno drugo uslovljavaju. Da bi se nešto novo upamtilo, zaboraviće se nešto od ranije upamćenog. U izvesnim stanjima (san, davljenje) osoba se seća i utisaka za koje je verovala da su davno zaboravljeni, a oni se pred njom odvijaju kao na filmskoj traci. Ništa se sasvim ne zaboravlja. Stare osobe živo se sećaju perioda rane mladosti, ali ne i skorašnjih događaja, pa se za njih može čuti da su „hvalioci prošlih vremena“ (laudator temporis acti).

26.4.1. Poremećaji pamćenja

Poremećaji pamćenja dele se na kvantitativne i kvalitativne.

26.4.1.1. Kvantitativni poremećaji

Ovi poremećaji nastaju najčešće pri fizičkom umoru, usled dejstva jakog afekta, organskih lezija mozga i kod nekih duševnih bolesti.

Najlakši oblik je **prolazna zaboravnost**, koja je simptom umora, neuroze ili kočenja i odsustva asocijacije, nastalih pod snažnim dejstvom afekta (na ispitu).

Amnezija je nesećanje ili parcijalno sećanje prošlih utisaka. Dele se na potpune i nepotpune, organski ili funkcionalno uslovljene. Organske amnezije su najčešće potpune, a rezultat su trume mozga. U tim stanjima pacijent ne može ništa da upamti (amnezija fiksacije) ili ima ispade u sećanju. Funkcionalne amnezije su delimične (izuzetno potpune) i javljaju se kod neurotičnih pacijenata (histeričnih) ili su posledica stresova.

Hipermnezija je impresivna i bogata moć reprodukcije prošlih utisaka (u hipnozi, febrilnim stanjima, prilikom davljenja). Nekad to može da traumatizuje pacijenta, intenzivno preokupiranog živim sećanjem. Ilustrativan primer su paranoidni bolesnici koji detaljno opisuju sve događaje na osnovu kojih su „još tada naslućivali da će se nešto značajno dogoditi“.

26.4.1.2. Kvalitativni poremećaji

Grupu kvalitativnih poremećaja pamćenja neki autori nazivaju **paramnezijama**. Najbrojnije iz ove grupe su pseudoreminiscencije ili lažna sećanja i uspomene. Izvesni autori ih nazivaju **iluzijama pamćenja**. Tipične paramnezije su fenomeni „već viđenog“ i „nikad viđenog“.

Falsifikovano, naknadno izvrnuto sećanje nastaje pod dejstvom izmenjenog afekta, sumanutog načina mišljenja ili pod dejstvom sugestije. Tako, na primer, depresivni bolesnik s idejama grešnosti i autoakuzacije falsifikuje svoj život, tvrdeći da je celog života nemoralno postupao. Sumanuti „pronalazač“ nalazi tragove svoje genijalnosti još u najranijem detinjstvu, a sugestibilna, nezrela, histerična ili intelektualno inferiorna osoba, pod dejstvom sugestije, iskazuje sećanje koje je na staklenim nogama i često obogaćuje ili reducira sadržaj svojih sećanja.

Konfabulacije su retrospektivno falsifikovanje preživljenih doživljaja. Njima se nesvesno popunjavaju praznine u sećanju (ostvaca amnezije). Na podsticaj, konfabulacije dobijaju neslućene dimenzije. Konfabulacije su strukturalni simptom Korsakovljevog sindroma, normalan su kvalitet mašte dečjeg uzrasta, a kod shizofrenih fantastične „kreacije“ koje se, naravno, nikad nisu dogodile i dobijaju karakter konfabulatorne sumanutosti.

Patološka lažljivost (pseudologia phantastica) bolesna je sklonost laganju. Laži uvek imaju simboliku imaginativnog ispunjenja želja. Ovaj fenomen, poznat je kao „baronisanje“ (po pričama barona Minhausena), privilegija je dece i histeričnih osoba. Slične sklonosti imaju duševni bolesnici poznati kao mitomani.

26.5. Inteligencija

Termin inteligencija izveden je iz osnove latinske reči *intellegere*, koja znači shvatiti, razumeti. Još je Aristotel zabeležio da razum (mислеći na inteligenciju) „nije isti kod životinja i kod ljudi“.

Brojne definicije inteligencije možemo podeliti u biološke, psihološke i pedagoške. Tako Štern (Stern) smatra inteligenciju „opštom adaptabilnošću na nove probleme i uslove života“, a Bine (Binet) da ona obuhvata „shvatanje, pronalaženje, pravac i samokritiku“. Spirman (Spearman) za inteligenciju smatra značajnom sposobnost uviđanja bitnih odnosa među pojavama i pojmovima, kao sposobnost posmatranja sopstvenih mentalnih procesa. Pijaže opisuje inteligenciju kao sposobnost adaptivnog ponašanja i organizovanja misli i akcija. Veksler (Wechsler) definiše inteligenciju kao sposobnost individue da deluje svrsishodno, misli racionalno i uspešno sarađuje sa okolinom. Postoje i druge definicije inteligencije, kao što su „sposobnost snalaženja u novim uslovima na osnovu ranijeg iskustva“, „sposobnost učenja i rešavanja problema učenjem“ itd.

Značaj nasleđa i sredine. – Na razvoj inteligencije deluju nasledni faktori i socijalna sredina (svojim kulturnim i obrazovnim faktorima). O uticaju genetskih faktora na inteligenciju postoje brojne studije. Opisani su primeri jednojajnih (monozigotnih) blizanaca koji su podizani u različitim sredinama, i dvojajnih podizanih u skoro identičnim uslovima spoljne sredine. Monozigotni blizanci su pri tom pokazali veću sličnost intelektualnih sposobnosti od heterozigotnih blizanaca koji su rasli u istim uslovima. Takođe je veća intelektualna sličnost između dece i roditelja nego između dece i njihovih usvojitelja.

Iako se često čuje duhovita opaska da samo roditelji genijalne dece misle da je genijalnost nasledna, činjenica je da postoji tendencija približavanja normalni, što znači da deca genijalnih roditelja mogu biti prosečne inteligencije, kao što i deca intelektualno tupih roditelja mogu biti prosečne inteligencije. Smatra se da hereditet utvrđuje granice u okviru kojih faktori sredine mogu uticati na povećavanje ili snižavanje rezultata na testovima inteligencije. Na inteligenciju bitno utiču motivacija, struktura ličnosti, jezičke sposobnosti, socijalno–psihološki uslovi itd.

Struktura inteligencije. – Tordajk (Thordike) deli inteligenciju na apstraktnu ili verbalnu (s veštinom korišćenja brojeva), praktičnu (s veštinom manipulisanja objektima), i socijalnu (koja se manifestuje veštinom postupanja s ljudima).

Spirman smatra da postoje dva faktora: G, ili opšti, i S, ili specifični faktor. Opšta sposobnost ima udela u skoro svim mentalnim aktivnostima, a specifične sposobnosti ogledaju se u pojedinim veštinama ili umetnostima. On je naveo sedam ovakvih specifičnih sposobnosti: logičku, mehaničku, verbalnu, aritmetičku, jezičku, sposobnost pamćenja (memorisanja) i psihološku sposobnost.

Pomenute faktorske analize ne daju odgovor na pitanje šta je inteligencija, već omogućavaju grupisanje funkcija, sposobnosti ili drugih uzroka koji uslovljavaju varijacije rezultata i njihovu međusobnu povezanost.

Merenje inteligencije. – Merenje kompleksnih intelektualnih funkcija oduvek je predstavljalo problem. Francuzi Bine i Simon (Binet i Simon) primenili su svoju prvu skalu inteligencije (1905) u pariskim školama pri čemu su razvrstali subnormalnu od normalne dece i za prvu grupu formirali specijalna odeljenja (kakva danas postoje

u svim razvijenijim zemljama sveta). Beogradska revizija ove skale (1937) delo je profesora B. Stevanovića.

Inteligencija se meri količnikom inteligencije (IQ), koji predstavlja odnos između umnog i kalendarskog uzrasta.

Prema Pijažeu, postoje četiri faze mentalnog razvoja. Prva je senzomotorna, u kojoj dete počinje da shvata da objekti postoje čak i odvojeno od njegova percepcije; druga (između 5. i 6. godine), u kojoj dete objekte i događaje predstavlja pomoću simbola; treća faza (između 10. i 11. godine), u kojoj je dete sposobno za izražavanje „konkretnih operacija“ i četvrti (između 12. i 15. godine), kada ono prelazi sa konkretnih na „formalne operacije“.

Test kojim se meri inteligencija mora da bude stabilan, dosledan, da u uzastopnim primenama daje skoro identične rezultate, da stvarno meri ono čemu je namenjen. Postoje verbalni i manipulativni testovi, jezički i nejezički, individualni i grupni.

Koristi se podela na sledećih sedam kategorija: osobe vrlo visoke inteligencije (120–140), visoke inteligencije (110–120), prosečne inteligencije (90–110), intelektualno tupe (80–90), debili (50–80), imbecili (20–50) i idioti (ispod 20 IQ).

U novije vreme ističe se važnost socijalne uspešnosti kao kriterijum vrednovanja inteligencije, kao i da ne postoje značajne razlike u inteligenciji muškaraca i žena. Razlike su samo u pojedinim sposobnostima. Muškarci su supernorniji u aritmetičkom rezonovanju, prostornoj percepciji, a žene u brzini asociiranja reči, pamćenju i sl. Ne postoje ni dokazi o intelektualnim razlikama među rasama.

Međutim, potrebno je ukazati na važnu činjenicu da se testovima ne meri samo inteligencija već i način reagovanja ispitanika, njihove specijalne sposobnosti ili nesposobnosti. (Varijabilnost rezultata na pojedinim supertestovima, na primer, povećava se s dubinom psihičkih poremećaja).



↑ Oligofrene osobe

26.5.1. Poremećaji inteligencije

Inteligencija se razvija do 25. godine života. Izvesni autori smatraju da razvoj inteligencije traje do 16. godine, a posle toga da ona opada. To opadanje je u početku sporo, a kasnije brže. Pri tome, intelektualno superiorne osobe sporije gube svoj intelektualni posed, čime se i objašnjava da su mnogi poznati naučnici i umetnici bili vrlo efikasni i u poodmakloj starosti.

Pošto je naglašen značaj vaspitnih faktora u porodici i široj socijalnoj sredini, mora se računati i na mogućnost pogrešne procene dece koja su vaspitno zanemarena. Pogrešno bi bilo takvu decu smatrati intelektualno subnormalnom. Ona samo ispoljavaju tzv. edukativnu zaostalost, jer zbog odsustva vaspitnih činilaca nisu uspela da razviju svoje potencijalne intelektualne sposobnosti i raspolazu malim brojem informacija i skromnijim iskustvom od svojih vršnjaka.

Svi poremećaji inteligencije dele se na dve grupe. Prvoj grupi pripadaju poremećaji nastali u periodu razvoja inteligencije i poznati su kao **oligofrenije** ili mentalne subnormalnosti. Drugu grupu poremećaja čine oštećenja nastala po završenom razvoju inteligencije i nazvana su **demencije**.

Francuski psihijatar Esquirol (J. E. D. Esquirol) slikovito diferencira oligofreniju i demenciju: „Dementnom čoveku je uskraćeno dobro koje je nekad imao. On je bogataš koji je osiromašio, a oligofreničar oduvek živi u siromaštvu, on nikad nije bio bogat.“ U literaturi se često nailazi na pojmove koji mogu da unesu zabunu. Tako se pod „salonskim idiotima“ podrazumevaju osobe koje se služe preuzetim ili neshvaćenim sudovima, a „moralni idioti“ su osobe defektnih etičkih stavova, bez moralnih skrupula.

26.5.1.1. Mentalna subnormalnost (Oligophrenia)

Mentalne subnormalnosti ili oligofrenije nastaju u detinjstvu i u ranoj mladosti, što je označeno kao period razvoja inteligencije. Mentalno subnormalne osobe svrstane su, prema stepenu intelektualne insuficijencije, na debile, imbecile i idiote.

Debili. – Deбилne osobe ne prevazilaze po svojim intelektualnim sposobnostima nivo pubertetskog uzrasta. Oni uspevaju, naročito ako im je omogućeno školovanje u specijalnim odeljenjima, da završe neki zanat. Nemaju radnih navika, zbog čega su vrlo nestabilni a zbog svoje sugestibilnosti podložni su kriminalnom ponašanju ili prostituisanju. Ne poseduju sposobnost uviđanja bitnog, kao ni shvatanja i rasuđivanja. Uz dobrog edukatora mogu biti društveno korisni.

Imbecili. – Intelektualni posed imbecila omogućava im da razlikuju situacije koje ih mogu ugroziti. Imaju degenerativna obeležja: velike uši, poremećen oblik glave i nosa, oštećen sluh. Mogu imati govorne defekte i epileptičke napade. Oni su ili usporeni,

nekomunikativni, plašljivi, emocionalno tupi ili veseli, dobroćudni, poslušni. Skloni su seksualnim perversijama. U slučajevima razjarenosti (eretičnosti) kod njih dominiraju destruktivni bes i brutalno ponašanje. Najveći broj imbecila teško je prilagodljiv, pa se najčešće smeštaju u specijalne domove.



♣ Bolesnik s Daunovim sindromom; levo: profil; desno: snimak cele figure (S. Morić–Petrović)

Idioti. – Idiotti često predstavljaju digestivne tubuse, jer im je život sveden na elementarne nagone. Imaju degenerativna obeležja (stigmata): malog su rasta, glave su im velike ili izrazito male, često ne govore već puštaju životinjske krike. Imaju epileptičke napade i oštećena čula. Izrazito su prljavi, halapljivi, bez stida. Ne umeju da se čuvaju spoljnih opasnosti. Nadzor, nega a često i intenzivno lečenje mogu se obezbediti jedino u specijalnim domovima.

Uzroci oligofrenija. – Najčešći uzroci oligofrenija su: naslednost, porođajne traume zbog nesrazmere između veličine glave ploda i porođajnih puteva majke, zapoljenja mozga, infektivne bolesti majke i ploda, biohemijski i endokrini poremećaji.

26.5.1.2. Demencije

Demencije predstavljaju gubitak intelektualnog poseda ličnosti. Dementna osoba gubi sposobnost upamćivanja i dužeg zadržavanja upamćenog (amnezija fiksacije), logičkog rezonovanja, kreativnog mišljenja, shvatanja bitnog, uviđanja kauzalnih odnosa i veza. Ranije znanje nestaje, osoba ispoljava simptome prostorno-vremenske (spaciotemporne) dezorijentacije i deficite etičkih pojmova. (Jedna senilna starica u čijoj su sobi ukućani pratili televizijski program, odbijala je da legne pre završetka programa, iako je ranije to često činila. Kad su je ukućani pitali zašto ne legne, odgovorila je da se stidi televizijskog spikera koji je sa ekrana posmatra. Kao „ilustraciju“ je navela da joj je spiker, kad se skinula da legne, rekao „laku noć i prijatno“.)

Demencije su trajne ili privremene. Kod privremenih se blagovremenim lečenjem stanje popravlja.

Postoji i podela demencija na globalne, lakunarne i shizofrene.

Globalne demencije sreću se kod senilnih osoba i praćene su propadanjem svih intelektualnih funkcija.

Lakunarne, prouzrokovane najčešće arteriosklerozom mozga, selektivno pogađaju pojedine psihičke funkcije.

Shizofrene demencije su atipične (bolesnik uspeva u rešavanju komplikovanih, a ne uspeva da reši jednostavne intelektualne operacije). Shizofrena demencija nema (zasad) dokazanu organsku osnovu. Nastaje zbog socijalne izolacije shizofrenih koji, živeći u svom autističkom svetu, ne stižu dovoljno novih informacija i gube ranije stečena znanja. Saopštavajući, u interpersonalnim kontaktima, istine bez konvencionalnih ublažavanja, mogu biti napadni i neprijatni.



↑ Dementni bolesnik

26.6. Osećanja (emocije)

Čovek je racionalno, ali i emocionalno biće. Na čovekova čula svakog trenutka deluju draži spoljašnjeg sveta, prema kojima on formira svoj odnos. Njegove misli i osećanja takođe zahtevaju angažovanje emocija. Emocije, pak, deluju na mnoge čovekove postupke.

Već nam je poznato da su **osećaji** (senzacije) subjektivno (znači ne prosto reprodukovanje) odražavanje kvaliteta objekta, a **osećanja** predstavljaju specifični odnos

subjekta prema objektu. Tjeplov to formuliše na sledeći način: „Osećaj (senzacija) odražava svojstva stvari i pojava, koje postoje nezavisno od čoveka. Osećanja izražavaju čovekov odnos prema tim stvarima i pojavama. Kroz osećaje upoznajemo svojstva i osobine stvari, a u osećanjima doživljavamo svoj odnos prema njima. Osećaji govore o samim stvarima, a osećanja govore o tome kako se ja odnosim prema tim stvarima, kakvo stanje one u meni izazivaju“.

Neki autori govore o **elementarnim** osećanjima, koja su rezultat čulnog zadovoljstva ili nezadovoljstva, odnosno priyatnosti ili nepriyatnosti, i o **kompleksnim** osećanjima, koja se nazivaju emocije.

U toku emocionalnih procesa nastaju promene u funkcionisanju unutrašnjih organa (krvotok, varenje, disanje), zatim karakteristični izražajni pokreti lica (mimika), tela (pantomimika) i glasa (poznata kao „vokalna mimika“ ili prozodija, na osnovu koje zaključujemo o emocionalnom stanju ličnosti).

Razvitak osećanja. – Osećanja imaju uvek subjektivni karakter, odražavaju naš stav, uvek su aktuelna i nemaju prostorne kvalitete (mada je uobičajena simbolika njihove prostorne lokalizacije; na primer, srce je uvek simbol ljubavi, a bol se nalazi uvek u „dubini duše“).

Interesantno je pitanje naslednosti emocija. Dete rođenjem ne donosi na svet i emocije, već se one stiču učenjem. Smatra se da su osnovne ili primarne emocije uslovljene nasleđem, a ostale se stiču učenjem.

Odmah po rođenju javlja se difuzna uzbudljivost na snažnije stimulacije. Za vreme prva dva meseca, prema Špicu (Spitz), javljaju se zadovoljstvo i nezadovoljstvo kao odgovor na fizičku stimulaciju. U trećem mesecu zadovoljstvo se izaziva psihološkom stimulacijom i manifestuje se osmehom bebe kad ugleda poznato lice. Nešto kasnije, budi se nezadovoljstvo, kako psihološkim tako i fizičkim dražima. To je karakteristična reakcija deteta koje je ostavljeno samo. Posle 6. meseca negativne emocije su češće i diferenciraju se: najpre bojažljivost, dva meseca kasnije emocije poseda u odnosu na igračke, a između 9. i 10. meseca javlja se ljubomora, dok se između 10. i 12. meseca javljaju razočaranje, ljutnja, ljubav, simpatija, ljubaznost, uživanje i smisao za svojinu.

K. Banham (K. M. Banham) pratila je karakteristike emocionalnog razvoja tokom celog života. I ona počinje od nediferenciranih reakcija opšte uzbudljivosti, koje se kasnije diferenciraju u nezadovoljstvo i zadovoljstvo. Uporedo sa starenjem, raste broj verbalnih, a opada broj motornih odgovora. Pomenute karakteristike emocionalnog razvoja mogu se videti na priloženoj tabeli (K. Banham).

Dete se ne rađa sa urođenim reakcijama ni na jednu specifičnu draž, već emocionalno reaguje sticanjem iskustva. Tako se, na primer, ne rađa sa urođenim strahom od mraka već taj strah može da stekne. Predmeti i situacije koji nisu izazvali nikakve emocionalne reakcije uslovljavanjem ili učenjem pomoću asocijacija mogu biti obojeni velikom investicijom emocija. Na „slučaju Albert“ pokazali su Votson i Rejnor (Watson i Raynor, 1920) kako beba uči da se plaši.

Detinjstvo		Zrelost	Starost	
Nediferencirana reakcija. Nasumično ponašanje		Procesi diferencijacije i integracije		Zrela emocija. Osetljivost i kontrola, maksimalna diferencijacija reagovanja i estetskog osećanja
		Procesi konsolidacije i izvesne dezintegracije		Suženo reagovanje. Perseverativno ponašanje
		← ↓ ↓ →		
Uzbu- denost	nezado- voljstvo	strepnja strah stid ljutnja odvrtnost ljubomora rozočaranje nemir nespokojstvo	žalost briga samoća žaljenje osećanje krivice svođalaštvo rozdražljivost dosada	depresija
	zado- voljstvo	radost ushićenje optimizam prizrenost polna ljubav	mistična ekstaza zadovoljstvo posedom blaga smirenost naklonost gurbanstvo	Apatija i pasivnost

Devetomesečnom Albertu pokazali su: zeca, psa, majmuna, belog miša i klupče vunice. On nije pokazivao strah ni u jednom slučaju. Kasnije je provokiran strah od belog mišića na taj način što je, kada je mali Albert pružio ruke prema mišiću, iznad Albertove glave proizveden snažan zvuk. Iznenadeni Albert pao je na lice. Sledeći put je na pojavu miša i zvuka počeo da cvili. Kasnije je miš demonstriran bez zvuka. Albert je plakao, povlačio se, ispoljavajući tipičnu reakciju straha. Albertov strah od miša proširio se na sve objekte koji su mu bili pokazani: zeca, psa, majmuna i klupče vunice.

26.6.1. Klasifikacija osećanja

Pošto nije jednostavno dati dobru i iscrpnu klasifikaciju osećanja, opisaćemo samo neke značajnije manifestacije emocija.

Strah je intenzivno osećanje velike napetosti i razdražljivosti, koji se javlja kao reakcija na određenu ili imaginarnu opasnost. Postoje i izrazi anksioznost, teskoba, plašnja.

Strah koji nije vezan za objekt naziva se **lebdeći** ili **difuzni** strah. Strah svesno vezan za objekt je vezani (sekundarni) strah, a strah na specifičan način vezan za prisilnu misao je **fobija** (na primer, strah od zatvorenog prostora ili claustrophobia).

Perakutno nastali strah maksimalnog intenziteta je **užas**. Užas prenesen na masu izaziva stanje koje se naziva **panika**.

Gnev, **ljutnja**, **srđba** i **bes** izazivaju naglu reakciju, kao odgovor na ometanje zadovoljenja naših motiva i osujećenje naših ciljeva. Gnev provocira agresivnost, koja može biti usmerena i prema nedužnima.

Radost je emocionalna satisfakcija posle postignutog cilja. Njen intenzitet zavisi od važnosti cilja. **Žalost** je reakcija na gubitak nečeg što je za određenu ličnost od značaja i vrednosti.

Čulna osećanja prate čulne utiske (osećaj bola praćen je osećanjem neprijatnosti).

Osećanja upravljena ka sopstvenoj ličnosti povezana su sa sadržajima naših misli i predstava. To su osećanje uspeha, neuspeha, ponosa, stida, krivice i kajanja.

Osećanja upravljena ka drugim osobama su osećanja ljubavi, ljubomore, zavisti i mržnje, simpatije, sažaljenja, prezira, zloradosti i dr.

Estetska osećanja proizvod su ocenjivanja vrednosti nečega. To su osećanja lepog, poštovanja i strahopoštovanja.

Žudnja je usmerena intenzivna emocija, koja može da deformiše mišljenje i volju, ali je podložna svesnoj kontroli. Intenzivna žudnja, koja gospodari intelektom i voljom, naziva se **strast**.

Egzaltacija je psihomotorna uzbuđenost, a **ekstaza** je bolesna emocija neizmerno sreće i bogatstva.

(Radi primera citiraćemo jednog shizofrenog bolesnika: „Jednog jutra probudih se sa osećanjem blaženstva, kao da sam vaskrsnuo ili kao da sam se iznova rodio. Jedno blaženo ushićenje, veoma udaljeno od stvarnog sveta, preobilno izlivanje osećanja oslobođenja od svega zemaljskog... U osećanju svetlog blaženstva počeh se pitati: Jesam li ja Sunce? Ko sam ja? Mora da sam zračno čedo samoga božanstva... Moj stric, koji se preobrazio u Boga, odvešće me sa sobom. Letećemo pravo na Sunce – prebivalište svih onih koji su vaskrsli“.)

(Dostojevski je ovako opisivao epileptičku auru: „I ja osetih kako se nebo spusti na zemlju i proguta me. Boga sam osetio kao jednu uzvišenu duboku istinu i osećao sam kako me on prožima. Da, postoji Bog, uzvihnuh ja. Šta se posle toga desilo, ja ne znam. Vi i ne slutite kako božansko osećanje milja obuzima epileptičara jednu sekundu pre napada. Ja ne znam da li je ova milje trajalo sekundama ili satima, ali verujte mi da ne bih žalio sve radosti sveta za ovo... Da, isplati se dati čitav život za jedan takav trenutak... U ovim minutima bila mi je jasna duboka, čudovišna lepa reč: doći će jednom doba kad vreme neće više postojati“.

„Ima sekundi kad vi iznenada osetite večnu harmoniju, koja ispunjava čitavo biće: To je kao kad čovek iznenada oseti u sebi celu prirodu i kaže – da, to je istina... to nije samo ljubav, to je više nego ljubav. Užasno je kako su ta osećanja tako jasna, a radost tako ogromna... U ovih pet sekundi ja preživljujem čitav jedan život. Čemu celokupni razvitak, kad je cilj već postignut“.)

Otkrivanje emocija. – Otkrivanje emocija oduvek je interesovalo istraživače. Jedan od najstarijih metoda za to bio je metod otkrivanja krivaca pomoću pirinča (ukoliko pirinač koji ispitanik drži u ustima ostane suv, znači da je zbog straha izostalo lučenje pljuvačke, i takva osoba oglašavana je krivom: ako bi pirinač postao vlažan, osoba je oslobođana).

Telesne manifestacije takođe otkrivaju emocionalna doživljavanja: crvenilo lica pri stidu, bledilo pri strahu, promena ritma disanja, pulsa i krvnog pritiska, sniženje otpora kože na galvansku struju itd. U tom smislu interesantna je i narkoanaliza, poznata kao „serum istine“. Pod dejstvom barbiturata sa kratkotrajnim efektom isključuje se cenzura stroge svesti i pacijent saopštava vrlo intimne događaje i tajne iz sopstvenog života.

Jungov (C. Jung) test se bazira na brzom asociiranju ispitanika kome se govore reči i traži odgovor (postoje indiferentne i diferentne reči). Ako, na primer, na nekoga sumnjamo da je nešto ukrao, izgovaramo reči posle kojih osoba daje brze asocijativne odgovore. Kad iznenada ubacimo reč koja ima simboliku krađe ili ukradene stvari, osoba će imati produženo reakciono vreme, asociiraće reč kasnije ili će se zbuniti.

Metod slobodnih asocijacija koristi se u psihoanalizi i psihoterapiji.

Brojni psihološki „projektivni testovi“ mogu da se koriste za otkrivanje emocionalnih dimenzija ličnosti, a hemijski prouzrokovana kataraktička saopštavanja i pražnjenja emocija mogu biti štetna za pacijenta.

Teorija nastanka emocija. – Postoji veliki broj teorija koje pokušavaju da objasne mehanizam nastanka emocija. Emocije su rezultat određenih procesa u vegetativnom nervnom sistemu, endokrinim žlezdama, hipotalamusu i kori mozga. Poznate su tri teorije: Džems–Langeova, Kenon–Badova i Mak–Linova.

Prema Džemu i Langeu (James, Lange), put nastanka emocija kreće se po ovoj šemi: nadraži se receptor („vidim medveda“). Najpre reaguju periferni organi (suva

usta, drhtanje), zatim ti somatski znaci izazivaju emociju („plašim se jer drhtim“). Ovo je tzv. teorija periferista.

Kenon i Bad (Canon, Baud) postavljaju hipotalamusnu, odnosno talamusnu teoriju. Preme toj šemi, receptori se nadražuju („vidim medveda“) i obaveštavaju koru i dijencefalon. Kora popušta u inhibiciji i dijencefalon reaguje jednim od svojih obrazaca emocionalnog reagovanja („osećam strah“). Dijencefalon šalje impulse i na periferiju koja reaguje već poznatim reakcijama („drhtim“). „Vidim medveda, plašim se, zbog toga drhtim, a zbog drhtanja se još više plašim“. Prema tome, periferni znaci bi bili sekundarni. Oni produbljuju i produžavaju primarnu emociju.

U kori nastaje zauzimanje emocionalnog stava. U njoj se ne vrši dezinhibicija, već aktiviranje obrazaca u dijencefalonu. Na osnovu ovoga može se zaključiti da je neophodna interakcija kore mozga i dijencefalona.

(Eksperimenti s nekim snažnim drogama učinili su da se eksperimentalna mačka nađe u kavezu s tradicionalnim protivnikom, ali u izmenjenim ulogama. Ona je u strahu bežala od kočopernog miša.)

Mac Lin (Mac Lean) smatra da limbički sistem pripada rinencefalonu (minisnom mozgu), jednoj od najstarijih moždanih formacija. Smatra se da je girus cinguli hipotetični emocionalni kortikalni centar, jer su njegovim eksperimentalnim presecanjem prestajale emocionalne reakcije.

26.6.2. Podela emocija (osećanja) prema trajanju

Ova podela podrazumeva dužinu trajanja i manifestovanja emocija. Prema njoj, osećanja se dele na raspoloženja i afekte.

Raspoloženja. – Raspoloženja su manje intenzivna emocionalna stanja, koja traju duže, ravnomerna su i izraz su vitalnih osećanja. Traju dugo ili se u toku dana smanjuju. Raspoloženja zavise od stanja vegetativnog nervnog sistema, endokrinog aparata, unutrašnjeg fiziološkog sklada (odsustvo bolova i bolesti), spoljnih (neka i klimatskih) faktora, kao i drugih vrlo brojnih razloga. Na raspoloženje značajno utiče konstitucija ličnosti. Konstitucionalno hipomanične osobe skoro celog života su vesele i zadovoljne. Raspoloženja su, dakle, rezultat „biotonusa“ ili životne snage.

Afekt. – Afekt (lat. affectus – žestoko uzbuđenje) intenzivna je kratkotrajna manifestacija osećanja, praćena telesnim i izražajnim fenomenima.

Kant je podelio afekte na steničke (grčki sthenos – snaga), koji stimulišu duhovnu i telesnu aktivnost, i na asteničke, koji te aktivnosti inhibiraju.

Najčešće telesne prateće pojave izazvane afektima manifestuju se karakterističnom mimikom, promenom disajnog i cirkulatornog sistema u sekreciji i mišićima. To su smeh, plač, uzdisanje, grčenje, bledilo, crvenilo, drhtanje, škripanje zubima, mucanje,



↑ „Suza” – crtež depresivnog bolesnika

razmahivanje rukama ili potpuna nepomičnost, lupanje i bolne senzacije u predelu srca, kao i popuštanje sfinktera.

Osobine afekta. – Afekti deluju skoro na sve psihičke funkcije i smanjuju svesnu kontrolu postupaka. Remeteći logično mišljenje, afekt izaziva rigidni misaoni tok, nekritičnost i odsustvo plana u intelektualnoj delatnosti.

Afekt deluje na svest dvojako: ili popravljajući stanje svesti (somnolentni se budi pod dejstvom jakog afekta) ili izaziva sužavanje, odnosno potpuni gubitak svesti (na primer, iznenadna vest o smrti voljene osobe). Afekt ima sposobnost buđenja sličnih ili suprotnih asocijacija. Dominirajući afekt, privlačeći slične asocijacije, utiče da u tuži subjekt prima tužne sadržaje („u kući obešenog ne govori se o konopcu”). Pokušaji takvih osoba da u tužnim intervalima misle na nešto veselo ostaju bez uspeha.

Afekt je uvek aktuelan, iznova se doživljava, traje i posle događaja kojim je izazvan, ali vremenom gubi u intenzitetu. Ponekad on može imati naknadno dejstvo (kasnija obrada uvrede može da podstakne na agresivno branjenje časti).

Afekt ima sintimno i katatimno dejstvo. Pod sintimnim dejstvom podrazumeva se mehanizam koji ne dozvoljava da neki drugačiji afektivni sadržaji izmene opšte raspoloženje (tuga izaziva iščekivanje pesimističkog ishoda). Katatimno dejstvo ogleda se u nesposobnosti objektivnog zaključivanja u situacijama koje su intenzivno afektivno obojene (zaljubljeni ne primećuje „slatke gluposti” koje mu priča voljena osoba, već ih promovise u pametne sudove).

Afekt ima osobinu da se širi na druge osobe ili predmete (uvređeni prekida sve veze sa prijateljima osobe na koje je ljut ili ne zalazi u ulicu gde je doživeo neprijatnost). To je iradijacija afekta.

Pod projekcijom afekta podrazumeva se fenomen pripisivanja sopstvenih afektivnih raspoloženja drugom ili njihovog projektovanja na druge osobe i predmete. Često iz ubeđenja „on me mrzi” stoji istina „ja njega ne volim”. Naljučeno dete, na primer, tuče stvari koje pripadaju osobi na koju je ljuto.

Ishod afekta. – Afekti imaju svoj tok i svoj kraj. Od toga umnogome zavisi odbrana ličnosti od neurotičnog reagovanja.

Intelektualna obrada nam omogućava da racionalno odbacimo razloge zbog kojih bismo se uzbuđivali (ako nas osoba intelektualno inferiornija od nas provocira ili omalovažava na „terenu” gde smo superiorniji od nje, mi te provokacije odbacujemo kao gluposti i ne uzbuđujemo se).

Afekt može da se odlaže i zavisno od vaspitanja i intenziteta afekta. Može da se kumulira, stvarajući emocionalnu napetost i mogućnost eksplozivnog pražnjenja.

Abreagovanje je pražnjenje afekta posle koga nastupa olakšanje (na primer, osoba koja ne može da prazni afekt na radnom mestu ili u porodici odlazi na sportsku priredbu i tamo viče „ua, sudija“).

Kompleks je afektivno obojeno, najčešće prisilna ideja, koja svesno ili nesvesno deluje na psihi (kompleks malog ili visokog rasta). On često može da izmeni celokupno ponašanje i aktivnost ličnosti.

Potiskivanjem afekta u nesvesni deo psihe osoba se brani od neuroze. To su najčešće afekti neprijatnog sadržaja koji, ukoliko nisu potisnuti duboko u nesvesni deo psihe i zaboravljeni, ne miruju i prete da se probiju u svest.



↑ Slika depresivnog suicidalnog bolesnika /nagoveštaj realizacije/

26.6.3. Poremećaji afekta

Poremećaji afekta dele se na kvantitativne i kvalitativne.

26.6.3.1. Kvantitativni poremećaji

Veoma su brojni, a manifestuju se različito.

1) **Hipertimija** (povišenje afekta) manifestuje se velikom afektivnom širiranošću subjekta. Razlikuju se dva ekstremna simbola afektivnog tona: euforija i depresija.

Euforija je ekstremna veselost, praćena pojačanom psihomotorikom i pojačanim impulsom za govorenje (logoreja). Sinonimi euforiji su hipomanično, odnosno manično raspoloženje i preterana veselost. Euforija ponekad može biti zarazno prijatna, kad i okolina pacijenta postaje vesela. Međutim, euforija može biti i odbojna, nelogična, poznata kao „blesava euforija“.

Pojave detinjaste veselosti, koja obuzima teške somatske bolesnike (tumor mozga, alkoholna demencija) i koja se manifestuje „blesavim“ šalama na sopstveni račun, nazivaju se morije, „crni humor“ (galgen humor), „smeh pod vešalima“ i sl.

Depresivno raspoloženje manifestuje se tugom ili strahom, sniženjem inicijative i nagona. Ovo raspoloženje može biti maksimalno intenzivno i imati kvalitete depresivnog stupora. Često se za ovakvo stanje upotrebljava i izraz melanholično raspoloženje. Nekad je depresivnost praćena psihomotornim nemirom i tada se naziva agitirana depresija.

2) **Apatija** je privremeno ili stalno odsustvo emocionalnih manifestacija. Sinonimi su joj afektivna tupost, afektivna praznina, afektivna demencija. Ovi poremećaji odnose se na intenzitet afektivnog doživljavanja i mogu se grafički predstaviti.

3) **Afektivna labilnost i inkontinencija** manifestuju se u slučaju labilnosti kratkotrajnim menjanjem afekta, da bi, u slučaju inkontinencije, osobe izgubile sposobnost kontrole i obuzdavanja afektivnih reakcija. Afektivnu labilnost ispoljavaju deca, senilne osobe, neurotični bolesnici, a inkontinenciju teški alkoholičari, luetičari i sl.

4) **Prodženi afekt** je dužeg trajanja i otporan je na dejstvo novih situacija i događaja. Javlja se kod epileptičara, psihopata, koji zbog toga mogu biti agresivni i znatno posle trenutka provokacije.

5) **Patološki afekt** se karakteriše burnim reagovanjem na beznačajni povod. Pri tom ne postoji slobodni interval od trenutka dejstva stimulusa do afektivnog odgovora, i zato se naziva „reakcija po kratkom spoju“. Patološki afekt je najčešći krivac za mnoge zločine.

6) **Afektivnu krutost** karakteriše usporena izmena afektivnog tona. Emocionalno alijeniirani (otuđeni) shizofreni bolesnici teško i sporo se uklapaju u novonastale situacije (za te osobe delimično važi šala da uveče gledaju šaljivi pozorišni komad a smeju se tek sutradan).

26.6.3.2. Kvalitativni poremećaji

Ovi poremećaji afekta karakterišu se neodgovarajućim afektivnim reakcijama na stimuluse spoljašnjeg sveta. Znak su ozbiljnih psihičkih poremećaja celokupne ličnosti. Razlikuje se defekt afektivnog odnosa, paramimija i paratimija.

1) **Defekt afektivnog odnosa** karakteriše se nemogućnošću prenošenja emocija sa bolesnika na sagovornika, i obratno. Ovaj shizofreni simptom poznat je i kao defekt prijatnog raporta.

2) **Paramimija** je neadekvatno, često paradoksalno ispoljavanje emocija. Svoju tugu shizofreni bolesnik manifestuje smehom.

3) **Paratimija** je neadekvatno, paradoksalno doživljavanje emocionalnih stimulusa. Tužni događaji izazivaju veselost, a veseli provociraju afekt tuge.

26.7. Volja

Volju definišemo kao sposobnost izbora i organizaciju realizacije anticipiranog cilja. Jaspers o volji i voljnim radnjama govori samo u slučajevima kad se doživi izbor ili odluka.

Mnogi autori osporavaju pojam slobodne volje. Prema njima, na izbor cilja voljne radnje utiču mnogi motivi. Slobodna volja bi se manifestovala u sposobnosti da se odbranimo prvog motiva ili neželjenih motiva. Pri tome mora se voditi računa i o prirodnoj nužnosti koja može da se suprotstavi slobodnoj volji.

Tjeplav pod pojmom volja podrazumeva svesnu usmerenost radnje određenom cilju. Voljna radnja je svesna radnja. Ona podrazumeva svest o cilju koji se želi, o mogućnosti i načinu njegovog ostvarenja, prihvatanje određenog cilja i akciju na realizaciji cilja voljne radnje. U svim ovim fazama mogu da postoje poremećaji koji osujećuju završetak voljne radnje. Poremećaji mogu biti u fazi donošenja odluke, kao i u fazi organizovanja njenog izvršenja. Subjekt često nije u stanju da prihvati određeni cilj i da donese odluku. Tada je reč o konfliktnim situacijama. Konfliktna situacije se nameću kao dvostruko privlačenje (između dve lepe slike moramo se odlučiti za jednu), kao dvostruko odbijanje (izbor jedne od dveju podjednako nepovoljnih varijanti) i kao istovremeno privlačenje i odbijanje (osobu koja je odlučila da drži dijete istovremeno privlače i odbijaju slatkši).

Primer konfliktna situacije je priča o Buridanovom magarcu, koji se navodna našao između dva podjednako udaljena plasta sena. Toliko dugo je „razmišljao za koji plast sena da se odluči“ da je na kraju uginuo od gladi.

26.7.1. Poremećaji voljne aktivnosti

U poremećaje voljne aktivnosti ubrajaju se: slabosti volje, impulsivni fenomeni i kataloni poremećaji.

Slabost volje. – Sniženje voljnih dinamizama može nastati u fiziološkim i u patološkim uslovima. U prvom slučaju uzrok su umor i nesanice, a u drugom psihički poremećaji ili deficit inteligencije.

Sugestibilnost je pasivno prihvatanje tuđih naloga i ideja, bez prethodne intelektualne procene o njihovoj logičnosti i syrsishodnosti. Sugestibilna su deca, emocionalno nezrele osobe, oligofrene ili dementne, kao i psihički obolele osobe.

Abulija je gašenje voljnih podstreka usled emocionalnih poremećaja ličnosti. Oboleli su, po pravilu, bezvoljne ličnosti, najčešće psihopate, neurotičari, depresivni pacijenti i neki somatski bolesnici.

Impulsivni fenomeni. – Impulsivne radnje ili postupci su nametnuti, neobuzdani fenomeni, koji se odvijaju van procesa mišljenja. Osoba ih je svesna, ali ne uspeva da se od njih odbrani. Istovremeno s pojavom impulsa javlja se i neodoljiva potreba da se on zadovolji. Osoba se nalazi u tzv. *circulussu vitiosusu* (začaranom krugu), gde impulsivna želja stvara napetost. Ona se brani od napetosti pražnjenjem i doživljajem olakšanja. Olakšanje, pak, brzo dovodi do kajanja i osećanja krivice što se impulsu podleglo, pa se ponovo krug obnavlja i prekida na isti način. Postoji bezbroj primera za impulsivne fenomene. Skoro svi autori pominju kleptomaniju (prisilnu krađu) kao tipičan primer impulsivnog zadovoljenja jedne želje.

Jedan shizofreni bolesnik na sledeći način opisuje svoje impulsivne radnje. „Spopade me iznenada, kao grom iz vedra neba, ideja na koju ranije nikad nisam mislio: sad moram da skočim u reku i da plivam u odelu. To nije bila nikako prinuda s kojom bih se mogao pogađati, već jedan jednostavno kolosalno snažan impuls, tako da se ja ni minuta nisam premišljao, već sam odmah skočio u reku. Čim sam primetio vodu, bilo mi je jasno da je to nepristojnost i ja sam ponovo izišao iz reke. Čitav slučaj dao mi je povoda da o tome mnogo razmišljam. Prvi put je to bilo nešto neobjašnjivo, potpuno sporadično i tuđe“.

Katatoni poremećaji. – Ovi poremećaji su brojni, napadni po svojoj fenomenologiji, nametnuti ličnosti, ne podležu misaonoj cenzuri, ali je svest pored toga najčešće bistra. Pomenućemo neke najkarakterističnije poremećaje.

Katalepsijsa je nepotrebno i prolongirano zadržavanje nametnutog ili spontano zauzetog položaja. Pacijenti ispoljavaju voštanu savitljivost, pa im možemo modelovati položaje tela koji oni dugo zadržavaju bez vidnih znakova umora (leže s glavom u vazduhu). To je fenomen „psihičkog jastuka“. (U drami Čekajući Godoa, koju je izvodila dromska sekcija bolesnika psihijatrijskog odeljenja, jedan pacijent je „glumio“ drvo i dugo stajao nepomično dok se čeka Godo, koji nikad neće doći.)

Eho-fenomeni manifestuju se besmislenim ponavljanjem tuđih reči (eholalija), tuđih pokreta (ehopraksija) i tuđe mimike (ehomimija).

Negativizam ili, prema nekim autorima, „ludilo opozicije“ manifestuje se u pasivnoj formi (kad bolesnik ne izvršava naloge) i u aktivnoj formi (kad bolesnik postupa suprotno od datog naloga).

Stereotipije predstavljaju degradaciju mimike, gesta i stava. Takvi bolesnici zauzimaju isti položaj ili ponavljaju iste pokrete. Postoji stereotipija držanja, mesta (zauzima uvek isto mesto), govora (govori uvek isto), dok se muzička stereotipija manifestuje spremnošću pacijenta da svira ili zvižduče uvek istu melodiju.



♣ Simptom „psihičkog jastuka“

Stereotipije se javljaju bez ikakvog smisla, dugo traju, izražajni pokreti postaju sve uprošćeniji i mogu okupirati sve bolesnikovo vreme.

Maniriranost i bizarnost predstavljaju upadljiva izražavanja i ponašanja koja postaju bizarna ako su čudnovata i anahronična.

Stupor je maksimalna motorna inhibicija pokreta. Pacijent ne reaguje ni na vrlo bolne draži, ali opaža sve što se oko njega dešava. Zbog toga nije preporučljivo da neko uvredljivo komentariše izgled i ponašanje bolesnika, jer iz ovog stanja pacijent može da reaguje agresijom i katatonom uzbuđenošću.

Katatonna pomama karakteriše se katatonom uzbuđenošću, besom, agresivnošću i destruktivnošću bolesnika.

26.8. Instinkti, nagoni i motivi

Instinkti, nagoni i motivi izazivaju najviše teorijskih nesporazuma. Mnoge moderne psihologije potpuno ignorišu instinkte i nagone i govore isključivo o motivaciji i motivima. Stoga ćemo pokušati da razgraničimo neke karakteristike pomenutih pojmova.

Man (Mann) definiše instinkte kao složene, nenaučene odgovore. Ovi nenaučeni obrasci ponašanja karakterišu se urođenošću, specifičnošću i nepoznavanjem cilja.

Instinkt je urođen i preformiran, što znači da je obrazac ponašanja dat iako nije naučen u toku razvika (pile po izlasku iz jajeta kljuca, pače pliva i sl.). Ovi arhaični oblici ponašanja teško se menjaju i potrebno je mnogo generacija da bi se učenjem postigle male varijacije u njihovim obrascima. (Kao primer za urođeni, preformirani obrazac ponašanja, stečen procesom zrenja, može da posluži eksperiment s mačetaom, koje je odmah po rođenju stavljano s mišem. Do četvrtog meseca ono uopšte nije bilo agresivno prema mišu, a zatim ga je pojelo. Logično je da izolovano mače nije moglo naučiti šta treba da radi, ali ipak je nastavilo tradiciju svoje vrste).

Instinkt može da se preoblikuje kod viših životinjskih vrsta i na tome se zasniva dresura životinja.

Druga karakteristika instinkta je njegova specifičnost (svaka životinjska vrsta ima specifične instinktivne obrasce ponašanja).

Treća karakteristika instinktivnog ponašanja je nepoznavanje cilja (životinja ne zna cilj i smisao svoje instinktivne aktivnosti).

Instinktivno ponašanje je arhaičan oblik ponašanja. Na njega se nailazi u čistom obliku kod nekih životinjskih vrsta i mladih jedinki, dok se kasniji instinktivni obrasci ponašanja najčešće menjaju procesom učenja ili ugledanja. Njihovo poznavanje koristimo da bismo razumeli neke obrasce ponašanja čoveka.

Čovek je kao biosocijalno biće primaravan da kontroliše ili maskira svoje biološke podsticaje i da svoje fiziološki motivisano ponašanje prilagođava društveno dopuštenim normama ponašanja. Taj proces često je izvor psihičkih i psihosomatskih poremećaja.

Pod nagonima treba podrazumevati „težnje za aktivnošću izazvane organskim potrebama, koje imaju izvestan cilj, ali forme aktivnosti nisu urođene“. Nagoni se, pored ostalog, odlikuju: filogenetskim kontinuitetom, fiziološkom osnovom i univerzalnošću.

Filogenetski kontinuitet znači da se nagon nasleđuje (slično instinktu) i da zavisi od vrste.

Veliki broj nagona ima svoju fiziološku osnovu i njihovo odlaganje izaziva poremećaje fiziološke ravnoteže. U izvesnim slučajevima nagonске težnje se odlažu sve do iscrpljenja organizma, ili se subjekt angažuje da nagonске težnje zadovolji.

Čovek nagon doživljava (za životinje se ne može utvrditi da li instinkt doživljavaju). Iako je nagon kao psihološki doživljaj jasno izdvojen, teško ga je opisati. Najpribližnije, to je napetost, nemir, težnja. Zadovoljenje nagona izaziva prijetnost, smirenje, olakšanje ili zanos, dok osušećenje nagona prati neprijatna napetost, ponekad bes i agresivnost, odnosno potpuno iscrpljenje organizma.

Rot definiše motivaciju kao „proces pokretanja aktivnosti čoveka, usmeravanja njegove aktivnosti na određene objekte i regulisanja te aktivnosti radi postizanja određenog cilja“. Prema njemu, motivi su „organski ili psihološki faktori koji pokreću i regulišu ponašanje radi postizanja određenih ciljeva“.

Skoro svi motivi svode se na zadovoljavanje organskih potreba, ali te organske potrebe u motivacionom ponašanju nisu jedini i osnovni činioci delatnosti, kao što je slučaj s vitalnim nagonima. Nagonska aktivnost može da bude slepa, dok motivaciona aktivnost ima određeni smer.

Pomenimo, na kraju, i shvatanje nekih autora da samo grupa socijalnih nagona nosi obeležje motiva.

Prema tome, motivi se dele na biološke i socijalne.

Motivi koji su odraz fizioloških potreba nazivaju se biološki, fiziološki ili primarni. To su urođeni motivi: za hranom, vodom, seksualni, materinski i drugi motivi.

Socijalni motivi su odraz psiholoških potreba, koje se mogu zadovoljiti direktnim ili indirektnim učešćem drugih ljudi. To su potrebe za društvom i priznanjem u društvu. Najčešći su gregarni motivi (težnja da se bude u društvu, da se bude prihvaćen), motiv samopotvrđivanja (afirmacije) i prestiža, borbenosti, sigurnosti itd. Ovi motivi su stečeni.

Deprivacija je ometanje zadovoljenja motiva (nezadovoljen biološki motiv sve je više potenciran, tako da se ne može dugo odlagati, na primer motiv za hranom. Nezadovoljenje stečenih motiva subjekt lakše i duže podnosi).

Pod satijacijom motiva „podrazumeva se zasićenje ili prestanak zadovoljstva u zadovoljavanju nekog motiva“. Zadovoljen motiv ne pokreće na aktivnost (kaže se da se onaj koji stalno jede torte zaželi gurabija, a sita mačka ne lovi miševe).

Čovek često želi da istovremeno zadovolji više motiva, ali to uvek nije moguće, pa se nekih motiva mora odricati ili sasvim odreći. Obično se zadovoljava trenutno najjači i najvažniji motiv. To je onda dominantni motiv. U hijerarhiji motiva, prvo mesto zauzimaju biološki motivi (žed, glad), a zatim socijalni motivi.

26.8.1. Podela nagona

Krečmer deli nagone na vitalne i socijalne.

U vitalne nagone ubrajaju se nagon samoodržanja i nagon održanja vrste.

Nagoni samoodržanja obuhvataju nagon za ishranom i nagon za življenjem.

Nagoni održanja vrste obuhvataju seksualne i roditeljske nagone.

(Socijalne nagone opisali smo u delu o motivima).

26.8.2. Poremećaji nagona

26.8.2.1. Poremećaji nutricionog nagona

Nagon za ishranom (nutricioni) može biti kvantitativno i kvalitativno izmenjen.

Kvantitativni poremećaji su bolesna proždrljivost, smanjeni i ugašeni nutritivni nagoni i mentalna anoreksija.

Bolesna proždrljivost karakteriše se naglašenim nutritivnim nagonom. Bolesnici halapljivo jedu i mogu se ugušiti zalogajem koji ne sažvaću. To su najčešće demantne osobe, luetičari, epileptičari.

Smanjen ili ugašen nutritivni nagon manifestuje se gladovanjem, koje može biti namerno (štrajk, sumanutost) ili nenamerno (zadesi, elementarne nepogode).

Mentalnu anoreksiju neki autori smatraju kao juvenilnu neurozu, praćenu endokrinim poremećajima. Glavni simptomi su gubitak apetita, mršavljenje, neurotični fenomeni i prestanak menstruacije (kod devojaka).

Kvalitativni poremećaji se javljaju u trudnoći (neuobičajeni izbor hrane) ili su znak ozbiljne duševne bolesti. Opisuju se: koprofagija (bolesnik jede sopstveni ili tuđi izmet), antropofagija (ljudožderstvo, jedenje ljudskog meso) i nekrofagija (jedenje

leževa ljudi ili životinja, najčešće glodara), kao simptomi vrlo teških duševnih bolesti. (U jednoj avionskoj nesreći, u snegu visoke planine, bez hrane, preživeli putnici, inače sportisti, živeli su 20 dana jedući meso svojih izginulih drugova. Ovakav slučaj se ne bi smeo tretirati kao patološki fenomen.).

26.8.2.2. Poremećaji nagona za življenjem

Još je Frojd delio nagone na eros (nagone života) i tanatos-nagone (nagone smrti). Tanatos-nagon smatra se autodestruktivnim pranonom čoveka ili težnjom žive materije da pređe u neorgansko, odnosno u stanje mirovanja. Ovo Frojdovo shvatanje o nagonu smrti imalo je mnogo žestokih protivnika.

Poremećeni nagon za življenjem manifestuje se samoubilačkim tendencijama, pokušajima ili uspešnim samoubistvima. Postoje nesporazumi i oko definisanja samoubistva. Jedna grupa autora smatra samoubistvo svesnim i namernim uništenjem sopstvenog života, dok drugi ne insistiraju na svesnosti toga čina.

Samoubistvo vrše normalne i duševno poremećene ličnosti. U nekim kulturama i plemenima žena vrši samoubistvo posle smrti muža, u znak velike ljubavi i zbog verovanja u spajanje njihovih duša negde na nebu. Poznat je, na primer, i običaj da sluga ne sme da nadživi svoga gospodara.

Samoubistvo je normalan čin ako se vrši radi viših ciljeva i ideala (otadžbina). U patološkim stanjima bolesnici vrše samoubistvo pod dejstvom imperativnih halucinacija, sumanutih ideja, depresivnih ideja grešnosti i krivice, sumanutog verovanja da se smrt već dogodila, pa je samoubistvo „samo formalnost“. Nekad samoubistvo može biti odraz želje da se kazni okolina.

Iako postoje tzv. demonstrativni ili teatralni pokušaji samoubistva, koji mogu i tragično da se završe, svaki pokušaj samoubistva treba shvatiti vrlo ozbiljno, kao poslednju bolesnikovu molbu za pomoć.

Samoubistva mogu biti aktivna i pasivna. Kod aktivnog samoubistva osoba sebi oduzima život, a kod pasivnog dovodi sebe u opasne situacije, pa se često takva samoubistva oglašavaju zadesnim (jedno od objašnjenja za ovakve i slične slučajeve je i težnja samoubice da ne nanese „sramotu“ svojoj rodbini). Samoubistvo se u mnogim sredinama i religijama smatra sramotnim činom, pa se samoubice ne sahranjuju po verskim ritualima.

Bolesna osoba može indukovati članove svoje okoline da izvrše samoubistvo. Pri tome, induktor je osoba u koju indukovani članovi nepokolebljivo veruju. Najbolji primer su depresivni bolesnici s idejama ekonomske propasti ili teške, neizlečive bolesti, koji grabe smrti pre nego što „naidu ti crni dani“.

Eutanazija je zahtev neizlečivih bolesnika ili beznadežnih ranjenika da im se „skrate muke“. Iako traže smrt, čiji bi egzekutor bila druga osoba, ovi zahtevi nisu uvek odraz istinske želje za smrću.

Postoji priča o odeljenju bolesnika s teškim formama raka koji su preklinjali svoga lekara da im podeli „pilule od kojih se nikad neće probuditi“. Kad im je on to jednom „obećao“, niko od bolesnika nije uzeo „smrtonosnu“ dozu (pilule su, naravno, bile netoksične).

26.8.2.3. Poremećaji nagona za održanjem vrste

Već je rečeno da su to roditeljski nagon i seksualni nagon.

26.8.2.3.1. Poremećaji seksualnog nagona



↑ Pacijentkinja sa „pojasom nevinosti“

Fiziološka osnova seksualnog nagona je normalna funkcija endokrinih žlezda, naročito polnih žlezda i hipofize. U ispoljavanju ovog nagona veliki značaj imaju i psihološki faktori. Ljubav među polovima uslovljena je, osim intenzivnim emocijama, potrebom za pripadanjem i sigurnošću i seksualnim nagonom. Energija vezana za seksualni nagon naziva se libido.

Poremećaji seksualnog nagona dele se na kvantitativne i kvalitativne.

26.8.2.3.1.1. Kvantitativni poremećaji

Ovi poremećaji manifestuju se sniženjem ili povećanjem polnog nagona.

Sniženi polni nagon kod žena nazvan je frigidnost, a kod muškaraca impotencija. Povišeni nagon kod žena je nimfomanija, a kod muškaraca satirijazis.

Termin nimfomanija potiče od grčke reči nimfa, koja u mitologiji predstavlja manje žensko božanstvo, vilu. U prenosnom smislu, to označava lepu devojkicu, ljubavnicu. Satiri su, pak, demoni iz pratnje Dionisa, grčkog boga vina. Predstavnici su veselog i razuzdanog života. Pesnici kao osnovnu crtu njihovog karaktera opisuju obesnu surovost, a vajari ih predstavljaju kao čelave, bradate starce ili kao mladiće nezgrapnog tela, raščupane i čekinjaste kose, prćastog nosa, kozjih ušiju i repića.



↑ Lezbejstvo („Roš“ - „Roche“, Basel)

Uživaju u vinu, muzici, pesmi i igri. Kasnije su satiri predstavljani kao lepo razvijeni mladići ili stari ljudi.

Autoerotizam (onanija i narcizam) jeste poremećaj u kome subjekt postaje objekt libida, to jest on se seksualno samozadovoljava. Kod onanije seksualno zadovoljstvo postiže se mehaničkim nadražajem muških ili ženskih genitalija. Normalna je i prolazna faza psihoseksualnog razvoja (pubertet) ili je uslovljena nemogućnošću zadovoljenja seksualnog nagona na drugi način. Znak je patološke izmene ličnosti ako, uprkos mogućnosti subjekta da stupa u heteroseksualne odnose, on bira isključivo onaniju.

26.8.2.3.1.2. Kvalitativni poremećaji

U ranijim klasifikacijama kvalitativni poremećaji seksualnog nagona bili su razvrstani na ano-

malije izbora objekta (inverzije) i deformacije seksualnog čina (pervertije). Prema Desetoj klasifikaciji podela je izvršena na: a) poremećaje polnog identiteta i b) poremećaje seksualne preferencije.

a) Poremećaji polnog identiteta

Transeksualizam se karakteriše „osećajem“ osobe da pripada drugom polu, očekivanjem ili zahtevom od medicine da mu se pol promeni i prilagodi njegovom psihičkom doživljaju. Osoba želi da živi i bude prihvaćena kao ličnost suprotnog pola, čak i po cenu hormonalne terapije ili hirurške intervencije.

Poznata je podela na primarni i sekundarni transeksualizam.

U slučajevima primarnog transeksualizma već u najranijem detinjstvu ispoljavaju se interesovanja, ponašanja i izgled karakteristični za pol suprotan sopstvenom.

Kod sekundarnih transeksualaca rascep između psihičkog doživljavanja sopstvenog pola i stvarnog biološkog ispoljava se u adolescenciji ili u odraslom dobu.

Transvestitizam (sa dvostrukom ulogom) znači privremeno uživanje u pripadnosti drugom polu, u oblačenju odeće suprotnog pola, pri čemu se ne postiže seksualno uzbuđenje. Transvestit ne želi da promeni pol.

b) Poremećaji seksualne preferencije

Ovoj grupi poremećaja pripadaju parafilije (para-mimo, philia – nešto što privlači).

Fetišizam je izbor seksualno neutralnog (u smislu erotizacije) objekta. Rukavica, cipela ili neki drugi predmet predstavljaju fetiš i nekad jedini oblik seksualnog zadovoljenja. Ti predmeti, po pravilu, pripadaju osobama suprotnog pola. Neživi predmet ima simboličko i magično značenje.

Fetišistički transvestitizam karakterističan je po oblačenju odeće suprotnog pola da bi se postiglo seksualno uzbuđenje i seksualne fantazije.

Ekshibicionizam je pokazivanje pojedinih delova tela, najčešće polnih organa, radi postizanja seksualnog zadovoljstva. Verbalni ekshibicionizam manifestuje se izgovaranjem lascivnih (bestidnih) reči, opet radi pribavljanja polnog zadovoljstva. Ekshibicionista ima za cilj da zaprepasti osobu ženskog pola.

Narcizam je seksualno zadovoljstvo sopstvenim izgledom i telom (mit o Narcisu kaže da je ovaj lepi mladić bio fasciniran svojim izgledom dok je sebe posmatrao u bistroj vodi. Tako zanesen, pao je i udavio se. Na tom mestu iznikao je cvet narcis).

Voajerizam se ispoljava povremenom ili stalnom tendencijom da se skriveno, neopaženo posmatra svlačenje ili intimni odnos, čime se postiže seksualno uzbuđenje. Voajeri masturbiraju i doživljavaju orgazam.

Anomalije izbora prema uzrastu su: **pedofilija** (pedos – dete), gde je seksualni partner dete, **efebofilija** (efebos – pubertet), nagon usmeren prema mladim osobama, **gerontofilija** (geron – starac) nagon usmeren prema starim osobama.

Sado-mazohizam je seksualno zadovoljstvo kad se partneru nanosi fizički bol, odnosno seksualno zadovoljstvo koje se stiče trpljenjem bola koji osobi nanosi njen seksualni partner.

Sadizam potiče od imena markiza de Sada, francuskog pisca bestidnih romana, koga je Napoleon, kao duševno bolesnog, zatvorio u bolnicu. Mazohizam potiče od imena nemačkog pisca Leopolda Saher Mazoha, koji je u svojim pikantnim novelama i romanima detaljno opisivao ovu vrstu seksualne perversije.

Multiple parafilije predstavljaju kombinaciju više poremećaja, najčešće fetišizma, transvestitizma i sado-mazohizma.

U **ostale parafilije** ubrajaju se koprofilija (mazanje fecesom), urolagnia (gutanje urina), pričanje seksualnih opsenosti (obično telefonskim putem), trljanje o druge ljude (froterizam), izbor partnera s nekom telesnom abnormalnošću (amputirani ekstremite).

Erotična zoofilija (sodomija) jeste seksualni odnos sa životinjama (Sodoma je legendarni grad u Palestini, na mestu gde je sada Mrtvo more, koji je sa Gomorom, zbog bezbožnosti i razvrata, bio spaljen. Otuda Sodoma i Gomora figurativno predstavljaju greh i razvrat).

Nekrofilija je zadovoljavanje seksualnog nagona na lešu osoba suprotnog pola.

Incest (incastus – nečastan), rodoskrnavljenje, seksualno opštenje sa bliskim srođnicima, sa kojima je brak zabranjen (između oca i kćerke, majke i sina, sestre i brata). Međutim, ovaj poremećaj je više poremećaj etike ličnosti.

Metatropizam je promena uloge i ponašanja u heteroseksualnim odnosima (muškarac bira snažnu, atleški građenu ženu, a žena feminiziranog, bez brade, gracilnog muškarca).

Opisuju se i posebni oblici seksualnog ponašanja: silovanje, zlostavljanje žena, kao i već opisani incest i homoseksualnost.

U psihoseksualne disfunkcije svrstani su sledeći poremećaji: inhibicija seksualnih želja, frigidnost (inhibicija seksualne želje, seksualnog uzbuđenja i orgazma), smetnje genitalnog odgovora (erektilna disfunkcija), kao i impotencija, prerana ejakulacija, disfunkcija orgazma žena (anorgasmia), vaginizam (spazam miškulature) i psihogena dispareunija (bol za vreme seksualnog odnosa).

Deformacije seksualnog čina (perverzije). – Erotizacija digestivnog i urinarnog trakta ispoljava se oralnim, analnim i urinarnim perverzijama.

Koitus na negenitalnim mestima partnera ili seksualno zadovoljenje upotrebom delova tela koji ne pripadaju genitalnim organima (usne, jezik) takođe su seksualne perverzije.



↑ Narcis posmatra svoj lik u vodi (Psihijatrijska enciklopedija, „Roš“, Bazel)

26.9. Svest

Tokom biološkog, istorijskog i socijalnog razvoja čovek se od životinje diferencirao svojom svesću, koja se smatra najvišim oblikom psihičkog života.

Čovekov psihički život ne sastoji se samo iz svesnog dela nego i iz tzv. nesvesne psihe. Mnogi, naročito neprijatni doživljaji, potiskuju se u nesvesni deo psihe. Ukoliko nisu dovoljno potisnuti i zaboravljeni, oni ne miruju, već teže da se probiju u svest, što je praćeno doživljavanjem nekih neurotskih simptoma. Ovi potisnuti sadržaji uzrok su mnogih fobičnih, prisilnih i drugih psihopatoloških fenomena.

Postoje tri formacije ličnosti: ego (ja), super ego (nad-ja) i id (ona). Ego ili ja se sastoji od svesnih događaja, koji se mogu oživeti, i nesvesnih doživljaja, koji su

zbog svoje neprijatnosti potisnuti u nesvesni deo psihe. Ego se nalazi u situaciji da balansira između nagonskih potreba, koje mogu biti vrlo intenzivne, i super ego, koji predstavlja savest i odraz je društvenog morala sredine.

Super ego (nad-ja) nastaje identifikacijom sa osobama koje su u detinjstvu toj ličnosti bile bliske. Ego-ideali se tokom mladosti menjaju i odraz su želje za ugledanjem na starije, poznate i priznate ličnosti i autoritete. Nad-ja je savest, moralni sudija, koji je nekad spreman da ličnost spartanski kažnjava. Super ego je uglavnom nesvesna formacija.

Id (ono) predstavnik je nagonskog dela ličnosti. Nekat id vrši snažnu presiju na pomenute strukture, dovodeći ličnost u konfliktne situacije ili neurotične reakcije.

Svest u kliničkom smislu definiše se kao sposobnost orijentacije subjekta prema sebi i drugim licima, u prostoru i vremenu.

Jaspers **svesnost** smatra ispravnim doživljavanjem sopstvenog identiteta i integriteta. Subjekt je svestan svoje jedinstvenosti, identičnosti, suprotnosti drugim licima, u prostoru i vremenu.

Poremećaji koji se manifestuju pogrešnim doživljavanjem sopstvene ličnosti pripadaju kategoriji ozbiljnih psihičkih poremećaja. To su: depersonalizacija, transformacija i derealizacija.

Depersonalizacija je bolesni utisak pacijenta da se menja (ne liči na sebe, ogleda se, raspituje se kod drugih, postaje sebi stran).

Transformacija je fenomen morbidnog verovanja pacijenta da je on druga ličnost, neka životinja ili ptica. Često je takav pacijent dvostruko orijentisan: i prema svom bolesnom konceptu i prema realnosti. U trenucima kad veruje da je neka druga ličnost, on se ponaša adekvatno toj „drugoj“ ličnosti (jedan pacijent, uveren da je lični sekretar predsednika Republike, zahtevao je da mu se dozvoli da obavi smotru bolesnika u dvorištu). U lucidnim intervalima takvi pacijenti su pravilno orijentisani prema sebi. Čest je fenomen transformisanja u neku divlju životinju ili pticu. I u ovim situacijama ponašanje bolesnog subjekta odgovara ponašanju životinje u koju veruje da se pretvorio.



† Edip kraj sfinje („Roš“, Bazel)

Derealizacija je pogrešna procena stvarnosti (realnosti) i bolesno verovanje da se okolina menja. Takav pacijent zaključuje da su drugi ljudi čudni i „verovatno bolesni“. Svi događaji imaju karakter nestvarnih.

U svim slučajevima dolazi do gubitka granica ega (ja), kao i do nesposobnosti ega da vrši selekciju i integraciju utisaka sveta oko sebe, što se najčešće pojavljuje kod tzv. kosmičkog ludila.

26.9.1. Poremećaji svesti

Ranije smo već govorili o kvantitativnim poremećajima svesti, pa ćemo ih sada samo pobrojati.

26.9.1.1. Kvantitativni poremećaji svesti

Razlikuju se somnolencija, sopor i koma.

Somnolencija je patološka pospanost. U stanju pomućene svesti pacijent je usporenog psihomotiliteta, shvatanja i rasuđivanja. Budi se samo radi svojih fizioloških potreba.

Sopor je teži oblik pomućenja svesti, iz koga se pacijent razbuđuje jakim, bolnim dražima.

Koma je stanje potpunog gubitka svesti, fizioloških refleksa i motorike (arefleksija i adinamija).

26.9.1.2. Kvalitativni poremećaji svesti

U ovu grupu poremećaja ubrajaju se delirantno pomućenje svesti, sumračna stanja, somnambulizam, fuge, intermitentna svesnost i hipnoza.

Delirantno pomućenje svesti karakteriše se dezorijentacijom pacijenta, obiljem iluzija i halucinacija koje su praćene strahom i koje izazivaju psihomotorni nemir. Sekundarno mogu nastati sumanute ideje i utisak gonjenja, kad pacijent može radi sopstvene odbrane postati agresivan.

Sumračno stanje je nagli prekid toka normalne svesti. Svest je sužena, pa se kaže da pacijent komunicira sa svetom kao kroz uzan tunel ili kroz durbín. Bolesnik je

zastrašen, zbunjen, dezorijentisan ili, pak, neupodljiv. Može imati intenzivne perceptivne poremećaje. Sumračno stanje završava se terminalnim snom. Za taj period, u kome pacijent zbog besa i agresivnosti može da počini i krivična dela, postoji potpuna amnezija. Sumračno stanje se najčešće javlja kod epileptičara i psihopata (epileptična i histerična sumračna stanja i sl.).

Izvesni autori opisuju **amentni sindrom** ili **amenciju**, koju karakteriše nemogućnost sinteze opaženog, inkoherencija, amnezija fiksacije (nemogućnost upamćivanja) i nepotpuna orijentacija. Pacijent se najčešće čudi i stalno zapitkuje šta se to dešava. Pojednostosti shvata, ali ne i celinu!

Somnambulizam je poznat i kao mesečarstvo, jer se verovalo da je Mesec uzrok što neke osobe napuštaju noću postelju i lutaju. Suština je u tome da je uz nepotpuno buđenje nastalo oslobađanje motornog aparata. Postoje ostrvca u kori mozga koja nisu inhibirana. Somnambulizam se pojavljuje kod dece, epileptičara i neurotičnih osoba. Treba uvek isključiti epilepsiju.

Fuge (poriomanija) jesu stanja sužene svesti u kojima bolesnik luta (dromomanija). Kad se svest razbistri, pacijent ne zna zašto je i kako dospao u neki kraj grada ili neko drugo mesto. Čest je epileptički fenomen.

Intermitentna svesnost karakteriše se smenjivanjem faza bistro i rasplintute, nejasne svesti. Javlja se kod alkoholisanih i drogiranih osoba, kao i kod osoba s arteriosklerotično promenjenim krvnim sudovima mozga.

Hipnoza je veštački izazvano suženje svesti. Izvesni autori hipnozu smatraju superkoncentracijom svesti.

Pod uticajem hipnotizera ili aparata (ablaciona hipnoza pomoću magnetofona) hipnotisana osoba može da dovede svoje telo u vrlo teške i zamorne položaje, da komunicira sa hipnotizerom, pri čemu sve naloge izvršava spavajući.

Hipnoza se retko primenjuje u terapijske svrhe zato što se pacijenti često za male probleme javljaju sa zahtevom da budu hipnotisani. Hipnoza se koristi u lečenju psihogenog mucanja, impotencije i sličnih neurotskih smetnji.



✦ Somnambulizam („Roš“, Bazel)



✦ Hipnoza („Roš“, Bazel)

Mentale bolesi

27. Klasifikacija mentalnih bolesti

U psihijatriji poseban problem predstavlja klasifikovanje mentalnih bolesti. Različitost konceptijskih pristupa u ovoj oblasti uslovljava je raznovrsne dileme, između kojih najčešće – šta klasifikovati (razvrstavati): bolest, obolele ličnosti ili psihičke poremećaje.

Da bi se olakšala komunikacija, moralo se poći od konvencija i operativnih definicija.

U istoriji psihijatrije poznata su nastojanja da se izvrši klasifikacija mentalnih bolesti prema etiološkim faktorima, jer je to u medicini najverodostojnija klasifikacija. Međutim, za mnoge mentalne poremećaje medicinska nauka do danas nije pronašla uzroke.

Kliničkim posmatranjem obogaćena je deskriptivna psihijatrija, pa su i prve psihijatrijske klasifikacije bile deskriptivne, odnosno simptomatološke, gde se na osnovu simptoma i sindroma bolesti pristupalo razvrstavanju u klase i potklase.

Morel je (1861) nastojao da se u klasifikaciji povezuju oblici mentalnih oboljenja sa prirodom uzroka, a Krepelin je ukazivao na značaj toka i ishoda bolesti. Krepelin čini pokušaj etiološke klasifikacije mentalnih bolesti i psihičke poremećaje svrstava u tri grupe: organske, psihogene i verovatno organske ili konstitucionalne.

Meninger je pristalica shvatanja da se psihički poremećaji razlikuju prema stepenu dezintegracije ličnosti.

Psihoanalitičke škole ukazuju na nejednakost individua i raznovrsnost njihovih psihopatoloških manifestacija.

Na osnovu etiologije, sve mentalne bolesti dele se na endogene i egzogene. U grupi endogenih poremećaja glavni uzročni faktori vezani su za nasleđe (podgrupa, psihoza, na primer), dok su u grupi egzogenih mentalnih poremećaja spoljni faktori imali najznačajniju ulogu u izbijanju bolesti.

U grupi egzogenih mentalnih poremećaja opisani su: simptomatski, psihogeni, reaktivni i ekshhaustivni poremećaji.

Naziv simptomatski mentalni poremećaji koristi se u slučajevima kada je mentalni poremećaj nastao kao simptom fizičke, hemijske ili infekcijske „lezije“ mozga (tumor mozga, alkoholom prouzrokovani delirijum, encefalitis i dr.).

Sukob na relaciji strukture ličnosti (super ego, ego, id) i spoljne sredine dovodi do poremećaja psihičkih dinamizama ličnosti i pojave tzv. psihogenih mentalnih poremećaja.

Pojedini psihopatološki sindromi, odnosno bolesti (depresije, na primer), mogu biti prouzrokovani psihičkim traumama, pa se u tim slučajevima govori o reaktivnim mentalnim poremećajima.

Termin ekshhaustivni mentalni poremećaj koristi se za one psihičke poremećaje koji su nastali kao slom adaptacionih mehanizama ličnosti tokom učestalih psihičkih trauma (ekshhaustija – iscrpenost).

Za izbijanje bolesti značajna je struktura ličnosti i njena sposobnost da se uspješno brani od mnogih trauma. Nisu retki primeri da skoro beznačajni faktori provociraju (deklansiraju) izbijanje psihoze. Minimalna doza halucinogene droge LSD-25 u osoba krhke mentalne strukture može da dovede do psihotične kliničke slike.

O ovim deklansirajućim faktorima moramo voditi računa kad su u pitanju osobe koje su opisane kao prepshiotične strukture.

Klasifikacija na osnovu patološko-anatomskog supstrata obuhvata dve grupe poremećaja – funkcionalne i organske. Kod funkcionalnih mentalnih poremećaja na današnjem stepenu razvoja medicinske tehnike i dijagnostike nije moguće utvrditi specifična strukturna oštećenja moždanog tkiva, dok je kod organskih mentalnih poremećaja verifikovana organska lezija mozga.

U stručnoj literaturi se sve češće koristi termin „organski psihosindrom“, koji označava vrstu psihičkih poremećaja nastalih kao rezultat organske lezije mozga (hronična intoksikacija drogom, na primer, tumor mozga i dr.).

Koristeći kliničku fenomenologiju, sve mentalne poremećaje delimo u tri grupe: neuroze, psihoze i mentalne deficite.

Pošto je jedinstvena klasifikacija mentalnih bolesti potrebna na internacionalnom planu, bilo je neophodno opredeliti se za multidimenzionalni pristup.

Zemlje članice Svetske zdravstvene organizacije prihvatile su 1948. godine u Parizu Međunarodnu klasifikaciju bolesti, povreda i uzroka smrti, a od 1. januara 1979. godine koristi se njena Devela revizija.

Ova klasifikacija predstavlja kombinaciju simptomatološko-sindromatoloških i etiopatogenetskih kriterijuma, a pravi kompromis između različitih psihijatrijskih škola i pravaca.

Urađen je i rečnik operativnih definicija, koji će atkloniti mnoge nesporazume među psihijatrima i istraživačima raznih škola i pravaca, koristiti preciznijem dijagnostikovanju mentalnih poremećaja i omogućiti epidemiološka i druga psihijatrijska istraživanja.

Prema međunarodnoj klasifikaciji, sve mentalne bolesti svrstane su u:

- psihoze,
- neuroze (psihoneuroze) i
- poremećaje ličnosti.

Posebnu grupu čine deficiti inteligencije – mentalna subnormalnost.

Psihoze predstavljaju duševna oboljenja u užem smislu. Suštinu psihoza predstavlja izmenjen odnos obolele osobe prema stvarnosti, poremećen odnos između ja-ličnosti i spoljašnjeg sveta, neuključivanje u spoljašnji svet, povlačenje, poremećaj organizacije ja, gubitak granica ja, fluidnost granica ja sve do potpune dezorganizacije ja, iskrivljen doživljaj stvarnosti – kao neprijateljske, ugrožavajuće, odbacujuće ili kažnjavajuće. Ove teške bolesti zaustavljaju psihički razvoj ličnosti ili dovode do regresije.

Neuroze su funkcionalna oboljenja bez strukturne lezije nervnog tkiva.

Radi lakšeg snalaženja u kliničkoj praksi, ukazujemo samo na bitne razlike između psihoza i neuroza.

Kad neurotičara nesvesni impulsi su potisnuti, a u svesti se pojavljuju prurušeni u neurotske simptome. Svest psihotičnog bolesnika često je preplavljena nesvesnim sadržajima. U neurozi, za razliku od psihoze, ne dolazi do gubitka granica. Ja i ne postoji otuđenost od realnosti (stvarnosti). Psihitična alijenacija nekad toliko udalji obolelu osobu od realnog sveta da je takva ličnost osuđena na neku vrstu osame i zatočeništva u sopstvenom, autističkom i nerealnom svetu, van vremena i prostora. Pri razlikovanju psihitičara i neurotičara koristi se jedno slikovito upoređenje: „... Neurotičar gradi kule od karata, a psihitičar u njima živi“.

Ponekad se intenzitet simptoma i stepen disharmonije i regresije teško mogu razlikovati od psihitične disocijacije. U tim slučajevima koristi se termin – granični slučaj. To su ličnosti koje se nalaze na granici psihoze, sa velikom i stalno pretećom opasnošću od psihitične dekompenzacije.

Grupu poremećaja ličnosti čine: seksualne devijacije, bolesti zavisnosti (od alkohola i droga), poremećaji fizioloških funkcija prouzrokovani psihitičkim faktorima (respiratorni, kardiovaskularni, gastrointestinalni, genitourinarni, endokrini i dr.), kao i posebni simptomi i sindromi koji nisu klasifikovani na drugom mestu (tikovi, anoreksija, enureza, enkopreza, poremećaji ponašanja i dr.).

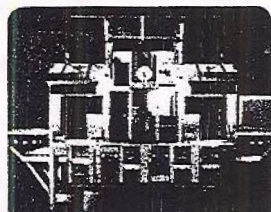
Glavni faktor za dijagnostikovanje posebne kategorije – mentalna (intelektualna) subnormalnost jeste deficit inteligencije.

U Desetoj klasifikaciji mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (Ženeva, 1992), u kojoj su dati klinički opisi i dijagnostička uputstva, razvrstavanje je učinjeno na sledeći način:

- organski, uključujući i simptomatske, mentalne poremećaje (F00–F09);
- mentalni i poremećaji ponašanja zbog upotrebe psihoaktivnih supstanci (F10–F19);
- shizofrenija, shizotipski poremećaji i poremećaji sa sumanutošću (F20–F29);
- poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji) (F30–F39);
- neurotski, povezani sa stresom, i somatoformni poremećaji (F40–F48);
- bihevioralni sindromi udruženi sa fiziološkim poremećajima i somatskim faktorima (F50–F59);
- poremećaji ličnosti i ponašanja odraslih (F60–F69);
- mentalna retardacija (F70–F79);
- poremećaji psihitičkog razvoja (F80–F89);
- poremećaji ponašanja i emocija, započetih obično u detinjstvu i adolescenciji (F90–F98);
- nespecifikovani mentalni poremećaji.

28. Neurotski, sa stresom povezani i somatoformni poremećaji (Neuroze)

Neuroze su masovna i sve brojnija oboljenja. Zbog toga se, ponekad bez dovoljno stručnih kriterijuma, neka osoba olako oglašava neurotičnom. Najstarija i najmanje sadržajna definicija neuroze formuliše ovu vrstu oboljenja kao „funktionalna nervna oboljenja bez vidljivih znakova organskih oštećenja“. Ovim, psihogeno uslovljenim bolestima, medicina na savremenom stepenu razvika medicinske dijagnostike nije pronašla patoanatomske ili patofiziološke mehanizme koji bi zadovoljili uobičajeni doktrinar način medicinskog logičkog mišljenja o etiopatogenezi bolesti.



↑ Eksperimentalna neuroza majmuna

Neurozom se, dalje, proglašava i neuspela adaptacija ličnosti na zahteve socijalne sredine, vraćanje na prevaziđene obrasce ponašanja karakteristične za period detinjstva, ishod intrapsihičkih konflikata ličnosti, konflikt nagonskih pulzija, konflikt ličnosti i socijalne sredine, nesrazmera između nivoa aspiracija i mogućnosti realizovanja takvih aspiracija ličnosti itd. Ukratko, neuroza je nesposobnost organizovanja i svrsishodnog usmeravanja potencijalnih intelektualnih i drugih kapaciteta ličnosti na savlađivanju teškoća, koje se javljaju u pokušajima ostvarivanja određenih aspiracija ličnosti.

Vladislav Kloja raščlanjuje ove neurotične mehanizme i simptome, koje neurotičara proglašavaju osobom koja je protivnik samome sebi i u savlađivanju emocionalnih i drugih problema samom sebi stoji na putu.

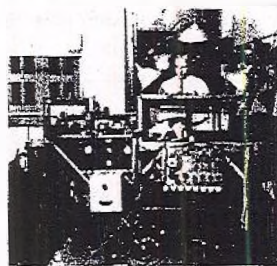
„... Ovakva specifična nesposobnost nastaje tako što ličnost usled postojanja protivurečnih motiva u njoj samoj i u borbi tih unutrašnjih motiva, izgubi mogućnost da upotrebi svoje snage za savlađivanje teškoća ili za usmeravanje (orijentaciju) ka nekom cilju, i tako ona ostane sputana, inertna, nesposobna za akciju. U takvoj situaciji ličnost pribegava odbrambenim mehanizmima, koji predstavljaju pseudorešenja, pseudoakcije, pseudonapor, ili povratak na one obrasce ponašanja i one stavove kojima je nekada uspevala da ovlada svojim svetom i da zadovolji svoje zahteve i potrebe. Nesposobnost ukazuje na konflikt unutar ličnosti, ili između ličnosti i njene okoline. Ona može biti posledica nepotpunog, neharmoničnog razvoja i organizacije ličnosti usled nepovoljne emocionalne konstelacije u prvobitnoj sredini, ili postepenog kumuliranja dejstva mnoštva istovrsnih ili raznovrsnih traumatskih situacija, ili usled efekta jedne snažno traumatizirajuće situacije, koja prelazi adaptacionu širinu i „nosivost“ jedne ličnosti. Za izbijanje neuroze dovoljno je utoliko manji povod ukoliko je emocionalna zrelost ličnosti manja – nedovoljno zrela ličnost je potencijalni neurotičar, čiju labilnu unutarpsihičku ravnotežu lako

može poremetiti i relativno malo spoljašnje opterećenje. Čvrsto sazdate, tj. emocionalno zrele ličnosti reaguju neurotično samo pod uticajem snažnih potresa ili izuzetno nepovoljnih situacija".

Neurotičar je osoba koja sama najviše trpi od svojih simptoma i emocionalne labilnosti. Ne može se, naravno, isključiti ni mogućnost indukcije, prenošenja raspoloženja na svoju okolinu u porodici ili na radnom mestu. Zbog toga te osobe mogu ponekad, istina mnogo ređe nego psihopate, da postanu žarište mentalne infekcije. Neurotičar je osoba koja može da postavi jasne granice (za razliku od psiholičnog, sumanutog) između sebe i realnosti, sebe i spoljašnjeg sveta. Kad sumanutog ta granica je rasplinuta. Neurotična osoba svoje, najčešće racionalno ponašanje, plaća velikom investicijom emocija i stalnom napetošću. Neurotična ličnost ponaša se kruto, rigidno, zbog neelastičnih moralnih nazora. No, izvesni elementi neurotičnosti smatraju se socijalno korisnim i gone ličnost na umetničko ili naučno stvaralaštvo. Bilo bi, međutim, pogrešno zaključiti da je kreativnost odraz neurotičnih potreba ličnosti, ali nam prostor ne dozvoljava da šire diskutujemo o ovom problemu.

Etiologija. – Etiološki faktori u nastanku neuroza su u pravom smislu reči mnogobrojni. Smatra se da je period između druge i pete godine u životu deteta, vrlo važan i često, sudbonosan za tzv. neurotičnu predispoziciju. Odmah treba konstatovati da se neuroza ne nasleđuje, ali se uče neurotični obrasci ponašanja roditelja ili osoba koje su za dete u pomenutom periodu bile emocionalno značajne. Loša emocionalna atmosfera u porodici, defektna ili razorena porodica, ostavljaju traumatske ožiljke. Preterana strogost i kažnjavanje razvijaju kod deteta osećanje da je neželjeno, da nije voljeno. Sledeći Frojdu misao da je „dete otac čoveka“, možemo pretpostaviti da će takvo dete, kad odraste, imati teškoća da se emocionalno veže za druge osobe. Preterano maženo dete, kome ništa nije zabranjeno, kad dođe u odraslu fazu i nađe se u socijalnoj sredini gde mu nije sve dopušteno, može da reaguje emocionalnim problemima. I tu su koreni buduće neuroze. Neželjeno, omalovažavano dete može celog života ostati nesigurna ličnost. Vezanost za jednog roditelja stvorice kasnije teškoće u emocionalnom vezivanju za osobe suprotnog pola. Tzv. Edipov kompleks, vezanost za roditelja suprotnog pola, koji se razvija u detinjstvu a ima i „seksualne“ dimenzije, ali se tokom psihoseksualnog razvoja i sazrevanjem prevazilazi, može kod odraslog neurotičara imati snažan uticaj, ozbiljno narušavajući sigurnost, samostalnost i adekvatan izbor seksualnog, odnosno bračnog partnera.

Svi ovi faktori, koji deluju u ranom detinjstvu, pripremaju ličnost da kasnije neurotično reaguje u svim nepovoljnim ili traumatskim situacijama. Ukoliko su emocionalni,



↑ Eksperimentalna neuroza mačke

socijalni i ekonomski uslovi bili povoljni i netraumatski, te osobe neće reagovati neurotično, bez obzira na prvobitnu neurotičnu „predodređenost“.

Jedna grupa autora u nastanku neuroza ističe manje vrednosti pojedinih organa ili još dalje, nervnog tkiva u celini. Prema njima osoba s nekim fizičkim nedostatkom osuđena je da bude neurotična. Poznati su, međutim, primeri kompenzacije i natkompenzacije tih nedostataka. Veliki je broj sterilnih žena, koje su svoju želju da budu majke kompenzovale pozivom u kome su bile izvanredni vaspitači, profesori ili su usvojile i materinski poštivovano odnegovale jedno ili više dece. Primere natkompenzacije pokazuju mnogi invalidi izvanrednim sportskim rezultatima (Vilma Rudolf, atletičarka crne puti, bolovala je od paralize. Uprkos teškoj bolesti ona je, zahvaljujući upornosti postala i svetska rekorderka u trčanju).

U odrasloj dobi deluju mnogi faktori izazivajući psihičke traume. Odrastao čovek napušta reagovanje po principu zadovoljstva, karakterističnom za dete i prihvata princip realnosti. Ako je ta realnost neprijateljska, ugrožavajuća, nepodnošljiva ili frustrirajuća, pa ličnost biva osujećena u nekim svojim aspiracijama, ona će neurotično reagovati. Neuroza je ovde neka vrsta regresije, vraćanja na prevaziđene obrasce ponašanja, traženja zaštite bežanjem u bolest. Ovo je dinamika koje bolesna osoba uglavnom nije svesna.

Potrebno je, međutim, razgraničiti neurotične reakcije od neuroza. U odrasloj dobi mnogi traumatski faktori, kao što su intimni problemi ličnosti u porodici, na radnom mestu, elementarne nepogode, stresovi, mogu izazvati neurotične reakcije raznih vrsta. Neuroza je već strukturirano oboljenje, koje nastaje kod ličnosti koje su delimično predisponirane ili su ti spoljni faktori, poznati kao reaktivni elementi, centripetalno urasli u ličnost, „nagoneći“ je da rešenje nalazi u neurozi.

Naše doba, nazvano dobom kompjuterske civilizacije, formira takmičarsko društvo. Osoba koja gubi korak u ovoj maratonskoj životnoj trci ispoljava strah od neuspeha ili beži u bolest. Brz tempo života, naročito u velikim gradovima, koji se sve češće nazivaju tvrđavama samoće, nosi opasnost alijenacije (otudjenja), sa kojom se čovek svakodnevno suočava. On, pored ostalog, nema mogućnosti da se opusti, da se ventilira.

Gradska urbana sredina nudi dinamični tempo života. Otuda osobe koje dolaze u tu sredinu nedovoljno pripremljene, ili su male „nosivosti“ kad su u pitanju emocionalne traume, kao i osobe male adaptacione širine i tolerancije, reaguju neurotično. Materijalne i stambene neprilike, teškoće u interpersonalnim komunikacijama takođe podrivaju ionako poljuljanu sigurnost ličnosti.

Svi ovi brojni faktori guraju ličnost u samoću. Usamljen čovek postaje bolestan, a bolestan čovek ostaje sam.

Neuroza nastaje kao kompromis između nagonskih želja i ego odbrana. Neuroza je, dakle, vraćanje na intrapsihički konflikt između zaostalih ili ponovo aktiviranih infantilnih želja i odbrane od njih.

U slučaju neuroza postoji konflikt koji je, po pravilu, internalizovan (pounutrašnji). Konflikt je između id-a, s jedne, i super ega i ega, s druge strane. Konflikt je moguć i unutar ega ličnosti. Formiranje simptoma rezultat je neuspešno rešenog konflikta.

Opisuju se neurotski simptomi, neurotski karakter i neurotski manevri.

Neurotski simptomi dovode do rasterećenja nagonske energije i simbol su nesvesnog konflikta. Manifestuju se u formi konverzije i psihosomatskih oboljenja.

U slučaju neurotskog karaktera „ego je stalno budan“, a neurotske crte ličnosti su prenaplašene.

Neurotski manevar odigrava se na nesvesnom nivou i predstavlja „indirektno rasterećenje afektivne napetosti pomeranjem konflikta sa primarnog infantilnog objekta na njegove zamene“. (Osoba koja je imala strogog oca u porodici može da ispolji netrpeljivost ili agresiju prema osobi koja joj je u radnoj organizaciji pretpostavljena.)

Teorije o nastanku neuroza. – Suština mnogih teorijskih pristupa neurozama je da su one (neuroze) interakcija između biopsihičke predispozicije (i „nasleđa“) i dinamičkih mentalnih snaga ličnosti.

U grupi psihodinamičkih teorija susrećemo se s autorima koji pripadaju analitičkim i neoanalitičkim školama ili pak grupi revizionista psihoanalize.

Analitičari i neoanalitičari ističu značaj traumatskih iskustava iz detinjstva (ti sadržaji se u hipnozi oživljavaju), zatim libida koji je fiksiran, kao i problema u domenu prihvatanja principa realnosti.

Revizionisti psihoanalize (Karin Hornaj, From) ističu značaj sociokulturnih faktora u nastanku neuroza, uticaj aktuelnih životnih situacija koje stvaraju strah i nesigurnost, zatim moralnih problema u međuljudskim odnosima, uz uvažavanje bioloških etioloških faktora.

Pavlovljeva škola nudi neurodinamički koncept, prema kojem je suština neurotičnih odgovora u ekscitaciji i inhibiciji kore mozga. Prema ovim teorijama neurastenija nastaje prekomernom ekscitacijom, a psihastenija inhibicijom, dok je histerija posledica „iscrpljenja mozga“.

Teorije učenja i bihejviorističko shvatanje neuroza ukazuju na ulogu deficijentnog i neprilagođenog ponašanja. Deficijentno ponašanje objašnjava se neuspehim odbacivanjem stimulusa ili neuspešnim reagovanjem, dok se neprilagođeno ponašanje karakteriše „odgovorima u neodgovarajućim okolnostima“.

28.1. Klasifikacija neuroza

Postoje brojne podele neuroza, načinjene uglavnom na osnovu etiologije i kliničke slike neuroza.

Frojd neuroze deli na dve grupe. Prvoj grupi pripadaju one koje u toku formiranja ličnosti osujećuju njen harmoničan socijalni i emocionalni razvoj. U ovu grupu tzv. psihoneuroza Frojd ubraja konverzivnu histeriju, fobije i prisilne neuroze. Drugoj grupi pripadaju neuroze odraslih, relativno zrelih osoba, koje su zbog nepovoljnih spoljnih uslova pribegle odbrambenim neurotičnim reakcijama. To su aktuelne neuroze: neurastenija, neuroza straha i hipohondrija.

Šulc (J. H. Schultz) neuroze deli na centrifugalne (neuroze ličnosti) i centripetalne (aktuelne neuroze).

Pavlovljeva škola neuroze deli na neurasteniju, psihasteniju i histeriju.

Podela neuroza prema Devetoj međunarodnoj klasifikaciji glasi: 1) neuroze straha, 2) konverzivne neuroze (histerija), 3) fobične neuroze, 4) opsesivno-kompulsivne neuroze, 5) depresivne neuroze i reakcije, 6) neurastenije, 7) psihosomatska oboljenja i 8) karakterne neuroze i psihopatije.

Osim ovih, postoje i mnoge druge neurotske reakcije i neuroze, od kojih treba spomenuti rentne neuroze (gde osoba zbog svesne koristi od bolesti svesno ili nesvesno „nastavlja da bude bolesna“) i ratne neuroze, nastale u uslovima ratovanja.

Prema Desetoj klasifikaciji mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja dijagnostička kategorija Neurotski, sa stresom povezani i somatoformni poremećaji obuhvata sledeće poremećaje:

- fobične, anksiozne,
- druge anksiozne,
- opsesivno-kompulsivne,
- reakcije na težak stres i poremećaje prilagođavanja,
- disocijativne (konverzivne),
- somatoformne i
- druge neurotske poremećaje.

28.1.1. Fobični anksiozni poremećaji (Fobije i fobične neuroze)

Prema Desetoj međunarodnoj klasifikaciji fobično-anksiozni poremećaji obuhvataju anksioznost izazvanu definisanim situacijama ili objektima, koji se „izbegavaju ili podnose sa strahom“. Intenzitet fobične anksioznosti kreće se od „blage neprijatnosti do užasa“.

U ovoj grupi opisuju se: agorafobija, socijalne fobije i specifične (izolovane) fobije.

Fobija je strah vezan za objekt. Strah od unutrašnje opasnosti zamenjen je strahom od spoljašnje opasnosti. Unutrašnja opasnost i ugroženost rezultat su ranijih i sadašnjih neprijatnih doživljaja, koji deluju u nesvesnim slojevima ličnosti. Taj strah od simboličnih situacija i objekata pacijent lakše podnosi nego svoje zabranjene impulse i nagone, pa se fobijom koristi kao bunkerom u kojem borave njegovi nesvesni konflikti.

Fobija je poznata još od Hipokrata, a Freud je fobičnu neurozu nazvao histerijom straha, odnosno anksioznom histerijom (phobos – bežanje, strah, užas, pakao).

Fobija je simptom nekog mentalnog poremećaja, bitan faktor u nastajanju i toku neuroze, a često i jedan od početnih simptoma endogene psihoze.

Deca se najčešće boje mraka, samoće, životinja. Deca u prepubertalnom stadijumu strahuju od zaraza, bolesti, smrti, dok u pubertetu dominira strah od polnih bolesti, crvenjenja, kao i fobija tela (veličina nosa, oblik tela i sl.).

Klasifikacija. – Opisuju se sledeće fobije:

- od realnih osoba (lekara, milicionara i uopšte nooružanih osoba, roditelja, osoba sa nekim telesnim nedostacima ili nakaznostima), kao i nerealnih osoba (marsovaca, đavola, veštica, barbaroga);
- od objekata i predmeta (vozila, igračka, nekih kućnih predmeta – noževa, na primer);
- od prostora (zatvorenih, otvorenih, ulica i trgova, visine, dubine, lifta i sl.);
- u situacijama (u društvu, nepoznatim i novim situacijama, od samoće);
- od aktivnosti i nekih manipulacija (šišanja, kupanja, medicinskih intervencija);
- od prirodnih pojava (vode, vatre, grmljavine);
- od kontakta (sa ljudima, životinjama, mikrobima i drugim izazivačima bolesti, strah od prljavštine);
- od osujećenja kontakta (odvajanja od roditelja, od voljenih predmeta i domaćih životinja);
- od povrede i bolesti (od raka, polnih bolesti, side i sl.);
- vezane za telo (od deformiteta, ružnoće);
- za druge osobe („razboleće se“, „poginuće u saobraćajnoj nesreći“, „umreće“);
- od velikih i malih životinja;
- socijalne fobije (školske fobije, fobije od javnih nastupa);
- fobije od smrti i druge fobije, što je dalo povoda nekim autorima da uvedu i pojam pantophobia, za strah od svega i svačega.



↑ Fobija od insekata

Fobična neuroza se razvija na terenu neurotične ličnosti, koja ispoljava fobični ili strašljivi karakter (stalno stanje uzbune i želje za bekstvom). Želja za bekstvom ispoljava se u pasivnom inhibiranom stavu, odbijanjem kontakta s drugim ljudima ili izazivačkim, oholim ponašanjem, koje se simbolično naziva „bekstvo ka napred“. Kod kontrafobije osoba se ponaša izazivački da bi negirala strah i zato bira opasno zanimanje (postaje pilot iako se boji visine).

Fobično ponašanje je veoma raznovrsno i simbolično: Fobična osoba koristi razne taktike da bi paralizovala strah. U „ponašanju sa izbegavanjem“ fobičar izbegava susret s objektom koji je izvor straha i koji se često naziva **tabu—objekt**. Fobičar može pribegavati ponašanju koje daje osećanje sigurnosti. On se čvrsto pridržava toklike – ne bili sam. Ilustracija ovakvog ponašanja je skoro smešna situacija kada osoba koja ispoljava strah od prelaženja ulice (agoraphobia) i dovoljno joj je prisustvo psa da bi bila sigurna.

Fobična kriza karakteriše se perakutnim ispoljavanjem parališućeg straha, koji je praćen mnogim vegetativnim simptomima i poremećajima kontrole motorike.

Strah fobičara često ima i svoje telesne manifestacije: lupanje srca, gubitak ritma disanja, muka, gađenje, povraćanje, tremor, bledilo ili crvenilo kože, poremećaj stinkernih mehanizama, psihomotorni nemir itd.

Najčešće fobije su strah od otvorenog prostora (agoraphobia), zatvorenog prostora (claustrophobia), strah od ljudi (antropophobia), pasa (kynophobia), visine (akrophobia), tekuće vode (psalammophobia), prljavštine (mysophobia), bolesti (nosophobia), smrti (tanatophobia) itd.

Strah od prljavštine (mysophobia) često je povezan sa sopstvenom prisilom pranja ruku i prevelikom higijenom (jedna pacijentkinja je uporno prala ruke pre nego ih je stavljala da se kuaju).

U slučajevima školskih fobija, koje nisu retke, deca ispoljavaju teškoće da se odvoje od majke (krenu pa dožive strah i vraćaju se ili, pak ne napuštaju kuću).

Stidljivost kao posledica fobično—opresivnih organizacija, slučajevi da deca zaneđu pri polasku u školu, izbegavanje druge dece i igara, globalna intelektualna inhibicija i neuspeh u školi (naročito iz matematike), blokiranje kreativne mašte i sl. mogu navesti na pogrešan utisak o toj deci kao intelektualno manje vrednoj („lažna debilnost“).

Dismorfofobija je strah od deformisanosti sopstvenog tela, a može biti praćena i doživljajem osobe da joj je telo izmenjeno u odnosu na pretpostavljenu i očekivanu predstavu o sopstvenom telu. Čest je simptom adolescentnih kriza, a javlja se i u osoba prepsihotične strukture, za koje postoji velika opasnost da će tokom života ispoljiti simptome duševnog poremećaja. Tokom svog psihoseksualnog sazrevanja, mlade osobe, uplašene brzinom rasta i oblikovanjem sopstvenog tela, mogu ispoljiti strah da su neskladno građene i ružne.

Kancerofobija je danas vrlo česta fobija, čiji je razlog nedokučiv svesnom ja. Može nastati zbog uticaja literature, filma, televizije, u slučajevima hereditarnih opтереćenja, kao i tokom ispitivanja pacijenta, kada lekar olako izriče sumnju u mogućnost malignog oboljenja.

28.1.1.1. Agorafobija

Raniji pojam agorafobija proširen je i obuhvata ne samo strah od otvorenog prostora već i strahove od gužve, napuštanja kuće, putovanja vozom, avionom ili autobusom (ali ne i sopstvenim automobilom!), strah od mostova, tunela, visine...

U svim slučajevima dominira strah od kolapsa, koji je povezan s osećanjem bespomoćnosti i bezizlaznosti, pored ostalog i zbog neizvesnosti oko mogućnosti pružanja brze i efikasne pomoći.

Postoje i brojni telesni simptomi – nesvestice, vrtoglavice, slabost u nogama, lupanje srca i dr.

Među psihopatološkim sadržajima treba uvrstiti depresivno raspoloženje, opsesivne misli, depersonalizacione i derealizacione fenomene.

Agorafobija se može ispoljiti bez ili sa paničnim poremećajem.

28.1.1.2. Socijalne fobije

Dominantni simptom ovog fobičnog poremećaja jeste strah od pojave, stavova i ponašanja drugih ljudi, kao i određenih socijalnih situacija.

Socijalne fobije mogu biti diskretne (nelagodnost pri uzimanju hrane pred drugim osobama, susret sa osobama drugog pola i drugi oblici socijalne stidljivosti) ili difuzne, koje podrazumevaju sve socijalne situacije izvan porodičnog kruga.

Ukoliko socijalna stidljivost dobija dimenziju socijalne fobije, osoba ispoljava strah od jedenja i pijenja pred drugim osobama, od komunikacije sa ljudima, posebno ukoliko su to osobe priznatog autoriteta, strah da se ne ispadne nezalica, neinteligentan, glupak, zatim strah od crvenjenja, znojenja, pogleda, rukovanja, pisanja pred drugim ljudima i sl.

Česti su strahovi od gubitka kontrole (povraćanje, uriniranje, flatulencija, defekacija), od egzibicionizma (pevanje, sviranje, govorenje pred drugim ljudima) i od otkrivanja sopstvene inferiornosti.

Strah je često destruktivan, parališući. Stoga obolele osobe ili izbegavaju fobične situacije ili pribegavaju potpunoj socijalnoj izolaciji.

28.1.1.3. Specifične (izolovane) fobije

Karakteristične su po nelogičnom, intenzivnom i stalnom strahu od objekata (predmeta), životinja i situacija (krv, injekcione igle, blizina pojedinih životinja, mrak, grmljavina, povrede, izlaganje pojedinim bolestima, kao što su venerične ili u poslednje vreme AIDS – sida).

Strah od bolesti može, na žalost dostići intenzitet sumanutosti.

28.1.2. Drugi anksiozni poremećaji

U fobične anksiozne poremećaje svrstani su agorafobija, socijalne fobije i specifične fobije, a u druge anksiozne poremećaje – panični poremećaj (epizodično paroksizmalna anksioznost), generalizovani anksiozni poremećaji i dr.

Panični poremećaj karakterišu napadi panične anksioznosti, straha i užasa bez racionalnog i uočljivog razloga koji se ponavljaju, u sklopu okolnosti i situacija koji ga ne mogu opravdati.

Napadi su nepredvidivi, iznenadni, traju kratko (nekoliko minuta ili, izuzetno, nekoliko sati) i imaju tendenciju ponavljanja.

Simptomi zavise od osobenosti ličnosti koja ispoljava crte anksioznog karaktera.

Tipični i dominantni simptomi su: iznenadno lupanje srca, bol u grudima praćen doživljajem gušenja, nesvestice, vrtoglavice, nestabilnost („noge kao od gume“), stomachne smetnje, znojenje, slabost, malaksalost, depersonalizacioni i derealizacioni fenomeni.

Karakteristični su strahovi od infarkta, smrti, gubitka kontrole i ludila.

U nastupu krešenda straha i vegetativnih simptoma osoba gubi glavu, ne sme da ostane sama, besciljno beži, poziva hitnu pomoć, panično zahtevajući lekarsku intervenciju i strahujući od novog i dramatičnijeg napada.

Između napada panike postoje mirni intervali, ali i iščekivanje sledećeg napada.

Generalizovani anksiozni poremećaj karakteriše generalizovana i perzistentna anksioznost. Osobi nije poznat uzrok straha, koji je zbog toga nazvan slobodnolebdeći strah. Strašljivo iščekivanje, obeshrabrenost i osećanje bespomoćnosti čine da ovi pacijenti stalno „hodaju ivicom života“.

Palpacije, nesvestice, vrtoglavice i muka u epigastrijumu vrlo su česti simptomi, kao i brige, sme slutnje o teškim bolestima koje će pogoditi bolesnika ili njegove bliske rođake, zatim depresivnost, glavobolje, loše intelektualno funkcionisanje, poremećaji spavanja i problemi u interpersonalnim komunikacijama.

28.1.2.1. Strah i anksioznost

Anksioznost (anxietas) najčešće se definiše kao teskoba, zebnja, a označava strah, praćen unutrašnjom napetošću i psihomotornim nemirom. Anksioznost je neprijatna emocionalna reakcija, koja može da promeni celokupno čovekovo ponašanje, van granica je razuma i razum je ne može savladati, a praćena je i brojnim telesnim i vegetativnim reakcijama i poremećajima.

Anksioznost je normalna pojava, ali je mnogo češće patološki fenomen (u slučajevima neurotične i psihotične anksioznosti).

Anksioznost se ne može objasniti jednim mehanizmom, već sadejstvom bioloških i društvenih činilaca.

Sa biološkog aspekta anksioznost je alarmni sistem, koji upozorava ličnost da je ugrožena njena egzistencija i da su joj potrebni odmor i zaštita od mnogih traumatskih uticaja.

U psihološko-psihijatrijskoj interpretaciji fenomen anksioznosti se definiše kao emocionalni doživljaj, emocionalna reakcija i emocionalno ponašanje, koje dovodi do fizioloških promena u organizmu, a uzročni je faktor u nastojanju mnogih bolesti. (Još je Frojd ukazao na značaj anksioznosti u nastojanju neurotskih i psihosomatskih oboljenja).

Sociolozi ističu anksioznost kao pretnju socijalnoj egzistenciji i čovekovoj interpersonalnoj komunikaciji, njegovom mestu na socijalnoj lestvici i u određenoj kulturi, u savremenom društvu koje sve više razvija takmičarstvo kao model življenja.

Strah je specifično i neprijatno osećanje izazvano najraznovrsnijim opasnostima, koje ugrožavaju telesni, psihički i društveni integritet ličnosti. Ovo osećanje, koje predstavlja afekt u užem smislu, praćeno je intelektualnim sadržajem. Ugroženi su i integritet ličnosti i posebne, za ličnost bitne vrednosti.

Strah je nasleđena, arhaična reakcija, pa svesno ja ne može da nadvlada stimule i ekscitacije, signal je uzbune i bekstvo od opasnosti. Može biti konstruktivno i destruktivno usmeren.

Anksioznost je dugotrajnija od straha i doživljava se bez prisustva realne opasnosti.

Frojd pod anksioznošću podrazumeva stanje napetosti i uznemirenosti pred unutrašnjom opasnošću.

Karin Hornaj takođe ističe skrivenu unutrašnju opasnost i ukazuje na značaj „bazične anksioznosti“, koja je karakteristična za detinjstvo, a praćena je doživljajem sićušnosti, beznačajnosti, napuštenosti i ugroženosti u često neprijateljskom svetu.

Kirkegor slikovito definiše anksioznost kao „nemir u slobodi“. Za Hajdegera je to „raspoloženje koje otkriva ništavilo“. Po Sartru, „čovek je biće kojim ništavilo dolazi na svet“. Jaspers opisuje ovo mučno emocionalno stanje kao „egzistencijalni strah“ i stalno „preživljavanje smrti“.

Anksioznost može biti normalna i patološka.

Šematski prikaz reagovanja na anksiozno doživljavanje



↑ Šema po Peldingeru (Pöldinger)

Normalna anksioznost je signalno, zaštitna emocionalna reakcija, javlja se povremeno, traje kratko, slabijeg je intenziteta, a češće stimuliše ličnost na konstruktivno rešavanje konflikta i frustracija.

Patološka anksioznost je intenzivnija, stereotipna, slepa za prepoznavanje i konstruktivno rešavanje konflikata i frustracija. Dugotrajnija je i recidivantna ili se ispoljava u atacima (krize anksioznosti i panike).

Ej (Ey) zapaža da je patološka anksioznost anahronična, fantastična i stereotipna. Patološka anksioznost može da se ispolji kao neurotska i psihotična.

Primarno nastala anksioznost može (prema Frojdu) da se transformiše u uznemirenost, napetost, nesanicu, depresiju, plač, osećanje krivice, neuobičajenu agresiju, osećanje inferiornosti, neodlučnosti i paranoidne konstrukcije.

Anksioznost može da se manifestuje akutno (kada su moguće i reakcije anksiozne panike) i hronično (osoba živi sa strahom).

Prema nekim savremenijim autorima u neuroze straha (anksiozne neuroze) ubrajaju se i anksiozne reakcije, anksiozna depresija, histerija sa anksioznošću kao dominantnim simptomom, anksiozna neurotična stanja i stanja panike.

Frojd je krajem XIX veka prvi put opisao anksiozne neuroze kao osećanje čistog straha. Taj strah se pojavljuje naglo ili postepeno i praćen je poremećajem ritma srčanog rada, ježom, drhtanjem i crevnim poremećajima, od kojih su najčešći poremećaji peristaltike creva i sfinktera.

Ako osoba živi u stanju stalnog iščekivanja nesreće, zla, preteće opasnosti koja budućnost čini neizvesnom ili besperspektivnom, onda je to anksioznost. Kod straha „aktuelna je sadašnjost, a kod anksioznosti budućnost“, perspektiva, egzistencija.

U stanjima straha i anksioznosti dolazi do poremećaja krvotoka, disanja, varenja i sl. Intelektualne funkcije su inhibirane ili stimulisane. U prvom slučaju osoba „gubi glavu“, teško shvata i rasuđuje, „postaje glupa“, gubi pamćenje ili, pak, svršishodno angažuje sve svoje intelektualne sposobnosti. Racionalni postupci i složene radnje i aktivnosti su takođe promenjeni. Neuroze straha karakteriše opšta razdražljivost, plašljivo iščekivanje i napad straha.

Osoba koja je preosetljiva, naročito u sferi čula (i senzibiliteta), plašljivo iščekujući „nešto“, aktivira strah i u najbeznačajnijim zbivanjima. Crna predviđanja, očekivanje preteće nesreće i maksimalni strah takve pacijente tiranski goni da „obilaze lekare, traže golu istinu koju naslućuju“, gutaju mnogo lekova i menjaju lekare ako im ovi „ne pronađu ništa“.

Napad straha počinje srčanim smetnjama, nemogućnošću disanja, vrtoglavicom, nesvesicom, drhtanjem, protivima i drugim vegetativnim smetnjama. Pacijent alarmira okolinu ili lekara da mu je život u opasnosti, ispoljava strah od trenutne smrti ili „ludila“.

Neurotska anksioznost javlja se u sledećim oblicima: kao lebdeća, socijalna, hipohondrijska, fobična, opsesivno-kompulsivna i somatizovana.

Lebdeća (flotirajuća) anksioznost praćena je lebdećim strahom i iščekivanjem da će se „nešto strašno dogoditi“.

Socijalna anksioznost ispoljava se kao strah od ljudi, javnih nastupa, crvenjenja (ereutophobia), od osoba suprotnog pola, gubitka kontrole sopstvenog ponašanja i dr. Zbog doživljaja sopstvene nesigurnosti osoba je inhibirana u mnogim situacijama gde je usmerena na komunikacije s drugim ljudima.

Hipohondrijska anksioznost se karakteriše prevellikom brigom za sopstveno zdravlje, koja nekad ima dimenzije i kvalitete psihičnog doživljavanja. Ovakve osobe insistiraju na minutoznim ispitivanjima, a lekare i korišćenu tehniku istraživanja smatraju nepouzdanim.

Opsesivno-kompulsivna anksioznost jedan je od simptoma prisilnih neuroza.

Fobična anksioznost vezana je za predmete, živa bića i situacije iz svakodnevnog života. Može biti simptom i neurotičnih i psihičnih oboljenja.

Somatizovana anksioznost ispoljava se na pojedinim sistemima: kardiovaskularnom (tahikardija i dr.), respiratornom (dispnoja, astmatiformni napadi), gastrointestinalnom (muka, povraćanje, grčevi), urinarnom (poliurija), mišićnom (tremor, tikovi), senzitivnom (parestezije, bolovi) i senzornom (vrtoglavica).

Psihična anksioznost je veoma intenzivna i destruktivna. Slabe sintetske funkcije Jo trpe konačni poraz, a psihoza može da se javi kao izlaz iz samrtnog straha.

Shizofrena anksioznost jedan je od simptoma shizofrenih psihoza, ili, pak, dovodi do pojave mnogih simptoma psihoze (paranoidnosti, na primer). Ispoljava se u

depersonalizacionim, derealizacionim, halucinatornim i paranoidnim produkcijama obolelih.

Depresivna anksioznost proteći je simptom svih depresija (i neurotičnih). U slučajevima psihotičnih depresija može se ispoljiti i kao „moralna anksioznost“, a praćena je osećanjem krivice i samooptuživanjem (autoakuzacijom).

28.1.3. Opsesivno-kompulzivni poremećaji (Prisilne neuroze)

Prisilne neuroze dele se (iz didaktičkih razloga) na opsesivno–ruminativna i opsesivno–kompulzivna stanja. Prve karakteriše preokupiranost prisilnim mislima, idejama. Kod opsesivno–kompulzivnih stanja pacijent pribegava prisilnim radnjama i postupcima, koji nekad predstavljaju pravi prisilni ritual. (U ovoj grupi nalaze se poremećaji poznati kao: opsesivna neuroza, anankastična neuroza i opsesivno–kompulzivna neuroza.)

Prisile su najčešće simptom nesvesnog konflikta, gde se prepliću čistoća – prljavština, ljubav – mržnja, čednost – porok, pravda – nepravda. Izraz su zabranjenih radnji i maštanja, odbrana od izražavanja tih težnji, samokažnjavanja zbog tih socijalno neprihvatljivih težnji i fantazija, kao i nesvesnog osećanja krivice. Moguće su i prisile magijskog mišljenja i sujeverja: ponavljanje kao ritual ranog dečinstva, sujeverne radnje „teranja baksuza“, „kucanja u drvo“, „pljuvanja“ i sl. Iz tih malih rituala mogu se razviti veliki prisilni fenomeni.

Prisilna ideja i prisilna radnja najčešće se javljaju zajedno. Međutim, pacijent „zaboravi“, tj. potisne emocionalni uzrok prisilne radnje, pa se u njegovoj svesti pojavljuje samo prisilna radnja, koja tada predstavlja simboličnu odbranu. On pokušava da se oslobodi prisile tako što je odbacuje i zariče se da na nju neće misliti. Međutim, time se stvara takva emocionalna napetost koju bolesnik mora kroz prisilnu radnju ili ritual da isprazni. Tada ga obuzima osećanje krivice „zato što je popustio“, a to stvara novu napetost i tako se začarani krug zatvara.

Prisilne radnje su uvek simbolične iako nekad mogu izgledati besmislene. Najčešće je to pacijentovo prisilno pranje ruku, opsednutost brojanjem, strah od gubljenja sposobnosti kontrole sfinktera, što ga vezuje za kuću ili primorava da beži kući taksijem, strah od izgovaranja bestidnih reči, psovki (koprolalija), strah od agresivnih i nemoralnih postupaka itd.

Bitne karakteristike ličnosti prisilnog neurotičara jesu: analno–sadistički karakter, s tendencijom mučenja samog sebe uz istovremeno doživljavanje sreće, sumnja u sve i svašta, hiperemotivnost, shizoidnost, moralne krize, stidljivost i inhibicija u socijalnim kontaktima, sklonost introspekciji i „maniji reda i urednosti“.

Mešaju se elementi erotizma i sadizma: teškoće u napuštanju objekta, simbolično vrednost novca, akumulacija novca s osećanjem sigurnosti, tvrdičluk, mešovina tvrdičluka i kompulzivnog rasipništva (pokloni), zatim prijavština (ponovna pobuna protiv vaspitanja i kontrole sfinktera) ili čistunstvo i skrupule, moralna rigidnost i asketizam.

Klinička slika. – Opisuju se: opsesije sumnje (o sebi, Bogu, đavolu, svetu), fobične opsesije (paljenje svetla u slučajevima fobije od mraka) i impulsivne opsesije, koje se ispoljavaju kao prisilni strah od apsurdnih postupaka (izgovaranje bestidnih, skarednih reči, strah od gubitka kontrole na javnom mestu).

(U Desetoj klasifikaciji opisane su sledeće grupe: pretežno opsesivne misli ili ruminalacije, pretežno kompulzivne radnje – opsesivni rituali, mešovite opsesivne misli i radnje, drugi i nespecifikovani poremećaji.)

Vrlo je neprijatna opsesivna zaokupljenost kriminalnim postupcima, kao što su bezočno ponašanje, podmetanje požara, ubistva ili okretanje agresije ka sebi i opsednutost samoubistvom.

Kompulzivni fenomeni otkrivaju se u mnogim slučajevima zloupotrebe i zavisnosti od droga (čak i repeticija kompulzija), zatim promiskuiteta i seksualnih devijacija (ekshibicionističko ponašanje na javnim mestima).

Za kleptomaniju kao kompulziju karakteristična je krađa kao prisila. Ukradene stvari imaju simboličku vrednost, dok materijalna vrednost najčešće nije od bitnog značaja.

Prisile se javljaju u neurotičara i psihotičara. Neurotičar svoje prisile, koje se kose s moralom, nikad ne realizuje, jer je svestan da one potiču od njega, dok psihotična, sumanuta osoba, verujući da joj se to natura spolja, može impuls i realizovati. (Neurotična majka s prisilom agresivnosti prema detetu nikad svoju prisilu ne ostvaruje, dok psihotična majka može ubiti svoje dete.)

Prisilne neuroze leče se psihoterapijom i medikamentima. Terapija je duga i teška. Nekat evoluiraju u psihoze, a nekad i shizofrenija može početi kao vrsta prisilne neuroze.

28.1.4. Reakcije na težak stres i poremećaji prilagođavanja

Reakcija na težak stres i poremećaj prilagođavanja je novouvedena dijagnostička kategorija, a uključuje akutnu reakciju na stres, posttraumatski stresni poremećaj, poremećaje prilagođavanja i druge nespecifikovane reakcije na stres.

Životni događaji, izuzetno stresogeni, mogu dovesti do akutne stresne reakcije. Značajne promene tokom života, kumulacija neprijatnih događaja i sl. mogu bitno

promeniti procese prilagođavanja. Stres i kontinuirane traume remete odbrambene (imunološke) mehanizme, kognitivne obrasce životnog funkcionisanja i ugodnost čovekovog socijalnog polja.

28.1.4.1. Akutna reakcija na stres

Fizički i/ili mentalni stres dovodi do akutne stresne reakcije, koja se posle nekoliko dana slišava.

Dejstvo različitih stresora mora biti sagledano u dinamičkoj interakciji, u kojoj poseban značaj ima stepen fragilnosti, vulnerabilnosti osobe koja je izložena dejstvu stresora.

Stresori su različiti – snažno traumatsko iskustvo koje dovodi do egzistencijalne ugroženosti i pretnje integritetu ličnosti (katastrofe, nesreće, kriminalni napadi, silovanja, požar), tragični događaji i česte smrti, gubitak voljenog objekta ili reprezentativnih vrednosti života.

Individualne reakcije su različite, pa je logično i različitost kliničke slike.

Osoba je sužene svesti, „zgranuta“, očajna, dezorijentisana, u stuporu ili u besciljnom i vrtoglavom bekstvu. Manifestne su i brojne vegetativne smetnje. U ove reakcije moguće je uvrstiti borbeni zamor i psihički šok.

Postoji delimična ili potpuna amnezija za ovaj traumatski period.

28.1.4.2. Posttraumatski stresni poremećaj

Ova vrsta poremećaja razvija se posle traumatskog i katastrofičnog iskustva, a pogodan teren je postojanje ranijeg neurotskog poremećaja.

Uzročni faktori su, nesreće izazvane prirodnim i ljudskim faktorima (elementarne katastrofe, nesreće, prisustvovanje nasilnoj smrti drugih osoba, torture, pogibije, zločini, i teška ranjavanja u ratu i slično).

Postoje epizode ponovnog doživljavanja traume u snovima i noćnim morama ili na javi, sa naglašenom potrebom da se o njima više puta govori sagovornicima ili, pak, odbijanje da se govori o tim događajima.

Psihotraumatizovana osoba razvija anhedonistički stav prema životu, čak preziranje života. Emocionalno je tupa, izolovana, sa tendencijom razvijanja strategije izbegavanja podsećanja na traumatske sadržaje.

Postoji opasnost dramatičnog prisećanja na traumu, praćenog akutnim strahom, paničnom anksioznošću, izlivima besa i destruktivnosti.

Anksioznost i depresija mogu eskalirati do nivoa suicidalnih tendencija.

Tokom trajanja ovog poremećaja (od nekoliko nedelja do nekoliko meseci) osobu treba zaštititi od moguće zloupotrebe alkohola, droge i prevelikih doza uspavljajućih i umirujućih lekova.

28.1.4.3. Poremećaji prilagođavanja

Raznovrsni stresni događaji (teška bolest, žalost, izolacija, migracija, izbeglištvo) mogu dovesti do poremećaja prilagođavanja, što, naravno, zavisi od individualne povredivosti osobe.

Odsustvo borbenosti, prolongirana anksioznost, depresivnost i sklonost disocijalnom ponašanju najčešće su manifestacije neprilagođenog ponašanja.

Ovde se može uključiti kulturni i akulturacioni šok, s ogromnim problemima prilagođavanja sredini, posebno onoj gde postoji velika razlika u kulturama, tradicijama i običajima.

Najčešće su opisani kratkotrajna i produžena depresivna reakcija, anksiozno-depresivna reakcija, pretežno emocionalni poremećaji i poremećaji ponašanja.

28.1.4.4. Zlostavljanje i zanemarivanje dece

U Desetoj međunarodnoj klasifikaciji nalaze se kategorije T-74, koja se odnosi na sindrom lošeg postupanja – zlostavljanja, i Z-61 – problemi sa negativnim životnim događajima u detinjstvu.

Daleka istorija beleži mnoge nehumane postupke prema deci, među kojima – napuštanje, batinanje, seksualno zlostavljanje i ubijanje. Poznato je ubijanje vanbračne dece, zatim žrtvovanje u kulturnim i religioznim ritualima (u Jerihonu, 7000 godina p.n.e., nađeni su brojni dečji skeleti), „pravo“ na ubistvo i prodaju deteta (u 12. veku, na primer, majke su bacale decu u Tibar).

Prema podacima Nacionalnog komiteta za prevenciju zlostavljanja dece (SAD), u toku 1992. godine prijavljeno je tri miliona (!) slučajeva zlostavljanja, a svake godine u SAD umire dve do četiri hiljade zlostavljane dece.

Kada je reč o zlostavljanoj deci, navešćemo definiciju koju je prihvatilo 17 zemalja članica Evropskog saveta (1987).

„O zlostavljanju se može govoriti kada jedno ili više lica krše nedodirljivu zonu tako često, otvoreno i žestoko, da se može smatrati da normalni razvoj deteta pati u tom procesu.“

Ovde je obuhvaćeno sledećih osam područja:

- aktivno fizičko zlostavljanje;
- pasivno fizičko zlostavljanje ili zanemarivanje;
- aktivno mentalno zlostavljanje;
- pasivno mentalno zlostavljanje (nedostatak stimulacije, odsustvo brige);
- seksualna zloupotreba;
- medicinsko zlostavljanje (prinuda da se koriste psihoaktivne supstance – alkohol, droge, lekovi);
- tortura i mučenje;
- društveno zlostavljanje (slabi stambeni uslovi, nedostatak zaštite, žestoko takmičarstvo sa vršnjacima).

Kazna je uvek čin mržnje. Fizičko kažnjavanje „vređa dostojanstvo ličnosti, a dete čini često brutalnim i surovim“.

Nacionalni komitet Velike Britanije za zaštitu dece (1996) pod zloupotrebom dece podrazumeva „sve ono što pojedinci, institucije ili procesi čine ili ne čine, a što direktno ili indirektno škodi deci ili oštećuje njihove izgleda na bezbedan i zdrav razvoj ka odrasloj dobi“.

Opisuju se sledeće vrste zloupotrebe dece: fizičko zlostavljanje, seksualna zloupotreba, psihološko (emocionalno) zlostavljanje i zanemarivanje, a u odnosu na mesto dešavanja – unutar porodice (70–90%) i izvan porodice (u institucijama, na poslu, na ulici, u ratnim zonama).

a) Fizička zloupotreba

Fizičkom zloupotrebom smatra se namerno nanošenje povreda detetu. Postoje brojni specifični pokazatelji na osnovu kojih se može zaključiti da se radi o fizičkoj zloupotrebi, mada se mnoge porodične drame odvijaju u „tmini privatnosti“, a u brutalizaciji svakodnevnog života sve je prekriveno „društvenom zaverom ćutanja“.

„Biti dete ne treba da boli.“ Ipak svake godine je milion dece, možda i više, žrtve zlostavljanja, a uveden je i termin „sindrom pretučenog deteta“. Mladi su fizičko kažnjavanje označili kao „batine koje se pamte“.

Psihološka ispitivanja žrtava fizičkih tortura pokazuju da su to osobe niskog praga frustracija, sklone izražavanju besa, stalno na emocionalnoj klackalici između prihvatanja i krajnjeg odbacivanja, nepoverljive prema okolini, netolerantne i agresivne, što osujećuje njihovu integritetnost u sredinu.

Zlostavljana deca pokazuju agresivnost i destruktivno ponašanje u porodici i školi, sklona su tuči i tiranisanju, a na kasnijem uzrastu pokazuju delinkventno i antisocijalno ponašanje. To je najčešće posledica bazične identifikacije sa violentnim roditeljima (koji najčešće zlostavljaju svoju decu), što olakšava „identifikaciju s agresorom“.

b) Seksualna zlorupotreba

Svaka seksualna aktivnost sa detetom bez pristanka deteta, ili čak i uz njegov pristanak ako je mlađe od 14 godina, smatra se seksualnom zlorupotrebom, pod kojom se podrazumeva seksualni kontakt primenom sile ili uz pretnju da će se primeniti sila. Ovde spada i seksualni kontakt između tinejdžera i mlađeg deteta ukoliko postoji znatna razlika u uzrastu. Seksualna aktivnost uključuje penetraciju, seksualno dodirivanje ili nekontaktne seksualne aktivnosti, kao i izlaganje pogledu ili voajerizam, opscene telefonske pozive i sl.

Gotovo je sigurno da seksualno zlostavljanje sa „najcrnjim obeležjima“ predstavlja „pustošeci šok i uvredu, zastrašujući pritisak i poniženje kriminalnog tipa i intenziteta“.

Seksualno zlostavljano dete nije u stanju da se poveri, već čeka da bude prepoznato.

Na seksualno zlostavljanje može se posumnjati ukoliko dete često i bolno urinira, ima stomachne i venerične bolesti, bolove u stomaku i u predelu genitalija, anoreksično je ili bulimično, pati od nesаницe, ima napade panike ili je depresivno, sklono opsesivnim ritualima, mizofobično je, strahuje od određenih osoba, u školi na časovima spava, neuspešno je u školi, odbija da govori, naglo menja raspoloženje, sa suicidalnim preokupacijama i suicidalnim pokušajima.

c) Zanemarivanje dece

Pod zanemarivanjem se podrazumevaju aktivnosti ili izostanak aktivnosti, kao i načini roditeljske (starateljske) brige koji ne zadovoljavaju osnovne fizičke potrebe, štete detetu, ili ga izlažu riziku od oštećenja. Osnovne fizičke potrebe su hrana, krov nad glavom, odeća, zdravstvena briga, zaštita i higijena.

Roditelj ili njegov zamenik ne obezbeđuje detetu zdravstvenu, stomatološku ili psihijatrijsku zaštitu neophodnu za sprečavanje ili lečenje teških fizičkih ili psihičkih povreda i oboljenja. Zanemarivanje može uključiti „nezgode“ poput gutanja raznih supstanci i gušenja, zastoj u rastu deteta ili njegovo napuštanje. Zanemarivanje može biti namerno ili nenamerno. Zanemarivanje može rezultirati smrtonosno.

d) Psihičko zlostavljanje (emocionalna zlorupotreba)

U psihčko zlostavljanje uključene su sve aktivnosti ili izostanak aktivnosti koje nanose psihčko povredu detetu i čine ga ranjivim. Te aktivnosti mogu oštetiti bihevioralne, kognitivne, afektivne i fizičke funkcije deteta.

Specifični pokazatelji psihčkog zlostavljanja su: zaostajanje u razvoju, neorganski zastoj rasta, enureza i inkopreza, poremećaji navika (udaranje glavom, ujedanje), poremećaji spavanja, neuobičajene emocionalne reakcije (fobije, opsesivnost, hipohondrija), ekstremi u ponašanju, plašljivost (strah od fizičkog kontakta ili hipervigilnost), neprimereno starmalo ili pak infantilno ponašanje, iznenadne promene izgleda deteta ili uspeha u školi i pokušaji samoubistva.

Faktori rizika kod zlostavljanog deteta su: neželjena trudnoća, neželjeno dete u porodici, mala težina novorođenčeta, odvajanje od majke u neonatalnom periodu,

mentalni ili fizički hendikep deteta, nemirno dete (ne spava ili neprekidno plače), fizički neprivlačno dete.

Faktori rizika kod roditelja su: samohrani roditelj, mladi roditelji, roditelji zlostavljani kao deca, nisko samopoštovanje, nerealna očekivanja od deteta i njegovog razvoja, nekonzistentna ili disciplina usmerena na kaznu.

Nepovoljne socijalne prilike su: niski prihodi i nezaposlenost, socijalna izolacija i brojna porodica.

Pod najvećim rizikom za pojavu trajnih negativnih posledica jesu deca koja su doživela multipla traumatska iskustva, deca bez odgovarajuće roditeljske podrške u traumatskoj situaciji, deca koja su izgubila bliske osobe, deca smeštena u kolektivnim centrima (izbeglički kampovi, domovi i sl.) i deca koja su doživela traumatska iskustva ili gubitke u ranom detinjstvu.

Posledice zlostavljanja i zanemarivanja u detinjstvu

Rane posledice u periodu detinjstva i mladosti mogu se ispoljiti nizom emocionalnih smetnji i izmenjenim doživljajem sebe (depresivnost, strah, strepnja, agresivnost, bes, neprijateljstvo, nisko samopoštovanje, krivica, stid, posttraumatski stresni poremećaj). Može doći do somatskih poremećaja ili fizičkog hendikepa i do smrtnog ishoda.

Kognitivne smetnje manifestuju se zastojem u razvoju kognitivnih funkcija (mentalna retardacija ili razvojna disharmonija), intelektualnom inhibicijom i teškoćama koncentracije.

Poremećeno socijalno funkcionisanje ogleda se u antisocijalnom i kriminalnom ponašanju, zloupotrebi psihoaktivnih supstanci, a maloletničke trudnoće nisu retkost i predstavljaju veliki problem (individualne drame i neizvesna budućnost).

U odraslom dobu posledice su depresija, granična organizacija ličnosti i zlostavljanje, uz nesrećno „transgeneracijsko prenošenje“.

28.1.5. Disocijativni (konverzivni) poremećaji Konverzionna neuroza (histerija)

U Desetoj klasifikaciji ne koristi se termin histerija. Prednost je data terminu disocijativno, gde su grupisani poremećaji i disocijativnog i konverzivnog tipa, koji su ranije nazivani histerijom.

Međunarodna saglasnost postignuta je oko svrishodnosti da se poremećaji s dominantno fizičkim ili somatskim manifestacijama obuhvate terminom somatoformni.

Histerija je bila poznata još u starom veku, u doba Hipokrata i Galena. Noziv histerija potiče od Hipokrata, a dat je prema grčkoj reči hystera (materica). Hipokrat je, naime, smatrao da se bolest javlja kod žena nerotkinja, čija materica, željno deteta, luta po telu i izaziva razne simptome. Kasnije se verovalo da histerija nastaje u slučajevima seksualne apstinencije, pa nezadovoljena, furiozna materica prouzrokuje odgovarajuće bolesne manifestacije. Mnogo vekova kasnije zapaženo je da od histerije mogu da obole i muškarci.



† Šarko prikazuje histeričnu pacijentkinju.
(„Roš“, Bazel)

Srednji, a delimično i novi vek, bili su poznati po nekim masovnim histeričnim pojavama, kao što su histerične „epidemije“ igranja (na primer, igra svetog Vida i tarantela). Verovalo se da se u tela obolelih naseli đavo, a simptomi su zlodela „nečasnog“. U nekim krajevima naše zemlje i danas se opisuju pojave transa u koje zapadaju žene za vreme nekih verskih praznika.

Frojd je ovu neurozu nazvao konverzionu. Prema njemu, konflikti između nagonskih želja i etičkih principa ličnosti često izazivaju neurotske reakcije. Ako iz tih psihičkih konflikata nastanu telesni simptomi, tada je, po Frojdu, u pitanju konverzija, odnosno konverzionu neurozu. Pri tome, postoje široke mogućnosti „izbora“ organa koji će oboleti. Psihički konflikti imaju određeni uticaj na vegetativni nervni sistem, izazivajući poremećaj u funkcionisanju ovog dela nervnog sistema. Emocije, kojima je šaržirana ova bolest, uslovljavaju ponekad poremećaj tkiva i organa koje innervise somatski nervni sistem, potvrđujući time još jednom zakonitosti psihosomatskog jedinstva ovih i sličnih fenomena.

Frojd je isticao značaj seksualnih pulzija u genezi konverzivnih simptoma. Međutim, danas su i stav i ponašanje u polju seksualnosti bitno dedramatizovani, oslobođeni predrasuda i liberalizovani. Stoga je danas opravdano isticati važnost agresivnih pulzija.

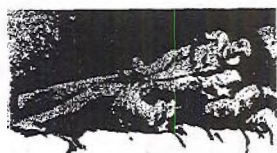
U histeriji i konverziji simptom se pojavljuje kao metafora, kao govor tela i dovodi do emocionalnih satisfakcija i rasterećenja. Deca i mladi upućuju okolini simptome koje treba dešifrovati. Simboli i simptomi, u arsenalu širokog izbora, predstavljaju često jedini način komunikacije s okolinom. Izbor organa koji će „oboleti“ takođe je simboličan.



† „Gospođa koja je obnevidela“ (P. P. Rubens)

Kada se problem (konflikt) transformiše u simptom, osoba doživljava olakšanje i često ispoljava fenomen „lepe ravnodušnosti“ (nije zabrinuta, čak ravnodušno ili uz osmeh saopštava da joj je „ruka oduzeta“, što nije slučaj u osoba sa organskim paralizama, koje su depresivne i zabrinute).

Histerične osobe mogu oponašati svoje roditelje ili članove porodice, erotizovani histerični roditelji mogu erotizovati odnose sa svojom decom, a postoje i mazohistički izbori, kad osoba „postaje bolesna da bi dobila ili zadržala ljubav i pažnju“.



♣ Faze velikog histeričnog napada

Bolešću se postiže i „sekundarna dobit“, koje obolela osoba nije svesna. U protivnom, bila bi to simulacija.

Opreznost je ipak neophodna: često „očigledna“ histerija ili čak simulacija može biti početak ili podmakli tok neke telesne bolesti.

Histerični karakter. – Da bismo lakše razumeli mnoge simptome histerije, najpre ćemo opisati neke od karakteristika histeričnih ličnosti. To su, najpre, egoцентриčne osobe, koje sebe stavljaju u centar zbivanja zbog želje da budu zapažene, cenjene, važne. To je češće zamena za osećanje sopstvene nesigurnosti nego stvarno osećanje više vrednosti. Njihovo ponašanje je infantilno, emocionalno nezrelo, puno teatralnosti, poze, pa često dobija dimenzije karikaturnog. Postupci su često detinjasti, luckasti. Takve ličnosti imaju potrebu da budu voljene, ali nisu sposobne za dublja emocionalna vezivanja. Možda i zbog toga što im je realnost najčešće surova, gde im divljenja, laskanja, žive „hraneći se“ fantazijama, pričama (nalik na Minhausenove, što je poznato kao mitomanija). Njihova seksualnost odlikuje se nezrelošću. Oni koketiraju, nude egzaltirane poze zaljubljenosti, a često su frigidne, odnosno impotentne, pa menjaju partnere, lako se i površno vezuju za nove objekte „ljubavi“, u koje se isto tako brzo razočaravaju. Teatralnost i ekstremni modeli reagovanja, čak i u mirnim situacijama, su takođe odlika histeričnih ličnosti. Pošto je teatralnost stil njihovog života, pribegavaju i teatralnim pokušajima samoubistva. Bez obzira na svu teatralnost pri samopovređivanju ili demonstrativnom gutanju tableta, sa ovakvim osobama treba biti obazriv, jer mogu greškom ili nesrećnim sticajem okolnosti zaista fatalno završiti.

Klinička fenomenologija. – Iz didaktičkih razloga preporučujemo podelu kliničkih simptoma na motorne, senzitivne, senzoričke, vazomotorno-trofičke i psihičke.

Motorni simptomi. – Ovi simptomi kreću se u širokom dijapozonu od besciljnih, parazitarnih, havarijskih pokreta do potpunog odsustva ispoljavanja motornih pokreta.

Najspektakularniji je veliki histerični napad (disocijativna konvulzija), koji se, po pravilu, odvija teatralno, u prisustvu publike, koja svojom intervencijom može napad da produži i da ga učini još dramatičnijim. Obično posle nekog uzbuđenja ili „iz čista mira“ osoba zauzima položaj luka (*l'arc de sercle*), dodirujući podlogu potiljkom i petama (histerični „opistothonus“).

Posle faze toničkog, histerična osoba može režirati i fazu kloničkih grčeva. Pri tom je svest češće očuvana ili delimično izmenjena. Osoba viče, govori ono što je emocionalno tangira ili se ponaša kao da je u delirijumu, s poremećajem opožanja. U toku ovakvog napada nema ugriza jezika, najčešće nema ni gubitka kontrole sfinktera, pa ga treba razlikovati od velikog epileptičkog napada. Amnezija, ukoliko je ima, delimična je.

Besciljni, nesvrishodni, parazitarni pokreti ili lutanje, bežanje, udaranje i sl. ponekad imaju određenu simboliku ili su besmisleni.

Suprotna ovim motornim ekscitacijama su stanja motornih oduzetosti kao, na primer, histerične paralize. „Oduzeti“ ekstremiteti nesposobni su samo za pojedine pokrete, dok su im fiziološki refleksi očuvani, a patoloških refleksa nema. To su kriterijumi po kojima ih ne smemo zameniti s organski uslovljenim paralizama.

„Refleks imobilizacije“ (umrtvljivanje, kočenje) predstavlja odgovor na neku opasnost i ima puno sličnosti s primerima iz životinjskog carstva, gde se životinja kad oseti opasnost „umrtvi“. Pacijent je potpuno nepomičan. Ovakve scene aranžiraju se pred dolazak vizite.

Histerična astazija i abazija karakterišu se „nesposobnošću“ pacijenta da stoji, odnosno da hoda.

Histerična afonija karakteriše se iznenadnim „gubitkom glasa“. Osoba je mutistična, ne govori ili tiho šapuće. Pri tome je zadovoljna ili (kao kod histerične paralize ili histeričnog slepila) pokazuje fenomen „lepe ravnodušnosti“. Nije zabrinuta za svoju bolest. Pri disanju i izazivanju refleksa kašljanja, glasne žice se pomeraju.

Senzitivni poremećaji (disocijativne anestezije). – Histerični poremećaji senzibiliteta pokazuju geometrijsku tačnost. Osoba ispoljava anesteziju, hipoesteziju ili hiperesteziju na potpuno ograničenim područjima, po čemu se i opisuje „fenomen čarapa“, „fenomen rukavica“, „šlema“ na glavi i sl.

Histerične glavobolje čest su odgovor na stanja neurotične napetosti ili nekih pacijentovih briga. Ove glavobolje su rezistentne na terapiju analgeticima, leče se psihoterapijom i sedativima.

Senzorički poremećaji. – Najčešće su histerično slepilo i histerična gluvoća. Vidno polje histerične osobe može se sužavati u obliku tubusa („tubamo vidno polje“) ili ona sasvim „oslepi“ (amaurosis hysteric). Osoba ne želi nešto da vidi i pri tome ispoljava „lepu ravnodušnost ili zadovoljstvo“.

Histerična gluvoća je sličan fenomen (jedna pacijentkinja je „agluvela“ onog trenutka kad joj je saopšteno da je njen suprug poginuo).

Histerični poremećaji mirisa i ukusa takođe nisu retkost.

Vazomotorno-trofičke smetnje. – U ove smetnje se ubrajaju edemi i cijanoza (naročito na „oduzetim“ ekstremitetima), kao i dermografizam (crvena pruga kad noktom povlačimo po koži pacijenta), razni dermatiti, ekcemi i sl.

U histerične fenomene ubrajaju se i tahikardija, gušenja slična astmatičnim napadima, smetnje gutanja („knedla u grlu“ – globus hystericus), muka, povraćanje, anoreksija, dijareja ili opstipacija, često mokrenje, poremećaji menstruacije, frigidnost, impotencija itd.

28.1.5.1. Disocijativne (histerične) reakcije, stanja i neuroze

Disocijativna stanja i neuroze, s određenom vizuelnom dramatičnošću i prividom da se radi o teškim organskim oštećenjima mozga, predstavljaju poremećaj mentalnog funkcionisanja jer dolazi do promene stanja svesti i izmenjenog doživljaja identiteta ličnosti. Odigrava se, naime, proces izdvajanja delova ličnosti iz celokupnog sistema ličnosti. Određeni događaj, stran egu, kao da je otopljen ili je došlo do osećanja otuđenosti od sopstvenog doživljaja.

U ovoj grupi fenomena opisaćemo: otuđenja, stanja slična snu, sumračna stanja, psihogeni stupor, histerična bekstva i udvajanje ličnosti.

Otuđenja. – Otuđenja se ispoljavaju kao otuđenje od objekta ili vlastitog tela i kao depersonalizacija.

Otuđenje od objekta manifestuje se doživljajem osobe da su ličnosti, stvari, mesta, događaji i situacije nerealni, bezbojni, osiromašeni, veštački, prazni, čak opustošeni. (Dublji poremećaj kontakta sa svetom – derealizacija – znak je psihoze).

U otuđenju od vlastitog tela delovi tela ili telo doživljavaju se kao tuđi. Doživljaj telesne šeme je izmenjen. Osobe posmatraju sebe s čuđenjem, mogu da poriču sopstvenu seksualnost, odnosno pol, neku telesnu karakteristiku ili nedostatak.

U depersonalizaciji ličnost gubi osećanje sopstvene realnosti i sopstvenog identiteta. Granice između ličnosti i realnog sveta su fluidne, narušene ili izbrisane. Došlo je do otuđenja i od objekta i od vlastitog tela. (Psihorična depersonalizacija i transformacija znatno su dublji poremećaji.)

Stanja slična snu. – U grupi ovih poremećaja su: mesečarstvo, sumračna stanja, stanja stupora, gubitak sećanja, bekstva i udvajanje ličnosti.

Mesečarstvo (somnambulizam) karakteriše se otkaćenošću lokomotornog aparata pri nepotpunom buđenju različitih funkcionalnih nivoa mozga. Motorika se uključuje u fantaziju, pokreti su dosta usklađeni, „mesečar“ održava ravnotežu, ali su moguće i povrede. Traje nekoliko minuta ili časova, posle čega postoji nesećanje (amnezija). Osoba može da doživljava halucinacije koje mogu da simbolizuju neprijatne traumatske doživljaje. Somnabulnim atocima izbegavaju se konflikti neprihvatljivi svesnom Ja.

U histeričnom napadu, pak, osoba se ponaša kao u snu, bogate fantazije, a okolina je isključena. Za događaje iz napada postoji delimična amnezija: potisnuti su po pravilu neprijatni sadržaji i izgovorene reči, koji mogu biti oživljeni tokom psihoterapije ili pomoću hipnoze.

Sumračna stanja. – Za sumračna stanja karakteristično je regresivna fenomenologija. Ličnost se ponaša kao između sna i jave, stvarnosti i maštanja. Najčešće se radi o takozvanom središnjem sumračnom stanju. Postoji retrogradna amnezija za doživljaje, ali se psihoterapijom sećanje može obnoviti.

Disocijativni stupor. – U disocijativnom stuporu dominira stanje motorne inhibicije, odsustvo akcija, apatičnost i mimoća. Pacijent nepomično sedi ili leži, negativističan je, odbija hranu, a verbalni kontakt zavisi od stepena „povredivosti“ tema u ponuđenoj verbalnoj komunikaciji. Pacijent reaguje na jače i bolne draži.

Disocijativna fuga. – Bekstvo (fuge) posledica su sužene svesti. U ovakvom stanju osoba luta ili beži, a može doći i do gubljenja identiteta i prihvatanja neke druge ličnosti. Bekstvo simbolizuje odbranu od neprijatnih i traumatskih situacija ili akcija. Osoba može delovati sređeno i neupadljivo za okolinu. Kasnije se ne seća tog perioda. (Treba isključiti fuge kao epileptični fenomen.)

Udvajanje ličnosti. – Ovaj fenomen, inače redak, predstavlja „disocijativni odgovor na stres u kome se razvijaju dve ili više kompletnih ličnosti“. Nastaje cepanje ja (ali ne svih njegovih delova) na ja koje posmatra (posmatrajuće ja, neka vrsta opservirajućeg monitora) i iskustveno ja (ja koje doživljava).

Svaka ličnost je jedinstvena u sopstvenim misaonim i emocionalnim sadržajima. Pojedinačne ličnosti se razlikuju među sobom (jedna je, po pravilu, dominantna i „funkcioniše na svesnom nivou, dok druga funkcioniše nesvesno“ i naziva se „ko-svesna ličnost“). Svesna ličnost „ništa ne zna“ o kosvesnoj ličnosti.

U psihozi, koju treba imati u vidu, dolazi do rasparčavanja ja i rušenja koncepta realnosti.

Disocijativne amnezije. – Disocijativna amnezija je gubitak pamćenja kada su u pitanju važni skorašnji događaji. Vezana je za traumatski događaj, delimična je i selektivna.

Amnezije su praćene raznovrsnim emocionalnim doživljavanjima. Osoba može biti zbunjena, mirna ili lepo ravnodušna, nekad čak zadovoljna. (Može se javiti kao reakcija na stres takom borbenih dejstava.)

Nema organskih niti toksičnih oštećenja mozga.

Stanje transa i poremećaji zaposednutosti. – U ovim stanjima osoba privremeno gubi svoj identitet, a postoji i poremećaj percepcije okoline. (Osoba je obuzeta nekom silom, Bogom, „zlom duhovima“.)

28.1.6. Somatoformni poremećaji

28.1.6.1. Somatizacioni poremećaj

Ova grupa poremećaja karakteristična je po upornim žalbama bolesnika na više somatskih smetnji, uz upadljivu emocionalnu preobajenost i ubeđenje da „sigurno“ postoji neko organsko oboljenje. Ukoliko lekari tokom dijagnostičkog postupka negiraju postojanje takvog ili nekog drugog somatskog oboljenja, bolesnici se s njima konfrontiraju i sukobljavaju. Ubedljivije „bolesni“ pribegavaju histrioničnom, teatralnom ponašanju.

28.1.6.2. Hipohondrijski poremećaj

Dominantni simptom hipohondrijskog poremećaja jeste bolesna briga za sopstveno zdravlje, zbog čega osoba biva preokupirana svojim telom. Pri tome, dominira sumnja u postojanje nekog organskog oboljenja, koje „nije otkriveno“ samo zbog „nedovoljne stručnosti i površnog pregleda“ koji je obavio lekar (često brojni lekari), kao i nesavršenstva dijagnostičke tehnike.

Hipohondrična osoba često je anksiozna i depresivna. Ukoliko hipohondrijske preokupacije prati strah, klinička slika liči na fobiju. Postoji nesrazmera visokog stepena između subjektivnih smetnji i prevelike zabrinutosti osobe.

Hipohondrijski poremećaj razvija se na terenu narcističkog poremećaja ličnosti. Libidinozna energija usmerava se na sopstveno telo ili pojedine organe. Pri tome, „izbor“ organa može biti simboličan. Hipohondrijski poremećaj nekad može da se manifestuje intenzivnim simptomima i prolongiranim tokom, tako da obolela osoba deluje psihotično.

Hipohondriju treba lečiti psihoterapijskim metodama i psihofarmacima. Bilo bi neterapijski i nekorisno za pacijenta kada bi se udovoljilo njegovim zahtevima za beskonačnim dijagnostičkim lovom na nepostojeće organsko oboljenje.

28.1.6.3. Psihosomatska oboljenja

Moderna medicina ne smatra čoveka samo kao zbir funkcija raznih organa, već kao psihosomatsko jedinstvo. Eksperimentalni dokazi da organske lezije mogu biti izazvane emocionalnim stresovima obogatili su medicinsku logiku mišljenja i dijagnoziranja, pa je nastala i nova grana – **psihosomatska medicina**.

Odnos telesnog oboljenja i emocionalnog doživljaja tog oboljenja vrlo je kompleksan. Kod nekih bolesti, pak, ne zna se šta je pre nastalo: organsko oštećenje ili

poremećena emocionalnost, koja je izazvala organsko oboljenje. U najvećem broju slučajeva ogromnu ulogu u tome imaju vegetativni nervni sistem i endokrine žlezde. Pri tom je emocionalni činilac dominantan u kauzalnoj etiološkoj hijerarhiji.

Stanje emocionalne napetosti, prolongirano i hronična anksioznost, intrapsihički konflikti, tiranija osećanja krivice ili subjektivni doživljaj manje vrednosti, naglašena ambicioznost, i sl. mogu izazvati poremećaje fizioloških funkcija ili trajno oštećenje pojedinih tkiva i organa. Proces se odigrava nesvesno.

Na primeru psihosomatskih bolesti treba još jednom upozoriti da svaku osobu „moramo sagledati kao psihosomatsko jedinstvo, ne u dualističkoj podeli na telo i dušu, već u monističkoj aksiomi povratnog sprega, u kojem tokom bolesti jedanput prevladaju psihogeni a drugi put somatogeni deo bolesti“.

Prema najprihvatljivijoj definiciji, psihosomatska oboljenja su somatska oboljenja nepoznate ili malo poznate etiologije, u kojoj psihički činioci imaju značajnu ulogu.

Intenzivne emocije, kao i potiskivanje i kumulacija besa, agresivnost i sl. mogu izazvati telesna oboljenja ili pogoršati postojeća somatska oboljenja.

Franc Aleksander (Franz Alexander) opisao je (1950) sedam psihosomatskih oboljenja.

Još pre Hrista zapažen je uticaj psihičkih faktora na telesne bolesti, a Hipokrat je isticao da se ne može lečiti telo ako se istovremeno ne leči duša.

Hajnrot (Hainroth, 1773-1843) prvi je upotrebio izraze psihosomatski i somatopsihički, dok je Aleksander osnivač psihosomatske škole i psihosomatske medicine.

Kao što se za pojedine tipove ličnosti vezuju određene forme neuroza, tako je Flanders Dunbar opisala „profile ličnosti“ koji u stresogenim situacijama obole od određenih psihosomatskih bolesti.

Hans Sely (Sely) ističe u svojoj teoriji o stresu da organizam može biti ugrožen dejstvom različitih stresova.

Ivan Pavlov je svojim poznatim eksperimentima demonstrirao način nastajanja pojedinih psihosomatskih poremećaja.

Doprinos psihosomatskoj medicini svakako je i isticanje „jedinica životnih promena“, nekad „jedinica nesreće“, dramatičnih događaja i situacija, kao značajnih etioloških faktora psihosomatskih poremećaja i bolesti.

Među osobama sa psihosomatskim poremećajima zapažena je aleksitimija (a-lex-thymia – „bez reči za osećanja“), kao svojevrsna nesposobnost da se opišu sopstvena emocionalna stanja.

U Desetoj međunarodnoj klasifikaciji opisuje se „somatoformna disfunkcija vegetativnog nervnog sistema“, gde se simptomi, ispoljavaju u „područjima“ koja inervise vegetativni nervni sistem („srčana neuroza“, „neuroza želuca“, „nervozna dijareja“).

Opisuju se dva tipa simptoma: u prvom postoje objektivni znaci aktivacije vegetativnog nervnog sistema (palpitacije, znojenje, crvenilo, tremor), dok su u drugom znaci subjektivni i nespecifični (bolne senzacije prolaznog karaktera, žarenje, težina ili osećaj nadutosti).

Uz simptome iritacije autonomnog nervnog sistema, dodatni subjektivni simptomi vezuju se za specifičan organ, osoba je preplavljena i preokupirana strahovima o ozbiljnom organskom oboljenju i neprijemčiva je za racionalne i ubedljive argumente o psihogenezi, čak i posle obavljenih minucioznih somatskih ekploracija pacijanta.

Najčešće su opisani sledeći simptomi:

- na srcu i kardiovaskularnom sistemu (srčana neuroza, neurocirkularna distonija);
- na gastrointestinalnom traktu (gastrična neuroza, psihogena aerofagija, štucanje, distonija, pilorospazam, psihogena flatulencija, psihogeni iritabilni kolon, dijareja i sindrom gasova);
- na respiratornom sistemu (psihogeni oblici kašlja i hiperventilacija);
- na urogenitalnom sistemu (psihogeno učestalo mokrenje i dizurija).

Mnoge studije psihosomatske i somatske medicine bave se istraživanjem karakteristika tzv. koronarne ličnosti, koja je uz poznate faktore rizika (pušenje, visok arterijski pritisak, povišen nivo triglicerida), sklona da oboli od koronarne bolesti i insuficijencije miokarda.

Neke karakteristike su bitne, kao: ambicioznost, hiperaktivnost, visoki radni kapaciteti, više obrazovanje, dobre socijalne interakcije, manja sklonost ekstravagantnosti a veća opsesivnom stilu (naglašena potreba za redom, tačnošću i radom, ali i sitničavost).

Osobe koje pripadaju „Tipu A“ dvostruko češće od osoba „Tipa B“ obolevaju od koronarne bolesti.

Osobe koje pripadaju „Tipu A“ karakteriše:

- takmičarstvo, ambicioznost, želja za usavršavanjem;
- nepodnošenje dokolice;
- upornost da se za što kraće vreme uradi što više;
- teškoće u kontroli agresivnosti i sklonost agresivnim pražnjenjima;
- borben, fajterski životni stil;
- nespремnost i nesposobnost relaksacije;
- odsustvo radoznalosti van okvira svoje profesije.

„Tip B“ je suprotan i odlikuju ga: opuštenost, sporost, odsustvo ambicioznosti, zadovoljstvo postignutim, kao i nepridavanje značaja tačnosti, preciznosti i proticanju vremena.

Etiologija. – Aleksander je pod psihosomatskim poremećajima podrazumevao telesne fenomene u sektorima koje inerviše neurovegetativni sistem, u čijoj je psi-

hogenezi specifičan konflikt odigrao značajnu ulogu. On insistira na postojanju izv. specifičnog konflikta.

Adreno-simpatički sistem biva aktiviran u hitnim, često burnim situacijama i afektivnim manifestacijama, dok se anabolični procesi faze smirivanja odigravaju preko parasimpatičkog sistema.

Mnogi autori ističu značaj fiziološkog infantilizma. Osobe koje tokom psihičkog sazrevanja ne uspevaju da ovladaju somatskim aparatom, na neki način bivaju predisponirane da pre i lakše obole od psihosomatskih oboljenja.

U etiologiji psihosomatskih bolesti značajna su potiskivanja motiva, kao i drugi faktori, među kojima su najčešći neurotski razvoj ličnosti, neurotični strahovi, emocionalni poremećaji u kojima dominira osećanje beznadežnosti i bespomoćnosti, realni ili fantazmatični gubitak (voljenog) objekta.

Vrste psihosomatskih oboljenja. – Postoje tri grupe somatskih manifestacija: konverzivno-histerična stanja (koja pripadaju grupi neuroza), zatim neuroze organa (mnogobrojni i raznovrsni psihovegetativni simptomi) i psihosomatska oboljenja, kod kojih je utvrđeno organsko oštećenje. Psihosomatske manifestacije koje nemaju organski supstrat često se, u medicinskoj praksi, nazivaju funkcionalnim oboljenjima, dok se u slučajevima psihosomatskih bolesti sa morfološkim promenama, koristi termin psihosomatske bolesti u užem smislu (grizlica želuca i dvanaestopalačnog creva, na primer).

Poremećaji mogu nastati u svim osnovnim fiziološkim funkcijama, zbog čega se psihosomatska oboljenja dele na: kardiovaskularna, respiratorna, gastrointestinalna, genitourinarna, hormonalna i neurološka, kožna i alergijska, kao i osteoartro-muskularna.

Izvesna grupa autora smatra da je „izbor organa“ u psihosomatskom oboljenju simboličan. Specifični konflikti ili tipovi ličnosti „određuju“ vrstu psihosomatskog poremećaja.

Kardiovaskularna psihosomatska oboljenja

Kardiovaskularni aparat odmah reaguje na neki emocionalni poremećaj. Dolazi do povećanja krvotoka i minutnog volumena srca, koje prati povećana potrošnja kiseonika u miokardu. Frekvencija srčane aktivnosti biva ubrzana, a krvni pritisak povećan.

Ako se emocionalni konflikt produži, tahikardija prelazi u paroksizmalnu tahikardiju, koja predstavlja funkcionalni psihosomatski poremećaj.

Anginozne krize, prouzrokovane strahom i anksioznošću, dovode do nedovoljne koronarne cirkulacije. Može, zatim, doći do srčane dekompenzacije, napada pektoralne angine ili infarkta miokarda.

Nastajanje esencijalne hipertenzije posebno doprinose agresivne i neprijateljske tendencije i emocije. Smatra se da su ovi bolesnici tokom svoga definisivanja u poro-

dicama morali da potiskuju i kontrolišu sopstvene agresivne težnje. Klinička iskustva su pokazala da su ove osobe imale problema u procesu osamostaljenja, najčešće zbog odgovarajuće strukture ličnosti majke, što je tokom kasnijeg razvoja dovelo do poremećaja sigurnosti. Njih karakteriše odgovoran odnos prema profesionalnom poslu, izrožita angažovanost, ali i težnja da ostvare uticaj na okolinu.

Vaskularne glavobolje mogu biti emocionalno uslovljene. Mogu nastati i noću, u toku spavanja. Ličnostima koje reaguju vaskularnim glavoboljama pripisane su izvesne psihološke karakteristike, kao što su napetost, anksioznost, plašljivost i kompleks inferiornosti. Često su sklone perfekcionističkim tendencijama, a nesposobne da se opuste, relaksiraju. Za ovu vrstu osoba kaže se da ih „boli glava zato što imaju glavobolje“, pri čemu se pod „glavoboljom“ podrazumevaju problemi koje ličnost nosi u sebi.

Respiratorna psihosomatska oboljenja

Disanje je voljni i autonomni proces, iz čega proističe da se mogu pojaviti i konverzivni i psihosomatski simptomi poremećaja respiracije.

Zacenjivanje ili afektivni spazam manifestuje se prestankom disanja. Deca pomodre, zacene se. Pogođena su deca sa simptomima emocionalne napetosti, ljtunje ili nagomilanog nezadovoljstva.

I u odraslih osoba mogu se pojaviti stanja apnoe, napetosti bez daha, koja karakteriše glad za vazduhom i gušenje.

Hiperventilacija je praćena akrocijanozom, vrtoglavicom, tahikardijom, neuromuskularnom prenadraženošću, glavoboljom i napadima plaća. Strah podstiče hiperventilaciju i osoba ulazi u *circulus vitiosus*, pa se mora terapijski intervenisati.

U grupu respiratornih psihosomatskih poremećaja ubrajaju se rinitis, spastički bronhitis i bronhijalna astma.

Astma se pojavljuje u dece uzrasta od dve do sedam godina. Gušenje deteta izaziva kod majke paničan strah. To su najčešće anksiozne, nesigurne, agresivne majke, koje odbacuju dete. Napad se javlja kao strah od napuštanja ili preteće agresije majke („plać bronhija za majkom“).

U odraslih su astmatični napadi uslovljeni emocionalnim uzbuđenjima, koja izazivaju konstrikciju bronhiola. Na početku napada javljaju se „glad“ za kiseonikom i tahipnea, dok se vrhunac napada karakteriše usporenim disanjem (bradipnea) i produženjem ekspirijuma. Napad je praćen strahom i vrlo je dramatičan.

Gastrointestinalna psihosomatska oboljenja

U ovoj grupi javljaju se sledeći funkcionalni poremećaji: anoreksija, povraćanje, disfagije i aerofagije, epigastrični i gastrični bolovi i abdominalne kolike.

Najčešća psihosomatska oboljenja su: gastrični i duodenalni ulkus, mukozni i ulcerozni kolitis.

Eksperimentalni radovi na životinjama pokazali su da neprijatna draženja izazivaju kod životinja poremećaj cirkulacije krvi u želucu i duodenumu. To je smanjivalo otpornost u tim regionima i uslovljavalo formiranje grizlice.

U nastajanju ulkusne bolesti, osim emocionalnih reakcija i određenih konfliktnih situacija, značajan faktor je premorbidna ličnost.

Kod želudačne grizlice konflikt je verovatno dublji. Ličnost je preosetljiva i inhibirana, lako povrediva, nesigurna i zavisna.

Osobe s duodenalnom grizlicom su frustrirane, s visokim nivoom aspiracija u odnosu na sopstvene kapacitete da određene ciljeve realizuju. Reaguju agresivno, često osvetnički. Grizlica se obično formira kad prođu periodi psihičke napetosti i povećanih radnih napora.

Emocionalni stresovi i agresivne reakcije posle frustraciju dovode do hiperprodukcije želudačne kiseline i spazma muskulature, posle kojih slede poremećaji cirkulacije krvi, ishemijski pojedinih delova i postepeno formiranje grizlice.

Osobe kod kojih dolazi do ulceroznog kolitisa pasivne su i zavisne ličnosti, preosetljive, sa osećanjem napuštenosti i sklone depresivnom reagovanju.

Giniturinarna psihosomatska oboljenja

U žena se najčešće javljaju frigidnost, praćena vaginizmom i dispareuniom (strah od fizičkog bola, nezadovoljstvo seksualnim partnerom i odbajnost prema seksualnim kontaktima), zatim dismenoreja i poremećaj menstruacije.

Muškarci reaguju psihogenom impotencijom i izrazito teško podnose sopstvenu seksualnu inhibiciju, koja dovodi do ponovljenih neuspeha na seksualnom planu, naročito u slučajevima kada promenama seksualnih partnera pokušavaju da razreše svoj problem.

Harmonska i nervna psihosomatska oboljenja

Psihički faktori mogu dovesti do poremećaja hormonalne ravnoteže, a najčešće se mogu ispoljiti hipertireoza, dijabetes, anoreksija i gojaznost.

Kod hipertireoze somatizovani strah je u vezi sa preteranim zahtevima i odgovornošću, koji se javljaju u procesu osamostaljivanja ličnosti.

Za osobe obbolele od dijabetesa karakteristični su tzv. socijalni strahovi i neodlučnost.

U slučajevima neznatnih inhibicija dolazi do manifestacije agresije i gojaznosti, dok u slučajevima jakih inhibicija takve osobe agresiju usmeravaju prema sebi i dolazi do patološke mršavosti.

Disfunkcije centralnog nervnog sistema manifestuju se vaskularnim glavoboljama, psihomotornim nemirom i neadekvatnim reagovanjem, zatim provociranjem epileptičnih napada u osoba obolelih od epilepsije.

Kožna i alergijska psihosomatska oboljenja

Vazokonstrikcija i vazodilatacija mogu biti prouzrokovane emocionalnim faktorima. U ovoj grupi opisani su: pruritus, neurodermatitis, ekcem, psorijaza i urtikarija.

Osteoartromuskularna psihosomatska oboljenja

Značaj psihogenih faktora ističe se čak i u reumatskoj bolesti.

Lečenje. – Prevencija je najefikasniji način lečenja psihosomatskih oboljenja, gde je od izuzetnog značaja i tretman porodice, naročito u slučajevima tradicionalnih porodičnih neuroza. Kod manifestnih oblika psihosomatskih oboljenja indikovane su psihoterapija i medikamentna terapija, kao i odgovarajuće lečenje verifikovanih organskih lezija.

28.1.7. Drugi neurotski poremećaji

28.1.7.1. Neurastenija

Ovo neurotično oboljenje, prvi put opisano u vreme nagle industrijalizacije i menjanja socijalno-ekonomske strukture stanovništva Amerike, poznato je i kao Birdova bolest. U slobodnoj interpretaciji, neurastenija bi bila razdražljiva slabost.

Od Frojda do danas zapisano je više uzroka nastajanja neurastenije: preterana onanija, seksualni odnosi koji ne dovode do olakšanja, migracioni stresovi i teškoće adaptacije, povrede i sl. Adaptivne funkcije Ja ličnosti postaju neuspešne, a osoba koristi maksimum energije za razrešenje nesvesnog konflikta, zbog čega se oseća premoreno, iako za taj premor nema somatskih uzroka.

Mnogi simptomi neurastenije mogu se objasniti sniženjem praga nadražljivosti. Osoba je razdražljiva, anksiozna, napeta, u stanju strahljivog iščekivanja, ispoljava slabost koncentracije i pamćenja, pati od nesanica ili spava površno, budi se umorna, gubi apetit i telesno slabi, seksualno je nezainteresovana ili neuspešna. Simptomi se mogu javiti praktično na terenu svakog organa (želudačne smetnje, lupanje srca i dr.). Neurastenična osoba može imati i niz vegetativnih, somatskih i senzitivnih simptoma (znojenje, glavobolja, trnjenje i dr.).

Neurastenični simptomi mogu se zapaziti kod depresija, ali isto tako mogu biti neprepoznati početni stadijum shizofrenije.

Osobe sa neurasteničnom kliničkom slikom sklone su zahtevima za brojnim somatskim ispitivanjima.

28.1.7.2. Sindrom depersonalizacije – derealizacije

Pri očuvanom senzorijsnu osoba doživljava otuđenost sopstvene mentalne aktivnosti, sopstvenog tela, kao i otuđeno, nerealno doživljavanje okoline (svet se doživljava kao pozornica na kojoj se igraju mnoge uloge).

(O sindromu depersonalizacije i derealizacije govori se u delu o disocijativnim poremećajima, pod naslovom Otuđenja.)

28.1.7.3. Distimija

Distimija je svrstana u perzistentne poremećaje raspoloženja, a odgovara ranijim kliničkim opisima depresivne neuroze, depresivne ličnosti, neurotične depresije koja traje duže od dve godine i perzistentnoj anksioznoj depresiji.

Distimija počinje u ranom odrasлом dobu, traje nekoliko godina ili celog života.

U kliničkoj slici dominira hronično depresivno raspoloženje, s promenljivim odnosom blagih depresivnih epizoda i faza relativne normalnosti. Distimične osobe mesecima ne osećaju nikakve životne radosti, pate od nesonica, osećaju se umorno i neadekvatno.

28.1.7.4. Neurotične depresije

Depresija je patološka promena raspoloženja. Praćena je i drugim psihičkim i somatskim simptomima. Postoji razlika između depresije, s jedne, i tuge (žalosti), s druge strane. Tuga je reakcija na gubitak voljenog objekta, ograničenog je trajanja i postepeno slabi u intenzitetu.

Frojd pod stanjem žalosti podrazumeva intenzivnije i dugotrajnije tugovanje, uz izrazit značaj izgubljenog objekta i specifičan sistem vrednosti. Pomoću rada žalosti dolazi do postepenog slabljenja veza s tim objektima i prevazilaženja žalosti.

Karakteristični simptomi neurotične depresije nekad se teško razlikuju od slike psihotične depresije. Najčešći su sledeći simptomi: tužno raspoloženje, gubitak inicijative i voljnih dinamizama uopšte, povlačenje, anksioznost, prestanak interesovanja za sve životne radosti i razonode (pokušaji prijatelja da šalama razvesele depresivnu osobu mogu postići suprotne efekte), osiromašenje psihomotorike s depresivnim izrazom lica, hipohondrijske ideje raznovrsnog sadržaja, slabost koncentracije uz subjektivni doživljaj oštećenja funkcija pamćenja, mnoštvo somatskih simptoma, nesanice, košmarni snovi, smanjenje ili gubitak seksualnog interesovanja, impotencija, usporenje motiliteta creva, uz epizode opstipacije.

Depresivno raspoloženje praćeno je samoubilačkim preokupacijama i pokušajima suicida, naročito u slučajevima unutrašnjeg osiromašenja ličnosti i gubitka samopoštovanja.

Postoji opasnost da se depresija previdi i ne dijagnostikuje blagovremeno. Depresivna osoba ne prepoznaje ili ne priznaje svoju depresiju, ispoljava svesne ili nesvesne otpore i ne prihvata pomoć. U ovakvim slučajevima tzv. maskiranih depresija dominiraju telesni simptomi, ali dobar klinički dijagnostičar neće ići samo putevima somatskog ispitivanja, već će umeti da demaskira depresivnost.

Neurotične depresije u užem smislu (prema međunarodnoj klasifikaciji) odlikuju se nesrazmernom depresijom, prethode im gubitak voljenog objekta, psihička trauma, intenzivni psihosocijalni stresovi ili, pak, kumulacija blažih stresova, uz „konstitalionalnu ili stečenu vulnerabilnost osobe“.

Sekundarne neurotične depresije u sklopu su drugih psihičkih oboljenja, telesnih povreda i oštećenja.

Prema međunarodnoj klasifikaciji opisuje se više depresivnih stanja i reakcija:

- kratkotrajna depresivna reakcija (izazvana stresom),
- akutna reakcija na veliki stres sa depresivnim simptomima (panika, uzbuđenje, strah u slučajevima elementarnih katastrofa, na primer),
- afektivni poremećaji ličnosti (kod cikloidnih, ciklotimnih ličnosti),
- produžena depresivna reakcija (dugotrajna stresogena situacija) – traje duže od šest meseci,
- depresivni poremećaji koji nisu klasifikovani na drugom mestu.

Za pojavu neurotične depresije značajno je postojanje neurotičnog konflikta i egzogenih, posebno stresogenih faktora, kao što su gubitak značajne osobe (roditelja, prijatelja), gubitak ljubavi, socijalnog statusa i reprezentativnih vrednosti života. Neurotična osoba može da reaguje depresijom i na gubitak osobe prema kojoj je imala ambivalentan, indiferentan ili pak neprijateljski odnos. U takvim slučajevima može da se razvije osećanje krivice i depresivno raspoloženje.

Kod neurotičnih depresija nema otuđenja od realnosti (depresivne sumanutosti) i upadljive agitacije niti motomog osiromašenja karakterističnog za psihotičnu depresiju. Raspoloženje je promenljivo, ali ta fluktuacija raspoloženja ne sme da smanji našu budnost u odnosu na odsustvo životnog zadovoljstva pacijenta (anhedonizam), na njegovo preziranje života (*taedium vitae*) ili pak samoubilačke potencijale.

Uprkos činjenici da neki autori čak i ne priznaju neurotičnu depresiju, u etiologiji i patogenezi značajni su: nasleđe sa određenom vulnerabilnošću ličnosti, biohemijski, neurofiziološki, psihosocijalni i kulturni činioci.

28.1.7.5. Psihoneurotična reagovanja dece

Kod deteta postoji neprekidan proces sazrevanja, sinteze i diferencijacije utisaka iz realnog i imaginarnog sveta. To je proces koji se odvija pred našim očima. Pri analizi deteta mora se voditi računa o socijalnim i kulturnim faktorima, o ličnosti majke, kao i o drugim uticajima na njegov emocionalni i fizički razvoj.

Deca ispoljavaju potrebu za sigurnošću i zaštitom, za ljubavlju i razumevanjem, za ispunjavanjem nekih zadovoljstava, za izražavanjem svoje agresivnosti i impulsivnosti. Dete koje je u tome osujećeno može poneti traumatske uspomene, koje su veoma značajne za kasnije izbijanje neuroze. Međutim, bez obzira na burnost simptoma, ne treba se uvek bojati konflikta, jer oni pomažu detetu da odraste, da postepeno odvoja princip zadovoljstva od principa realnosti.

Organizacija ličnosti deteta je u neprekidnom razvoju. Prelazeći iz jednog stadijuma u drugi neprekidni su i pred nama se odvijaju progresije i povremene, neprimetne i primetne regresije i fiksacije. Granice između svesnog i nesvesnog dela ličnosti nejasne su, a u samom početku razvoja one još nisu ni uspostavljene. Nesvesni sadržaji su blizu površine i lakše se ispoljavaju. Odnos između sadašnjosti i prošlosti nije jasan, odnos sa svetom nije dovoljno diferenciran i svesna sinteza tog odnosa nije potpuna. Stepenn organizacije ličnosti deteta je određen telesnim razvojem, uzrastom, nivoom razvoja primarnih pulzija, naročito libidinoznih, kao i strukturom porodične grupe i sociokulturne sredine u kojoj dete živi. Celokupna organizacija dečje ličnosti je promenljiva, pa i organizacija njegovog neurotičnog poremećaja nosi ista obeležja. Stoga su neurotični simptomi koje dete ispoljava nesistematičnizovani i promenljivi.

Osnovno obeležje psihodinamike dečje neuroze su nesklad i konflikt između delova njegove ličnosti. Ni jedno dete ne može biti shvaćeno kao neurotično dok se ne evidentira neki mentalni konflikt. Njegova neuroza je, između ostalog, prouzrokovana i socijalnim iskustvima koja su traumatska, odnosno neprikladna u odnosu na kapacitet njegovog mentalnog aparata i u toj fazi njegovog života. To znači da njegov mentalni aparat u tom trenutku nije bio u stanju da asimilira i integriše traumatsko iskustvo kako bi se nastavio njegov normalan razvoj.

Odrasle osobe koriste odbrambene mehanizme „protiv“ neurotskih simptoma, dok je neurotski sistem deteta bliži intrapsihičkom ili interpersonalnom konfliktu, koji ne može biti prevaziđen snagama adaptacije u određenoj fazi razvoja deteta.

Naziv „psihoneuroza“ vezuje se za ime Žanea (Janet), a po drugim autorima za Kulena (Culen). Frojd je tvrdio da rana traumatska iskustva utiču na nastajanje neurotskih simptoma u odraslom dobu. („Nema neuroze odrasle osobe bez neuroze iz detinjstva“.)

Među definicijama neuroze razvojnog doba čini se najprikladnijom ona koja pod neurozom podrazumeva „poremećaj u načinu funkcionisanja ličnosti koja je u razvoju, a posledica je nesvesnog konflikta, pretežno unutrašnjeg, ali i spoljnog porekla“.

Prognoza dečjih neuroza zavisi od mnogih faktora. Izvestan broj se i spontano smiruje, druge se rešavaju odgovarajućim terapijskim postupcima, dok neke, na žalost, mogu da evoluiraju u psihoze. Neurotski simptomi nekad maskiraju druge psihičke poremećaje (kao ljuske crnog luka), o čemu treba voditi računa kada se dijagnostikuju neuroze razvojnog doba.

29. Psihoze

29.1. Shizofrenija, shizotipski poremećaji i poremećaji sa sumanutošću

29.1.1. Shizofrenija (Schizophrenia)

Shizofrenija je teško, i najčešće progredijentno, duševno oboljenje – oblik mentalnog otuđenja (alijenacije) ličnosti. Nazvana je „rana demencija“, „intrapshička diskoordinacija“ ili „disocijacija ličnosti“. Blojler (E. Beluler) je 1911. prvi upotrebio termin shizofrenija, što u slobodnom prevodu označava rascep ličnosti (grčki shizein – rascep, phrenos – duša). To je forma hronične psihoze, karakteristična po dubokoj i progresivnoj transformaciji ličnosti, koja iz sveta realnosti beži u svoj imaginarni, autistični svet fantastičnog haosa, sumanutih ideja i halucinacija.

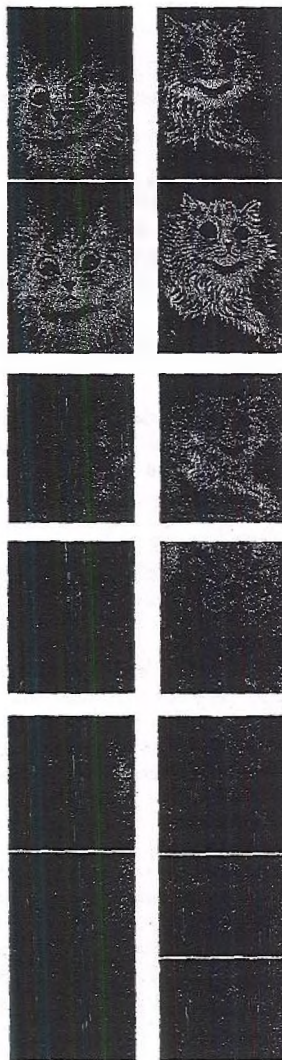
Etiologija. – Pravi uzrok shizofrenije do danas nije otkriven. Veliki broj eksperimenata i teorija ukazuju na neke karakteristike metaboličnih i psihičkih procesa, ali jedinstven uzrok nije pronađen. Jedna grupa autora smatra shizofreniju autointoksikacijom centralnog nervnog sistema produktima poremećenog metabolizma, zatim fermentativnim poremećajem, nepoznatim organskim procesom koji oštećujući tkivo mozga remeti psihički integritet ličnosti. Konstituciji i nasleđu pridaje se veliki značaj.

Odsustvo emocionalne topline, vaspitanje u neharmoničnoj sredini, gubitak vitalnog dodira s realnošću i pogrešno prilagođavanje sredini snažno utiču na strukturisanje ličnosti. Kada se govori o ovakvoj vrsti psihičkog oboljenja, mora se imati u vidu dijalektički odnos ličnosti i sredine.

Pomenimo i shizoidni karakter, na kome izvesni autori dosta insistiraju. To su osobe gracilne konstitucije (leptosomne, astenične), introverne, zatvorene, preosetljive, sklone meditacijama, apstrakciji i iluzionističkom bekstvu iz realnosti. Ako ih nesposobnost socijalne adaptacije, tendencija ka sanjarenju i apstrakciji, bolesni racionalizam i rigidni sistem ponašanja dislociraju iz realnog sveta, doći će na ivicu opasne provalije, koja je nazvana shizofreno otuđenje, iz kojeg vraćanje u svest stvamosti ne prolazi bez teškoća i ožiljaka.

Shizoidne crte ličnosti. – U traganju za premorbidnim karakteristikama shizofrenih bolesnika ističane su brojne crte ličnosti. U jednoj grupi dominiraju socijalno povlačenje, sklonost sanjarenju, preosetljivost i, povremeno, pražnjenje srđbe i agresivnosti, u drugoj asocijalnost i agresivnost, dok su u trećoj grupi osobe konformističkog ponašanja, nesigurne i bojažljive.

Klinička fenomenologija. – Veliki broj simptoma shizofrenije izvesni autori su pokušali da veštački grupišu na glavne (primarne), sporedne (sekundarne) i telesne simptome. Međutim, takva podela je daleko od dinamičkog shvatanja ličnosti, pa ćemo stoga simptome opisivati prema stepenu njihovog udela u determinaciji shizofrene psihoze kao posebne nozološke jedinice.



↑ Transformacija lika mačke

Shizofreniju karakteriše nesklad (disocijacija) između afekta i procesa mišljenja.

Shizofreni bolesnik svoj afekt ispoljava ne-prirodno, teatralno, bizarno. Radost shizofrenih bolesnika nije zarazna, bol nas čini ravnodušnim, hladnim, kao što i naš afekt ne nailazi na adekvatnu emocionalnu rezonancu kod shizofrenog bolesnika. To je već poznati defekt afektivnog odnosa ili prijatnog raporta.

Ovim bolesnicima nedostaje fina modulacija afektivnog ispoljavanja, lični i porodični vitalni interesi ostavljaju ih potpuno hladnim, izveštačeno depresivnim ili euforičnim. Nekad mogu ispoljavati raptuse besa, divlje i nemotivisane agresije, kada ih moramo hospitalizovati. Osim ovih, javljaju se i drugi, već poznati, kvalitativni poremećaji afekta – paratimija i paramimija. Afektivna krutost i afektivna ambivalencija čine ih neprilagodljivim i usiljenim. Ponekad dolazi do gubitka afekta, afektivne tuposti i afektivne demencije. Shizofrena osoba je grubo emocionalno osiromašena.

Na misaoni tok shizofrenog snažno utiču njegova afektivna doživljavanja. Manifestuje se formalnim i sadržajnim poremećajem mišljenja. Dominiraju: poremećaji asocijacija, inkohherentnost misaonog toka, sklonost simboličnom izražavanju punom nerazumljivih ili besmislenih neologizama, telegrafsko mišljenje, logička i gramatička deformacija stila, bekstvo ideja sa utiskom krađe misli, sklonost praznom mudrovanju o kosmičkim temama, uopštavanje, odsustvo kauzalnih odnosa, sve do rasparčavanja pojmova i potpune verbalne nerazumljivosti.

Brojne sumanute ideje, alogične, nesistematizovane, fantastične do bizarnosti, utiču na celokupno ponašanje shizofrenog bolesnika, ometaju njegovu interpersonalnu komunikaciju ili ga isključuju (privremeno ili trajno) iz njegove socijalne sredine.

Autizam je gubitak kontakta sa realnošću. Shizofreni bolesnici žive u svom iracionalnom svetu, koji može da predstavlja ispunjenje njihovih želja i snova. Ovaj autistički svet mogu doživljavati kao stvaran, a stvarnost kao varku, i obrnuto. Za ove fenomene koristi se često termin dvostruke orijentacije ili „duplo knjigovodstvo“. Shizofreni bolesnik može za trenutak napustiti svoj svet sumanutosti i halucinacija i sasvim ispravno davati podatke i percipirati sve što se oko njega dešava.

Poremećaj nagonskih i voljnih dinamizama može biti drastično ilustrativan. Poremećaj nutricionog nagona manifestuje se nekrofagijom i antropofagijom. Nagon za življenjem je takođe poremećen: neuredni su, priljivi, skloni brutalnim automutilacijama (samopovređivanje) i drastičnim samoubistvima. Seksualni nagon im je snižen ili izvitoperen.

Voljni procesi su poremećeni. Bolesnici imaju subjektivni utisak da nisu gospodari svoje volje, već da su pod uticajem drugih ljudi, čudnih sila, hipnotičkih direktiva. Katatonni fenomeni i impulsivne reakcije nisu kod njih retkost. Mesecima zauzimaju bizarne položaje tela (voštana savitljivost), stuporazni su ili u stalnom pokretu, bez smisla i cilja. Postoje stereotipija držanja (čudnovate poze), pokreta i mesta, govorne i muzičke stereotipije, negativizam, automatizmi, eho-fenomeni (eholalija, ehopraksija i ehomimija) i impulsivni postupci, posle kojih bolesnik može da se vrati u katatonni položaj, „kao da se ništa nije dogodilo“.

Dezintegracija ličnosti je težak shizofreni poremećaj. Odnos bolesnikovog ja prema svetu, drugim ličnostima i stvarima poremećen je, granice su zbrisane. Bolesnik se identifikuje sa mnogim ličnostima, on je dvostruka ili višestruka ličnost. Zapažaju se fenomeni depersonalizacije („fenomen ogledala“), transformacije (pretvaranje čak u životinje), kao i derealizacioni fenomeni, s nepokolebljivim verovanjem da se svet menja, sa sumanutim strahom osećanja katastrofe, smaka sveta, što je posebna karakteristika tzv. kosmičkog ludila.

Kritičnost i sposobnost rasuđivanja obolelih su redukovane, a uvid u sopstvenu bolest bitno smanjen. Ponašanje je često pod uticajem sumanutih ideja, kad zbog homicidnih tendencija mogu biti opasni za svoju okolinu. (Jedan shizofreni bolesnik ubio je svog suseda s kojim je čuvao bostan. On je svog suseda, koji se zvao Adam, pozvao da zajedno jedu lubenice. Ubio ga je bez ikakvog povoda, „iz čista mira“. Na pitanje zašto je to učinio, odgovorio je da je „ovom svetu treći Adam suvišan“. Adam je bio prvi čovek, drugi Adam je bio bolesnikov otac, a treći Adam, na nesreću, bio je bolesnikov sused.)

Halucinacije su čest, iako nebitan dijagnostički simptom. Javljaju se halucinacije svih čula. Naročito su opasne imperativne halucinacije, koje nagne bolesnika na samoubilačke ili ubilačke ideje. Košmarne halucinacije nekad emocionalno iscrpljuju bolesnika.

Tesni simptomi ne mogu se shvatiti aspolutno ilustrativnim i karakterističnim. Najčešći su metabolički i neuravegetativni poremećaji. Smanjen je bazalni metabolizam, a u fazi rekonvalescencije shizofreni bolesnici se goje. Upadljiva je alteracija funkcija

vazomotornog aparata, kolebljiv puls, lividnost šaka i stopala, edemi, sklonost krvarenjima, poremećaji menstruacije kod žena, poremećaji sna, zamor, porestezije, nesvestice, konvulzije.

Klasifikacija. – Opisano je deset vrsta shizofrenije: paranoidna, hebefrena, katatona i nediferencirana shizofrenija, zatim postshizofrena depresija, rezidualna, jednostavna, druga i nespecifikovana shizofrenija. (Dečja shizofrenija nalazi se u bloku psihoza razvojnog doba.)

Za postavljanje dijagnoze shizofrenije neophodno je utvrditi postojanje nekih ili većeg broja sledećih simptoma:

- eho–misli, ubacivanje, oduzimanje i emitovanje misli;
- sumanute ideje (uticaja, upravljanja, zatim teže i tvrdokorne sumanutosti o natprirodnim moćima i sposobnostima, kao, na primer, komunikacija sa vanzemaljskim licima);
- halucinatorni fenomeni;
- prekidi misaonog toka, nepovezan govor i neologizmi (nove, često besmislene i nerazumljive reči);
- katatoni fenomeni (katatono uzbuđenje, „voštana“ savitljivost, mutizam, negativizam, stupor);
- apatija, emocionalna neusklađenost ili tupost, socijalno povlačenje;
- dosledna promena kvaliteta nekih aspekata ličnog ponašanja (gubitak interesovanja, bescilnost, lenjost, zaokupljenost sobom i povlačenje od društva).



♣ Hebefreni bolesnik

Klinički oblici shizofrenije

Schizophrenia simplex – prsta shizofrenija. – Karakteriše se podmuklošću, postepenim tokom, progresivnim propadanjem, do potpune dezintegracije ličnosti. To su emocionalno hladne, autistične ličnosti, koje svojoj okolini deluju kao osobenjaci.

Bolest najčešće počinje u adolescenciji i nije praćena ni sumanutim idejama ni halucinacijama. Spoljna fasada ličnosti dugo ostaje očuvana iako može imati uznemirujuće depersonalizacione i derealizacione fenomene. Mogu se javljati bure emocionalnog besa i agresivnosti. Afektivna demencija i intelektualna neuspešnost predstavljaju poodmaklu fazu bolesti. Karakteristično je osiromašenje socijalnih kontakata obolelih osoba.

Hebephrenia. – Ova forma shizofrenije počinje u pubertetu i nekada se verovalo da od nje obolevaju samo muškarci (hebeos – dečak).

Početak bolesti je nekarakterističan, u formi neurastenije, histerije, hipohondrijskih ideja, opsesivnih ili fobičnih preokupacija, maničnom ili depresivnom epizodom,

kao i pokušajima samoubistva, koja mogu izgledati teatralno kao samoubistva histeričnih osoba.

Klinička slika je polimorfna, a tok u remisijama i egzacerbacijama.

Atimohormija i emocionalna ravnodušnost praćeni su afektivnim burama. Postoji disocijacija između afekta i toka misli. Formalni poremećaji mišljenja, raznovrsne i nelogične sumanute ideje, praćene vrlo živim halucinacijama, najčešće su simptomi floridne kliničke slike.

(Radi primera navešćemo razgovor sa jednim mladim hebefrenim bolesnikom.

Lekar: „Šta čuješ?“

Bolesnik: „... Da imate pojačalo čuli biste i vi. Možda nemam sinuse. Svaki čovek mora da bude celina... čuo sam nešto vulgarno, posle kao da se dogovaraju... daj, daj nešto. Ne bojim se ničeg sem čoveka. Kad to kažem nešto me guši. Samog sebe stavim u zaborav i onda ne znam gde sam... neko izvodi eksperiment. Ja sam tako podešen. Nkad i sam izvodim eksperiment. Oselim da nekom treba da nametnem misao da ima privatne svojine, da je ne smatra službenom, da je ona privatna, da njom piše knjigu... imam strica koga slabo poznajem. On se zove drugačije. Video sam ga na slici, isto čelo i kosa. Bolestan je.“

Lekar: „Hoće li taj eksperiment biti koristan?“

Bolesnik: „Hoće-neće. Ako to ja ne radim, radiće neko drugi. Dovešće do smaka sveta. Možda sam ja Božji glasnik. Zavežem reči. Jednoga dana kad se pojavi mnogo mangupa, senka čovek, neće ti mangupi. Mi se penjemo socijalistički. Ja svaki dan rastem. Niko ne može da me zamoli da me imitira, ja se toga ne bojim. Ko se danas boji, taj je lud. Osećam kao da sam održao govor. Imponuje vam. Vi krijete da to ne poznajete. Ja sam ideal sveta.“

Lekar: „Ko je ideal sveta?“

Bolesnik: „Čovek senka. Jedno čulo zakržljalo, drugo se razvilo. Jedan atom u sumpornoj kiselini zna da misli. Zavisi kakav mu je električitet. Atom je teži od čoveka zato što niko ne može da upravlja prirodom, njoj moraju žrtve da se daju. Atom u sumpornoj kiselini misli o sjedinjavanju sa onim atomom koji mu odgovara. Roditelji mi kažu 'gledaj ti svoja posla, a ne pravi gluposti'. Otići ću na zanat, neću da učim školu, hoću da budem miran građanin... u trenutku inspiracije mogao bih da proizvedem sve što postoji na svetu.“

Lekar: „A da li bi mogao da proizvedeš ono što ne postoji?“

Bolesnik: „Kultura ne postoji, odakle toliko buđenje narodne svesti... Vidim damu previjenu čaršavom. Jednom sam dobio poljubac. Kada je otišla, našao sam karmen na obrazu, posle francuskog časa, neka Francuzica. Kad ja vama ovo kažem ostanem prazan, pa me muči. Imam utisak da svako zna o meni. Doktore, vi niste svesni da znate sve o meni. To vam služi za inspiraciju govora. Ja svakog u životu zezam. Nametnem mu misao i otarasim se njega... Jednoga dana video sam sivog slona koji nosi belinu. Video sam veliku glavu na volanu, nekog ko se

izigravao sa mnom. Nešto me prati da se zagledam, da padnem, ali ne daju da me vredaju nego da umrem, nešto obično životno... Imam utisak da sam održao strašan govor".)

Bolesnik gubi interesovanje za spoljašnji svet, koji je za njega izvor straha i opasnosti. On se „sklanja“ u svoj autistični svet, samo njemu razumljiv, da bi na kraju postao potpuno alijeniran, dezintegriran.

Ova forma shizofrenije najbogatija je telesnim simptomima koji su već opisani.

Schizophrenia catonica (katatonija). – Ova shizofrenija počinje akutno, simptomima katatonog sindroma. Bolesnik je u stanju stupora, ne reaguje ni na kakve, čak ni na vrlo bolne draži. Međutim, on opaža sve što se oko njega dešava i u stanju je da to verno opiše kad izađe iz stanja stupora. Zbog toga nisu preporučljive nikakve neumesne opaske na njegov račun. Bolesnik u stanju stupora može biti pod uticajem zastrašujućih halucinacija i sumanutih ideja. Može ispoljavati stereotipije, automatizam, negativizam ili eho-fenomene.

Iz stanja stupora može iznenada da upadne u stanje neobuzdane motorne agresije i agresivnosti, poznate kao katatona pomama.

Vegetativne i vazomotorne somatske smetnje su u ovom slučaju naglašene.

Ova forma shizofrenije najčešće ima dobru prognozu.

Schizophrenia paranoides. – Ova forma shizofrenije karakteristična je za odrasle osobe i najčešće ne dovodi do shizofrene demencije.

Karakteristiše se prisustvom raznovrsnih paranoidnih ideja proganjanja (perzekucije), koje su nelogične i nesistematizovane, idejama odnosa i raznovrsnim halucinacijama.

Tok bolesti je u remisijama i egzacerbacijama ili je hroničan.

Tip I i tip II shizofrenije. – U poslednjim dvema decenijama prihvaćena je podela na tip I i tip II shizofrenije, prema opisu Kroua (Crow).

Za shizofreni sindrom tip I karakteristični su: akutni početak, povoljan ishod zbog dobrog reagovanja na terapiju psihofarmacima, a najčešći klinički simptomi su – sumanutost, poremećaj mišljenja po formi i halucinatorni fenomeni.



↑ Simptom katalepsije



↑ Katatoni pacijent: ruka bez oslonca, „zamrznuto“ pućenje, lice okamenjenog izraza (Kaplan et al.)

Odlike shizofrenog sindroma tipa II su postepeni početak i nepovoljan ishod (zbog malog terapijskog učinka medikamenata). Tipični klinički simptomi su: autističko povlačenje, afektivno osiromašenje i pad vitalnih dinamizama.

Postshizofrena depresija. – Depresija nastaje posle shizofrene bolesti. Depresivni simptomi demaskirani su po povlačenju psihotičnih simptoma, ili su, pak, novonastali, kao psihička reakcija na bolest i moguću stigmatizaciju. U ovoj grupi obolelih postoji rizik od samoubistva.

Rezidualna shizofrenija. – Karakteriše se dugotrajnim „negativnim“ simptomima, koji ne moraju biti ireverzibilni.

Izraziti „negativni“ simptomi su: psihomotorna usporenost, gubitak inicijative, pasivnost, afektivna tupost, ideaciona i verbalna osiromašenje, oskudna neverbalna komunikacija (redukovana mimika, na primer), kao i zanemarivanje ličnog izgleda i socijalnih reakcija.

Dečja shizofrenija. – Shizofreni simptomi kod dece opisivani su kao prevremena demencija, Halerova dečja demencija, Kanerov autizam itd. Dečja shizofrenija je dosta retka, nepovoljno je toka i vodi ka demenciji.

U kliničkoj slici dečje shizofrenije dominiraju autizam, trajan i dubok poremećaj kontakta s okolinom, negativizam, nelogična anksioznost, nesposobnost doživljavanja sopstvenog identiteta (telo se opaža fragmentarno), poremećaji percepcija, poremećaj govora s manirizmom, eholalija, mutizam (deca izgledaju kao nema), paramimija, tikovi, regresija na niže stadijume (guganje, igranje delovima tela), potreba za jednoličnošću, ostrva izuzetne inteligencije, izvanredna memorija, pramenljiv količnik inteligencije i inteligentan izgled dece. Mora se uvek isključiti neki organski proces.

Tok bolesti. – Tok bolesti zavisi od blagovremenog dijagnostikovanja, odgovarajuće terapije, razumevanja i prihvaćenosti u socijalnom okruženju obolele osobe.

Tok bolesti može biti: kontinuiran, epizodičan sa progredirajućim ili postojanim oštećenjem, epizodični remitirajući sa nepotpunom ili potpunom remisijom, ili neki „drugi“.

Shizofrenija se javlja u remisijama i šubovima. U stadijumu remisije osoba može da se vrati u socijalnu sredinu: šub znači novi atak bolesti. Češći šubovi znak su loše prognoze i brze demencije.



†Trenutak haluciniranja obolelog od paranoidne shizofrenije

(Jedan takav bolesnik u stanjima pogoršanja bolesti pisao je potpuno nerazumljive pesme i tekstove, kao ovaj koji nosi naslov „Avans prohtev“.

„Jesenjeg prohladnog dana, baš kad sam se vraćao iz konzerve, zauvek sam je bacio, kroz praktičan prizor travnjaka. Nije toliko važno koliko je bitno da je ta ista konzerva napunjena odozgo temperom i zamagljenom fasciklom. Gledajući zapanjujućim pogledom, nisam imao mogućnosti i prilike da oduzmem sebi odgovornost i poverenje. Nakon toga, potpuno sam izgoreo zajedno sa apartmanom. Sva je požutela, sve da Mramornog mora. Gluma je propala, nije važno, značajno je to da su profesionalne laži okupane u smoli od kravuljica, pa niko nije bio zadovoljan sadašnjim tretmanom terminologije koje golicava svakog u pupak. Stoji! Padam u nesvest, sva vrata su bila zaključana, te ih niko nije ponovo zaključavao, međutim pao je mrak. Jao, uhvatilo me je kokošije slepiću u korpi za veš. Većina spavača zahrkalo je ispod buba rusa, koje su milele po lobanjama i spavaćicama. Seljaci mislirali su na budavo mleko i truo kajmak. Ustajte ludaci, vreme je zakucavanju eksera sa šajbnama po sred tumora. Nije važno, glavno je to da smo prolazeći kraj trafike osetili miris kvasca i što pre smo pobešli da ne bismo nadošli. Bežali smo iz sve snage i 5-nih žila. Patio sam od tabana. Ja, kiša je padala levo i nagore. Nije bilo vremena da se popije bikarbona soda. Gorile upropastile su flašice od bramborjaka. Najzad, propao sam kroz šofali, uvek je to najbolje rešenje (štas br. 1) na glavu mi je pala sfećivca sa bubuljičavim genzlicama“).

Interesantno je shizofreno sumračno stanje. Bolesnici su u svom sumanutom svetu, mirni su, leže ispod pokrivača ili su u psihomotornom nemiru, u konfliktu s okolinom. Mogu biti dvostruko orijentisani („duple knjigovodstvo“). Ovo sumorno stanje može da traje i dve godine.

Shizofrena demencija rezultat je socijalne izolacije bolesnika i njegovog postepenog gubitka kontakta s realnošću. Autistička orijentacija bolesnika i efektivna praznina su uzrok i posledica demencije. Shizofreni pacijenti saopštavaju „gole istine“ bez konvencionalnog ublažavanja i imaju intervale ili oblasti u kojima su lucidni, što je tipično za shizofrenu demenciju. U stanju su da rešavaju komplikovane matematičke probleme ili da se snalaze u filozofskim temama, a ne znaju opšte poznate informacije.

↑ Perseveracija jedne shizofrene dakti-
lografkinje

29.1.2. Shizotipski poremećaj

Shizotipski poremećaj je izdvojen kao poseban zbog sledećih osobenosti: ekscentričnog ponašanja osobe, neadekvatnog mišljenja i afekta.

Osobe koje ispoljavaju ovaj poremećaj emocionalno su hladne ili odsutne, čudnog, neobičnog ili ekscentričnog ponašanja, sklone su socijalnom povlačenju, čudnih su uverenja ili magijskog mišljenja, sumnjičave su, paranoidne, sklone metaforama, misaonim i govornim stereotipijama, opsesivnim ruminacijama (prisilno zaokupljene određenim idejama o dismorfofobiji – strahu od deformiteta telesnog izgleda, zatim nametanja seksualnih i agresivnih tema i sadržaja), sa perceptivnim izmenama (iluzije), depersonalizacijom i derealizacijom, kao i povremenim kvazipsihotičnim epizodama, u kojima dominiraju iluzije, halucinacije i ideje slične sumanutim.

Shizotipski poremećaj je češći u osoba genetski opterećenih, obično je hroničnog toka i može evoluirati u shizofreniju.

29.1.3. Shizoafektivni poremećaj

Shizoafektivni poremećaj manifestuje se istovremenim (ili u intervalu od nekoliko dana) postojanjem shizofrenih i afektivnih poremećaja (maničnih i depresivnih).

U maničnom tipu dominiraju manični, a u depresivnom tipu poremećaja – depresivni simptomi.

Terapija. – U lečenju shizofrenih osoba koriste se: biološka terapija, psihoterapija i socioterapija.

Od 1952. godine započinje era psihofarmaka. Iz ove, danas izrazito brojne grupe lekova, u lečenju shizofrene bolesti najefikasniji su neuroleptici. Neuroleptici s produženim dejstvom, depo-preparati, omogućavaju produženo delovanje. U slučaju pojave neuroleptičkog sindroma, koji može biti izazvan od ovih snažnih lekova, treba primeniti antiparkinsonike. (Postoji i terapijsko opredeljenje da se antiparkinsonici uvedu u terapiju kao vid prevencije neuroleptičkog sindroma.)

Elektrokonvulzivna terapija primenjuje se izuzetno (u slučajevima čestih pogoršavanja i katatonih epizoda shizofrenije).

Od psihoterapijskih metoda primenjuju se individualna, grupna i porodična psihoterapija, kao i brojne aktivnosti socioterapijskog usmerenja.

29.2. Bipolarne psihoze

U najnovijoj (X) klasifikaciji bipolarni afektivni poremećaj razvrstava se u manične (hipomaničnu, maničnu bez psihotičnih simptoma i maničnu s psihotičnim simptomima) i depresivne epizode (epizoda blage ili umerene depresije, teška depresija bez psihotičnih simptoma i teška depresija s psihotičnim simptomima), zatim u mešovite epizode, bipolarni afektivni poremećaje u remisiji, druge i nespecifikovane afektivne poremećaje.

29.2.1. Manijako-depresivna psihoza (Psychosis maniaco-depressiva)

U istoriji medicine postoje interesantni opisi grčkih bogova koji su padali u stanja ekstatičnog blaženstva ili nemotivisane tuge, što ukazuje da se za ovu bolest znalo još u antičko doba. Međutim, tada nije zapaženo, verovatno zbog relativno kratkog ljudskog veka u to doba, da su pomenute manifestacije ekstremni simptomi jednog oboljenja. Tek 1854. godine Falre (Falret) opisuje „cirkularno ludilo“.

Etiologija. – Kao uzrok depresije (melanholije) smatrana je crna žuč (melanos – crn, holinos – žuč), zbog čijeg je navodnog razlivanja po telu nastupilo melanholično raspoloženje.

Još uvek ne postoji teorija koja objašnjava uzroke ovog oboljenja. Hereditet se smatra dosta značajnim. I u ovom slučaju se utiču raznih psihičkih trauma pripisuje značajno mesto u grupi etioloških faktora. Endokrine teorije smatraju da je manijako-depresivna psihoza posledica poremećaja žlezda sa endokrinom sekrecijom (tiroidea), a najnovije teorije ukazuju na poremećaje u vrednostima nekih kateholamina i nekih minerala (natrijum, kalijum).

Ponovo naglašavamo, kao i u slučaju shizofrenije, da su etiološki faktori manijako-depresivne psihoze kompleksni. U tom smislu je zapaženo da su osobe određene konstitucije na neki način predisponirane da u nepovoljnim situacijama obole od manijako-depresivne psihoze. Tako, osobe pikničke konstitucije češće nego drugi konstitucionalni tipovi obolevaju od manijako-depresivne psihoze.

Klinička fenomenologija

Radi bolje preglednosti opisat ćemo posebno maničnu, a posebno depresivnu fazu.

Manična faza. – Ova faza počinje postepeno, iz blago manične epizode (hipomanija) ili depresivne, odnosno subdepresivne krize. Može početi i naglo, posle depresivne faze.

Glavni simptomi su povišenje efekta u smislu nemotivisano veselog raspoloženja (hipertimija sa euforijom), skok i diskoordinacija nagona voljnih (konativnih) funkcija (hiperhormičnost) i psihomotorna hiperaktivnost.

Kliničkom slikom dominira poremećaj raspoloženja. Bolesnik je nemotivisano dobro raspoložen (euforičan), bezgranično srećan – do ekstatičnog zanosa. Bolesnikovo dobro raspoloženje je zarazno i indukuje okolinu, što nije slučaj sa praznom veselošću shizofrenih. Takvo raspoloženje prati živahna mimika i simbolično odevanje, u kome dominiraju vedre i žive boje. Bolesnici su upadljivo našminkane, nakindurene, a muškarci istetovirani, okićeni kao poglavice ili doterani kao donžuvani.



Zbog toga psihijatri u šali kažu da se može postaviti dijagnoza a da se i ne vidi bolesnik – po izgledu njegove sobe, u kojoj ima svega, od igle do lokomotive, kao na vašaru, ili je dovoljno da lekar samo vidi takvog bolesnika i ništa ne progovori s njim.

Otkočen i inkontinentan afekt može se manifestovati u obliku iritabilnosti bolesnika, gneva, besa, do agresivnosti.

Živahan afekt praćen je ubrzanim misaonim tokom. Tipična je bujica ideja, povišen impuls za govorenjem (logoreja), kao i bekstvo ideja („fuga idearum“), zbog čega bolesnik može da deluje inkohorentno. Ta inkoherencija je prividna, pa je logičniji atribut „pseudoinkoherencija“, jer ispitivač u moru bolesnikovih ideja može naći logiku i bolesnik mu neće biti nerazumljiv. Naročito je evidentno bogatstvo pobočnih, uzgrednih asocijacija.

Bolesnik može ispoljavati sadržajne poremećaje mišljenja. Logično je očekivati sumanute ideje veličine, koje bolesnik ispoljava kao sumanute ideje bogatstva, visokog porekla, božanske snage i lepote („lep kao Apolon“), erotomanske sumanute ideje, ideje pronalazaštva, iz kojih sekundarno mogu nastati sumanute ideje proganjanja („zavide mu, hoće da ga likvidiraju“ itd.).

Kritičnost i uvidavnost takvih bolesnika praktično su zbrisane. U početku bolesti oni to shvataju kao nadolaženje divlje energije, koju treba isprazniti, a kasnije, naročito u početku neke od faza, znaju da je ta bolest i obraćaju se psihijatru, najčešće terminima da je „u plusu ili minusu“ (jedna pacijentkinja imala je običaj kad god je ulazila u maničnu fazu da kupuje restlove u ogromnim količinama i da danonoćno kod kuće šije).

Nagona i voljne funkcije su naglašene. Nagon za ishranom je povišen, ali bolesnici jedu u pokretu ili hrane druge, tako da ne stignu da unesu dovoljnu količinu hrane,

†Manični bolesnik (V. Vilijamson)

što uz ubrzani psihomotilitet, uzrokuje gubitak telesne težine. Seksualni nagon je praktično razuzdan, svlače se, neumorno se udvaraju, menjaju partnere, čak i u bolnici traže da im se dozvoli venčanje i sl.

Ovi bolesnici su prepuni inicijative, stalno su u pokretu. Pate od nesanice, pa su potrebne visoke doze lekova da bi se obuzdala njihova motorna hiperaktivnost i regulisao san.

Pažnja im je hipervigilna (živahna), skoro rasuta. Tenacitet pažnje skoro ne postoji, što se može ispitati ako se pacijentu kaže da tri minuta ne priča. Pacijent neće istrajati, nego će dati neku primedbu.

Rukopis im je prepun simboličkih crteža. U ovoj fazi serijski proizvode slike, rasipaju boju, organizuju izložbe.

Pamćenje nije oštećeno, sećanja su čak vrlo živa, pa se bolesnici po izlasku iz ove faze čude kako su se setili događaja i pesama koje su davno zaboravili.

Svest je očuvana, osim u slučaju tzv. delirantne manije, gde bolesnici uz mnoštvo iluzija, optičkih, akustičkih i cenestopotskih halucinacija, kao i paranoidnih ideja, ispoljavaju bes i sklonost ka verbalnoj i motornoj agresivnosti. Za ovu epizodu postoji amnezija.

Terapija. – Bolesnik se mora smiriti, zatim mu treba regulisati san i ishranu. Često se pribegava hranjenju ovih bolesnika, čak i pomoću sonde. Ova bolest završava se ozdravljenjem, prelaskom u hroničnu maniju ili u depresivnu fazu.

Depresivna faza. – U depresivnoj fazi manijako-depresivne psihoze bolesnik je isto tako povišenog afekta (hipertimija), ali u formi nemotivisane tuge i straha. Nagonске i voljne funkcije su snižene (hipohormičnost), kao i inicijativa bolesnika (hipoaktivnost).

Dominantni simptom je depresivni ton raspoloženja. Bolesnik je tužan, zabrinut, zaskrašen, reducirane mimike. Ovako raspoloženje najintenzivnije je u ranim jutarnjim časovima i u toku prepodneva, jer se bolesnik nalazi pred novim danom za koji često veruje da ne može ili da nije zaslužio da preživi. U to vreme je i najveća opasnost da bolesnik ne izvrši samoubistvo.

Misaoni tok je usporen, sve do bloka u mišljenju. Dominiraju sumanute ideje depresivnog karaktera (o postojanju neizlečive bolesti, ekonomske propasti, krivice i dr.). Bolesnik optužuje sebe (autoakuzacija) i falsifikuje prošlost, tvrdeći da je celog



* Hronični manični bolesnik



▲ „Gradonačelnik“ („Roš“, Bazel)

života nemoralno živeo i radio i da treba da dobije zasluženu kaznu. Posebno je karakterističan Kolarov (Colard) sindrom, kad bolesnik s nihilističkim idejama tvrdi da nema nigde nikoga, nigde ničega, nema unutrašnjih organa ili da su mu oni mrtvi.

Nagoni su sniženi ili ugašeni. Bolesnici gube apetit ili odbijaju hranu, zbog sumanutog verovanja da nisu zaslužili da žive ili zbog manifestnih suicidalnih tendencija. Nagon za življenjem je izmenjen, a samoubistvo nije redak način bekstva iz nepodnošljivog košmara simptome i strahovanja. Ponekad mole da se nad njima izvrši eutanazija (ubistvo iz samilosti). Depresivni bolesnik budi kod terapeuta saosećanje i želju da mu pomogne, pa nije nikakvo čudo što su depresivni bolesnici obasuti maksimalnom pažnjom. Bez volje su i inicijative, ništa ne traže, satima sede ili leže. Mogu pokazivati i sliku depresivnog stupora.

Distribucija pažnje je nemoguća. Bolesnici su okrenuti sebi i svom morbidnom sadržaju i deluju kao da su spoljašnjem svetu „okrenuli leđa“.

Pod dejstvom sumanutog iščekivanja da se nad njima izvrši egzekucija „zbog krivica i grehova“, mogu imati slušne iluzije.

Kod agitirane depresije tuga i intenzivan strah izazivaju psihomotorni nemir bolesnika, koji je uzbuđen, preklinjući, traži spasenje ili pokušava samoubistvo.

U dijagnostičkoj kategoriji perzistentnih afektivnih poremećaja posebno su opisani ciklotimija i distimija.

29.2.2. Ciklotimija

Ciklotimijom se smatra „permanentna nestabilnost raspoloženja“, koja počinje u ranom odraslom dobu, a odlikuje se brojnim periodima „blage depresije ili blagog ušišćenja“. Ova forma obično ne zahteva medicinsku intervenciju.

29.2.3. Distimija

Distimija se karakteriše „promenljivim odnosom“ blagih depresivnih faza i perioda relativne (srazmerne) normalnosti. Ovaj poremećaj vrlo je sličan neurotskoj depresiji i depresivnoj neurozi (iz prethodnih klasifikacija).

Terapija. – U depresivnim fazama, naročito ako je u pitanju depresivni stupor, najefikasnija je elektrokonvulzivna terapija. Moderne bolnice primenjuju elektrošok u relaksaciji. U okviru medikamentne terapije primenjuju se antidepresivi i lekovi koji smiruju anksioznost bolesnika.

Manijako–depresivna psihoza, kao recidivirajuća psihoza, ne prouzrokuje, dakle, poremećaje inteligencije bolesnika, pa pamćenje i inteligencija mogu da ostanu izvanredno živahni. Međutim, volja i inicijativa podležu ekstremnim modulacijama.

29.3. Perzistentni poremećaj sa sumanutošću

Postoji veći broj podela paranoidnih stanja. Paranoidni sadržaji karakteristični su i za shizofrene psihoze. Ovde ćemo opisati neshizofrene paranoidne poremećaje.

U novoj (MKB 10) klasifikaciji u grupi Perzistentni poremećaj sa sumanutošću opisani su paranoja, paranoidna psihoza, paranoidno stanje i parafrenija. U drugu grupu svrstani su „drugi perzistentni poremećaji sa sumanutošću“ (sumanuta dismorfobija, involutivno paranoidno stanje i kverulantna paranoja).

Posebno je opisan indukovani poremećaj sa sumanutošću.

Iz didaktičkih i praktičnih razloga ovde ćemo opisati paranoju, psihoze pasije i revandikacije, senzitivne psihoze odnosa, psihoze interpretacije i indukovane poremećaje sa sumanutošću, dok će parafrenija biti opisana u delu o involutivnim psihozama.

29.3.1. Paranoja

Paranoja (para – pored, preko i noos – duh, um, razum) i paranoji slične psihoze imaju toliko naziva da je stvorena prava terminološka zbrka. Naziv paranoja dao je Kalbaum (L. Kahlbaum, 1863). Manjan (Magnan), koji ove psihoze naziva „hronična evolutivna sistematizovana sumanutost“, opisuje četiri evolutivna stadijuma:

I – stadijum bolesnog samoposmatranja, s mnoštvom hipohondričnih preokupacija i tendencijom bolesnika da sva zbivanja dovede u vezu sa sopstvenom ličnošću;

II – stadijum proganjanja, u kome bolesnik zaključuje da postoji organizovana zavera i traži razloge zbog kojih ga proganjaju ili žele da ga likvidiraju;

III – stadijum transformacije ličnosti, u kome je bolesnik u analizi pretećih i ugrožavajućih, po njega paklenih namera, „došao do zaključka zašto to čine“. Na takvom terenu javljaju se sumanute ideje veličine, pronalazaštva, s retrogradnim falsifikovanjem prošlosti. U svojoj prošlosti on nalazi „elemente“ koji su naslućivali nekakvu „njegovu genijalnost“.

IV – stadijum deterioracije (otuđivanja), koji se karakteriše identifikacijom bolesnikovog ponašanja sa sumanutim idejama veličine, gordošću, socijalnom izolacijom i skoro beskrupuloznom tendencijom ka realizovanju sumanutih kreacija. Takvi bolesnici mogu biti opasni, naročito za one „koji im stoje na putu“.

Francuski autori dele paranoju u nekoliko podgrupa, posebno ističući grupu sistematizovanih psihoza, a nemački i anglosaksonski autori uvode termin „paranoične psihoze“.

Sistematizovane psihoze dele se u tri grupe:

- psihoze pasije i revandikacije,
- senzitivne psihoze odnosa,
- psihoze interpretacije.

Opšte karakteristike. – Postoji nekoliko karakteristika koje su zajedničke skoro svim sistematizovanim psihozama. Tako, govori se o tzv. paranoičnom karakteru, koji se odlikuje egocentričnošću i samozaljubljenošću subjekta, nepoverljivošću i distanciranošću od drugih ljudi, preceñivanjem sopstvene ličnosti (koje ide do gordosti), rigidnim stavom, agresivnošću, pogrešnim rasuđivanjem i nesposobnošću socijalne adaptacije.

Sumanute ideje su sistematizovane. U formalno–logičnom smislu, sumanuta konstrukcija je logična, ali zasnovana na pogrešnim zaključcima, pa je i ceo sistem bolestan.

Bolesnik u svoje sumanute ideje investira dosta emocija, „tako da sve slobodno vreme posvećuje svojoj sumanutosti, što može biti iscrpljujuće i za pacijenta i za njegovu okolinu, a opasno za njegove „neprijatelje ili progonoce“.

Fasada ličnosti je dosta dugo očuvana, nema halucinacija i intelektualnog opustošenja (kao u shizofreniji). Sumanute ideje su raznovrsne. U floridnoj kliničkoj slici dominiraju sumanute ideje veličine, nepriznatog prava, visokog porekla, pronalazaštva, erotičnosti, ljubomore, mesijanstva, proganjanja itd.

29.3.2. Psihoze pasije i revandikacije

Ova grupa odlikuje se prećenjenim idejama kojima je bolesnik obuzet, postepenim tokom i egzaltacijom.

a) **Psihoze pasije.** – U ovu grupu ubrajaju se psihoza ljubomore i psihoza erotomanije.

Psihoza ljubomore. – Suština ove sumanutosti je bolesna ideja asujećenog ljubomornog partnera o postojanju imaginarnog partnera. Ovaj imaginarni partner se opisuje, uhodi, pružaju se „dokazi“. Postoje fantastične kombinacije ko bi sve mogao biti partner, kao i način „kontrole i dokaza“ koji bolesnom partneru „potvrđuju“ da je prevaren.

Psihoza erotomanije. – Bolesnik sumanuto veruje da je voljen od društveno priznatih ličnosti (glumaca, pevača, političara), koje mu na diskretan način, preko televizije ili štampe, otkrivaju svoju ljubav. Zbog toga se ovi bolesnici „osobama koje su u njih zaljubljene“ obraćaju pismima u kojima konstatuju da telepatski ili intuitivno znaju njihove tajne i zahtevaju da im ih slobodno saopšte, „kako ljubav ne bi imala prepreka“.

b) **Psihoze revandikacije.** – Revandikacija je vraćanje nečega. Ovoj grupi psihoza pripadaju kverulanti, pronalazači, pasionirani idealisti.

Kverulanti. – Bolesnici ove dijagnostičke kategorije vode maratonske, često bezvredne sudske procese, da bi „isterali pravdu ili odbranili čast“. Često su ti postupci i protiv njihovih interesa. Kad počnu da progone svoje „progonitelje“, mogu biti i delioci i egzekutori pravde.

Pronalazači. – Ekskluzivni su „pronalazači“ nekog najčešće besmislenog pronalaska, zaštićuju „svoje patente“, tražeći njihovu realizaciju, ili čak optužuju potpuno nevina lica zbog navodne krađe njihovih „genijalnih ideja“.

Pasionirani idealisti. – To su borbene, agresivne, konfliktna, u suštini inferiorne ličnosti. Vode kampanje ili izvršavaju atentate. Lako se mogu zloupotrebljavati.

29.3.3. Senzitivna psihoza odnosa

Krečmer (Kretschmer) je opisao borbene paranoidne ličnosti, paranoidne ličnosti tipa pasioniranih idealista (branilaca nekih ideja i ideala, ali bez borbe) i senzitivne ličnosti.

Senzitivna ličnost je stidljiva, skromna, preosetljiva u interpersonalnim komunikacijama, rigidna, često netolerantna, ambiciozna, ali i lako psihički i fizički zamorljiva, sklona introspekciji, perfekcionizmu i osećanju nezadovoljstva, preterano svesna.

Osećanja i strasti „drži u sebi“, a ranjivost i inferiornost, posebno u slučajevima sentimentalnih i profesionalnih neuspeha, mogu dovesti do depresivnih epizoda i sumanutih ideja odnosa.

U psihotičnoj epizodi bolesna osoba je u centru zbivanja, žrtva je denunciranja, zbog čega je sputana i depresivna (takav je Kafkin junak Procesa Jozef K.).

29.3.4. Psihoza interpretacije

Dominantna sumanutost je bolesno ubeđenje osoba da su progonjene. Pogrešno interpretirajući utiske primljene preko čula ili intelektualnim uvidom, ovi bolesnici običnim simbolima pridaju tajanstveni smisao i dubioznu evoluciju.

29.3.5. Indukovana psihoza sa sumanutošću (Indukovana psihoza – „ludilo udvoje“)

Ova vrsta psihaze (opisana je još u 19. veku) jeste sumanutost dveju osoba – induktora i indukovane osobe. (Indukovana psihoza može da zahvati porodice i veće socijalne grupe – „kolektivno ludilo“.)

Induktor je intelektualno superiornija osoba, po pravilu sa paranoidnim idejama perzekucije (proganjanja), koja svoju sumanutost „emituje“ jednosmerno ka zdravim osobama.

Indukovana osoba, u najvećem broju slučajeva, emocionalno je vezana za induktora, u mnogo čemu inferiornija i sugestibilnija; identifikuje se s induktorom. Poremećaj se ispoljava češće među bliskim srođnicima, zatim među osobama koje duže žive zajedno, a izolovane i bez kontakta sa sopstvenim okruženjem.

Radi efikasnosti lečenja indukovanu osobu je neophodno odvojiti od induktora.

29.4. Akutni moždani sindrom (Simptomatske psihoze)

Ova grupa poremećaja poznata je i pod drugim nazivima: akutna simptomatska psihoza, akutni egzogeni reakcioni tip Bonhefera, akutna egzogena psihoza, akutni moždani psihosindrom.

Naziv **organski psihosindrom** prvi je upotrebio Eugen Blojler, a njegov sin Manfred Blojler opisuje **hronične organske psihosindrome**.

Akutni moždani sindrom karakterišu: poremećaj orijentacije, kvalitativne izmene svesti, poremećaj pamćenja, shvatanja i rasuđivanja, afektivni poremećaji do neobuzdane psihomotorne uznemirenosti, kao i gubitak etičkih kvaliteta ličnosti.

Etiologija. – Brojni su uzroci koji dovode do reverzibilnih i ireverzibilnih strukturnih i funkcionalnih poremećaja mozga. Najčešći uzroci su: nedostatak kiseonika, glukoze i vitamina, zatim lišavanje (deprivacija) sna, senzornih i socijalnih stimulusa, dejstvo toksičnih supstanci koje dovode do smanjene oksigenacije mozga (otrovi, medikamenti, alkohol, psihoaktivne supstance), infektivna oboljenja (encefalitis, meningitis), cirkulatorni poremećaji u mozgu, intrakranijalni tumori, epilepsija, traumatske povrede glave i mozga, metabolički poremećaji, endokrina oboljenja (tireotoksične psihoze, na primer) i psihoze koje se javljaju u pojedinim generativnim fazama kod žena (generativne psihoze).

29.4.1. Akutni delirijum

Akutni delirijum je jedan od oblika akutnih simptomatskih psihoza. Poznat je i kao akutni azotemijski psihoencefalitis, zbog povećanog nivoa ureje u krvi delirantnih bolesnika, a takođe i kao „smrtna katatonija“.

Klinička fenomenologija. – Početak je u formi predelirantnog stanja, sa simptomima akutnog ili subakutnog delirijuma.

U predelirantnom intervalu bolesnik je u psihomotornom nemiru, razdražljiv, promennivog raspoloženja, zastrašen, s teškoćama upamćivanja i bistrog rasuđivanja, kao i sa znacima telesnog zamora.

Akutni delirijum počinje naglo, najčešće noću, nekad čak i u formi epileptičkog napada. Furiozan psihomotori nemir rezultat je haotičnog unutrašnjeg doživljavanja ličnosti, s iluzijama i halucinatornim fenomenima. Zastrašujuće optičke halucinacije, kad se haluciniraju umrle osobe, izazivaju panični strah pacijenta. Zbog nekritičnog stava prema iluzijama i halucinacijama, pacijent može biti agresivan i opasan po svoju okolinu.

Formalno, misaoni tok je inkohherentan, a u sadržaju bolesnik ispoljava prolazne sumanute ideje proganjanja, veličine ili depresivnosti. Psihomotorni nemir, s nesvršishodnim, nekoordinisanim i hvarijskim pokretima, postepeno se stišava, javlja se mumljajući govor, redukcija pokreta, što treba shvatiti i kao preteće znake uvoda u komatozno stanje.

Javljaju se nemogućnosti gutanja („apraksija gutanja“), hipertermija, hiperazotemija (skok ureje u krvi preko 50 mg%) i oligurija (centralnog porekla, jer su bubrezi zdravi).

Delirijum se obično završava terminalnim snom, sa simptomima amnezije bolesnika za period delirantne bure.

Subakutna klinička slika delirijuma poznata je i kao amencija. Dominiraju poremećaji svesti i inkoherentnost misaonog toka. Bez logičke kompozicije govora, bolesnik deluje smeteno, začuđeno, dezorijentisano. On se stalno zapitkuje „šta se to dešava, gde se nalazi, ko su osobe koje ga okružuju“ i sl.

Vrste. – Zavisno od uzročnika, postoji više vrsta delirijuma, od kojih ćemo pomenuti febrilni delirijum, alkoholni (delirium tremens), posttraumatski, postoperativni i noćni senilni delirijum.

Terapija. – U terapijskom postupku lečenje je kauzalno i simptomatsko. Leči se osnovno somatsko oboljenje, a daju se lekovi za smirivanje, hipnotici i antibiotici, kontrolišu se vitalne funkcije i ishrana bolesnika. Uz sve to preduzimaju se stroge mere predostrožnosti da pacijent zbog poremećaja svesti ne bi odlutao sa odeljenja ili izvršio zadesno samoubistvo.

29.4.2. Generativne psihoze

Psihoze ili psihotične reakcije ove grupe su u vezi sa specijalnim funkcijama i fazama u životu žena, kao što su ovulacija, odnosno menstruacija, oplodjenje, porođaj, dojenje i involucija.

Menstruacione psihoze. – Javljaju se u toku menstruacije, a manifestuju se raznim sindromima, kao atipično manično, depresivno ili hipohondrijsko stanje, shizoidna katatona ili paranoidna stanja, sa sumanutim idejama ljubomore ili kao erotična sumanutost.

Nupcijalne (nevestinske) psihoze. – Nekad su nazivane „psihoze prve bračne noći“, mada bi logičniji naziv bio defloracione psihoze. Javljaju se kod žena psihčki i edukativno nepripremljenih za seksualni odnos ili su rezultat grubog i nasilnog načina razdevičenja. Manifestuju se kao konfuzna stanja, histerične ili shizofreniformne psihoze. Postoji velika opasnost da bolesnica u ovakvom stanju izvrši samoubistvo.

Psihoze trudnica. – Trudnoća predstavlja jednu sasvim novu metaboličnu, hormonalnu i psihološku etapu u životu žene, kada je ona psihički lako ranjiva. Posebno veliki uticaj tada mogu imati iščekivanje vanbračnog deteta, bojkot ili prezrenje, strah od ishoda trudnoće i pola deteta, strah od napuštanja, strah od smrti u toku porođaja, strepnje zbog eventualnih nakaznosti ploda i sl.

Simptomi su konfuzno-delirantni, depresivno paranoidni, sa samoubilačkim idejama, nekad čak i sumračna stanja. Ova stanja, koja se mogu manifestovati i u toku samog porođaja, bitno smanjuju uračunljivost ženo i veliki broj čedomorstava može se objasniti psihotičnom neuračunljivošću majke.

Psihoze posle porođaja (u puerperijumu i laktaciji).

– Sve postpartusne, puerperalne i laktacione psihoze čine jednu grupu psihoza. Nastaju kao posledica poremećaja endokrino-vegetativne ravnoteže, postpartusne infekcije, parcijalne rezidue placente (u kom je slučaju obavezna revizija uterusa), kao i mnogih emocionalnih i situacionih činilaca.

U psihotičnom stanju, koje je najčešće konfuzno-depresivno, agitirano ili shizofreniformno, majka je u stanju da izvrši čedomorstvo ili samoubistvo.

Involutivne psihoze. – Involutija je čovekov biološki sumrak. Čovek se često teško miri sa svojim telesnim bolestima, iznemoglošću, nestajanjem onih koji su mu bliski, sa samoćom, kao i s penzionisanjem, koje on interpretira i kao prestanak svoje socijalne vrednosti i važenja. Sve su to faktori koji pogoduju razbuktavanju psihoze i samoubilačkim tendencijama. Iz ove grupe ukazaćemo samo na bitne simptome involutivne melanholije i parafrenije, koje se javljaju i kod žena i kod muškaraca.

Involutivna melanholija je oblik depresivne psihoze, koja se javlja kod osoba koje u toku života nisu imale nikakvih psihotičnih epizoda.

Ova psihoza počinje neurotično-hipohondrijskom kliničkom slikom. U floridnom stadijumu psihoze dominiraju strah, psihomotori nemir, depresivni sindrom (s autoakuzacijama, falsifikovanjem prošlosti, nihilističkim idejama u obliku Kotarovog sindroma o nepostojanju unutrašnjih organa, suicidalnim mislima, a nekad i sa halucinacijama).

Terapija. – U terapijskom postupku biološka (elektrokonvulzivna) terapija je najefikasnija. Najbitnije je regulisati bolesnikov strah i nemir, san, hraniti ga, i čuvati da ne izvrši samoubistvo.

Parafrenija je psihoza koja se ne može uvrstiti ni u paranoju ni u paranoidnu shizofreniju, pa se posebno opisuje. Javlja se u involutivnom periodu, pa je neki autori nazivaju „kasna shizofrenija“.



† Melanholični bolesnik
(J. E. Eskirol)

U kliničkoj slici ove psihoze dominiraju nelogične sumanute konstrukcije, halucinacije, bez upadljivog socijalnog otuđenja obolelih i bez simptoma intelektualnog propadanja.

Može biti manifestovana u ekspanzivnoj formi (s idejama veličine, dramatičnog propadanja i s halucinacijama), u konfabulamoj (s bizarnim misterioznim idejama) i fantastičnoj formi (s idejama proganjanja, svetskih kataklizmi, komunikacije i identifikacije s Bogom, sve do kosmičkih razmera).

Izvan svog sumanutog sadržaja, bolesnici mogu biti neupadljivi.

29.4.3. Progresivna paraliza (Paralysis progressiva)

Progresivna paraliza, poznata i kao paralitična demencija, organsko je oboljenje mozga. Zapaljenjskog je i degenerativnog karaktera, praćeno progresivnim psihičkim propadanjem od demencije, telesnim znacima i pozitivnim serološkim reakcijama u krvi i likvoru. Izazivač je bleđa spiroheta ili treponema (treponema pallidum), koja prolazi hematoencefalnu barijeru.

Inkubacija. – Infekcija nastaje seksualnim kontaktom, pri kome je jedan od partnera inficiran bledom spirohetom. Vreme od primarne infekcije do simptoma progresivne paralize, poznato kao period inkubacije, iznosi 5 do 15 godina, a nekad čak i više, tako da bolesnici mogu, pored sklonosti lažima, i da zaborave primarnu infekciju. Odrasli muškarci obolevaju češće od žena. Postoji još i infantilni i juvenilni oblik progresivne paralize.

Klinička fenomenologija. – Bolest počinje iznenada ili postepeno. Apoplektiformni akutni početak karakteriše se hemiplegijama i afazijama, koje traju kratko, i bolesnici se spontano, bez terapijskih intervencija, oporavljaju.

Epileptiformni početak je u formi velikih ili malih epileptičkih napada.

Postepeni početak bolesti je češći. Simptomi progresivne paralize prolaze kroz tri nedovoljno jasna i ograničena stadijuma: prodromalni, floridni i terminalni.

U prodromalnom stadijumu dominiraju raznovrsne neurotične smetnje neurasteničnog tipa: telesni i intelektualni zamor, strah, nesanica, bolesna razdražljivost, nemogućnost afektivne kontrole.

Simptomi floridnog stadijuma zavise od forme progresivne paralize. Najpre nestaju etički kvaliteti ličnosti. Gubeći sposobnost za distancu i pristojnost, oboleli se beskrupulozno ponašaju, ne uspevajući da kontrolišu svoje nagonске pulzije. Javljaju se napadna udvaranja partnerima koji im ne odgovaraju, ekshibicionističke, nekad čak i incestuozne tendencije. Sposobnost kritičkog rasuđivanja se gubi. Sve češće su dezorijentacije. Aritmetičko rezonovanje, memorisanje i kreativno mišljenje ra-

pidno propadaju. Iza lažne fasade, ozbiljnijom eksploracijom nailazi se na drastično opustošenje mnogih intelektualnih atributa ličnosti. Sumanute ideje, apsurdne, ologične i nesistematizovane, neverovatno su fleksibilne, sklone stalnom menjanju, najčešće po jednoj uzlaznoj vertikalnoj hijerarhiji, sve do fantastične egzaltiranosti. Bolesnik je, naime, za tili čas od siromaha postao „vlasnik svih banaka na svetu“ ili od podoficira „car svih armija na svetu“.

Žalosni ishod je potpuna demencija, koja predstavlja terminalni stadijum razvoja bolesti. Bolesnici su svedeni na animalne, nagonske proždrljivce, poznate kao „digestivni tubusi“, koji zbog halapljivog načina ishrane mogu da se uguše ogromnim zalogaјima. Konačno, teško dementni postaju nepokretni, fiksirani za postelju.

Razlikuje se nekoliko formi progresivne paralize.

Prosta dementna forma karakteriše se intelektualnom i afektivnom demencijom, odnosno „blesavom“ euforijom i potpunim gubitkom kritičnosti.

Ekspanzivna ili megalomanska forma karakteriše se ekspanzivnim sumanutim idejama veličine, snage, telesne lepote, bogatstva, seksualne neodoljivosti, koje su praćene srećnom egzaltacijom, ali i raptusima besa.

Depresivna forma karakteriše se depresivnim sindromom, sa sumanutim idejama depresivnog karaktera (može se javiti i manični oblik, sa ubrzanim psihomotilitetom i ekspanzivnim sumanutim idejama izrazito erotičnog karaktera).

Agitirana forma karakteriše se delirantnim pomućenjem svesti, psihomotorim nemirom i nesanicom.

Neurološki znaci. – Sa lica ovih pacijenata skoro je zbrisana mimika, tupog su dementnog izraza. Zenice su nejednake (anizokorija), sa ugašenim refleksom na svetlost, a očuvanim na akomodaciju (Argajl–Robertsonov fenomen). Govor je dizartričan, sa deformacijom reči, „gutanjem“ slogova, a praćen je nekritičnim smejanjem ili ljutnjom, pogotovo ako je bolesnik svestan svoje deformacije. Uz to, javlja se tzv. amnezija fiksacije, kad bolesnik ne može da upamti i ponovi zadatu rečenicu. Rukopis je zbog koordinativnih smetnji drhtav, sa slovima nejednake veličine i rasporeda, neuredan, gramatički „intoksiciran“.

Hod je ataktičan, teturav, na širokoj osnovi, često kao hod alkoholisanih osoba. Mišićni refleksi, patelarni i Ahilovi, očuvani su (za razliku od tabesa). Pokreti postaju reducirani, bez spontaniteta, parazitarini i nesvrshadni. Površinski senzibilitet, naročito za bol, oštećen je (analgezija). Nastaju trofičke smetnje s dekubitisima na predilekcionim mestima. U terminalnoj fazi bolesnik je, zbog spastične paralize, potpuno nepokretan. Sfinkteri popuštaju, što, uz nekritičnost i nestanak stida, otežava negu takvih bolesnika, pa su opasnosti od mnogih infekcija još veće.

Laboratorijski nalazi. – Dijagnostički najvažniji nalazi su pozitivne Vasermanove reakcije u krvi i likvoru. Nelsonov test imobilizacije treponema još je pouzdaniji dijagnostički nalaz.

Terapija. – Za terapiju luesa centralnog nervnog sistema (infekcija malarijom) dodeljena je 1917. godine Vagneru Jauregu Nobelova nagrada. Danas je neuporedivo moćnije sredstvo od „terapijskog“ ujeda komarca i infekcije malarijom terapijska kura visokim dozama penicilina (koje se kreću do 20 miliona internacionalnih jedinica u jednoj kuni, a daju se obično tri kure s pauzama od 4 do 5 sedmica).

29.5. Hronični moždani sindrom

Hronični moždani sindrom karakteriše se difuznim i (najčešće) trajnim strukturnim i funkcionalnim oštećenjem mozga. Pod ovim sindromom podrazumevaju se demencije nastale zbog trauma mozga, praćene intelektualnim propadanjem ličnosti.

Tok hroničnog moždanog sindroma može biti postepen, intermitentno progresivan i progresivan.

Etiologija. – Iako je dosta nejasnih i skrivenih, najčešći etiološki faktori hroničnog moždanog sindroma su: degenerativna oštećenja CNS, moždane traume, cirkulatorni poremećaji, infektivna oboljenja, tumori u intrakranijumu, endokrini, nutricion i metabolički faktori i epilepsija, kao i dejstvo medikamenata i toksičnih supstanci.

Klinička slika. – U kliničkoj slici hroničnog moždanog sindroma dominiraju kognitivni poremećaji (poremećaji pamćenja, mišljenja, inteligencije, opažanja i pažnje), emocionalni poremećaji (depresija, apatija, euforija, iritabilnost) i teško propadanje (opustošenje) ličnosti.

Iz ove grupe opisaćemo Alchajmerovu demenciju i progresivnu paralizu.

29.5.1. Demencija Alchajmerovog (Alzheimer) tipa

U hroničnom moždanom sindromu Alchajmerova demencija se pojavljuje u oko 50% slučajeva. Bolest je početkom 20. veka opisao Alchajmer (Alzheimer).

Bolest može početi u senijumu (tip 1) i u presenijumu (tip 2), a osobena je po opštoj kortikalnoj atrofiji, strukturnim poremećajima i gubljenjem neurona, kao i stvaranju difuznih senilnih plakova u mozgu.

Godine 1983. otkriven je biološki marker zajednički za Alchajmerovu demenciju i trizomiju 21 (Daunov sindrom).

Klinička slika. – Bolest počinje postepeno ili (ređe) naglo, kliničkom slikom konfuzije, dezorijentacije i psihomotornog nemira.

Sindromu afazije–apraksije–agnozije pridružuje se poremećaj pamćenja (uglavnom novijih događaja) i upamćivanja, koji vodi propadanju intelektualnih funkcija.

Oboleli od Alchajmerove bolesti mogu ispoljavati sumanutosti ljubomore, predrasuda, interpretativne sumanutosti i halucinacije.

Depresivna stanja praćena su pokušajima samoubistva i samoubistvima.

Obolele osobe izrazito su neuredne, neobičnog ponašanja, sklone bizarnostima i neumesnim šalama.

Maniformne epizode praćene su razdražljivošću, hostilnošću i agresivnošću.

Akinetičko–hipertonički sindrom otežava kretanje i druge aktivnosti od vitalnog značaja za obolelu osobu i doprinosi njenom usamljivanju.

Moguća je pojava epileptičkih napada.

U terminalnom stadijumu dolazi do kaheksije, smanjenja otpornosti na interkurentne bolesti i – do smrti.

29.6. Reaktivna stanja

Reaktivna ili „psihogena stanja“ predstavljaju odgovor na traumatski doživljaj.

Razni stresni događaji, životne nesreće i gubici, posebno lični odnos prema brojnim mogućim traumatskim faktorima, dovode do određenih nepsihotičnih i psihotičnih manifestacija. Bitne karakteristike ovih poremećaja jesu: vremenska povezanost i vremenski ograničeno trajanje, naglo počinjanje, manifestovanje u raznovrsnim kliničkim slikama i dobra prognoza.

Tipična je nesrazmera između traumatskog događaja i reakcije na događaj.

Reaktivna stanja, uprkos činjenici da predstavljaju slom adaptivnih mehanizama ličnosti, imaju, neretko, i odbrambenu funkciju, jer štite osobu od daljeg dejstva traumatskih faktora. Uključuju se regresivni i disocijativni mehanizmi. Iako se proces odigrava u nesvesnom delu psihe, svrsishodnost je očigledna i to je nesvesno bekstvo u bolest!

U reaktivnim psihozama dominira disocijativni mehanizam: dvojna ličnost, bekstva, halucinatorno–delirantne reakcije i slično.

Akutna stresna reakcija, posttraumatski stresni poremećaj i poremećaj prilagođavanja opisani su u odgovarajućim poglavljima. Stoga ćemo ovde govoriti samo o reaktivnim psihozama.

29.6.1. Reaktivne psihoze

Reaktivne psihoze su akutno nastali psihički poremećaji prouzrokovani dejstvom snažnih psihičkih trauma. Smatra se da i najstabilnije ličnosti ne mogu odoljeti izrazito snažnim traumama. Međutim, ove psihoze su mnogo češće kod osoba slabije mentalne strukture. Najčešći faktori u njihovom nastajanju su: jačina psihotraume, iznenadnost (iznenadna vest, elementarna nepogoda), gomilanje traumatskih događaja, povreda najosetljivijeg dela ličnosti, povreda ja u ličnosti itd. Predisponirajući faktori za nastajanje psihoze su psihička iznurenost, intoksikacije, rekonvalescencija, prolongirana stanja napetosti i sl.

Reaktivne psihoze dele se na: primitivne zaštitne reakcije i složene psihogene reakcije.

29.6.1.1. Primitivne zaštitne reakcije

Histerično strukturisane, emocionalno nezrele, labilne i nesigurne ličnosti sklone su ovakvom tipu reagovanja.

Pseudodemencija. – Osoba nesvesno pribegava primitivnim načinima odbrane od neprijatnih događaja. Ona pri tom isključuje svoje intelektualne funkcije, „nesvesno simulira“, ali nije poremećene svesti. Isčezavanjem traumatskih faktora nestaje i psihotična epizoda.

Ganzerova psihoza. – Ova psihoza je slična pseudodemenciji, ali ovde još postoji i poremećaj svesti, s retrogradnom potpunom ili delimičnom amnezijom. Bolest se najčešće javlja u zatvorskim uslovima, a mehanizam nastajanja je autosugestija o postojanju psihičkih oboljenja. Osoba se „ludira“ približno tačnim, ali i odgovorima „u stranu“.

Pseudokatatoni stupor. – Iznenada, posle neke psihičke traume, osoba zapada u stanje stupora, negativizam ili motome poslušnosti, sa stereotipijama i ehoftenomenima, ali sa živahnim mimikom i demonstrativnim ponašanjem.

Puerilizam. – U izrazito neprijatnim, traumatskim situacijama ličnost beži od realnosti u svet svog definjstva i ponaša se delinjavno, jer je to period života kad je skoro sve dozvoljeno.

29.6.1.2. Složene psihogene reakcije

Traumatski doživljaji deluju na ličnost tokom dužeg perioda ili ih osoba dugo oživljava. Ako je osoba pribrane svesti, analizira i prerađuje doživljaje. Postoji nekoliko reakcija.

Shizofreničke reakcije. – Nastaju kod shizoidnih ličnosti. Najčešće su propraćene sumanutim idejama proganjanja i halucinacijama. Ipak, u ovom slučaju se ne javlja emocionalno i intelektualno opustošenje ličnosti.

Paranoidne reakcije. – Dominiraju sumanute ideje proganjanja. Slične reakcije opisane su među našim radnicima u inostranstvu koji su, zbog nepoznavanja jezika i drugih razloga anksioznosti, zapadali u stanja paranoidne panike i vraćali se u domovinu gde su se psihotične krize vrlo brzo smirivale.

Halucinatorno-delirantne reakcije. – Poremećaji opožanja, sa raznovrsnim halucinacijama, iluzijama i sumanutim idejama proganjanja, sa maksimalno izraženim strahom, najčešće se javljaju kod osoba osuđenih na samoću (zatvor, prisilna izolacija i sl.).

Indukovana psihoza. – Psihitična osoba može preneti simptome svoje bolesti preko psihičke indukcije na neku do tada potpuno neupadljivu ličnost. (O indukovanoj psihozi videti u delu o paranoji i paranoičkim psihozama).

Reaktivne depresije. – Ove vrste psihoza su dosta česte i dužnost zdravstvenog osoblja je da traga za tzv. reaktivnim momentima. Iznenadna smrt voljene osobe, gruba uvreda, razočaranja, etički konflikti i slične intrapsihičke emocionalne bure mogu izazvati teške depresivne reakcije ili prave depresije sa suicidalnim pokušajima. Izrazito depresivan afekt, sniženje inicijative i nagonskih snaga ličnosti, strah, beznačajnost, besmisao života, nesanice, gubitak apetita i odbijanje hrane zbog ideja autoakuzacije i želje za smrću, socijalna izolacija, potreba za kaznom, predosećanje propasti i katastrofe – simptomi su koji izazivaju saosećanje i napor da se takvim osobama ukaže hitna psihijatrijska pomoć. Opasnost od samoubistva je vrlo visoka.

30. Poremećaji ličnosti

Ne postoji precizna definicija poremećaja ličnosti. Poremećaji ličnosti ne predstavljaju bolest u medicinskom određenju tog pojma, već „hroničnu maladaptaciju“, neprilagođenost uslovima svakodnevnog života i interpersonalnom socijalnom polju, kao i disharmoničnost stavova i ponašanja.

Poremećaji ličnosti su razvojna stanja koja se javljaju u kasnom detinjstvu i adolescenciji i nastavljaju se u odraslom dobu.

Poremećaji ličnosti razlikuju se od promena ličnosti, koje su stečene u odraslom dobu, posle teških ili prolongiranih stresova, katastrofičnih iskustava, ozbiljnih bolesti ili povreda mozga, ili, pak, psihičkih poremećaja.

U osoba sa znacima poremećaja ličnosti dominiraju nezrelost, nestabilnost, loša kontrola impulsa, agresivnost, neautentičnost osećanja, abnormalni obrazac ponašanja, nepredvidiv stil komuniciranja, teškoće ili disfunkcionalnost u profesionalnom funkcionisanju.

Pripadnost različitim kulturama bitno utiče na oblik kriterijuma prema kojima se ličnost oglašava ili etiketira kao poremećena ili disfunkcionalna.

U specifične poremećaje ličnosti ubrajaju se paranoidni, shizoidni, disocijalni, emocionalno nestabilni, histerični, anankastični, anksiozni, zavisni i drugi specifični i nespecifikovani poremećaji ličnosti.

30.1. Paranoidni poremećaj ličnosti

Karakteristike ovog poremećaja ličnosti su bezrazložna i preterana sumnjičavost, preosetljivost i niska tolerancija na frustracije (osujećenja), ljubomora (posebno u odnosu na seksualnog ili bračnog partnera), testiranje lojalnosti prijatelja, nezaboravljanje i nepraštanje uvreda, očekivanje neprijateljskog ponašanja okoline, ratobornost, emocionalna hladnoća i rigidnost.

30.2. Shizoidni poremećaj ličnosti

Karakteristike ovog poremećaja su emocionalna hladnoća, ravnodušnost ili zaravnjen afektivitet, nezainteresovanost za interpersonalne kontakte („samotnjaci“), preokupiranost fantazijama i introspekcijom, redukcija socijalnih veza, nedostatak bliskih prijatelja, smanjenje seksualnih interesovanja, odsustvo zadovoljstva u životnim aktivnostima, nemogućnost ispoljavanja emocionalne topline i neosetljivost na socijalne norme.

30.3. Disocijalni poremećaj ličnosti

Osobe svrstane u ovu dijagnostičku grupu karakteriše neodgovornost i nepoštovanje socijalnih normi, pravila i obaveza, niska frustraciona tolerancija, olako ispoljavanje agresije, uključujući nasilje i brutalnost, nezainteresovanost za osećanja drugih, konflikti sa društvom za koje se uvek okrivljuju drugi ili sâm društveni sistem, finansijska ekstravagantnost i zaduživanje, odsustvo osećanja krivice i griže savesti, neautentičnost i neodgovornost u ulozi roditelja, nesposobnost formiranja stabilnih emocionalnih i socijalnih veza.

30.4. Emocionalno nestabilni poremećaj ličnosti

Afektivna nestabilnost i impulsivno ponašanje su obeležja ovih ličnosti. Često dolazi do eksplozivnih pražnjenja i nasilja, kao i nedostataka ili odsustva samokontrole.

Opisuju se dva tipa ovog poremećaja ličnosti – impulsivni i granični.

Impulsivni tip je eksplozivna i agresivna ličnost, koja na kritike drugih reaguje pretećim ponašanjem i nasiljem. Izostaje kontrola impulsa.

Granični tip je nestabilnog identiteta, interpersonalnih odnosa i raspoloženja.

U sferi poremećaja identiteta manifestna je nesigurnost predstave o sebi i svojoj seksualnoj i profesionalnoj orijentaciji. Postoji hronično osećanje dosade i praznine. Emocionalne krize mogu biti praćene samoubilačkim pretnjama i samopovređivanjem, a postoji sklonost ka depresivnim epizodama, zloupotrebi alkohola i droga.

30.5. Histrionični poremećaj ličnosti

Kliničke odlike histrioničnih ličnosti su prenaplašeno i teatralno ispoljavanje emocija, „romantične zaljubljenosti“, zavodljivost i naglašena potreba da se bude privlačan, erotizacija kontakata, egocentričnost, sklonost govornim tiradama, kontinuirano pražnjenje uzbuđenja, laka povredljivost osećanja i sklonost razočaranjima.

30.6. Anankastični poremećaj ličnosti

Dominantne karakteristike ovog poremećaja su sumnja, opreznost, perfekcionizam koji sputava „manija“ reda i urednosti, hipermoralnost, nespokojsvo zbog nametanja neprijatnih misli i impulsa (opsesivno-kompulzivni fenomeni).

30.7. Anksiozni poremećaj ličnosti

Osobe sa ovim tipom poremećaja ličnosti ispoljavaju strah, napetost, inferiornost u odnosima sa drugim ljudima, preokupiranost kritikom i odbačenosti u socijalnim situacijama, izbegavanje socijalnih i profesionalnih aktivnosti i osiromašenje životnog stila:

30.8. Zavisni poremećaj ličnosti

Preuveličani strah od nesposobnosti da se brinu o sebi i doživljaj bespomoćnosti ako ostanu sami, prepoznatljive su odlike ovih ličnosti. One ispoljavaju strah da će biti napuštene, nesposobne su da samostalno donose odluke, naslanjaju se na druge da stepena pokornog potčinjavanja, a u autopercepciji sebe doživljavaju kao nekompletne ličnosti.

U grupi „drugih poremećaja ličnosti“ opisuje se posebno pasivno-agresivne, neurotične, nezrele, narcistične i ekscentrične ličnosti.

U „nespecifikovane poremećaje ličnosti“ uključena je karakter-neuroza, kao i patološke promene koje nisu drukčije označene.

Za karakternu neurozu karakteristično je prisustvo neurotskih simptoma koji se ne mogu svrstati ni u jednu grupu neuroza, kao i izmene karaktera ličnosti, kod kojih nad-ja (super ego) nije tako razvijeno kao kod neurotičara. Oni su nesigurni, preosetljivi, uvek nezadovoljni, nesposobni da trpe osujećenja, male su adaptacione širine, socijalno netolerantni, zbog čega su često u sukobu sa okolinom. Nema emanacije topline, zbog čega se teško vezuju za druge osobe.

31. Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja zbog upotrebe psihoaktivnih supstanci (Bolesti zavisnosti)

Prema (MKB-10) klasifikaciji u zajedničkom bloku se nalaze mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja zbog upotrebe psihoaktivnih supstanci.

Ovi poremećaji razvrstani su u deset podgrupa: mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja zbog upotrebe alkohola, zatim opijata, kanabinoida, sedativa i hipnotika, kokaina, drugih stimulansa, uključujući i kofein, halucinogena, duvana, isparljivih rasvarača i brojnih droga i drugih psihoaktivnih supstanci.

Kliničko stanje specifikovano je na sledeći način:

- akutna intoksikacija (nekomplikovana, zatim sa traumama ili drugim telesnim povredama, sa drugim medicinskim komplikacijama, sa delirijumom, sa izmenjenom percepcijom, sa komom, sa konvulzijama i patološka intoksikacija);
- štetna upotreba;
- sindrom zavisnosti;
- apstinencijski sindrom;
- apstinencijski sindrom sa delirijumom;
- psihotični poremećaj;
- sindrom amnezije;
- rezidualni poremećaj i psihotični poremećaj sa kasnim početkom;
- drugi mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja i
- nespecifikovan mentalni poremećaj i poremećaj ponašanja.

Akutna intoksikacija definiše se kao „prolazno stanje koje prati unošenje alkohola ili drugih psihoaktivnih supstanci i rezultira smetnjama nivoa svesti, kognicije, percepcije, afekta ili ponašanja, ili drugih psihofizioloških funkcija i odgovora“.

Štetna upotreba opisana je kao „obrazac upotrebe“ koji izaziva oštećenja telesnog i mentalnog zdravlja.

Sindrom zavisnosti je „skup fizioloških, bihevioralnih i kognitivnih fenomena kod kojih upotreba neke supstance ili grupe supstanci za osobu dobija veći značaj nego drugi obrasci ponašanja koji su ranije imali veću vrednost. Centralna opisana



† „Stazom bespuća“ – slika akademskog slikara Miloša Kodžomana

karakteristika sindroma zavisnosti je žudnja (često jaka, ponekad nadjačavajuća) za uzimanjem droge, alkohola ili duvana".

Upozorava se na vrlo značajnu karakteristiku recidiva posle perioda apstinencije, koji dovodi do bržeg ponovnog pojavljivanja drugih osobina sindroma zavisnosti nego kod osoba koje nisu uspostavile zavisnost.

Apstinencijalni sindrom uključuje „grupu simptoma različitog obima i težine koji se javljaju po apsolutnom ili relativnom prekidu uzimanja supstance nakon ponavljanog i obično produženog uzimanja i/ili upotrebe supstance u visokim dozama“.

Apstinencijalni sindrom može biti komplikovan konvulzijama.

Apstinencijalni sindrom sa delirijumom praćen je delirijumom tremensom, opisanim toksično konfuznim stanjem sa pratećim telesnim smetnjama, konvulzijama ili, pak, bez konvulzija.

Psihotični poremećaj definiše se kao „skup psihotičnih fenomena koji nastaju tokom ili neposredno nakon upotrebe supstance i karakteriše se živim halucinacijama, pogrešnim prepoznavanjem, sumanutostima i/ili idejama odnosa (paranoidnim ili perzekutivnim), psihomotornim smetnjama (do stupora) i abnormalnim afektom (od paničnog straha do ekstaze)“.

Sindrom amnezije prepoznatljiv je po upadljivom oštećenju pamćenja za skorije događaje, dok je neposredno reprodukovanje očuvano. Postoji poremećaj doživljavanja vremena, zatim teškoće u učenju i (ne uvek) konfabulacije.

Rezidualni psihotični poremećaj i psihotični poremećaj sa kasnim početkom karakteriše se poremećajem kognicije, afekta, ličnosti ili ponašanja.

Prema kriterijumima MKB-10, dijagnoza zavisnosti može se postaviti samo ako su tri ili više od sledećih fenomena doživljeni ili manifestovani tokom prethodne godine:

- 1 – jaka žudnja ili osećaj prinude da se supstanca uzme;
- 2 – smanjena kontrola uzimanja supstance (početka, završetka i količine);
- 3 – fiziološki apstinencijalni sindrom (manifestan i karakterističan), ili korišćenje supstance da se umanje ili izbegnu apstinencijalni simptomi;
- 4 – dokaz o toleranciji (neophodno je povećanje doze da bi se postigli raniji efekti);
- 5 – progresivno zanemarivanje alternativnih zadovoljstava ili interesovanja;
- 6 – nastavljanje sa upotrebom supstance i pored očiglednih činjenica o nespornim štetnim posledicama (oštećenja jetre, na primer).

Neophodno je voditi računa o činjenici da li je osoba svesna prirode i obima štetnog dejstva.

Karakteristična odlika je i sužavanje ličnog repertoara obrazaca za korišćenje supstance (pijenje na stereotipiran način i za vreme vikenda).

Sindrom zavisnosti može se odnositi na jednu supstancu, na grupu supstanci (grupa opijatskih supstanci) ili na više različitih supstanci (alkohol i droge, na primer).

31.1. Alkohol i alkoholizam

Od davnina, oko šest hiljada godina pre nove ere, alkohol se pominje kao razbibriga, kao lek, kao hrana: Danas je to jedna od najrasprostranjenijih toksikomanija. Iako negde tretiran krajnje nenaučno, kao porok, danas je već prihvaćen tretman alkoholizma kao bolesti. Tačnije, alkoholizam treba prihvatiti kao ozbiljan medicinski i socijalni problem.

Alkohol

Reč alkohol je arapskog porekla. Prema izvesnim autorima, al-kohl znači „vrlo fin“, po drugima – to je prašak za kozmetičku upotrebu. Negde se može naći i reč alkali, što znači paliti, a odnosi se na efekte alkohola na sluzokožu usne duplje.

Razlikuju se metil-alkohol i etil-alkohol.

Metil-alkohol, dobijen sintetički ili suvom destilacijom drveta, zbog svoje velike toksičnosti ne upotrebljava se u medicinske svrhe.

Etil-alkohol (etanol) upotrebljava se za pravljenje alkoholnih pića. Alkohol, koga normalno ima u krvi 0,002–0,003%, brzo se resorbuje iz želudačno–crevnog trakta, a njegova koncentracija u pojedinim tkivima zavisi od količine vode u tim tkivima. Razgradnja alkohola odigrava se u jetri na ugljen–dioksid i vodu. Vrlo mali deo eliminiše se iz organizma preko pluća, mokraćne i kože u nepromenjenom obliku.

Delovanje. – Alkohol u početku, za vrlo kratko vreme, stimuliše snagu i kontraktilnost mišića, smanjujući osećaj umora. Zbog toga alkoholisani nekritično zaključuju da su spremni za veće napore. Posle faze stimulacije nastaje opadanje mišićne aktivnosti.

Alkohol širi krvne sudove mozga, srca i kože. Ovaj poslednji fenomen praćen je subjektivnim doživljavanjem toplote i najčešće je uzrok poznate „bele smrti“. Alkoholisana osoba oseća veliku vrućinu i seda u sneg da se malo rashladi. Topla krv prelazi iz unutrašnjih organa na periferiju, a ubrzo, zbog depresije vitalnih centara moždanog stabla, nastaje san, koji je koban jer alkoholisana osoba može da se ne probudi. Osim toga, te veće doze alkohola inhibiraju termoregulacione centre, koji ekonomišu s telesnom toplotom, čime je organizam lišen sposobnosti održavanja termoravnoteže.

Iako svaki gram alkohola razvija sedam kalorija, kalorijski značajne količine alkohola su po organizam toksične, pa treba razbiti zabludu o neakvim energetskim vrednostima alkohola.

Resorpcija. – Resorpcija alkohola praktično počinje već u ustima, ali je značajnija u želucu, zatim preko krvnih sudova, tankog i debelog creva (rectum). Resorpcija alkohola, koja je u suštini fizički, difuzioni proces, određuje alkoholemiju (nivo alkohola u krvi), koji je maksimalan 30 do 60 minuta po unošenju alkohola u organizam. Smatra se da najkasnije posle 90 minuta nastaje razgradnja alko-

hola i približno ravnomerni pad koncentracije u krvi. Na tom principu zasniva se određivanje nivoa alkoholemije.

Razgradnja alkohola odvija se najviše u jetri (90% od unesenih količina), preko acetaldehida i sićušne kiseline, a sledeća etapa je razgradnja sićušne kiseline na ugljen-dioksid i vodu, uglavnom u tkivima. Za jedan čas razgradi se 8 do 9 grama alkohola, što odgovara 0,13 procenata alkoholemije.

Faze alkoholisanosti. – Zavisna od nivoa alkohola u krvi, razlikuju se tri faze alkoholisanosti.

Pripiato stanje, koje nastaje pri alkoholemiji od 0,6 do 1,5 promila, karakteriše se opštom „uzbuđenostu“ organizma. Kao da je mnogim psihičkim i vegetativnim funkcijama dat alarm i pravo na „anarhiju“! Osoba ima najpre subjektivni osećaj toplote, rumeni, raste joj krvni pritisak, broj otkucaja srca, a menja se i ritam pulsa.

Paralelno sa ovim simptomima nastaje živahna motorika. Nastaju dugi zamorni ili interesantni monolozi, praćeni gestikulacijom, pantomimom, glumom. Alkoholisani su razmetljivi snagom i gestom, zagrljeni, veseli, raspojasani, „neodoljivi“ šarmeri, hvalisavci, donžuani ili tužni, depresivni, kavkadžije, agresivni, kabadahije koje maltretiraju okolinu.

U ovoj fazi vazomotorne, muskulomotorne i psihomotorne uzbuđenosti slabi cenzura svesti, a bujaju primitivni mehanizmi i ponašanja, sa kojih je bačena maska koja služi da pred svetom izgledamo ljudske, pitomije i tolerantnije.

Stadijum pijanstva razvija se pri alkoholemiji između 1,5 i 2,5 promila, a simptom iz prvog stadijuma dobijaju u intenzitetu. Ovaj stadijum se karakteriše rasutom pažnjom, nesposobnošću koncentracije i upamćivanja, shvaćanja i rasuđivanja, a sila Zemljine težee jaća je od njihove sposobnosti održavanja ravnoteže. Povećan je prag osetljivosti za bolne draži, čime se bol doživljava manje intenzivno.

Kad je nivo alkohola u krvi od 2,5 do 3,5 promila, nastaje narkotično delovanje i stadijum „vazomotorne, muskulomotorne i psihomotorne oduzetosti“. Širenjem krvnih sudova gubi se velika količina toplote. Alkoholisani idu teturavim, nesigurnim hodom, posrću i padaju. Govor im je dizartričan, spotiču se na slogovima. Vide duple slike, povraćaju, gube kontrolu sfinktera mokraćne bešike i debelog creva. Nagonska, impulsivna aktivnost pobeđuje razum i, ponekad, postaje tiranska.

Komatozni stadijum nastaje pri alkoholemiji od 3,5 do 4 promila i karakteriše se gubitkom sposobnosti termoregulacije, hladnim znojem po telu, proširenim, a kasnije suženim zenicama, gubitkom svesti, refleksa i tonusa. Dijagnoza alkoholne kome, osim po karakterističnom zadahu iz usta, postavlja se i Makvinovim (Macewen) znakom. Drmusanjem bolesnika dolazi do širenja njegovih zenica, ali on ne dolazi svesti. Posle buđenja, uz malaksalost i tmurno raspoloženje, javlja se delimična amnezija (nesećanje), uz izvesnu dozu griže savesti.

Nije redak tzv. hangover-sindrom, u kome se, uz psihičke i fizičke komponente mamurluka, javljaju osećanje krivice, kajanje, priznavanje svega, čak i nepostojećih grehova, depresivnost i samoubilačke tendencije. Ovaj sindrom može se korisno upotrebiti za motivisanje alkoholičara da se leči.

Alkoholizam

Stotinama godina negovano je shvatanje da je alkohol porok. I pored toga što je Tomas Trotter (Thomas Trotter), lekar britanske mornarice, još 1878. godine u svojoj disertaciji na latinskom jeziku ukazao da je alkoholizam bolest u kojoj je infekcija započela u detinjstvu, tek je nedavno Svetska zdravstvena organizacija odbacila kao nenaučno i nazadno shvatanje da je alkoholizam porok. Utvrdivši da je alkoholizam bolest, socijalni i medicinski problem, ona ga definiše kao ekscesivno uzimanje alkohola u tom stepenu da uživaocima remeti zdravlje, skladne interpersonalne odnose i psihički mir. Takve osobe dolaze, konačno, u stadijum potpune fizičke i psihičke zavisnosti, tiranske želje i gladi za alkoholom.

Za nastajanje alkoholizma postoje uzroci, mada o alkoholu, na žalost, i u našem veku postoje zablude. Uzroci su najpre u čoveku, zatim u njegovoj socijalnoj sredini, koja čaše i zdravice neguje kao svetinju i, najzad, proizvodnja alkohola koja rapidno raste.

Većina ljudi pije, ali svi ne postaju alkoholičari. Da li će neko postati alkoholičar zavisi od strukture njegove ličnosti. Prema Fenihelu, to su ličnosti „za koje dejstvo droge ima specifično značenje: ispunjenje ili bar nadu u ispunjenje jedne duboke primitivne želje, koju one osećaju na urgentniji način nego što normalne osobe osećaju seksualne i instinktivne želje... S erogene tačke gledišta, glavne zone su usta i koža. Samopoštovanje, egzistencija sama, zavise od postizanja hrane i toplote, a dejstvo droge zamenjuje hranu i toplotu“.

Nasleđe, psihička konstitucija i socijalna okolina su značajni faktori u nastajanju alkoholizma. Nasleđe ne treba shvatiti kao porodičnu predodređenost za alkoholizam svih budućih generacija, jer nije genetski uslovljeno. Nasleduje se neurotični, alkoholičarski ambijent, atmosfera porodice. Vrlo je važna identifikacija sa roditeljem alkoholičarem, koji postaje najpre ego-ideal. Govorljivi, veseli, šarmantni otac je neko ko se prihvata. Ako je on van dejstva alkohola tmuran, neprijatan, asocijalan ili agresivan, mladi član porodice zaključuje da je po njega ono narkotično stanje oca prihvatljivije.

To su ličnosti koje ne podnose ili vrlo teško podnose tenziju, frustracije (osujećenja nekih svojih želja), patnje i neizvesnosti. Bol ili frustraciju razneže, razbiju ili odlože alkoholom. Međutim, faza u kojoj je sve bezbrižno i lepo ne traje dugo. Efekti opijenosti ustupaju mesto još nepodnošljivijem bolu i frustracijama, što uz osećanje krivice i autoagresivne potrebe za kaznom vodi ponovnom opijanju. Tako se stvara začarani krug. Stvarnost bez alkohola je nepodnošljiva i doze alkohola se povećavaju.

Oralne i depresivne crte, reagovanje po principu zadovoljstva i nemogućnosti odlaganja zadovoljstva, potrebe za važenjem i ljubavlju, vrlo slab ili kastrativni super ego (savest) – atributi su ličnosti predisponiranih za alkohol.

Alkoholozici iz godine u godinu povećavaju broj karakteristika alkoholičara, koje smatraju infantilnim (definjastim, nezrelim), emocionalno nezrelim i neintegrativnim ličnostima, nesigurnim, zavisnim i neurotičnim. Njihovo nad-ja (super ego) sklono je korupciji i kompromisima. Za njihov super ego se u šali kaže da je „lako ras-tvorljiv u alkoholu“.

Analitičari im pripisuju oralne crte, koje, pored ostalog, podrazumevaju i pribavljanje zadovoljstva oralnim putem. To su zavisne i nesigurne ličnosti. Neki kod njih naziru i latentne homoseksualne impulse od kojih se brane alkoholom (zbog toga navodno piju u grupi sa ostalima istog pola). Sigurno je, međutim, da je alkohol kupovanje hrabrosti, oblik razrešenja emocionalnih tenzija, „potvrda muškosti“, potreba za važenjem, kompenzacija kompleksa inferiornosti, pokušaj rešavanja konfliktnih situacija koje nastaju sukobom suprotnih motiva ili znak ozbiljnog duševnog poremećaja. Alkoholizam se može interpretirati kao vid autoagresije, autodestrukcije, ali ne u anatemisanom Freudovom značenju nagona smrti (tanatos nagon). Konačno, kao znak raštimovanog super ego nastaje etička deprivacija ličnosti i sukob s moralnim kodeksom društva. Zbog toga smatramo opravdanom konstataciju da je alkoholizam socio-medicinski problem.

Drugi značajan faktor je socijalna sredina u kojoj, na žalost, još važe običaji da se u svim prilikama posegne za čašom (kad nam se neko rodi ili umre, kad smo veseli ili kad smo tužni, kad polažemo ispite ili kad padamo, kad se ženimo ili kad se razvodimo, zato što imamo ili zato što nemamo razloga).

U velikim gradovima, koji sve više dobijaju atribut „tvrđava samoće“, ljudi se boje da će ostati sami, pa često svoj strah od otuđenja, samoće, ta plaćanje danka tehnološkoj revoluciji odlažu bekstvom u euforični, irealni svet u čašama i flašama ukletih radosti.

Treći, manje važan, faktor je masovna proizvodnja alkoholnih pića. Stara je istina da kad ne bi bilo alkohola, ne bi bilo ni alkoholičara. Međutim, rešenje ne treba tražiti samo u prohibiciji.

Alkoholna zavisnost

Alkoholizam, odnosno alkoholnu zavisnost karakterišu primarni i sekundarni simptomi. Primarni simptomi su specifično toksikomanski (gubici kontrole, alkoholne amnezije, pad tolerancije i nemogućnost apstinencije) i nespecifično toksikomanski (učestalost pijenja, sistematsko pijenje, jutarnje pijenje, usamljeno pijenje, promena obrasca pijenja, pijenje na radnom mestu i karakterne promene).

Primarne simptome prate sekundarni simptomi, pa alkoholičar postaje agresivan, pompezan, sklon optuživanju drugih ili, pak, ispoljava znake patološke ljubomore

u odnosu na seksualnog, odnosno bračnog partnera (uz manifestnu seksualnu impotenciju), zatim krize anksioznosti i sklonosti kajanju.

Zbog izmenjenog kriterijuma moralnog ponašanja i sve manifestnije radne neefikasnosti i nesposobnosti, alkoholičari češće dolaze u sukob sa organima vlasti, brutalni su prema porodicama ili ih potpuno zanemaruju, pokazuju veliku profesionalnu mobilnost često menjajući radna mesta i radne organizacije. Izostaju sa posla u visokom procentu (apsentizam), uz često neopravdana bolovanja, da bi konačno izgubili radni status.

Pod gubitkom kontrole podrazumeva se nemogućnost alkoholičara da se posle prve čaše ne opredeli za sledeću, odnosno nesposobnost da se zaustavi u pijenju. Alkoholičar nastavlja s pijenjem do intoksikacije. Izvesno vreme alkoholičari mogu da osele kritičke trenutke i da stanu, ali to ne traje dugo.

Gubitku količinske pridružuje se gubitak situacione kontrole (grub poremećaj ponašanja, ekscesivni ataci). Ovo je vrlo značajna faza u razvoju toksikomanskog alkoholizma. („Najpre čovek uzima piće, onda piće traži piće i, na kraju piće uzima čoveka“.)

Alkoholna amnezija manifestuje se gubitkom sećanja za period alkoholne intoksikacije. Poznata je kao palimpsest-amnezija (palimpsest je pergament sa kojeg je stari tekst nedovoljno izbrisao, a preko njega napisan novi). To je često parcijalna amnezija i izvesnih sadržaja se osoba naknadno može setiti. Pozne amnezije su potpune i alkoholičar se naknadno ne može uopšte setiti događaja koji su se odigrali u fazi njegove akutne intoksikacije.

Povećana i često polovična tolerancija na unošenje ogromnih količina alkoholnih pića, posebno u nekim prigodnim ceremonijama, zatim pri takmičenju ko će više popiti (u nekim krajevima naše zemlje čaše se poredaju jedna pored druge i tako pije na melar ili do teške intoksikacije), karakteristična je za rane stadijume pijenja. U toksikomanskoj fazi, pak, dolazi do pada tolerancije na alkohol: male količine unesenog alkohola dovode do brzog opijanja.

Nemogućnost apstinencije značajna je karakteristika toksikomanskog alkoholizma. Osoba ne može da se liši alkohola i stalno je alkoholisana (češće intoksikovana). U ovoj fazi dijagnostikuje se veliki broj telesnih poremećaja i oboljenja, uz znake ozbiljne mentalne alijenacije i deterioracije alkoholičara.

Mamurluk (Hangover sindrom), opisan pre više od dve i po hiljade godina, javlja se kod osoba koje su se opile velikim količinama alkoholnih pića, ali je on izraženiji kod alkoholičara. Karakteristični su sledeći simptomi mamurluka: zamor, glavobolja, nesvestice, vrtoglavice, bledilo, znojenje, povraćanje, gubitak apetita, žeđ, otežan hod, promena raspoloženja, anksiozno-depresivna stanja, kajanje, osećanje krivice, intenzivna potreba za kaznom i, neretko, pokušaji samoubistva.

O postojanju takozvanog apstinencijalnog sindroma postoje kontroverze.

Apstinencijalni sindrom nastaje nekoliko časova po prestanku pijenja (naravno, u hroničnoj, toksikomanskoj fazi alkoholizma).

Apstinencijski sindrom može imati blag, miran, ali i buran tok, uz pojavu takozvanog delirijum tremensa. Blažu formu apstinencijskog sindroma karakteriše tremor (drhtanje ruku), malaksalost i izrazita razdražljivost alkoholičara. U težim slučajevima javlja se teži psihički poremećaj, uz evidentne halucinacije, koje se objašnjavaju poremećajima sna i spavanja, zbog hronične intoksikacije alkoholom.

Faze alkoholizma

Stadijum ekscresivnog pijenja

- Više vremena provodi pijuci u društvu.
- Pije tokom više noći nedeljno.
- Prikriva piće i svoju žeđ za alkoholom.
- Uzima jača pića nego ostali u društvu.
- Pronalazi strategiju da dođe do veće količine pića.
- Preokupiran je pijenjem.
- Pije da bi olakšao psihičku tenziju.
- Ispoljava povećanu toleranciju.
- Oseća se krivim zato što pije.
- Neuspehe u društvu opravdava pred sobom i drugima izmišljenim objašnjenjima.
- Potrebno mu je piće da bi posao uspešno obavljao i da bi se u društvu adekvatno ponašao.
- Oseća da mu je piće postalo potreba.
- Osećanja krivice su mu pojačana.

Stadijum alkoholne adikcije (zavisnosti)

- Ima atake alkoholne amnezije (nesećanja).
- Češće su amnezije.
- Gubi kontrolu i kompulzivno pije.
- Smanjuje se interesovanje.
- Pada radna efikasnost.
- Apsentizam (izostajanje s posla) je čest.
- Opija se danju.
- Dobija prekore od prijatelja, pretpostavljenih ili rođaka.
- Javlja se odsustvo samopoštovanja.
- Ima grizu savesti i kajanje.
- Karakteristični su kompenzatorno hvalisanje i velikodušnost.
- Ispoljava finansijsku ekstravagantnost i rasipništvo.
- Obmanjuje porodicu i zadužuje se.
- Društveno se izoluje.
- Ima agresivne nastupe.
- Supruga preuzima veće porodične i druge odgovornosti.
- Otuđen je u odnosima sa suprugom.
- Ispoljava pogrešna paranoidna tumačenja.
- Samosažaljiv je.
- Opravdava pijenje samoobmanjivanjem.

- Smanjena mu je seksualna moć.
- Bolesno je ljubomoran.
- Pijon je u toku vikenda.
- Preti mu otkaz.
- Gubi zaposlenje.
- Raspada mu se porodica.
- Ima jutarnje drhtanje i povraćanje.
- Pije ujutro.
- Prikriva zalihe pića.
- Ponovno pokušava da prekine pijenje.
- Ima suicidalne (samoubilačke) impulse i pokušaje.
- Zanimaruje obroke.

Stadijum hroničnog alkoholizma

- Dominiraju telesni i mentalni znaci.
- Gubitak apetita; oskudni su obroci.
- Neprekidno piše.
- Smanjuje toleranciju (male količine alkohola dovode do opijanja).
- Ispoljava produženo konfuzno mišljenje.
- Upotrebljava jeftina vina i metilovana pića.
- Javlja se delirijum tremens.
- Dolazi u antialkoholičarski dispanzer.
- Traži lekarsku pomoć.
- Ima ozbiljna telesna oštećenja ili akutna somatska oboljenja.
- Dobrovoljno pristaje na lečenje.
- Dolazi do psihijatrijskog „hapšenja“ (prisilnog lečenja).

Fetalni alkoholni sindrom

Novorođena deca čije su majke bile hronični alkoholičari ispoljavala su apstinencijalni sindrom nekoliko sati ili dana posle rođenja.

Fetalni alkoholni sindrom (alkoholna fetopatija) opisan je kod dece čije su majke ekscesivno pile ili su, pak, alkoholičari, a karakteriše se nakaznošću novorođenčeta i zaostajanjem deteta u psihičkom i telesnom razvoju.

Izvesni autori ističu da i male količine alkohola konzumirane tokom graviditeta mogu izazvati alkoholni fetalni sindrom. Teže su posledice ukoliko se alkohol koristi u vreme organogeneze (formiranja organa fetusa).

Opisane su mikrocefalija, zatim deformacija usana i usnih školjki, mentalna zaostalost i uopšte usporen psihomotorni razvoj deteta.

Teorije nastanka alkoholizma

Isključivo medicinski model shvatanja nastanka alkoholizma bio je krajnje jednostran i nenaučan. Pored medicinskih (fizioloških) teorija, postoje psihološke i socijalne teorije geneze alkoholizma, pa je tako pristup etiologiji alkoholizma sveobuhvatan.

Medicinske (fiziološke) teorije bave se metabolizmom etil-alkohola (etanola) i fiziološkim reakcijama koje nastaju zbog njegovog prisustva u organizmu. U medicinskom modelu alkoholizma postoji više teorija, prema kojima on nastaje kao posledica:

- neutvrđenog poremećaja metabolizma (poremećaja ćelijskog metabolizma);
- poremećaja endokrinih žlezda (hipofize, nadbubrega);
- nedovoljne ishrane, vitaminskog i elektrolitskog deficita;
- disfunkcije hipotalamusa;
- urođene osetljivosti („hemijske alergije“).

Genetske teorije pokušavaju da odgonetnu alkoholizam uticajem naslednih faktora. Vrsni poznavalac alkoholizma Jelinek je u preko 50% slučajeva ispitanih i lečenih alkoholičara našao i alkoholizam njihovih roditelja. No, već smo zaključili da je manje značajna fatalnost „patogenih“ gena od imitacionih i identifikacionih modela u mnogim slučajevima tradicionalnog porodičnog alkoholizma.

Nema saglasnosti među istraživačima o fenomenu fizičke (metaboličke) zavisnosti od alkohola. Pristalice teorije o metaboličkoj zavisnosti kao jedan od implicitnih razloga navode tzv. apstinencijalni delirijum, koji nastaje posle naglog prestanka pijenja.

Predstavnici suprotnog tabora veći značaj pridaju fenomenu psihičke zavisnosti, gde je alkohol hemijski moderator ili „kreator“ ulepšane stvarnosti.

Psihološke teorije pokušavaju da iznađu model „alkoholičarske ličnosti“. Sva ispitivanja proistekla su uglavnom iz ličnih iskustava ispitivača sa alkoholičarima, ali bez validnih komparativnih grupa nealkoholičara.

Alkoholičari su osobe naglašenog senzibiliteta, a malog kapaciteta tolerancije na razna osujećenja (frustracije), teško podnose anksioznost i emocionalnu tenziju, sklone da snevaju u svojim narcističkim vrtovima, spremne da fasciniraju ekshibicionizmom.

To su istovremeno pasivno zavisne ličnosti, sklone depresivnim, često samoubilačkim runimacijama. Karakterišu ih impulsivnost, doživljaji usamljenosti i otuđenja (alijenacije), hostilnost, često visoki nivoi aspiracija, latentna homoseksualnost i slično.

Psihoanalitičari govore o orolnoj fiksaciji alkoholičara: ne samo oralni erotizam, već smanjene inhibicije (često „inhibicija inhibicije“) i samouživanja. „Stvaraju“ idealizovane, fasadne slike o sebi. Ukoliko je raskorak između stvarne i idealizovane slike veći, osećaj neadekvatnosti i neautentičnosti dovodi do pijenja.

Hemijski proizvedene self-gratifikacije (samopoštovanje i samouvažavanje) ustupaju mesto depresiji (kada prestaju euforični efekti alkohola). Razvija se osećanje krivice i bezvrednosti, zatim samoopuživanje, samokažnjavanje i autodestruktivni impulsi.



♣ Alkoholičar, klošar („Roš“, Bazel)

Teorije učenja objašnjavaju alkoholizam kao poremećaj ponašanja, naučeno (devijantno) ponašanje.

Socijalne teorije nastanka alkoholizma vrlo su brojne. Oko dva do tri procenta celokupnog stanovništva oboleva od alkoholizma.

Čovek je u svom socijalnom prostoru često neadaptiran, teško sprovodi simboličnu poruku da je „on sam jedini kutak svemira koji može promeniti“. Nemoguće je i teško moguće menjati druge. Uzojamnošću društvenih i psiholoških faktora objašnjavaju se uzroci alkoholizma.

Društvo najčešće zauzima tolerantan odnos prema alkoholu. Pijenje se smatra

kao proces socijalizacije i sazrevanja. (Prema drogama je, međutim, dominantan negativan stereotip. Divan primer ovakvih stavova iskazao je otac jednog lečenog narkomana konstatacijom „da je onaj njegov cipov sazeo, ostavio je drogu, pa sad pije kao svi pravi muškarci“.)

Pijenje je deo društvenog rituala, ceremonijala („integrisanog pijenja“). Pijenje je način da se dobije bež grupne pripadnosti, ili se to čini iz protesta mladih prema svim oblicima autoriteta.

Karakteristično je za alkoholizam „da se uči najpre na nivou molekula, zatim ćelije, organizma i, na kraju, društva“.

Za Evropu su karakteristična dva tipa alkoholizma: mediteranski i nordijski. Za mediteranski tip karakteristično je svakodnevno pijenje vina (uz svaki obrok), dok nordijski tip alkoholizma podrazumeva upotrebu žestokih alkoholnih pića.

Epidemiologija alkoholizma. — Prema najnovijim podacima, broj alkoholičara u svetu i kod nas svakodnevno raste. Zbog nepouzdatih i nepotpunih podataka o rasprostranjenosti alkoholizma najčešće se koriste podaci o broju lečenih u zdravstvenim ustanovama, učestalosti cirotičnih oboljenja jetre, kao i drugih telesnih i psihičkih poremećaja, prouzrokovanih prekomernim pijenjem, zatim drugi indikatori, kao što su traumatizam, porast kriminogenih aktivnosti i slično. Zbog toga su u mnogim zemljama formirani registri alkoholičara. Pojedine republike u našoj zemlji formirale su takve registre. Jugoslovenska Komisija za mentalno zdravlje, posebno u vezi sa akcijom „Mentalno zdravlje do 2000. godine“, predložila je registar za alkoholičare. Postojale su i ostace mnoge stručne, etičke i pravne dileme o ovom registru. Tih dilema biće znatno manje ukoliko kriterijumi prema kojima neko ulazi u registar alkoholičara budu stručno definisani. Sigurno da slučajevi pijenja i opijanja, koji nemaju karakteristike alkoholne bolesti, ne ulaze u registar.

Registri će se koristiti isključivo u zdravstvene i naučnoistraživačke svrhe. Nema opasnosti da registar koriste ili zloupotrebe neke druge institucije. Registar će omogućiti da se preduzimaju odgovarajuće mere svih oblika prevencije, zatim da se organizuju ili grade institucije za lečenje alkoholičara, da se organizuje primeren naučnoistraživački rad.

Smatra se da u svetu postoji oko 30 miliona alkoholičara. SAD daju podatak da 5–7 miliona Amerikanaca (oko milion žena) svih socijalnih slojeva pripada alkoholičarima, koji se okrivljuju u 25 hiljada slučajeva za saobraćajne nesreće, dok su 15 hiljada ubice ili samoubice.

Skid-rou alkoholičari (3%) piju najjeftinija pića i pripadaju kategoriji skitnica, klošara, beskućnika.

U Evropi su Francuzi rekorderi i izlaze iz svetskog proseka postotaka alkoholičara.

Jedan alkoholičar – direktno ili indirektno – ugrožava 4–10 članova najuže porodice ili rođaka.

S pravom se smatra da je alkoholizam „bolest broj tri“ u svetu.

U najvećem broju zemalja oko 50% bolnički lečenih mentalnih bolesnika pripada dijagnostičkoj kategoriji alkoholičara.

Vrste alkoholičara. – Jelinek (E. M. Jelinek) deli alkoholičare u četiri grupe.

Alfa-alkoholičari. – Ovoj grupi pripadaju osobe čija je zavisnost od alkohola psihičke prirode. Alkohol im je zamena za telesne i duševne patnje, za teškoće u uspostavljanju socijalnih reakcija.

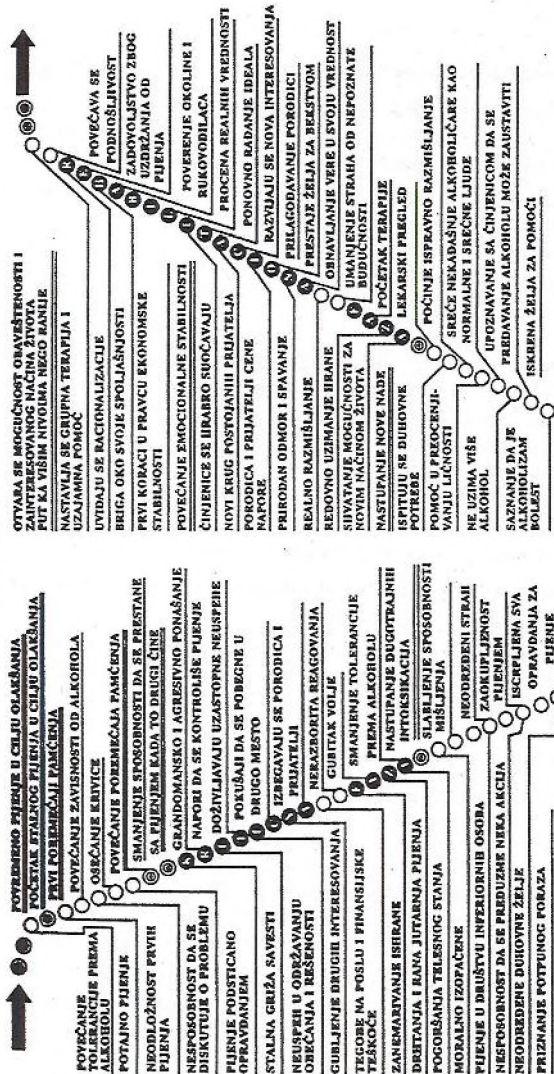
Oni nemaju gubitak kontrole i mogu da apstiniraju. Kad prestane problem, nestaje i njegov prateći simptom – alkoholizam. Nema apstinencijskog sindroma i lečenje je manje neprijatno.

Beta-alkoholičari. – Ovoj grupi pripadaju tzv. običajni, tradicionalni alkoholičari. Ovi alkoholičari nemaju simptome psihičke i fizičke zavisnosti, ne postoji opasnost apstinencijskog sindroma, ali zbog deficijentne ishrane, naročito zbog nedostatka vitamina, ispoljavaju telesne simptome koji se smatraju komplikacijom alkoholizma: zapaljenja perifernih nerava (polineuritis), zapaljenski procesi na digestivnom traktu (gastritis, colitis) i pojava čira (ulcus).

Gama-alkoholičari. – Alkoholičari ove grupe ispoljavaju povišenu toleranciju na alkohol, koja se manifestuje unošenjem velikih količina alkohola. I pored simptoma fizičke i psihičke zavisnosti, sa sve češćim gubicima kontrole, oni su sposobni za apstinenciju. Ispoljavaju teške poremećaje u interpersonalnim odnosima, spremnost na agresivni, prepotentno-kabadahijski način eksponiranja.

Delta-alkoholičari. – Predstavnici ove kategorije su osobe psihički i fizički zavisne od alkohola, prema kome ispoljavaju povišenu toleranciju. Oni nemaju gubitak kontrole, ali su nesposobni za apstinenciju. U slučaju prekidanja unošenja alkohola

ALCOHOLIZAM



PRISILNO PUENJE SE NASTAVLJA U ZAČARANOM KRUGU
GIATT-ova ŠEMA ALKOHOLIZMA

javlja se sindrom apstinencije, koga se ove osobe boje i zbog koga ne istraju u nameri da ostave alkohol.

Osim ovih, Jelinek opisuje i **epsilon**-alkoholičare. Kod nas su oni poznati kao dipsomani. Po nekoliko dana ne izlaze iz kofane i piju impulsivno, i to ogromne količine alkohola. Kod takvih osoba treba tragati za epilepsijom, cirkularnim „ludilom“ (psihozom), luetičnim oboljenjima centralnog nervnog sistema (kao, na primer, progresivna paraliza). U strukturi takvih lica mogu se naći psihofične crte. Smatra se da je kod ovih osoba metabolizam sličan epileptičnom. Oni su potpuno neuračunljivi u vreme izvršenja krivičnog dela i ispoljavaju amneziju za prošli period alkoholisanosti, kao i za celokupno svoje ponašanje iz tog perioda.

Simptomi apstinencije su: nesanica, tremor (drhtanje prstiju na rukama), razdražljivost, depresivnost.

Dugotrajno konzumiranje alkoholnih pića prouzrokuje etičku depravaciju. Alkoholičari gube etičke norme ponašanja, moralno otupljuju, bestidni su, karakterno izmenjeni, skloni glupim šalama, egocentrični, „poverljivi“ u piću, bezvoljni, skloni stereotipnom nemaštovitom obavljanju svoje profesije (zbog nestajanja kreativnih asocijacija), sa smetnjama pamćenja i upamćivanja, rasute pažnje i razuzdanog, neukrotivog afekta, koji se manifestuje neočekivanim i burnim reakcijama bez povoda ili na beznačajan povod. Zbog nesklada između razbuktalog libida (energije vezane za seksualni nagon) i slabe seksualne moći, postaju seksualno agresivni ali neuspešni seksualni partneri. Zbog toga kasnije nastaju prve zle slutnje da ih partneri varaju, sve do pojave morbidne ljubomore, koja se kod alkoholičara muškaraca razvija do sumanutih dimenzija.

Seksualni nagon alkoholičara se izvitoperuje. Skloni su ekshibicionističkim seansama, pri kojima se neukusno i napadno razgolićuju. Mogu ispoljavati seksualnu privrženost prema deci, kao i homoseksualne tendencije i aktivnosti.

31.1.1. Socijalni aspekti alkoholizma

Alkoholizam ima ogroman društveni značaj zbog mnogih štetnih posledica za decu, omladinu, žene, porodicu i brak, stvaralaštvo, radne navike, saobraćaj, industriju, selo, kao i zbog uticaja na kriminalno ponašanje alkoholisanih i alkoholičara.

Alkoholisanost vozača produžuje refleksno vreme za vidne i slušne signale, uzrokuje pogrešnu procenu rastojanja, brzinu sopstvenog i tuđeg vozila; zatim otežava opažanje saobraćajnih znakova. Skloni brzoi, ludo hrabroi vožnji i uletanju u „makaze“, zatim psihički i fizički iscrpljeni, takvi vozači najčešće izazivaju saobraćajne udes.

31.1.2. Alkohol i telesna oštećenja

Telesna oštećenja prouzrokuju povremeno ili stalno prisustvo izvesnih količina alkohola i njihovo štetno dejstvo na organizam, na metaboličke procese, koji omogućavaju razmenu materija i snabdevanje unutrašnjih organa supstancama neophodnim za njihovo normalno funkcionisanje. Karenca ili potpuni nestanak (avitaminoza) neophodnih vitaminskih supstanci, slab kvalitet unesene hrane, nesposobnost oštećenog gastrointestinalnog trakta da resorbuje vitamine, belančevine i gvožđe, zloupotreba velikog dela kalorija u procesu sagorevanja alkohola, direktno dejstvo toksičnih sastojaka alkohola, izazivaju zapaljenjska, atrofična i degenerativna oštećenja unutrašnjih organa i nerava.

Najčešća oboljenja su: katar jednjaka i želuca, čir želuca, alkoholna ciroza jetre, kardiovaskularna oboljenja, zapaljenja pankreasa, snižena otpornost na bacil tuberkuloze, ekcematozne i druge kožne promene, atrofija mozga, razne encefalopatije, polineuropatije i polineuritisi, alkoholna epilepsija, kao i traume glave i drugih delova tela.

31.1.3. Alkoholne psihoze

Pod alkoholnim psihozama podrazumevaju se stanja ili rastrorstva psihičkog sklopa ličnosti, koja po kliničkim manifestacijama podsećaju na duševne bolesti i u kojima dominiraju „kreativnošću“ i raznovrsnošću bogate sumanute ideje na granici bizarnosti (iluzioni fenomeni, zastrašujuće halucinacije, morbidno verovanje da se ličnost transformiše, neadekvatni divlji strahovi: zavada sa svetom realnosti i potpuno otuđena egzistiranje u tom svetu).

One su praćene i organskim oštećenjima ili intoksikacijama nervnog sistema. Često su prolaznog karaktera i nestaju sa prestankom unošenja alkohola i lečenjem u uslovima psihijatrijskog „hapšenja“.

Patološko (atipično) napito stanje. – Patološko napito stanje (mania ebriosa, mania a potu) neprecizan je i neadekvatan termin upravo zbog toga što ne postoji fiziološko napito stanje. Zbog toga je preciznije nazvati ga atipičnim pijanstvom.

Ovaj interesantan i redak psihijatrijski fenomen objašnjava se vrstom preosetljivosti, netolerancije i alergije organizma na minimalne količine unesenog alkohola.

Preosetljivost na alkohol javlja se kod specijalno predisponiranih osoba koje, po pravilu, prvi put u životu probaju alkohol (koji je izazvao simptome komplikovane intoksikacije). To su najčešće psihopati, shizofreni bolesnici, epileptičari, kao i osobe koje su u svojoj anamnezi imale traume glave i mozga, odnosno neku bolest moždanih opni ili mozga.

Osim predisponiranih nealkoholičara, krizu atipičnog pijanstva mogu ispoljavati i premorene osobe, one koje naglo menjaju higijensko-termalne uslove rada i alkoholičari kod kojih je nastala dekompenzacija usled nedostatka vitamina.

Posebnu teškoću predstavljaju osobe koje se ne mogu opiti unošenjem vrlo visokih količina alkoholnih pića. Međutim, mala i neadekvatna draž dovodi ih u stanje burnog afektivnog reagovanja, kao da je ta draž „zapalila“ alkohol koji je dotle mirovao. Patološke alkoholne reakcije hroničnih alkoholičara karakterišu se iznenadnim nastupima besa i agresivnosti.

Atipično pijanstvo, poznato i kao akutni alkoholni delirijum, naglo je nastala, furiozna scenografija, u kojoj glavna ličnost ne ispoljava simptome klasičnog pijanstva. Dominantni simptom je akutno sužena svest, poznata kao sumračno stanje. Lišena koncepta o sopstvenom identitetu, takva osoba ne prepoznaje svoju okolinu, dezorijentisana je u prostoru i vremenu. Obilje zastrašujućih vizija i halucinacija, koje potenciraju strah i psihomotorni nemir, navode i na užasne zločine. U literaturi je poznat jedan takav atak ovakve pomame, u kome je izgubilo život jedanaest nedužnih osoba.

Napad se završava višerasovnim, terminalnim snom.

Amnezija, koja se javlja po prestanku napada, predstavlja ozbiljan psihijatrijski a često i sudski problem u toku ekspertize.

Jedna osoba u toku života „ima pravo“ samo na jedno patološko pijanstvo. U tom periodu za sve postupke ona je neuračunljiva, jer nije bila sposobna da shvati značaj učinjenog dela niti da upravlja svojim postupcima. U slučajevima ponovljenog patološkog pijanstva, osoba je krivično odgovorna i obavezna je na doživotnu strogu apstinenciju.

Atipično pijanstvo dijagnostikuje se probom na alkoholnu netoleranciju. Ovaj dijagnostički postupak sprovodi se isključivo u psihijatrijskim ustanovama, sa osposobljenim pa i fizički snažnim personalom. Proba se izvodi tako što se pacijentu daju ista vrsta i količina pića, pod uslovima približno identičnim situaciji počinjenja inkriminisanog dela, što je dosta teško postići. U tom slučaju potrebno je pacijenta provocirati načinom ponašanja i rečima koje su tako efikasno izazvale „kratki spoj“ u impulsivnoj aktivnosti i indukovale ličnost na neuračunljivo ponašanje.

Izvesni autori, međutim, ozbiljno i argumentovano se protive ovoj metodi dijagnostikovanja atipičnog pijanstva. Neka nam bude dozvoljeno da se pridružimo ovoj etičkoj dilemi: sme li se da tada moralno jaka ličnost, savesna i ugledna, stavlja iznova u situaciju teških psihičkih konflikata i novih trauma?

Delirijum tremens. – Delirijum tremens (alcoholicum, pototorum) psihoorganski je sindrom u kome dominiraju kvalitativni poremećaji svesti i tremor prstiju ruku (otuda naziv tremens). Javlja se kod alkoholičara srednjeg životnog doba, čiji alkoholičarski staž nije dug (čest je i kod žena, a opisan je i kod dece). Pratilac je alkoholnih neuroloških, telesnih i psihijatrijskih oboljenja.

Javlja se češće kod predisponiranih alkoholičara, kod kojih dolazi do akutne intoksikacije centralnog nervnog sistema, toksičnim produktima metabolizma alkohola, koji oštećena jetra nije u stanju da neutrališe. Nervno tkivo ostaje bez vitamina B₁ i B₁₂, koji se smatraju vrlo važnim u funkcionisanju nervnih ćelija.

Provokativni faktori u nastanku delirijum tremensa smatraju se traume glave ili drugih kostiju, operativni zahvati, febrilna oboljenja, izvanredni fizički napori, iznenadne psihičke traume (situacija stresa), nagla apstinencija, iznenadna bolnička ili zatvorska hapšenja.

Klinička slika. – Delirijum počinje sa prodromima ili naglo. Izjutra ovakvi bolesnici izgledaju pribrani, svest im nije pomućena, ali u njima tinja nemir, o kome, po pravilu, ne govore.

Predelirantna epizoda češće nastupa postepeno, u smiraj dana, kada se osobi stvaraju razne iluzije, noću se javljaju strašni snovi zbog kojih iskače iz kreveta, traži dvoboje, podiže telefonsku slušalicu tvrdeći da je zovu, rugaju joj se, grde je, žele da je uhapsu, traži zaštitu suda, nesposobna da normalno rasuđuje i da se distancira od svog sumanutog i halucinatornog sadržaja. Javljaju se palimpsest-amnezije. Suština ovih amnezija je da se bolesnik delimično seća nečeg što se dogodilo.

U trećini slučajeva delirijum nastaje naglo. Ponekad takav napad dovodi okolinu u zabludu, jer je delirijum nastao u vreme kad delirantna osoba duže ne uzima alkohol. Ovaj takozvani delirijum apstinencije predstavlja teoretski nesporazum, jer ga neki autori negiraju, mada je poznato da su delirantnim bolesnicima, koji su naglo prekinuli uzimanje alkohola, ranije obavezno davane male količine alkohola. Danas se ta metoda uglavnom ne koristi.

Kliničkom slikom dominiraju fenomeni dezorijentacije u prostoru, vremenu i prema drugim ličnostima, dok je orijentacija prema sebi očuvana, pa takve osobe, verujući da su na svom radnom mestu, obavljaju svoju profesiju (kelner služi goste i naplaćuje račune). To je tzv. profesionalni delirijum.

Ponašanje je praćeno nemirom, a iza prividne veselosti su strah i anksioznost. Osobe su sklone bizarnom, cmom humoru na svoj račun i bleskastim šalama.

Javljaju se, najčešće noću, razne iluzije i halucinacije, strašne zveri koje idu prema delirantu da bi ga progutale, predmeti se kreću, po podu jure životinjice (poznati fenomen zoopsija) koje bolesnik sumanuto pokušava da uhvati i uništi. Poznati su fenomeni makropsije (viđenje ogromnih predmeta), kao i pojava liliptutanskih halucinacija.

Halucinacije mogu biti i potkožne (taktilne halucinacije), što posebno uzbuđuje bolesnike, naročito kad njihovi pokušaji da se oslobode halucinacija ostaju bezuspešni. Nemir i agresija rastu kad, rasecajući kožu, ne uspevaju da uhvate očekivanu životinjicu. Nisu retke ni halucinacije unutrašnjih organa (cenestopatije).

Delirantni bolesnici su sugestibilni, sa belog papira pročitaju pregršt halucinacija ili konfabulatornih kreacija najneverovatnijeg sadržaja. Sve je to praćeno tremorom, profuznim znojenjem i maksimalno izraženim strahom, dizatrijom (mucavim ritmom

govora) i visokom temperaturom, nekad epileptičkim napadima i znacima zapaljenja perifernih nerava (polineuritisa).

Nije redak ni hepatorenalni sindrom, nastao zbog oštećenih funkcija bubrega i jetre. Ovaj sindrom se smatra vrlo teškom komplikacijom, a ishod je krajnje neizvestan.

Poremećaji varenja i eliminacije hrane, poremećaji mokrenja – do potpunog prestanka lučenja mokraće (anurija), telesno propadanje, adinamija, gubitak težnosti i elektrolita teško pogađaju odbrambene kapacitete organizma, pa se u tom slučaju mora vešto i brzo boriti protiv fatalnog ishoda, koji i danas, uprkos modernom terapijskom tretmanu, nije retkost.

Delirijum se završava terminalnim snom. Kad delirijum prođe, posle pet ili deset dana, osoba ima nepotpuno sećanje za delirantni period, mada ono nekad može da bude vrlo živo, pa su mnogi umetnici ostavili dela trajne umetničke vrednosti na kojima su predstavljali svoj delirantni svet.

Ako se delirantna stanja ponavljaju, mogu izazvati organska oštećenja ireverzibilnog karaktera pa čak i smrt (Korsakovljeva psihoza i alkoholna demencija).

U terapijske svrhe bolesniku je potrebno obezbediti mir, regulisati san, kontrolisati vitalne funkcije, davati mu dosta tečnosti i vitamina. Neophodno je davati elektrolite. Zbog opasnosti od pneumonije, treba davati antibiotike, a da bi se zaštitilo srce – kardiotonike. Neophodna je i brižljiva kontrola da bolesnici zadesno ne izvrše samoubistvo.

Sestra mora da čuva takve bolesnike, jer im je svest poremećena, često su psihomotorno uznemireni (skloni agresivnom i autoagresivnom ponašanju).

Alkoholna halucinoza. – Alkoholna halucinoza je bolest hronične alkoholomanije, za koju je potreban manji alkoholičarski staž i od koje češće obolevaju žene. Obično se javlja kod mladih osoba, u čijim premorbidnim karakteristikama dominiraju shizoidne crte ličnosti. U ovim slučajevima latentnu shizofreniju alkohol čini manifestnom, stvarajući neku vrstu alkoholnog modela shizofrenije. To je razlog što izvesni autori alkoholnu halucinozu ne smatraju posebnom psihijatrijskom nозološkom jedinicom.

Postoje akutne i hronične halucinoze.

Ova svojevrsna alkoholna psihoza, čije su žrtve osobe potpuno očuvane svesti, karakteriše se akustičnim halucinacijama, razgovetnim uveče i u toku noći, zbog čega bolesnici preko dana mogu biti neupadljivi. Dominiraju elementarne halucinacije. Bolesnici čuju šumove, pucketanje parketa, kucanje časovnika. Ove halucinacije mogu biti u skladu sa otkucanjima njihovog srca („le-ši-na-ru, pro-pa-li-col“). Kasnije, reči postaju razgovetnije, u ritmu srca i časovnika. Ta zastrašujuća simfonija ima karakter grdnje, pretnje, komande, ruganja, a često i nečasnih ponuda ili zahteva, što kod bolesnika izaziva strah. Iako veruju da su ove halucinacije rezultat alkoholizma, oni nastavljaju sa uzimanjem alkohola da bi pobedili strah. Sledeća faza je jasnost

halucinacija i preko dana. Sa njima bolesnici vode verbalni rat, ne mogu više da ih prikrivaju, žale se prijateljima, traže zaštitu od sudskih organa.

Zbog kraćeg alkoholičarskog staža, nema znakova telesnog propadanja ličnosti, kao što je slučaj kod delirijum tremensa.

Alkoholna ljubomora. – Ljubomora je jedan od normalnih atributa ljubavi. Međutim, kad ona dobije dimenzije prisile, postane jedina, najčešće sumanuta ideja, koja bolesno zaokupi ličnost, to postaje patološka ljubomora.

Ova psihozna ljubomora (ludilo ljubomore), nazvana i alkoholna paranoja, javlja se kod paranoidno predisponiranih osoba (mada to nije zakonitost). Od nje obolevaju muškarci, sporog je toka i nije praćena poremećajima svesti, ni intelektualnim propadanjem alkoholomana. Uzrok ljubomore najčešće je polna nesposobnost (impotencija) muškaraca, jer alkohol samo raspiruje seksualnu želju (libido), dok potenciju smanjuje, ili je potpuno uništava. U prvom stadijumu bolesti morbidne optužbe neverstva izriču se samo u alkoholisanom stanju. Posle istreženjenja javlja se osećanje stida i krivice, samooptuživanje, traženje oprostaja, suze i melodramsa izmirenja.

U drugoj fazi slede optužbe i kada je partner u treznom stanju. Bizarni su načini traganja za dokazima neverstva: kontrola intimne garderobe supruge, traganje za karakterističnim mrljama i mirisima nalik na miris sperme, zatim tajna fotografisanja, itd.

Mračne su i ideje ko bi mogao biti partner i sumanuto se zaključuje da je to „njen otac“, „njen svekar“, „njen sin“ i slično.

Strah i sugestibilnost mogu biti uzrok krivičnih dela i teških zločina koje ovi bolesnici vrše.

Ničim se ne može opovrgnuti uveravanje da je seksualni partner iznemogla osoba, čija je seksualna aktivnost davno prestala.

Impotencija postaje sve manifestnija i to je razlog što supruga izbegava seksualne kontakte, ali je to i povod ljubomornom suprugu za konstataciju da je njegova žena „umorna od drugih partnera“. Zbog toga pokušava da ostvari što veći broj seksualnih odnosa, nadajući se da će zamoriti svoju partnerku i učiniti je nesposobnom da seksualna zadovoljstva traži na drugoj strani.

Ako ne uspe da dobije priznanje o „neverstvu“, počinje sa fizičkim mučenjem, posle koga nisu retka takozvana pseudoaltruistička ubistva („da ne bi unesrećila i druge muškarce“).

Halucinacije su izuzetno retke kod ovakvih slučajeva.

Organsko propadanje manifestuje se zapaljenjem želudačno–crevnog trakta, oštećenjem jetre, srca i krvnih sudova, što još više produbljuje psihičke smetnje.

Alkoholne paranoidne psihoze. – U poslednje vreme sve češće se razgraničavaju alkoholne ljubomore i alkoholne paranoidne psihoze. Za nastajanje alkoholne

paranoidne psihoze značajna je premorbidna struktura ličnosti, koja se pod uticajem alkohola sve manje sputava i kontroliše, tako da se patološke komponente strukture utoliko više ispoljavaju ukoliko je veći stepen psihičkog oštećenja i otuđenja ličnosti alkoholičara.

U slučaju ove psihoze halucinacije su vrlo retke. Ako se halucinacije ipak pojave, javljaju se u vidu usamljenih glasova. Kliničkom slikom dominira sumanutost proganjanja. Ova akutna paranoidnost praćena je intenzivnim strahom, nerazumljivim i agresivnim ponašanjem, za koje kasnije postoji amnezija. Upravo zbog toga ova alkoholna paranoidna psihoza ima veliki sudsko-psihijatrijski značaj, jer bolesnici mogu vršiti krivična dela, zbog kojih se upućuju psihijatrima radi veštačenja i utvrđivanja nivoa uračunljivosti.

Korsakovljeva psihoza. – Ovo oboljenje prvi je opisao Sergej Sergejevič Korsakov, krajem prošlog veka, kod hroničnih alkoholičara, a često kod žena u periodu njihove biološke involucije. Korsakovljeva psihoza, kao psihoorganski sindrom, može se javiti i kod drugih traumatskih i toksičnih oštećenja mozga, kod tumora i apscesa.

Bolest se karakteriše polineuritom i psihotičnom slikom, a prouzrokovana je nedostatkom vitamina B kompleksa.

Dominantni simptomi su: amnezija fiksacije (nemogućnost upamćivanja novog sadržaja), konfabulacije i sugestibilnost. Iako im aktivna pažnja nije oštećena, ovakve osobe ne mogu ništa da upamte, hvale prošla vremena, tupe su ili euforične, bez poremećaja svesti i bez halucinacija. Karakterističan je i čest noćni nemir bolesnika, kad u paničnom strahu skaču iz kreveta, beže ili zapomažu.

U početku su ovakve osobe neupadljive. Tek preciznijim intervjuom otkrivaju se znaci nepotpune orijentacije, nesposobnost upamćivanja i reprodukovanja, zbrisanost sećanja za izvestan vremenski period (koji popunjavaju konfabulacijama, koje brzo zaboravljaju i zamenjuju ih novim); iznova se upoznaju sa ukućanima i rodbinom, imaju krize ekscitacije ili su mirni, sposobni za manje komplikovane aktivnosti, pa okolini ne izgledaju bolesni.

Bolesnici su nalik na „veliku decu“, koja, verujući u svoje konfabulacije, mogu izazivati ozbiljne zbrke lažnim predstavljanjem, fantastičnim lažima, spremni su na bračne ponude, a zaboravljaju da su oženjeni ili udati. U nastupima besa mogu da učine teška krivična dela.

Alkoholne demencije. – Uzrok alkoholnih demencija je atrofija kore velikog mozga.

Alkoholne demencije su sporog, progredijentnog toka. Imaju sve karakteristike klasičnih demencija.

Dizartričan govor, do potpune nerazumljivosti i nesposobnosti bolesnika za verbalnu komunikaciju, burno menjanje afektivnog fona raspoloženja (od euforije do ljutite razdražljivosti i destruktivnog besa), moralno propadanje ličnosti, tremor i simptomi polineuritisa karakteristični su simptomi ove bolesti.

31.1.4. Ostali psihijatrijski poremećaji uslovljeni alkoholom

Antabus psihoze. – Antabus (disulfiram) koristi se u lečenju alkoholizma, upravo zbog svog antagonizma prema alkoholu.

Razgradni produkti antabusa mogu svojim toksičnim efektima izazvati psihoze ili latentnu psihozu učiniti manifestnom.

Karakterne promene alkoholičara. – Ličnost je šira determinanta i obuhvata sve osobine pojedinca, a karakter podrazumeva bitne osobine ličnosti upravo u „vezi s etičkim principima koji važe za određeno društvo“. Oni omogućavaju ličnosti da na „relativno dosledan način postupa u odnosu na moralne principe i moralna shvatanja nekog društva“. Prema Nikoli Rotu, „u karakternim osobinama, pored moralnih osobina, ogledaju se i voljne osobine“.

Treba razlikovati karakterne promene nastale zloupotrebom alkohola od karakternih devijacija gde je alkohol sekundaran.

Super ego (nad ja) alkoholičara je vrlo krhke strukture. Alkoholičari lako gube kompas socijalno usklađenog ponašanja, a hrabrost, savestnost, poštenje, doslednost, upornost, energičnost i sposobnost altruističkog žrtvovanja ozbiljno su poljuljani.

To su neintegrativne ličnosti, male frustracione tolerancije, neuklopljive i neprijatne kada su u nečemu osujećene. Reaguju po principu trenutnih želja i zadovoljstava. Impulsivna skala afektivnog reagovanja je bogata nedoslednostima, baš kao i njihovi postupci. Narcistički naklonjeni sebi, oni se teško vezuju za druge osobe. Nedosledni su i nepoverljivi. Kad su pijani, imaju potrebu za poveravanjem, otkrivaju profesionalne, intimne, vojne ili diplomatske tajne. „Imaju“ neograničene sposobnosti, ali sve ostaje na obećanjima.

Ne poznaju barijere koje bi ih osujetile u nagonskim potrebama i aktivnostima. Kada im jedina preokupacija ostane „piti, piti“, ne biraju metode da dođu do sredstava za alkohol. Neuredni, prijavljivi, pripadaju kategoriji „ljudi s ispruženom rukom“.

Njihove motivacione snage brzo usahnu. Alkohol ih osujećuje i ostavlja na pola puta, kosi iluzije. Iz života su odagnali radosti, pa im je ostalo samo trajanje.

31.2. Zavisnost od droga (Narkomanija)

Potajno ili ekshibicionistički, od radoznale želje do tiranske potrebe, čovek je od davnina težio da izmeni svoju svest svetom snova i tragao za eliksirom večite mladosti.

Drevne knjige starih naroda, koje govore o religioznim i filozofskim poimanjima života, zdravlja i smrti, govore i o iskonskoj čovekovoj potrebi da pobedi bol i da



† Zarezivanje čaure maka („Roš“, Bazel)

nepodnošljivi svet realnosti zameni svetom fantazija, u kome je, makar za trenutak, lakše živeti.

Starokineska medicina, sazdana od filozofskih spekulacija, empirije i intuicije, sa zadivljujuće tačnom i lucidnom dozom spoznaje čuva i prve pisane spomenike o upotrebi droga.

Egipćani su tragali za atraktivnijim orijentalnim drogama. U Eberovim papirusima (1500. g. pre n. e.) pominju se mnoge egzotične ili svete biljke, a u egipatskim grobnicama nađene su mnoge droge.

I danas, suočeni s problemima alienacije i opasnostima da „svakog trenutka mogu da postanu ništa“, mladi, koji se na žalost sve češće okreću hemijskim nadahnućima, pribegavaju specijalnom vidu otuđenja, nazvanom bekstvo od realnosti.



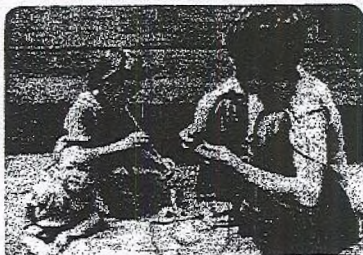
† Pušionica maka u Londonu (19. vek)

31.2.1. Pojam zavisnosti

Droge su sirovi, nepotpuno preparisani produkti biljnog, životinjskog i mineralnog porekla. Od najstarijih vremena korišćene su radi dobijanja raznih lekova, pa se i nazivaju lekovite droge, zatim kao mirođije, ili su pak korišćene pri raznim verskim i drugim ritualima.

Svetska zdravstvena organizacija (1969) daje sledeću definiciju droge: „Droga je svaka supstanca koja, unesena u organizam, može da modifikuje jednu ili više funkcija“.

Narkomanija je termin koji se nalazi u svim klasičnim udžbenicima, pa je i danas u masovnoj upotrebi. Grčko značenje reči narkomanija svodi se na bolesnu zaokupljenost stanjima obamrlosti do kojih dovode droge.



↑ Deca puše drogu na ulici. („Roš“, Bozel)



↑ Uhapšeni krijumčar

Odbor eksperata Svetske zdravstvene organizacije definiše (1957) toksikomaniju kao stanje periodičnog ili hroničnog trovanja štetnog za pojedinca i društvo, prouzrokovanog ponavljanim uzimanjem prirodnih ili sintetskih droga

Karakteristike toksikomana su:

- neodoljiva želja (žudnja, kompulzija) da se nastavi uzimanje droga i da se droga nabavi po svaku cenu;
- tendencija da se separatna ili celokupna doza droge povećava;
- postojanje psihičke ili fizičke ili, pak, i psihičke i fizičke zavisnosti;
- štetne posledice po pojedinca i društvo u celini;
- pojava apstinencijalnog sindroma posle naglog prekidanja uzimanja droge.

Odbor stručnjaka Svetske zdravstvene organizacije predložio je 1964. godine za-
menjivanje termina toksikomanija i navika jednim nazivom – zavisnost od leka

Psihička zavisnost; habituacija razvija se kod svih oblika zloupotrebe droga. Droga postaje sastavni deo mehanizma emocionalne i socijalne adaptacije i za svaku ličnost ima „teško shvatljivo i imperativno značenje“.

Kod nekih osoba droga će dovesti do smirivanja anksioznosti, ublažavanja depresivnosti, ili, pak do hemijski proizvedenih iracionalnih euforija. Kod sindroma psihičke zavisnosti postoji opsesivna sklonost uzimanju droga, kao i znaci psihičkog komfora pri intoksikaciji.

Fizička zavisnost ne razvija se pri upotrebi svih droga. To je specijalni stadijum adaptacije na drogu, pa droga najčešće postaje sastavni deo metabolizma ćelija. Naglo prekidanje daljeg unošenja droga može dovesti do mnogih metaboličkih perturbacija, zbog čega se ova vrsta zavisnosti naziva i metabolička zavisnost.

Droge koje karakterišu stvaranje fizičke zavisnosti odlikuju se time da njihovim nestankom iz organizma nastaju fiziološki poremećaji poznati kao apstinencijalni sindrom.

Toleranciju karakteriše nepostizanje željenih efekata ranijom dozom droge, koju, stoga, korisnik često povećava na nivo toksične ili letalne doze. Ovaj fenomen specifičnog oblika celularne adaptacije na drogu, iako biran za fenomen zavisnosti, još uvek je ostao nerazjašnjen na nivou medicinske fiziologije i patofiziologije.

Navika (habituacija) karakteriše se željom za uzimanjem droge, tendencijom povećavanja doza droge i emocionalnom zavisnošću. Habituaciju, dakle, karakteriše odsustvo kompulzivnih potreba i znakova fizičke zavisnosti.

Adikcija podrazumeva intoksikaciju drogom, razvijanje tolerancije na ranije količine droge, kompulzivnu, neodoljivu potrebu adikta da dozu droge stalno povećava, izraženu fizičku, i naravno, psihičku zavisnost, kao i nemogućnost apstinencije.

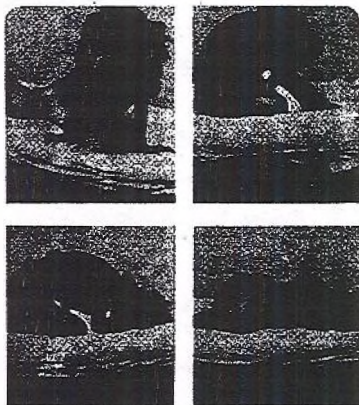
Abuzus je povremena ili stalna ekscesivna, neumerena upotreba nekog leka ili supstance (najčešće droge i alkohola).

Farmakomanija podrazumeva zloupotrebu raznih vrsta lekova, najčešće hipnotika i analgetika, pa se zbog svoje raširenosti, posebno kod osoba koje teško podnose bol i razne oblike osujećenja i depresija, naziva i tabletomanijska.

Da ne bi došlo do terminoloških nesporazuma, ukazaćemo na, za nas, bitnu razliku između pojmova narkoman (osoba sa znacima zavisnosti od droge) i narkofil.

Kod narkofila postoji izvestan interval eksperimentisanja i fascinacije drogama. To su najčešće emocionalno nezrele osobe, sa histeričnim, ekshibicionističkim ili nekim drugim sklonostima, gde je bezdružne pripadnosti izvesna emocionalna i socijalna satisfakcija ili prestiž. Demistifikacijom efekata droge prestaje narkofilska radoznalost. Iz ove kategorije, delovanjem patoloških induktora ili patoloških indukcionih grupa, može se pojaviti izvestan broj osoba koje postaju zavisne od droge.

Apstinencijalni sindrom karakteriše, zavisno od vrste droge i dužine zavisnosti, mnoštvo somato-vegetativnih i psihičkih simptoma, koji nastaju kao znak prestanka dejstva droge. Apstinencijalni sindrom je organski psihosindrom, čija vizuelna dramatičnost često odgovara stepenu vitalne ugroženosti adikta. On zavisi od farmakodinamskih osobina droge, tipa zavisnosti, dužine i intenziteta zloupotrebe, vitalnih, odnosno konstitucionalnih spremnosti



↑ Apstinencijalna kriza

organizma i drugih, nekad ugrožavajućih dodatnih faktora (iscrpljenost, gladovanje, interkurentne bolesti i sl.)

Najteže komplikacije apstinencijalnog sindroma ili krize jesu apstinencijalni delirijum, slika provocirane psihoze i ozbiljna vitalna ugroženost do nivoa kome, tako da izostanak brze i adekvatne pomoći (najčešće sa istom ili sličnom vrstom droge) znači smrtni ishod. U slučajevima ozbiljne vitalne ugroženosti indikovano je upućivanje u centre za reanimaciju.

31.2.2. Zavisnost od opijata

31.2.2.1. Opijum

Opijum (grč. opos – sok) upotrebljava se od davnina. Prvi pisani tragovi o opijumu nalaze se počev od 3. v. pre n. e.

Opijum i njegovi prirodni derivati (morfin i kodein) i polusintetski derivati (heroin, dilaudid) nazivaju se opijati, dok se sintetski opijati (metadon, pentazocidarvon) nazivaju opioidi.

Aktivni sastojci opijuma su alkaloidi, kojih ima preko dvadeset, ali se svi ne upotrebljavaju u medicini.

Opijum se unosi intramuskulaturno, endovenozno (intravenozno), ušmrkavanjem, gutanjem, pušenjem i preko debelog creva.

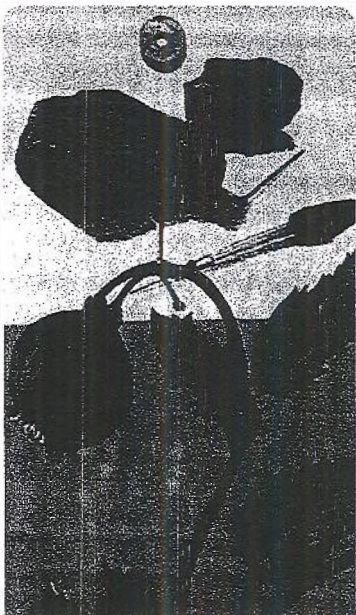
U našoj populaciji adolescentnih zavisnika od opijata najviše se koristi sirovi opijum. Najveće količine, najčešće ilegalno proizvedenog opijuma, ne koriste se u medicinske svrhe. U prometu se ovaj opijum nalazi u obliku pločica ili „opijumskih pogača“.

Priprema ovog opijuma za intravensku upotrebu (u slengu narkomana za „fiksiranje“) krajnje je primitivna i po zdravlje i život ugrožavajuća, upravo zbog činjenice da ne podleže nikakvim pravilima asepsa i antiseptice.

Poslednjih godina narkomani koji nisu u mogućnosti da nabavljaju opijum ili heroin kuvaју čaure maka i dnevno unose čak 2–3 litre čaja; kod njih su zapažena oštećenja jetre u znatno većem procentu.

Špric koristi i više osoba, čime se povećava mogućnost inficiranja. Neka se ne sačekalo ni hlađenje opijumskog rastvora niti sterilizacija više igala i špriceva. To je dovelo do zabrinjavajućeg porasta broja HIV pozitivnih narkomana.

Pušenjem se postiže euforija, koja se opisuje kao „pasivno, blaženo, kontemplativno uživanje, praćeno razbuktalom imaginacijom“ (zavisno od intelektualnih i kreativnih potencijala ličnosti pušača).



† Čaura maka



† Cvet maka

Intravenski unesen opijum ima obično tri faze dejstva:

- fazu udarnog dejstva – fazu bleska („fleš“), (prva faza),
- euforično-meditativnu fazu (stound), (druga faza) i
- hipnotičku fazu (treća faza).

Prva faza dejstva vrlo je kratkog trajanja (nekoliko minuta). Po pravilu zavisi od strukture ličnosti adikta, od atmosfere drogiranja, od jačine unesene droge i brzine intravenskog ubrizgavanja. Simbolično je nazvana njihovim slengom – „fleš“, jer bljesne poput blica. Praćena je uglavnom telesnim senzacijama, sa subjektivnim doživljavanjem toplote i tahikardijom.

Kada se duže intravenski ubrizgava opijum, dolazi do uslovljavanja na iglu, što narkomani zovu „iglomanija“.

Vrlo brzo ulazi se u drugu fazu, u kojoj dominiraju: smirenost, pospanost, prijatan umor, blaga euforija sa self-meditacijama i self-gratifikacijama, zbog kojih se ova droga naziva „egocentričnom drogom“. Iluzioni fenomeni imaju simboliku neurotske realizacije želja. Ova faza praćena je odsustvom bola.

Treću fazu, ukoliko je unesena dovoljna količina droge, karakteriše pospanost i san. Posle buđenja nastupa umor, pospanost, odsustvo motivacije, psihička depresija, anksioznost, strah, opsesivna želja da se nabavi i aplikuje nova količina droge, sve do nemogućnosti egzistencije bez droge.

Korisnici imaju crveno lice zajapurenog izraza, sa doživljajem toplote u stomaku, uskih zenica, a javljaju se i drugi simptomi: povećano lučenje pljuvačke i znojenje, muka, gađenje, povraćanje, zatvor i otežano disanje.

Uprkos ovako neprijatnim doživljajima, javlja se kompulzivna želja za novim, po pravilu sve većim dozama droge.

31.2.2.2. Morfin

Morfin se nalazi u obliku belih igličastih kristala, kristalnih komada ili praška. Narkoman, sklon stalnom povećanju doze, unosi i 500 puta veću dozu od takozvane analgetičke doze (doze koja suzbija bol).

Srednja terapijska doza morfina: 0,01–0,03 (subkutano 0,02). Maksimalna doza je 0,1, odnosno 0,05 injekciona. Minimalna smrtna doza je 120 mg (odnosno 0,12 gr).

Uneseni morfijum lokalizuje se u centralnom nervnom sistemu i u jetri, a u naviknutom organizmu mišići sadrže veliku količinu morfijuma. Izlučuje se preko želudačno–crevnog trakta i bubrega.



↑ „Fiksiranje“

Pronalaskom šprica za injekcije (1864) počela je potkožna primena leka.

Osobe koje pripadaju grupi takozvanih klasičnih narkomana upotrebljavale su morfijum potkožno i intramuskularno. Adolescenti narkomani morfijum unose intravenski, da bi postigli efekte „fleša“. Potkožno i intramuskularno ubrizgavanje nije napušteno. Neretko, kada nemaju pri ruci injekcioni pribor, narkomani piju ampulirani morfijum.

Najvažnije je dejstvo morfina na centralni nervni sistem, pri čemu se ispoljavaju snažni analgetički i hipnotički efekti. Euforija je razlog zloupotrebe preparata na bazi morfina. Praćena je blagim hipnotičkim

opuštanjem, mišićnom relaksacijom, nestankom anksioznosti i straha i slabljenjem skoro svih inhibicija ličnosti.

Smanjenje ili gašenje libida i erekcija bez ejakulacije poznati su efekti dejstva morfina na muškarce. U žena su opisani gubitak menstruacije i involucija polnih organa, do kojih dolazi zbog inhibitornog uticaja morfina na hormone prednjeg režnja hipofize.

Morfinomani dugo ostaju lucidni. Hronični tok zloupotrebe postepeno dovodi ličnost do emocionalnih poremećaja, gubitka sposobnosti kreativnog mišljenja i rasuđivanja, epizoda konfuznosti i oniričnih doživljavanja (viđenje raznih scena).

Na socijalnom planu delinkventno ponašanje prerasta u antisocijalno, često u zločinačko ponašanje.

Tonuci u svoju narkomaniju, adikt ulazi u fazu koju bismo nazvali „faza marionete“: droga, koja mu je najpre davala iluziju slobode, pružila mu je, u stvari, ropstvo i celokupni njegov život podređen je njenim tiranskim zahtevima. Postajući rob droge, narkoman celokupnu svoju aktivnost usmerava na njeno nabavljanje, jer se užasava već od pomisli da može bez nje ostati.

Telesni znaci hronične intoksikacije morfina su: uske zenice, snižen tonus mišića, podrhtavanje prstiju, teturav hod, senzitivne smetnje, gubitak apetita, povraćanje, želudačni bolovi, zatvor, smanjenje i poremećaj lučenja mokraće, krize potencije (u žene poremećaj i gubitak menstruacije), ubrzan i neritmičan rad srca, povišen krvni pritisak, visoke temperature, fibroziranje i nekroza venskih krvnih sudova, kožne infiltracije i apscesi, bleđa i suva koža smanjenog tonusa, otoci očnih kapaka, kao i opšta, zastrašujuća slika mršavosti.

31.2.2.3. Heroin

Heroin je polusintetski derivat morfina, izolovan 1898. godine. Po svojim fizičkim osobinama, to je beli prašak bez mirisa, ali gorkog ukusa, rastvorljiv u vodi. Dobro se resorbuje sa sluzokože nosa i creva, pa se unosi u organizam ušmrkavanjem i injekciono.

Heroin ima snažnije euforično dejstvo nego morfin, pa zavisnost od njega nastupa vrlo brzo.

Analgetički efekti heroina oko 2,5 puta su snažniji nego morfina.

Kao sredstvo protiv kašlja nalazi terapijsku primenu u izuzetno teškim slučajevima karcinoma pluća koji se ne mogu operisati.

Terapeutske doze su od tri do pet miligrama, maksimalne od pet do petnaest miligrama dnevno, a minimalna smrtna doza je 200 mg.



↑ Faze dejstva heroína

Narkomani unose drogu u organizam pušenjem, ušmrkavanjem i injekcijo.

Među heroinomanima mali je broj onih koji se zadovoljavaju pasivnom euforijom, već čeznu za dramatičnim eksplozivnim euforičnim šokom („fleš“), čime se objašnjava brzo prelaženje na intravensku upotrebu.

Nagle smrti posle intravenske primene heroína nisu retkost, a opisane su čak i pri udisanju heroína.

Farmakodinamski efekti heroína, s obzirom da je on polusintetski derivat morfina, ne razlikuju se bitno od morfinskih.

Heroin je snažna, takozvana herojska, tvrda droga, koja kod korisnika razvija snažnu euforiju. Zbog ovakvih njegovih svojstava omiljena je droga među psihopatski strukturisanim osobama. Zapadni autori govore o „heroijskim getima“, „gangovima“, jer heroin raspiruje pražnjenje brutalne, primitivne agresije.

Heroin brzo dovodi do karakternih devijacija, gubitka etičkih kapaciteta ličnosti i normalnog življenja i ponašanja, do seksualne dezinhibicije, antisocijalnog ponašanja (do vandalizma i ubilačkih ataka).

Heroin brzo stvara i fizičku i psihičku zavisnost. Strah od apstinencijalne krize u narkomana je razumljiv, jer je apstinencijalna kriza heroinomana često dramatična, iako traje kraće od morfinske.

Granica intoksikacije za heroin vrlo je niska. Dominiraju smetnje disanja.

Ubrizgavanje nesterilnog materijala može da izazove niz inokulacionih bolesti: inokulacioni hepatitis i žuticu, cirozu jetre, močvarnu groznicu, bakterijski endokardit,

sifilis, tetanus i plućne infiltracije (u slučajevima unošenja heroina sa talkom!). Kod hroničnih heroinomana česti su: tuberkuloza, pothranjenost, karijes i druge infekcije zuba, kožne infekcije i traume glave, a poslednjih godina i HIV infekcija (sida, AIDS).

Iako samo 1% morfina prolazi placentarnu barijeru (posteljicu ploda), zbog biohe-mijske nezrelosti i nerazvijenosti krvno-moždane barijere, kao i zbog trpljenja na-stalog hroničnom intoksikacijom, posle rođenja razvija se apstinencijalni sindrom kod novorođenčeta, sa mogućim smrtnim ishodom. Dete, koje je već u materici majke narkomana takođe postalo narkoman, rođenjem, u stvari, ostaje bez droge.

Novorođena deca ispoljavala su tzv. fetalni apstinencijalni sindrom, koji je trajao više nedelja i, ne retko, završavao se smrću.

Apstinencijalni sindrom novorođenčeta karakterišu: uznemirenost, glasan plač, krici, povraćanje, želudačno-crevne smetnje, prolivi, znojenje, gubitak težnosti, nesanica, konvulzije, disajne smetnje (ubrzano disanje, začepljenje nosa), promene boje kože, porast temperature, prekid disanja i cijanaza.

Aspiracija stranog sadržaja izaziva aspiraciono zapaljenje pluća (aspiraciona pneu-monija), zbog koje je život novorođenčeta maksimalno ugrožen.

Apstinencijalni sindrom razvija se između trećeg i četrnaestog dana po rođenju.

31.2.2.4. Metadon

Metadon, u nas poznat kao heptanon, pripada grupi sintetskih opijata. Bezbojni kristali ili beo kristalni prašak metadonhlorida rastvorljivi su u vodi. Pojedinačne doze su 0,005–0,015 g, a maksimalna dnevna doza 0,045 g.

Koriste se: injekcije metadonhlorida, tablete, čepići, solucija.

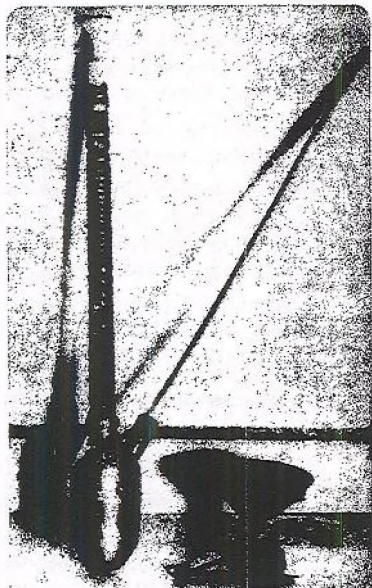
Izaziva blagu euforiju. Primenjuje se u supstitucionoj terapiji opijatskih zavisnika, kako bi se izbegla drastična apstinencijalna kriza. Postoji mogućnost navikavanja na heptanon, koje može da traje dugo, godinama. Zavisnici od heptanona (metadona) nisu motivisani da se leče i mogu postati tzv. doživotni metadonici.

31.2.3. Zavisnost od kanabinoida

Aktivni, dejstvujući sastojak konoplje je tetrahidrokanabinol (THC-9). Iz indijske konoplje (*Canabis sativa*) dobija se hašiš, a iz meksičke konoplje (*Canabis mexi-cana*) – marihuona.



♣ Kanabis /konoplja/



♣ Vodene lule /nargile/ za pušenje hašiša i marihuane

Postotak THC-a veći je u indijskoj nego u meksičkoj konoplji (veći je u hašišu – do 15%, nego u marihuani – do 3%), dok kanabisovo ulje, koje se pojavljuje na ilegalnom tržištu, sadrži do 35% THC-a.

Pri upotrebi kanabisa razvijaju se psihička zavisnost, porast tolerancije i relativno blag opstinencijalni sindrom. Posljednjih godina izvestan broj stručnjaka ističe postojanje i fizičke zavisnosti na kanabis.

Dejstvo kanabisa na organe i organske sisteme ispoljava se u obliku lupanja srca i ubrzanja srčanog ritma, povećanog krvnog pritiska, bronhodilatacije, emfizema pluća, zapaljenjskih i prekancerogenih promena u respiratornim putevima (posebno su ugroženi strasni pušači duvana), potenciranja alergijskih tendencija organa, smanjenja količina sperme i smanjenje pokretljivosti spermatozoida kod muškaraca, kao i do remećenja ovulacionog ciklusa kod žena.

Hašiš

U stručnoj literaturi opisuju se četiri faze dejstva hašiša.

U prvoj fazi posle pet do deset minuta, javljaju se strah, zabrinutost, podozrivost i pogrešno opažanje spoljašnjih draži.

Početak **druge faze** javljaju se simptomi iznurenosti i dobrodušnosti, posle kojih nastaju poremećaji opažanja, svesti i mišljenja, uz mnoge telesne nelagodnosti. Mentalni poremećaji zavise od sklopa i nekih drugih potencijala ličnosti. Pogrešno se opažaju prostor (pa su moguća zadesna samoubistva), vreme, zvuci, sopstveno telo, što može da bude uznemirujuć doživljaj.

Mišljenje se menja po toku, formi i sadržaju, dok poremećaji svesti zavise od stepena intoksikacije drogom. Smeh i mimika deluju zarazno na okolinu.

Treća faza odlikuje se paradoksalnošću percepcija, emocionalnom sputanošću i haotičnim emocionalnim doživljajima. Zbog straha i halucinacija nastaju paranoidne „kreacije“, uz ubeđenje da su proganjeni. Mogu se javiti prisilni afekt, ponavljanje tuđih reči i pokreta.

Češće je crvenilo nego bledilo kože, crvenilo beonjača i vežnjača, sjaj očiju, široke zenice, suva usta, žeđ, povećanje apetita, ubrzan rad srca i pulsa, kao i preosetljivost čula. Mogu se javiti još trnjenja po koži, glavobolje, šumovi u ušima i glavi, poremećaj koordinacije pokreta i govorne smetnje.

Četvrta faza, do koje retko dolazi, karakteriše se bledilom, opštom hipotoničnom, snižavanjem refleksa i gašenjem pulsa. Osobe u sličnim stanjima mogu da pojedu ogromne količine hrane, naročito slatkisa, kao i da popiju velike količine tečnosti.

Svest se bistri, osobe postaju pribrane, ali usporene i apatične. San traje 10–20 časova, a posle buđenja osećaju se intenzivna glad i žeđ. U slučajevima akutnog trovanja izuzetno retko nastupa smrt.

Kod predoziranja može doći do kolapsa i kome, a na psihičkom planu moguće je izbijanje duševne bolesti. Dolazi do delirantnih epizoda, sumračnih stanja i halucinatorne zbrkanosti. Osobe su pričljive, govore nepovezano, iznenada zaplaču, besmisleno beže, ili su agresivne, živo haluciniraju, ispoljavaju sumanutost proganjanja ili strah od sopstvenog nestanka, što prati užasan strah ili neobuzdana veselost. Ovakvo stanje traje nekoliko časova ili dana, a docnije se osobe ničega ne sećaju. Mogu se javiti i epileptički napadi.

Marihuanu su prihvatili hipici da bi uz njen omamljujući dim propovedali altruizam i misticizam, poštenje, radost, nenasilje, iskazujući na taj način protest protiv autoritarnog, dehumanizovanog i alijeniranog društva. Mladi marihuanu koriste da bi postigli neke nove senzacije i iskustva. Pop-muzičari, slikari i pisci traže veštačku stimulaciju, nove kreativne prostore, najčešće zbog nedostatka sopstvenih unutrašnjih podsticaja.

29. Psihoze	239
29.1. Shizofrenija, shizotipski poremećaji i poremećaji sa sumanutošću	239
29.1.1. Shizofrenija (Schizophrenia)	239
29.1.2. Shizotipski poremećaj	247
29.1.3. Shizoafektivni poremećaj	247
29.2. Bipolarne psihoze	248
29.2.1. Manijako-depresivna psihoza (Psychosis maniac-depressiva)	248
29.2.2. Ciklotimija	251
29.2.3. Distimija	252
29.3. Perzistentni poremećaj sa sumanutošću	252
29.3.1. Paranoja	252
29.3.2. Psihoze pasije i revandikacije	254
29.3.3. Senzitivna psihoza odnosa	254
29.3.4. Psihoza interpretacije	255
29.3.5. Indukovana psihoza sa sumanutošću (Indukovana psihoza – „ludilo udvoje“)	255
29.4. Akutni moždani sindrom (Simptomatske psihoze)	256
29.4.1. Akutni delirijum	256
29.4.2. Generativne psihoze	257
29.4.3. Progresivna paraliza (Paralysis progressiva)	259
29.5. Hronični moždani sindrom	261
29.5.1. Demencija Alchajmerovog (Alzheimer) tipa	261
29.6. Reaktivna stanja	262
29.6.1. Reaktivne psihoze	263
30. Poremećaji ličnosti	265
30.1. Paranooidni poremećaj ličnosti	265
30.2. Shizoidni poremećaj ličnosti	265
30.3. Disocijalni poremećaj ličnosti	266
30.4. Emocionalno nestabilni poremećaj ličnosti	266
30.5. Histrionični poremećaj ličnosti	266
30.6. Anankastični poremećaj ličnosti	267
30.7. Anksiozni poremećaj ličnosti	267
30.8. Zavisni poremećaj ličnosti	267
31. Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja zbog upotrebe psihoaktivnih supstanci (Bolesti zavisnosti)	268
31.1. Alkohol i alkoholizam	270
31.1.1. Socijalni aspekti alkoholizma	281
31.1.2. Alkohol i telesna oštećenja	282
31.1.3. Alkoholne psihoze	282
31.1.4. Ostali psihijatrijski poremećaji uslovljeni alkoholom	288
31.2. Zavisnost od droga (Narkomanija)	288
31.2.1. Pojam zavisnosti	289
31.2.2. Zavisnost od opijata	292
31.2.3. Zavisnost od kanabinoida	297
31.2.4. Zavisnost od kokaina	302
31.2.5. Zavisnost od stimulatora nervnog sistema	305
31.2.6. Zavisnost od halucinogena	309



31.2.7. Zloupotreba lekova – farmakomanija	313
31.2.8. Zavisnost od isparljivih rastvarača	318
31.3. Dijagnostikovanje prisustva droga u organizmu	320
31.4. Terapijski modeli	323
32. Mentalna higijena i socijalna psihijatrija	331
32.1. Mentalna higijena	331
32.1.1. Mentalna higijena u industriji	332
32.1.2. Mentalna higijena u gerijatriji	335
32.2. Socijalna psihijatrija	336
Rečnik pojmova	339
Literatura	351
Sadržaj	355

- 15.1. Alchajmerova bolest (Morbus Alzheimer)
- 16. Demijelinizujuće bolesti centralnog nervnog sistema**
 - 16.1. Multipla skleroza
- 17. Povremeni poremećaji i paroksizmalni poremećaji**
 - 17.1. Epilepsija
 - 17.1.1. Podjela epilepsije
Medikamentna terapija epileptičnog statusa
Medikamentna terapija neonatalnih konvulzija
 - 17.1.2. Epilepsija i mentalni poremećaji
 - 17.1.3. Socijalno-medicinski značaj epilepsije
 - 17.1.4. Principi lečenja
 - 17.2. Vaskularna oboljenja centralnog nervnog sistema
 - 17.2.1. Arterioskleroza (ateroskleroza) mozga
 - 17.2.2. Prolazne ishemije mozga
 - 17.2.3. Infarkt mozga
 - 17.2.4. Intrakranijalna krvarenja
- 18. Poremećaji živaca, korenova i snopova živaca**
 - 18.1. Poliradikuloneuritisi i polineuritisi
 - 18.1.1. Poliradikuloneuritis (Polyradiculoneuritis)
 - 18.2. Zapaljenje nerava (Polyneuritis, neuritis)
 - 18.3. Povrede i oboljenja perifernih nerava
 - 18.3.1. Povrede i oboljenja kranijalnih nerava
 - 18.3.2. Povrede i oboljenja spinalnih nerava
- 19. Bolesti mišićno-živčane spojnice i bolesti mišića (Neuromišićna oboljenja)**
 - 19.1. Progresivna distrofija mišića
 - 19.2. Mijastenija (Myasthenia gravis pseudoparalytica)
 - 19.3. Polimiozitis (Polymiositis)
- 20. Moždana paraliza i drugi sindromi paralize**
 - 20.1. Dečja cerebralna paraliza
 - 20.1.1. Litlova (Little) bolest
- 21. Traumatske povrede mozga i kičmene moždine**
 - 21.1. Potres mozga (Commotio cerebri)
 - 21.2. Kontuzija i laceracija mozga (Contusio et laceratio cerebri)
 - 21.3. Kompresija mozga (Compressio cerebri)
 - 21.3.1. Epiduralno krvarenje (Haemorrhagia epiduralis)
 - 21.3.2. Subduralno krvarenje (Haemorrhagia subduralis)
 - 21.4. Traume kičmene moždine
- 22. Intrakranijalni tumori**
- 23. Intoksikacije centralnog nervnog sistema**
 - 23.1. Sindrom kome
 - 23.1.1. Klasifikacija koma prema uzrocima
- 24. Psihomotorna retardacija**
 - 24.1. Familijarna amaurotička idiotija
 - 24.2. Kretenizam (Cretinismus)
 - 24.3. Fenilketonurija



71	24.4. Hromozomske aberacije	140
72	24.4.1. Daunov sindrom (Mongoloidna idiotija, mongolismus)	141
72	24.5. Neurokutani sindrom	142
73	24.5.1. Neurofibromatoza (Von Recklinghausenova bolest)	142
73	24.5.2. Tuberозна skleroza (Epilaa, Burnevilova bolest)	143
76	24.6. Kongenitalni lues	143
85	24.7. Oligofrenije izazvane zapaljenjskim procesima	144
88	24.8. Oligofrenija nastala usled senzoričkih oštećenja	144
90	25. Dijagnostičke metode u neurologiji	146
92	25.1. Prenatalna dijagnostika	150
94	Psihijatrija	153
97	26. Psihičke funkcije i njihovi poremećaji	154
98	26.1. Opažanje (percepcija)	154
99	26.1.1. Poremećaji opažanja	156
100	26.2. Pažnja	161
102	26.2.1. Poremećaji pažnje	162
105	26.3. Mišljenje	163
105	26.3.1. Poremećaji mišljenja	165
106	26.4. Pamćenje	168
107	26.4.1. Poremećaji pamćenja	170
107	26.5. Inteligencija	171
109	26.5.1. Poremećaji inteligencije	174
112	26.6. Osećanja (emocije)	176
113	26.6.1. Klasifikacija osećanja	179
115	26.6.2. Podela emocija (osećanja) prema trajanju	181
117	26.6.3. Poremećaji afekta	183
118	26.7. Volja	185
118	26.7.1. Poremećaji voljne aktivnosti	185
119	26.8. Instinkti, nagoni i motivi	187
123	26.8.1. Podela nagona	189
123	26.8.2. Poremećaji nagona	189
124	26.9. Svest	194
125	26.9.1. Poremećaji svesti	196
125	Mentalne bolesti	199
126	27. Klasifikacija mentalnih bolesti	200
127	28. Neurotski, sa stresom povezani i somatoformni poremećaji (Neuroze)	203
128	28.1. Klasifikacija neuroza	207
132	28.1.1. Fobični anksiozni poremećaji (Fobije i fobične neuroze)	207
133	28.1.2. Drugi anksiozni poremećaji	211
136	28.1.3. Opsesivno-kompulzivni poremećaji (Prisilne neuroze)	215
137	28.1.4. Reakcije na težak stres i poremećaji prilagođavanja	216
138	28.1.5. Disocijativni (konverzivni) poremećaji Konverzion neuroza (histerija)	221
139	28.1.6. Somatoformni poremećaji	228
	28.1.7. Drugi neurotski poremećaji	234

Šošić M. i sar.: **Infekcije nervnog sistema**, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 2000.

Tadić N.: **Neuroze u dece**, IV stručna konferencija lekara opšte medicine SR Srbije, Galenika, Beograd, 1975.

Tadić N.: **Psihijatrija detinjstva i mladosti**, Naučna knjiga, Beograd, 1981.

Timotijević J.: **Principi farmakoterapije**, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, 1999.

Troj E.: **Psihologija deteta**, Naučna knjiga, Beograd, 1964.

Veljković J.: **Uvod u mentalnu higijenu i socijalnu psihijatriju**, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1962.

Vesel J.: **Specijalna nega duševnih bolesnika**, Viša medicinska škola, Beograd, 1970.

Živković M., Šternić N., Kostić V.: **Ishemička bolest mozga**, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 2000.



Sadržaj

Predgovor	3
Uvod	7
1. Definicija i predmet neurologije, psihijatrije, mentalne higijene i socijalne psihijatrije	8
2. Istorijat neuropsihijatrije	9
3. Pojam psihičkog života	12
Neurologija	15
4. Razvoj nervnog sistema	16
4.1. Građa nervnog sistema	18
4.2. Podela nervnog sistema	18
Podela nervnog sistema	19
4.2.1. Centralni somatski nervni sistem	22
4.2.2. Periferni somatski nervni sistem	28
5. Moždane opne	31
6. Krvni sudovi mozga	32
7. Moždano-kičmena tečnost (Liquor cerebrospinalis)	33
Opšta neurologija	35
8. Motorni sistem(Motilitet)	36
9. Senzibilitet	39
10. Refleksi	41
11. Mišićni tonus	43
12. Uzroci nervnih bolesti	45
Bolesti nervnog sistema (Deseta međunarodna klasifikacija bolesti – MKB–10)	46
Specijalna neurologija	49
13.Zapaljenjska oboljenja centralnog nervnog sistema	50
13.1. Meningitis	50
13.1.1. Meningokokni meningitis (Meningitis cerebrospinalis epidemica)	52
13.2. Zapaljenje mozga (Encefalitis)	53
13.2.1. Virusni encefalitis	55
13.2.2. Sekundarni encefalitis	57
13.3. Zapaljenje kičmene moždine(Myelitis)	59
13.3.1. Virusni mijelitis	59
13.3.2. „Sušenje kičmene moždine“(Tabes dorsalis)	61
13.3.3. AIDS (sida) i oboljenja nervnog sistema	63
13.3.4. Cerebrovaskulame komplikacije	65
13.4. Absces mozga	65
14. Vanpiramidna (ekstrapiramidna) oboljenja i poremećaji kretanja	67
14.1. Parkinsonova bolest (Morbus Parkinsoni)	67
14.2. Chorea minor	69
15. Druge degenerativne bolesti nervnog sistema	71

Hadži-Antonović O.: **Istorija proučavanja dečje shizofrenije**, Anali Zavoda za mentalno zdravlje, Beograd, 1970. god. II, br. 3-4.

Henderson D., Gillespie R.: **Psijhijatrija**, Medicinska knjiga, Beograd, 1951.

ICD-10 **Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja**, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1992.

ICD-10 **Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja** (Dijagnostički kriterijumi za istraživanje), Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1998.

Međunarodna **klasifikacija bolesti MKB-10** (knjiga 1), Savezni zavod za zaštitu i unapređenje zdravlja, Savremena administracija, Beograd, 1996.

Jajić M., Vračević Lj., Đorđević D.: **Nega bolesnika, opšta i specijalna**, Institut za stručno usavršavanje i specijalizaciju zdravstvenih radnika, Beograd, 1968.

Kaličanin P., Bojanin S., Anđelković A., Stojanović Lj. i Marinković R.: **Zaštita i unapređenje mentalnog zdravlja u društvenoj zajednici**, Zavod za mentalno zdravlje, Beograd, 1975.

Kaličanin P., Bukelić J., Španović Radojković V., Lečić-Josevski D.: **Stresovi rata**, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, 1994.

Kaličanin P.: **Psijhijatrija**, Velar, Beograd, 1997.

Kapor G.: **Psijhopatije ili poremećaji ličnosti**, Naučna knjiga, Beograd, 1980.

Kecmanović D. i sar.: **Psijhijatrija**, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1986.

Kecmanović D. i sar.: **Psijhijatrija**, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, Svjetlost, Sarajevo, 1989.

Klinička pedijatrija, urednici: Velisavljević V., Korać D., Juretić M., Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1988.

Kosmanović-Četković D.: **Akutte infektivne bolesti**, ICS, Beograd, 1974.

Kostić S.: **Pedijatrija**, Institut za stručno usavršavanje i specijalizaciju zdravstvenih radnika, Beograd, 1969.

Kostić V.: **Parkinsonova bolest i parkinsonizam**, Medicinski fakultet, Beograd, 1998.

Лакосина Н. Д., Ушаков Л. К.: Медицинская психология, Медицина, Москва, 1984.

Longev **klinički priručnik: Psijhijatrija** (Dijagnoza, terapija), Savremena administracija, Beograd, 1992.

Lević Z., Nikolić M.: **Neurologija**, Praxis, medica, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1982.

Lević Z.: **Osnovi savremene neurologije**, Medicinske komunikacije, Beograd, 1998.

Mačić J.: **Klinička psijhijatrija**, VMS, Obrazovni greifski centar, Novi Beograd, 1982.

Marjanović B., Lević Z.: **Epilepsije i epileptični sindromi**, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1997.

Matić V.: **Dečja psihopatologija**, II prerađeno i dopunjeno izdanje, autorizovana skripta, Beograd, 1971.

Medicinska enciklopedija, Jugoslovenski leksikografski zavod, Zagreb, 1970.

Михеев В.: **Нервные болезни**, „Медицина“, Москва, 1974.

Milovanović D.: **Encefaliti u dece** (lično saopštenje)

Mršulja B.: **Neurobiologija poremećaja cerebralne cirkulacije**, Medicinska knjiga Beograd-Zagreb, 1986.

Mršulja B., Kostić V.: **Neurohemija u neurološkim bolestima**, Medicinska knjiga, Beograd, 1994.

Paunović V., Babinski T.: **Biološka psihijatrija**, Medicinski fakultet, Beograd, 1995.

Pichot P.: **A Century of Psychiatry**, Roche, Editions Roger Dacost, Paris, 1983.

Porc A.: **Enciklopedija psihijatrije**, Nolit, Beograd, 1990.

Портнов А., Федотов Д.: **Психиатрия**, „Медицина“, Москва, 1974.

Psihiјatriја, ured. S. Morić-Petrović, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1987.

Radojičić B.: **Klinička neurologija**, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1989.

Radojičić B.: **Bolesti nervnog sistema**, II prerađeno i dopunjeno izdanje, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1989.

Radojičić B.: **Neurologija za stomatologe**, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1973.

Radojičić B.: **Psihopatologija**, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1975.

Radojičić B., Milovanović D., Jovanović N.: **Rastenje i razvoj, Metodologija rane dijagnostike i rehabilitacija dece ometene u psihofizičkom razvoju**, Zavod za zdravstvenu zaštitu SR Srbije „Dr Milan Jovanović-Batulić“, Beograd 1974.

Radojičić B.: **Bolesti nervnog sistema** (IV izdanje) Elit-Medica, Beograd, 1996.

Radojičić B.: **Opšta i specijalna klinička neurologija**, Elit-Medica, Beograd, 1998.

Ribić I.: **Elektroencefalografija**, Praxis medica, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1987.

Ristić J.: **Nervni sistem čoveka**, Kultura, Beograd, 1960.

Smiljanić-Čolanović V., Toličić I.: **Dečja psihologija**, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1975.

Смирнов В.: **Психоанализа детета**, Кultura, Beograd, 1970.

Stojiljković S.: **Psihiјatriја sa medicinskom psihologijom**, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1975.

Сухарева И.: **Лекции по психиатрии детского возраста**, „Медицина“, Москва, 1974.

Varijabilan – promjenljiv

verbalizacija – izražavanje rečima

verbigeracija – besmisleno ponavljanje reči

verifikacija – dokazivanje istine

vertigo – vrtoglavica

vigilitet (vigilnost) – sposobnost usmeravanja pažnje na nove predmete

viktinologija – nauka o žrtvama

vitium artis – stručna greška

vizija – pogrešno viđenje (iluzija)

vaajerstvo – seksualno zadovoljstvo gledanjem seksualnog odnosa drugih, posmatranje delova tela i fotografija osoba suprotnog pola

Vasermanova (Wasserman) reakcija – reakcija kojom se dijagnostikuje infekcija treponemom

Zatvorske psihoze – psihoze osoba koje se nalaze u zatvoru i očekuju egzekuciju, pa „beže“ u bolesti

zoofilija (sodomija) – seksualna naklonost i opštenje sa životinjama

zoopsija – viđenje sitnih životinja (čest simptom kod alkoholnog delirijuma)

Literatura

Antonijević M., Bukelić J. i dr.: **Narkomanije mladih**, BIGZ, Kultura, Beograd, 1971.

Бодальян Л. О., Журва Л. Т., Всеволодская Н. М.: **Руководство по неврологии раннего детского возраста**, „Здоровье“, Киев, 1980.

Bojić, B.: **Metodologija rane dijagnostike i rehabilitacije dece ometene u psihofizičkom razvoju**, Zavod za zdravstvenu zaštitu SR Srbije „Dr Milan Jovanović-Balut“, Beograd, 1974.

Боншичиков Б., Неврозрава Т.: **Психиатрия**, „Медицина“, Москва, 1969.

Barjaktarević-Nikolić K.: **Klinička klasifikacija epilepsije**, Anal. Zavoda za mentalno zdravlje, Beograd, 1974., god. VI br. 4.

Blažević D., Hudolin V.: **Mentalna higijena i psihijatrija s neurologijom**, udžbenik za škole za medicinske sestre, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1972.

Боголепов Н.: **Клинические лекции по невропатологии**, „Медицина“, Москва.

Bojanin S.: **Adolescentno doba**, Anal. Zavoda za mentalno zdravlje, Beograd, 1970; god. II, br. 3-4.

Bojanin S.: **Predlog klasifikacije poremećaja psihomotorike (PPM)**, Anal. Zavoda za mentalno zdravlje, Beograd, 1974, br. 4.

Bojanin S.: **Neuropsihologija razvojnog doba i opšti reedukativni metod**, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1985.

Bojanin S., Rodulović K.: **Socijalna psihijatrija razvojnog doba**, Naučna knjiga, Beograd, 1988.

Brain's Clinical Neurology: **Revised by sir Roger Bannister**, Oxford University Press, London, New York, Tokyo, 1985.

Bukelić J.: **Neuropsihijatrija**, udžbenik za IV. razred usmerenog obrazovanja zdravstvene struke, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1988.

Bukelić J.: **Droga — mit ili bolest**, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1988.

Bukelić J.: **Specijalna nega neuropsihijatrijskih bolesnika**, udžbenik za IV razred usmerenog obrazovanja zdravstvene struke, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1989.

Bukelić J.: **Droga u školskoj klupi III izdanje**, Velar, Beograd, 1997.

Bukelić J.: **Socijalna psihijatrija**, udžbenik za studente Defektološkog fakulteta, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 2000.

Ercegović D.: **O psihomotornoj epilepsiji**, Udruženje publicista, Beograd, 1981.

Фридман А.: **Основи ликворологии**, „Медицина“, Ленинград, 1971.

raptus — impulsivno ponašanje, praćeno
praznjenjem afektivne napetosti

rasulo misli — raspad pojmov i nerazumljiv
govor

readmisija — ponovni prijem

reaktivne psihoze — psihoze nastale iz reaktivnih
razloga (konflikt, stres)

reanimacija — veštačkim sredstvima održavanje
u životu vitalno ugrožene osobe

recidiv — povratak, vraćanje bolesti

redukcija — prevaspitivanje

regresija — vraćanje na prvobitne obrasc
ponašanja, koji ne odgovaraju stepenu kalen-
darskog uzrasta osobe

rehabilitacija — vraćanje u ranije stanje

rehospitlizacija — ponovno bolničko lečenje

reintegracija — ponovno uspostavljanje celine
na nivou prethodne integritetnosti

reinkarnacija — verovanje da se čovek posle
smrti ponovo rađa

rekognicija — prepoznavanje, raspoznavanje
(prethodno upamćenog)

rekonvalescencija — oporavljanje od bolesti

relaksacija — smirivanje, opuštanje

remniscencija — ponovo sećanje i
zapoćevanje

remisija — slabljenje, popuštanje bolesti

represija — potiskivanje

resantiman (resentiman) — negativan emocio-
nalni odnos prema proizvođaču šteta ili povreda
ličnosti oštećenog

resocializacija — ponovo uključivanje u društvene
procese

retardacija — zaostajanje psihofizičkog razvoja

refencija — održavanje, uskraćivanje

retrogradna amnezija — nasećanje koje se
odnosi na period pomućene svesti ili gubitak
svesti posle neke traume

revandicacija — potraživanje odštete zbog obično
izmišlene ili preuveličane nepravde

reverzibilnost — povrtnost

rigidan — krut

rigor — mišićna ukočenost

samuelencija — pospanost (lakši stepen
poremećaja svesti)

spopor — kvantitativni poremećaj svesti, pri kome
se osoba može probuditi jakim dražima

spastičan (spasmus) — grčevit

spozam — trajno povišen tonus mišića

stereotipija — uvek isto držanje i ponašanje
pacijenta

stigma — obeležje (stigmata degeneraciones,
= degenerativni znaci kod nekih hereditarno-
nerativnih oboljenja)

strabizam — razrokost

stupor — suženje svesti, praćeno maksimalnom
motornom inhibicijom i odsustvom reakcije na
spoljne draži

sublimacija (sublimatio) — podsvesni proces
kojim se nagoni impuls, koji nije prihvatljiv,
prevraća (sublimira) u socialno i etički prihvatljivu
aktivnost

submisija (submissio) — pokoravanje,
popuštanje

suburditas — naglušnost

sugestibilnost — poslušnost pacijenta; podložnost
sugestijama

suicid (suicidium) — samoubistvo

suicidalan — sklon samoubistvu

sumračno stanje — naglo suženje svesti

super-ego — nad ja, deo ličnosti koji se
kontrolise prema socialnim normama, savest
ličnosti

surditas — gluvoća

Sub-egzacerbacija — ponovno izbijanje psi-
hoze

trihotilomanija — polova županja, kose, najčešće
neurotska

Tabletomanija — sklonost zloupotrebi različitih
tableta (analgetika, hipnotika, sedativa)

tabu — predmet, mesto ili ličnost zaštićeni
običajima ili zakonima, po kršenje kojihove sve-
losti i nepokosnovanosti navodno donosi veliku
nesreću

utilitaran — konstan

utopistički — neosettiv, nemoguć
predmeta dodirivanjem, pri ožuvanom-čulu
dodira

mentalna anoreksija – gubitak apetita i slabije, često praćeni hormonalnim poremećajem
mentalni automatizam – nezavisno i spontano funkcionisanje celokupnog psihičkog života ili jednog njegovog dela, izvan voljne kontrole i izvan kontrole svesti

mentizam – nezadrživo promicanje ideje i slika (pod dejstvom neke toksične supstance)

meritoran – stručan, nadležan

mesijanstvo – verovanje u dolazak mesije

midrijaza – proširenje zenica

mikcija – mokrenje

mikrocefalija – mala glava

mikrografija – pisanje sitnim slovima

mikropsija – viđenje umanjenih predmeta

mioza – suženje zenica

mnezija – pamćenje

miksedem – pastozni edem zbog poremećaja u funkciji štitne žlezde

mitomanija – patološka sklonost lažanju, preuveličavanju događaja

mobitne sumanute ideje – sumanute ideje koje se lako menjaju

mongelizam (mongoloidna idiotija) – hromozomska anomalija praćena intelektualnim deficitom dece

mizofobija – strah od prijavštine i prisilno pranje ruku

mora – strah i nemi u snu, posle koga sledi buđenje

moral insaniiti (insanity) – oblik psihopatije praćen gubitkom moralno-etičkih osećanja

moira – crni humor na sopstveni račun

morbidan – bolestan

moribund – umirući, na samrti

mortalitet – smrtnost, stopa smrtnosti

motilitet – pokretnost

motorna docilnost – poslušno izvršavanje datih nalogu

mutilacija – sakaćenje, obogaljenje

mutizam – odbijanje verbalne komunikacije

Narcizam – samozaljubljenost

narkoanaliza – analiza pacijenta kome su dati narkotici radi smanjenja ili gubitka cenzure svesti, pri čemu je pacijent sposoban da komunicira

narkoterapija – lečenje spavanjem

negativizam – odbijanje nalogu ili postupanje suprotno od nalogu

nekrofagija – jedenje mesa sa leševa ljudi i životinja

nekrofilija – erotsko interesovanje, ali i (retko) seksualni odnos sa leševima

neologizmi – nove reči (kovanice)

neuralgija – bol nerava

neurastenija – razdražljiva slabost (vrsta neuroze)

nirvana – stanje blaženstva u kome su sve potrebe zadovoljene (psihoanal. – gubitak individualnosti, a prema budističkom učenju – utapanje individue u kosmos)

nihilističke ideje – sumanute ideje kad bolesnik tvrdi da nema nigde nikoga i nigde ničega

nimfomanija – naglašen seksualni nagon žena

nistagmus – kratki trzaji očnih jabučica

noxa (nox) – uzročnik oštećenja

nozofobija – strah od bolesti

Obezitas (obesitas) – gojaznost

„oduzimanje misli“ – blok u mišljenju, praćen ubeđenjem bolesnika da mu neko oduzima misli

olfaktivne halucinacije – mirisne halucinacije

oligofrenija (oligophrenia) – slaboumnost, nedostatak inteligencije

omnipotencija – verovanje u svemoć misli, da se sve što se zamisli i dešava

onihofagija – grizeње noktiju

oniričan (oneiričan) – koji liči na san, snevanje pacijenta (vizije i halucinacije)

opistofanuz – položaj pacijenta u obliku luka, sa tačkama oslonca na potiljku i na petama (kod meningitisa, histerije i dr.)

opserver – posmatrač

opsesija – prisila

opstipacija (opstipatio) – privremeni ili trajni zatvor

optička agnozija – nesposobnost prepoznavanja čulom vida pri potpuno zdravom optičkom aparatu oka

optičke halucinacije – vidne halucinacije

Parafilije – seksualne perversije

paramimija – afekt praćen neadekvatnom mimikom

paramnezija – poremećaj sećanja, svi oblici izmenjenog sećanja

paranoja – hronična duševna bolest praćena sistematizovanim sumanutim idejama proganjanja

paratimija – neadekvatan afekt

paroksizmalan – koji se javlja u napadima

pavor nocturnus – noćni strah

pedofilija – seksualno motivisana ljubav prema deci

percepcija – opažanje

permeabilitet – propustljivost

permisivnost – dopustivost, odnos prema izboru koji se ne ometa, ali i ne odobrava

persekucija – sumanuta ideja proganjanja

perseveracija – besmisleno i prisilno ponavljanje neke reči ili rečenice

personifikacija – oličenje

persuazija – ubeđivanje, uveravanje

piromanija – sklonost paljenju, podmetanju požara

placebo – terapijski indiferentna i neaktivna supstanca

plej (play) terapija – terapija igrom

portomanija – lutanje; putovanje (pri čemu postoji kvalitativna izmena svesti)

poropsija – ufisak da se opaženi predmeti udaljavaju

posesivnost – težnja ka posedništvu, vlasništvu

posturalna – vezana za držanje, položaj i izgled tela

preadolescencija – period posle 10–12. godine (u kontekstu individualnog slučaja)

predikcija – predviđanje sekvenci ponašanja i događaja u doglednom vremenu

prevenirati – preduprediti, sprečiti

prognoza – određivanje daljeg toka bolesti

projekcija – odbrambeni mehanizam gde se impuls iz nesvesnog dela psihičkog koji je neprihvativ za ja ličnosti, projektuje na objekt u okolini i prenosi krivica (takođe nesvesno) sa sopstvene ličnosti na okolinu, čest kod nekih mentalnih oboljenja, kao kod paranoje, na primer

pretenjene ideje – ideje obajene afektom

predispozicija – prirodna sklonost ka nečemu, potencijalna mogućnost i, strože, genetska određenost

prepsihotična struktura – ponašanje osobe koja inklinira psihotičnom; neki spoljni faktor može provocirati izbijanje psihoze (stres, droga i sl.)

prematuros – nezreo, prevremen

prekognicija – saznanje koje ide ispred vremenskog toka, a odnosi se na vremenski događaj koji se još nije odigrao

promiskuitet – olako i često menjanje heteroseksualnog i homoseksualnog partnera

prenatalni – pre rođenja

protektivan – zaštitni

pseudologia phantastica – sklonost laganju, patološka lažljivost

psihodrama – oblik grupne terapije

psihofarmaci – grupa lekova koji deluju na psihičke funkcije

ptaza – spuštenost očnih kapaka

pubertet – period polnog sazrevanja (između 12. i 14. godine)

pulzija – nagon

puerilizam – regresivno ponašanje koje ne odgovara uzrastu osobe, a ispoljava se u mimici, govoru i svakodnevnim aktivnostima

puerperalno – paradijsko

Racionalizacija – trošenje racionalnih razloga radi opravdanja nekog osujećenja

racionalno – odnosi se na razum, razumno

imbecilnost = moloumnost, lizmeđu, debilnost, žame vi¹ (amais yu) = fenomen nikad vidnog

imperativne halucinacije — norel bodavne
halucinacije — [arogenija] — psihogeni poremećaj nastao in-
dikacijom ili negativnim medijenskim postupkom

imilacija – svesno i nesvesno oponašanje

lekara

ehomimija – ponavljanje tuđe mimike
ehopraksija – ponavljanje tuđih pokreta
ekscitacija – snažno uzbuđenje, razdraženje
ekshibicionizam – seksualno zadovoljstvo postignuto pokazivanjem genitalija
eksploatacija – istraživanje, ispitivanje
elektroencefalografija (EEG) – registriranje akcionih struja mozga
ekstaza – slično transu, pojava suženja svesti, kontemplacija, uz doživljavanje vizije često religioznih sadržaja
ekstrasenzorna percepcija – vančulno opažanje (pojam parapsihologije)
ekstroverzija – tip ličnosti okrenut drugim ljudima i okolini
ekforija – evokacija jednog traga pamćenja
elevacija – dizanje, podizanje
emanacija – zračenje psihičke energije
empatija – razumevanje tuđih emocionalnih i intelektualnih doživljavanja
enkopreza – poremećaj eliminacije fecesa
enorman – ogroman
enureza – mokrenje u krevetu
encefalogram – rendgenski snimak glave
engram – trag trajnog karaktera koji se stvara u neuronima pod dejstvom nekog doživljaja
eritrofobija – strah od crvenjenja
ergoterapija – okupaciona i radna terapija
eretičnost – emocionalna prenadroženost
erotomanija – hiperseksualizovanost
etilizam – alkoholizam
eufonija – veselo raspoloženje bez odgovarajućih razloga
eutanazija – medicinsko olakšavanje bolova neizlečivih pacijenata; ali i postupak skraćanja ili uništenja života iz samilosti (zakonom je zabranjen!)
evaluacija – vrednovanje
evokacija – sećanje i oživljavanje ranijih sadržaja

Facies miopatika (facies myopathica) – miopatski izraz lica, praćen redukcijom ili gubitkom mimike
falus – penis
falusni stadlium – period razvoja infantilne seksualnosti (od 3. do 7. godine), karakterističan po interesovanjima vezanim za penis
fantazam – živa, prividna stvarna slika
fantomski ud – doživljaj bola na ekstremitetu ili organu koji nedostaje (najčešće amputiran)
farmakomanija – zloupotreba lekova
farmakopsihoza – psihoza nastala zloupotrebom neke droge
feminizacija – ženski tip ponašanja, često praćen ženskim sekundarnim seksualnim karakteristikama, hormonalno ili psihogeno uslovljen
fenomenologija – teorijska tačka gledišta koja zastupa proučavanje fenomena
fiksacija – zastoj na određenoj fazi psihoseksualnog razvoja
ferilan – plodan
filogenija (filogeneza) – poreklo i evolucija vrste
flakcidan – mlitav, opušten
fleksibilan – saviljiv (fig. snalozljiv)
fiziognomija – ocenjivanje mentalnih karakteristika po izgledu lica, obliku glave i drugim telesnim karakteristikama
floridan – cvetan, svež (med. fig.), izraženost simptoma bolesti
fobija – strah vezan za određeni predmet ili prisilu
fonacija – proizvodjenje govornih glasova
fonostimulacija – nadražaj, stimulacija zvukom (pri EEG)
forenzički – sudski
fotofobija – preosetljivost na svetlost
fotostimulacija – nadražaj, stimulacija svetlosnim efektima (pri EEG)
frigidnost – seksualna anestezija
frustracija – osušećenje
fuga – lutanje (najčešće zbog kvalitativne izmene svesti)
fuga idearum – bekstvo ideja

Ganzerov sindrom – simulacija psihoze u opasnim situacijama (zatvor)

generalizacija – uopštavanje

genetika – nauka o nasleđu

geneza – poreklo nečega

genotip – zajedničke osobine jedne biološki određene grupe

gerijatrija – nauka i veština negovanja starih osoba

gerontofilija – ljubav prema starim osobama (poremećaj seksualnog nagona)

gigantizam – patološko povećanje rasta

grand mal – veliki epileptički napad

grafospazam – grčevi mišića prstiju i šake pri pokušaju pisanja

gratifikacija – zadovoljavanje prethodne želje, svesnost postignutog cilja

gubitak objekta – (psihanal.) gubitak ljubavi koja dolazi od nekog lica

gustativne halucinacije – halucinacije čula ukusa

Habitvacija – formiranje navike (na lek ili drugu)

halitus – zaošah izdahnutog vazduha

halucinacije – opažanja bez objekta

haptičke halucinacije – halucinacije čula dodira

hebefrenija – vrsta shizofrenije karakteristična za adolescenciju

hedonizam – filozofski i psihološki pravac koji propagira čulno uživanje i zadovoljstvo kao cilj ljudskog delanja

hemianestezija – neosetljivost u jednoj polovini tela

hemianopsija – ispad u polovini vidnog polja

hemiplegija – oduzetost u jednoj polovini tela

hemoragija – krvarenje

hereditet – nasleđe

hermafrodit – osoba koja poseduje osobine oba pola

hidrocefalus – nagomilavanje tečnosti u likvornom sistemu

hidrofobija – strah od vode

hibernacija – lečenje prolongiranim snom (spavanjem)

hiperkuzija – pojačan sluh, praćen bolnom osteljivošću na zvukove

hipermnezija – izvanredno sećanje i upamćivanje

hiperkinezija – mnoštvo najčešće nevoljnih pokreta

hipersalivacija – pojačano lučenje pljuvačke

hipertimija – povišeni atekti

hipertonija – povišenje tonusa

hiperventilacija – brzo i duboko disanje

hipnagogne halucinacije – halucinacije u trenutku usipavlivanja

hipohondrija – zaokupljenost strahom od organske bolesti, uz uporne zahteve za eksploracijom da bi se otkrila somatska bolest

hipomanija – povišeno raspoloženje, praćeno odgovarajućom inicijativom, najčešće uvod u maniju

hipomnezija – nedostatak pamćenja

hiromantija – čitanje sa dlana

homicid (homicidium) – holimično ubistvo

homoseksualnost – seksualna težnja prema osobama istog pola

hospitalizam – psihičke promene kod bolesnika zbog duge hospitalizacije

hospitalni – bolnički

hostilnost – gnev prema nekom licu ili grupi i tendencija da se nanese neko zlo

Id (ona) – predstavnik nagonskog dela ličnosti

idealizacija – davanje savšenih osobina nečemu nesavšenom i zanemarivanje mana

identitet – istovetnost u bitnim, određenim svojstvima

idiot – teško oligofrena osoba

iluzija – pogrešno opažanje

imaginacija – maštovitost, uobrazila

anikloza – ukočenost zglobova
anksioznost – strah praćen unutrašnjom napetošću zbog iščekivanja neke opasnosti
anoreksija – gubitak apetita
anoksija (anoxia) – nedostatak kiseonika
anomija – oblik afazije; nesposobnost prisaćanja imena ličnosti ili stvari
anosmića – gubitak osećaja mirisa
antabus (disulfiram) – hemijska supstanca koja se upotrebljava za lečenje alkoholizma
antiepileptici – lekovi za lečenje epilepsije
antipsihijatrija – pokret osporavanja psihijatrije i kriterijuma duševne bolesti
antropofagija – jedenje ljudskog mesa (ludožderstvo)
apatija – utrnulost osećanja, gubitak emocija
apercepcija – jasno shvaćanje psihičkog sadržaja
aplikacija – način primene, izvođenje
apopleksija (apoplexia) – udar, kaplja
apraksija – nesposobnost izvođenja svrsishodnih pokreta
apstinencija – samoinicijativni prestanak lišavanje (obično prestanak uzimanja psihoaktivnih supstanci)
arefleksija – gubitak jednog ili više refleksa
arteriografija – kontrastno snimanje krvnih sudova
asepsis – higijenski uslovi u kojima nema klica
asfiksija (asphyxia) – gušenje
astazija – nesposobnost stajanja (psihogeno uslovljena)
astenija (asthenia) – opšta slabost
ataksija – gubitak koordinacije pri stajanju i hodu
ateleza – nevoljni, spontani, cvalijski pokreti kod oštećenja ekstrapiramidnog puta
atimohormija – deficit vitalnog dinamizma, živinog poleta, prouzrokovan poremećajem motiva i emocija
atonija – gubitak tonusa mišića

atrofija (atrophia) – gubitak supstance, usuhnulost, iščezvanje
aura – predznak, prethodnica
autizam – patološko mišljenje koje zanemaruje realnost, povlačenje bolesnika u sopstveni svet
autokuzacija – samoopuživanje
automutilacija – samopovređivanje
Bel endiferans (belle indifference) – lepa ravnodušnost
beštvo ideja – ubrzan tok misli s množinom asocijacija i nemogućnošću pacijenta da se drži determinišuće tendencije
bestidnost – zversko, životinjsko ponašanje
biblioterapija – terapijska metoda čitanjem
biježvior – ponašanje
bijehviorizam – psihološki pravac koji polazi čira značaj ponašanja, a manji značaj pridaje svesnom i nesvesnom
bilateralno – obostrano
biseksualnost – seksualna sklonost prema osobama suprotnog i sopstvenog pola
bizarnost – čudnovat način držanja i izražavanja
biefarospazam – nevoljno treptanje očnih kapaka slično tiklu
blok u mišljenju – prekid toka misli
bolus smrt – hlapljivost i opasnost ugušenja
borderajn (engl.) – granični, slučaj, granična organizacija ličnosti između psihotične i neurotične, ili sa karakteristikama i jedne i druge
bradifazija – usporenost govora
bradikinezija – usporenost pokreta
braditalija – usporenost govora zbog govorne mane
bradipshija – psihička usporenost (sinonim bradifrenija), usporenost intelektualnog funkcionisanja (ideacija, asocijacija, evokacija i teškoće u povezivanju misli)
brutalan – grub, surov
bulimija – proždrljivost

cenestetske halucinacije – halucinacije unutrašnjih organa
cerebellum – mali mozak
chorea (horea) – bolest procena nevoljnim pokretima
ciklotimija – s menjanje veselosti (euforije) i tuge, karakteristično za određeni tip ličnosti
disociranost – inkoherenan (nepovezan) tok misli, praćen gubitkom normalnih asocijativnih misaonih procesa
disperzan – rasut
dispraksija – smanjena sposobnost koordinisanih pokreta
displazija – nepravilan razvoj
dizartija – teškoća govora zbog neurološkog ili mišićnog oštećenja
docilnost – poslušnost nastala pod sugestijom druge osobe
dromomanija – neobuzdana potreba za putovanjem
dubiozan – neizvestan
Edem – otek
Edipov kompleks – ljubav dela (seksualizovana prema roditelju suprotnog pola)
ego – ja – svesni deo ličnosti rukovodjen pričinom i realnosti
edukacija – vaspitanje
egzaltacija – ušišćenje
egzofthalmus – protruzija očne jabučice, bulkost
egzorizam – isternivanje „davača, zlih duhova“
egocentizam – zainteresovanost za sebe i sopstvene probleme, uz odsustvo interesovanja za druge
egzacerbacija – pogoršanje, ponovo izbijanje
ejdetiske slike – intenzivno predstavljanje zamišljenih slika kao da ih subjekt stvarno opaža
eho misli – višak pacijenta da čuje sopstvene misli, gubitak granica ja
eholalija – ponavljanje tuđih reči

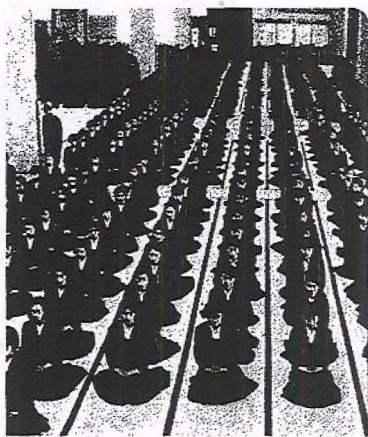
Pojedini autori ukazuju konkretno na značaj „ponovnog učenja“ socijalnog življenja i ponašanja.

Renije konstatuje da „socijalna psihijatrija nastoji da proučavanjem pojedinaca ili grupa ljudi u njihovoj svakodnevnoj socijalnoj sredini odredi one pojave u porodici i društvu uopšte koje utiču na socijalnu adaptaciju pojedinaca, odnosno grupe ljudi. Socijalna psihijatrija se ne bavi samo duševnim bolesnicima, već i problemima prilagođavanja svih osoba u društvu“.

Lajton (Leighton) ukazuje da se socijalna psihijatrija bavi grupama ljudi, odnosima između duševnih oboljenja i socio-kulturnih procesa, stavljajući pri tome težište svojih aktivnosti na ljudske grupe.

Posebno se ističe značaj socijalne kohezije, a na osnovu poznatih istraživanja tzv. „čistih zajednica“. Socijalna kohezija ima određene preventivne potencijale, ali ne može da spreči izbijanje mentalnog poremećaja ili oboljenja. Međutim, u ovim zajednicama briga za obolelog člana je naglašena, on je obasut pažnjom, prihvaćen je i lišen opasnosti da bude otuđen. Sasvim je onda razumljivo zbog čega su u ovakvim uslovima procesi rehabilitacije i socijalne reintegracije mentalno obolelih brži i efikasniji.

Poslednjih godina u nas pojedina područja psihijatrije doživljavaju pun razvoj. Pomenućemo samo neka: Ispitivanje epidemiologije neuroza, psihoza, alkoholizma, zatim ispitivanja stavova okoline prema duševno bolesnim osobama, problem samoubistva, mentalni poremećaji u izvanrednim situacijama, socio-psihijatrijski aspekti bolesti zavisnosti, bolesti razvojnog doba, disocijalno ponašanje, problemi rehabilitacije u psihijatriji i dr.



↑ Zen psihoterapija

Veliki broj stručnih radova pojavljuje se iz oblasti socioterapije, jednog posebnog područja koje neguje socijalna psihijatrija kao praktična i terapeutska disciplina.

U prethodnim poglavljima ovog udžbenika ukazivali smo na značaj socijalnih dimenzija psihičkog.

Socijalna psihijatrija je i veština lečenja mentalno obolelih. Tome smo posvetili pojedina poglavlja udžbenika za praktičnu nastavu neuropsihijatrije. Specijalna nega neuropsihijatrijskih bolesnika.

Rečnik pojmova

Abazija – psihogena uslovljena nesigurnost hoda

abreagovanje – oslobađanje psihičke energije

apsans (absence) – kratkotrajni prekid kontinuiteta svesti

abulija – slabost, gubitak volje

abuzus – zloupotreba lekova, droga i alkohola

acefalija – nakaznost (dete rođeno bez glave)

adekvatan – odgovarajući, podesan

adikcija – zloupotreba psihoaktivnih supstanci sa znacima psihičke i fizičke zavisnosti

adinamija – opšta slabost

adolescencija – razdoblje delinjsstva, a proteže se do zrelog doba

admisija – prijem, primanje

adopcija – usvojenje

afazija – nemogućnost govora

afektivna ambivalencija – postojanje protivrečnih emocija i motiva u određenoj situaciji ili prema nekoj osobi

afektivna karencija – lišavanje u afektivnim odnosima, nedostatak ljubavi

afonija – nemogućnost fonacije (histerični fenomen)

afrodizijak – sredstvo sa svojsvom podsticanja seksualnih prohleva

agitiranost – napetost praćena psihomotornim nemirima

agnozija – nemogućnost prepoznavanja pri oćuvanim ćulima

agorafobija – strah od ulica i trgova

agrafija – nesposobnost pisanja

agramatizam – smetnje govora koje se ispoljavaju nesposobnoću pravilnog gramatičkog izražavanja

agracija – polenciranje simptoma bolesti

akalkulija – nesposobnost računanja

akatzija – neodoljiva potreba subjekta za neprekidnim pomeranjem donjih ekstremiteta, što

onemogućava zadržavanje u sedećem ili ležećem

položaju (hiperkinezija ekstrapiramidnog porekla, najčešće zbog terapije neurolepticima)

akceleracija – ubrzavanje

akcident – nepredviđen i nepredvidiv događaj, najčešće sa štetnim posledicama

akoazma – halucinacija šuma, zvonjenja

akromegalija – prekomerni rast pojedinih delova tela po završenom rastu

akulturacija – usvajanje kulture grupe u koju se subjekt uključuje (kod migracija, na primer)

alalija – nemogućnost govora

aleksija – nesposobnost čitanja

alijenacija – otuđenje

alkoholemija – nivo alkohola u krvi

altruizam – delanje, žrtvovanje u korist, za dobro drugih

amauroza – slepilo

ambidekster – osoba koja se podjednako koristi obema rukama

ambitendencija – istovremeno javljanje dveju suprotnih tendencija

ambivalencija – postojanje protivrečnih emocija i motiva u određenoj situaciji ili prema nekoj osobi

ambulant (ambulantia) – bolesnička stanica, ustanova za pružanje prve i hitne pomoći

amencija – poremećaj svesti i mišljenja, nesposobnost sinteze utisaka

amnezija – nesećanje

amimija – gubitak, odsustvo mimike

amuzija – nesposobnost razumevanja muzike, nesposobnost shvatanja i stvaranja vokalnih i instrumentalnih tonova

analgezija – gubitak osećanja za bol

anankastičan – opsesivan, kompulzivan, koji boluje od prisilne neuroze

anencefalija – rođanje deteta bez mozga ili sa rudimentom mozga

anestezija – gubitak osećanja dodira

anizokorija – nejednakost zenica

Odlazak u penziju simbolično se obeležava dodelom časovnika. Neki to dožive kao svoj socijalni kraj i reaguju depresijom, pa i pokušajima samoubistva.

Stare osobe teško doživljavaju smrt bračnog druga ili nekog od mlađih ukućana, što je opisano kao simptom „razorenog gnezda“, razorenog doma, kada je sklonost depresivnom reagovanju naglašena.

Izvestan broj starih osoba, naročito na selima, ostaje sâm. Ponekad ti „usamljeni vukovi“ emocionalno klonu i mogu ispoljiti čak i neke mentalne poremećaje.

U svim kategorijama starih obolelih ljudi postoji rizik od samoubistva. Postoje stanja maskiranih depresija, kada suicidalne namere nije moguće naslutiti.

Izuzetan značaj u tretmanu starih ima telesna nega. Osim toga, treba im preporučiti i „dozirati“ dnevne, radno-rekreativne i druge aktivnosti i negovati human stav. Starost postaje izuzetno teška kada nestanu ljudski susreti i iščeznu sva nadanja.

32.2. Socijalna psihijatrija

Socijalna psihijatrija je deo medicinske nauke, odnosno psihijatrije, to jest naučna i praktična disciplina koja se karakteriše interdisciplinarnim pristupom. Ukazujući na značaj socijalnih, kulturnih i ekonomskih faktora za mentalno zdravlje pojedinca, ona individualno psihičko posmatra u dinamičkoj interakciji sa telesnim, biološkim sociokulturnim i psihološkim uticajima.

Sautard (Southard), direktor bostonske bolnice za psihopate, održao je prvo predavanje iz socijalne psihijatrije (1917) i prvi upotrebio ovaj termin.

J. Plant (1929) ponovo definiše socijalnu psihijatriju kao naučnu disciplinu koja se bavi proučavanjem i sprečavanjem mentalnih poremećaja prouzrokovanih socijalnim činiocima.

Godine 1940. naziv socijalne psihijatrije ponovo oživljava Hartvel (Hartwell), a sredinom ovog veka ova grana psihijatrije beleži vidan napredak.

Renije (Rennie) daje kompleksnu definiciju socijalne psihijatrije kao samostalne naučne oblasti, koja ne proučava samo socijalne dimenzije mentalnih poremećaja, već i socijalnu patologiju uopšte.

M. Džons (Jones) je svoju knjigu Terapeutska zajednica (1953) najpre objavio pod nazivom Socijalna psihijatrija, ističući socijalne aspekte mentalnih poremećaja i iznalazeći važne metode praktičnog rada.

J. Birer (Bierer) pokreće 1955. prvi časopis socijalne psihijatrije, a Prvi kongres socijalne psihijatrije održan je u Londonu 1964. Prvi kongres socijalne psihijatrije u našoj zemlji održan je 1971. godine.

Socijalna psihijatrija kao interdisciplinarna nauka trpela je određene uticaje drugih nauka i pravaca.

Savremene sociološki orijentisane škole ukazuju na društvenu uslovljenost individualno psihološkog i čovekove ličnosti. Na ovom planu značajno mesto zauzimaju Karin Hornaj, Saliven, From i dr.

Sigurnost i samopouzdanje značajni su kriterijumi prema kojima Karin Hornaj definiše uspešan prirodni razvoj ličnosti.

Saliven (Sullivan) ističe da se ličnost razvija kroz proces interpersonalnih odnosa. Zdrava ličnost održava harmonične odnose s drugim osobama, sa svojom okolinom, ima potrebu da pripada nekome, postižući zadovoljstvo i ličnu sigurnost.

Erih From, socijalni psiholog, u svojoj humanističkoj analizi polazi od stava da je zdravije sposobnost osobe da uspostavi spontani odnos sa drugim ljudima, a da pri tome ne izgubi sopstveni identitet, sopstvenu ličnost, da ne poslane konformista. From ističe da se čovek u modernom industrijskom društvu, društvu tehnološke revolucije i fascinacije savršenšvom stvari a ne ljudi, boji egzistencijalnog promašaja i otuđenja.

Jugoslovenski psihijatar Jakovljević sociogene činioce koji utiču na mentalno zdravlje deli na sociopsihogene i sociobiogene. Sociopsihogeni činioći više deluju u kategoriji neurotičara, a sociobiogeni više u kategoriji psihotičnih osoba. Mentalni poremećaji predstavljaju izraz određenih vidova nepovoljnog egzistiranja u datoj socio-kulturnoj sredini. Mentalni poremećaji imaju svoje socijalne karakteristike, ali i individualnu specifičnost.

Zahvaljujući socioterapiji i grupnoj psihoterapiji, socijalna psihijatrija ima mogućnost da stalno stiče nova znanja o psihologiji ličnosti i o psihopatološkim fenomenima.

Socijalna psihijatrija istražuje mogućnosti koje joj stoje na raspolaganju u suzbijanju mentalnih bolesti i nastoji da u društvenoj zajednici stvori uslove za staranje o lečenju i čuvanju mentalno obolelih osoba, da razvija preventivne aktivnosti, sprovodi stalnu edukaciju kadrova i preduzima niz drugih socioterapijskih mera.

Boravkom u bolnici, posebno u slučajevima dugih hospitalizacija, a i samom prirodnom mentalnog oboljenja, bolesnik se izoluje iz socijalne sredine, a često prekida emocionalne veze i sa svojom porodicom ili ga, pak, porodica odbacuje.

U procesu socijalne reintegracije obavezna je socioterapijska orijentacija stručnjaka koja se bavi mentalno obolelim osobama, kao i nastojanje da se ove osobe što bezbolnije vrate u svoju staru socijalnu sredinu i da budu adekvatno prihvaćene.



↑ Grupa terapija

koje su „etiketirane“ kao konfliktne takođe može prolongirati ovakvu situaciju i radati nove konflikte.

Osobe koje su usvojile pozitivni sistem vrednosnih normi i određena etičkohumanistička načela pokazuju višu spremnost i sposobnost solidarnosti na poslu. U mnogim kolektivima zapošljavaju se fizički defektne i raznovrsno hendikepirane, zatim starije, iznemogle, ruinirane i manje sposobne osobe. Za takve osobe stvorene su „trake solidarnosti“, gde rad nije normiran, ali je proizvodno i društveno koristan. Pri tom je potrebna umešnost da se to organizuje i formuliše tako da neke od hendikepiranih osoba gest solidarnosti ne dožive kao sažaljenje i milostinju.

Izboru dobre i podobne ličnosti poslovođe ili koordinatora treba posvetiti posebnu pažnju. Nekad se takav izbor vrši posle sociometrijskih procesa (sociograma).

Poslovođa mora da bude zdrava, stabilna, komunikativna, etička, humana i sugestivna ličnost.

Dobar poslovođa mora da poznaje psihologiju ljudi sa kojima radi. Mora blagovremeno da uoči njihove intrapsihičke konflikte i ljudske dileme, da ih nenametljivo i bez dramatizacije razrešava. On mora naučiti da sluša ljudske ispovedi, da komunicira i da poseduje određene empatske potencijale, kako bi razumeo psihologiju ljudi. Demotivisane radnike mora da motiviše, da ostvaruje i održava dobre socijalne relacije.

U razvijenim sredinama organizuje se profesionalni trening poslovođa, a posebno bivaju edukovani za socioterapijski grupni rad, za razumevanje dinamike grupe, za održavanje grupe kohesije i sl. Od tako osposobljenog poslovođe može se očekivati da bude katalizator socijalnih trenja, ali i inspirator čiji je zadatak da animira grupu i stimuliše pojedinca koji je zapao u krizu.

U industrijskim kolektivima i preduzećima formiraju se profilaktično–terapeutske službe i savetovališta za mentalnu higijenu. Fabrički lekar mora da štiti ljude, jer je to jedini način kojim se može štititi i fabrika. Fabrički lekar mora da prođe kroz kratak kurs mentalne higijene da bi što profesionalnije obavljao svoje zadatke.

Izvestan broj nadobudnih lekara ili onih koji nastoje da pridobiju rukovodioce kolektiva, svoju terapijsku ulogu svodi na borbu protiv izostajanja s posla, protiv navodna neopravdanih bolovanja, što je najlakše ali i najmanje korisno.

U takvim slučajevima izostaje terapijska alijansa sa pacijentom, koji je često prinuđen da agraviira da bi bio shvaćen.

U okviru preventivnih aktivnosti zdravstveno–vaspitni rad je vrlo značajan. Ukazivanjem na higijensko–dijetetski režim života i rada sprečavaju se pojave mnogih bolesti.

Savetovališta za mentalnu higijenu imaju svoje mesto i sve češće se formiraju u fabričkim kolektivima. Ova savetovališta imaju preventivne, terapijske i rehabilitacione potencijale.

Veliki kolektivi u kojima postoji problem alkoholizma pristupili su formiranju klubova lečenih alkoholičara, sa dobro organizovanim socioterapijskim aktivnostima.

32.1.2. Mentalna higijena u gerijatriji

Način života i napredak medicine produžili su ljudski vek. Sve je veći procenat osoba starijih od šezdeset godina. Prema nekim statističkim podacima taj postotak iznosi 15%.

Učenje da se tzv. treće doba, čovekov biološki kraj, prihvati mirno – smatra se mudrošću. Prema tome, osnovni zadatak je pripremiti osobu za nastupanje starosti. Mnogi žitelji domova za stare isticali su kako su starost dočekali nespremni, ona je nekako „brzo došla“ i „našli su se usamljeni“.

Zadatak doktrine koju neguje gerontologija i gerijatrija je da se starim osobama smanji osećanje suvišnosti, nepotrebnosti, bespomoćnosti i osame, spreči gubitak samopoštovanja, da im se obezbede socijalni kontakti i pruži mogućnost da razvijaju nova interesovanja, neguju i podstiču preostali radni kapaciteti, kako bi im ostatak života i gubici voljenih osoba postali manje bolni.

„Porodično ognjište“ starima najviše odgovara. U situacijama gde postoje mogućnosti da oni ostanu u svojim porodicama, sa decom, sa ukućanima, treba im omogućiti kućno lečenje i dolazak u gerijatrijske klubove, u kojima će oni korisno provoditi višak slobodnog vremena.

U slučajevima zaposlenih porodica, gde nema ko da vodi brigu o starima, preporučuju se dnevni boravci za stare.

Nemali broj starih osoba smešta se u domove za stare. Atmosfera u domovima mora da bude prihvatljiva za stare osobe, a odnos prijateljski i human. Treba im, kad god je to moguće, stvoriti uslove da i dalje neguju neke ranije navike (neki hobi, pojedine kreativne aktivnosti) u što prisnijoj atmosferi, nalik na one u njihovom sopstvenom domu. Iz tih razloga starima se omogućuje da u garsonjere ili sobe donesu svoje stvari, kako bi se što ugodnije osećali. Crveni krst, centri za socijalni rad, škole i neke socijalne ustanove često organizuju decu koja starim osobama svako jutro donose štampu, hleb, mleko i druge potrebne stvari. Tako stare osobe imaju osećanje da su okružene pažnjom i ljubavlju.

U nekim slučajevima je osobama koje se nalaze u domovima moguće organizovati da provode vikend sa svojom decom, ukućanima ili sa bliskim rođacima i prijateljima.

Karakteristično je za stare osobe da mogu da obole od svih, pa čak i dežjih bolesti. One su manje otporne na infekcije, na razne oblike trauma, a ispoljavaju i raznovrsne mentalne poremećaje i bolesti.

U našoj zemlji nema specijalizovanih gerijatrijskih bolnica, ali je postignuta saglasnost da u svim bolnicama izvestan procenat postelja bude namenjen starima.

U starosti su česte depresije. Opisani su neki samo za starost karakteristični fenomeni kao što su na primer „fenomen zlatnog sata“, „razorenog gnezda“, „usamljenih vukova“ i sl.

bolesti i unapređenja mentalnog zdravlja stanovništva mentalna higijena se posebno bavi problemima adaptacije ličnosti, ukazujući pri tome na značaj aktivne, svestrane, a ne pasivne adaptacije.

Mentalna higijena se bavi individualnim, grupnim i ekstenzivnim tretmanom mentalno obolelih osoba i grupa. Pod ekstenzivnim tretmanom podrazumeva se povezivanje mentalne higijene sa socijalnim i drugim ustanovama radi zaštite mentalnog zdravlja stanovništva.

Ona se bavi zdravstvenim prosvetljavanjem velikog broja stanovništva, a kroz mentalnohigijenska savetovališta i dispanzere za zaštitu mentalnog zdravlja obavlja izuzetnu ulogu u terapiji, rehabilitaciji i socijalnoj reintegraciji mentalno obolelih lica.

Područje rada mentalne higijene. – Zdravstveno–vospitnim radom i mentalnohigijenskim stavovima treba da budu obuhvaćene najpre osobe razvojnog doba (posebno uslove njihovih primarnih porodica, morogene faktore u prenatalnom i postnatalnom periodu), kako bi se osujetila pojava pojedinih mentalnih poremećaja.

Sledeće polje delovanja mentalne higijene jesu faktori koji deluju na interpersonalne odnose u procesu prilagođavanja ličnosti: u porodici, braku, školi, fabrici i drugim socijalnim prostorima, gde su mogući raznovrsni konflikti.

Odgovarajućim tehnikama i metodama mentalna higijena nastoji da osujeti disocijalno ponašanje, posebno adolescentnih kriminogenih grupa, alkoholičara i narkomana, zatim rad sa telesno invalidnim licima, mentalno zaostalim i drugim na različite načine hendikepiranim osobama, pri čemu se poseban značaj pridaje menjanju stavova i nasleđenih predrasuda prema mentalno obolelim i hendikepiranim osobama.

Pravovremene i stručne intervencije sprečavaju hronični razvoj bolesti i smanjuju broj invalidnih osoba. Poznato je, naime, da je u ranijim periodima, kada nije postojao odgovarajući terapijski i rehabilitacioni tretman, veliki broj mentalno obolelih osoba bio radno profesionalno onesposobljen, što je, uz odgovarajuće socijalne reperkusije, dovodilo do preranog stigmatiziranja i socijalne izolacije obolelih.

32.1.1. Mentalna higijena u industriji

U procesu brze industrijalizacije našeg društva bilo je potrebno prilagoditi se novim uslovima života, novoj sredini, fabrici, mikroklimatskim uslovima, promenama tehnološkog procesa rada, inovacijama, dobroj interpersonalnoj komunikaciji, žrtvovanju solidarnosti, drugarstvu, ali u nekim često nužnim ili pak birokratizovanim hijerarhijskim odnosima. Mnoge osobe su ispoljile teškoće u procesu te adaptacije, zapadale u krize ili reagovalе određenim mentalnim poremećajima.

Radna snaga u industriji bila je dugo regrutovana uglavnom iz seaskog stanovništva, koje je trpelo određene adaptacione teškoće ili reagovalo migracionim stresovima.

Trebalo je menjati mnoge navike i shvatanja, a pored toga postojali su i mnogi emocionalni konflikti. Zaposleni, po pravilu muški članovi domaćinstva, često su bili odvojeni od svojih porodica. Susreti s porodicama bivali su sve ređi, a to je stvaralo određene probleme, povećavalo broj razvedenih brakova i uticalo na vaspitne procese dece. Pod takvim psihičkim tenzijama radnici nisu mogli da ostvare određeni učinak ili je postojao stalni strah od nedovoljne radne uspešnosti i valjanosti rada. Kvalitet rada postao je slab. Ove osobe pokazivale su simptome odsutnosti, nezainteresovanosti, apatičnosti, pa i depresivnosti i brzo su se našle u kategoriji radnika sa povećanim rizikom od traumatizma.

Karakteristično za ovu kategoriju industrijskih radnika je izostajanje s posla (apsentizam).

Uz sve mere koje preduzimaju fabrički i industrijski kolektivi, neophodan je zdravstveno—prosvetni tretman, kao i odgovarajući mentalnohigijenski stav.

U ovakvim slučajevima prevencija je najefikasniji vid borbe protiv pojave mentalnih poremećaja i bolesti. Od velike koristi su socioterapijske i okupaciono—rekreativne aktivnosti.

Praktično iskustvo nametnulo je potrebu da se studioznije pristupi problemu izbora poziva i radnog mesta. U okviru medicine rada i, posebno, razvijene industrijske psihologije formirani su i određeni standardi. Ergonomija je posebna disciplina koja se bavi izborom radnog mesta prema somatsko—konstitalionalnim i psihološkim karakteristikama radnika. Pre nego što se rasporedi na određeno radno mesto, radnik se kompletno pregleda: procenjuju se njegove somatske sposobnosti, fiziološki potencijal i psihološke osobine. Adekvatan izbor garantuje manji rizik od nastajanja mentalnih poremećaja.

Racionalizacija, humanizacija i menjanje tehnološkog procesa rada, uz određene tendencije inovacije, podrazumevaju i odgovarajuću psihičku pripremu radnika, koja treba da se odvija i kroz savetovališta za mentalnu higijenu.

Stav prema profesionalnom poslu i obavezama poseban je predmet interesovanja. Emocionalna klima u kolektivu može da određuje i menja stav osobe prema poslu. Ako se rad ne odvija u emocionalno povoljnim uslovima, javljaju se monotonija, sumnja u korisnost obavljenog rada, doživljaj inferiornosti, egzistencijalni strahovi i određeni nivoi otuđenja.

Industrijski psiholozi, socijalni psihijatri i sociolozi ukazuju na određene opasnosti alijencije ljudi, koja je pratilac savremenog industrijskog društva. Tehnološki proces rada nekad je tako usavršen da čovek postaje „dodatak mašini“, realno uplašen da će mu mašina ili neki novi tehnološki izum biti potencijalna grobnica.

Uspostavljanju skladnih interpersonalnih odnosa povećuje se posebna pažnja. Jedna od permanentnih aktivnosti je sanacija žarišta „mentalne infekcije“. Izvestan broj rđavo adaptiranih, karakterno izmenjenih ili mentalno obolelih osoba može u industrijskom kolektivu postati stalni izvor problema. Arrogantan i neprijateljski stav rukovodećih ličnosti u kolektivu i odsustvo spremnosti da se pomogne osobama

3. Benzamidi

Sulpirid	Eglonyl Sulpirid
----------	---------------------

4. Dibenzo-diazepini

Klozapin	Leponex
----------	---------

Antikonvulzivi – psihostabilizatori

<i>Generičko ime</i>	<i>Fabričko ime</i>
Etosuksimid	Suxinutin
Fenobarbiton	Phenobarbiton Phenobarbiton natrijum
GABA	Gamibetal
Karbamazepin	Karbapin Mazepine Tegretol Tegretol CR
Klonazepam	Rivotril
Lamotrigin	Lamictal
Natrijum valporat + valproinska kiselina	Ehil retard 500

32. Mentalna higijena i socijalna psihijatrija

32.1. Mentalna higijena

Mentalna higijena je grana psihijatrije koja se bavi zaštitom i unapređenjem mentalnog zdravlja, kao i sprečavanjem duševnih poremećaja i oboljenja.

Zadatak mentalne higijene je unapređenje duševnog zdravlja stanovništva, odnosno većih socijalnih grupa. Ona nastoji da zaštiti ljudske grupe, da spreči mentalne poremećaje i duševne bolesti ili, pak, da omogući njihov dobroćudniji tok i manji stepen invalidnosti.

Da bi realizovala ove ciljeve, mentalna higijena je interdisciplinarno orijentisana i koristi se dostignućima psihijatrije, psihologije, sociologije, antropologije, filozofije, pedagogije, genetike i dr.

Pinel je skidajući lance sa duševnih bolesnika, na simboličan način demonstrirajući početak njihovog oslobađanja, započeo obročun s vekovnim predrasudama i zahtevao humaniji odnos prema duševno obolelim.

Bivši duševni bolesnik Kliford Birs je po izlasku iz psihijatrijske bolnice, napisao članak Razum koji se vraća (1908). Bio je to svojevrsan apel da se izmene nehumani uslovi u psihijatrijskim bolnicama, pa se za njegovo ime vezuje i pokret mentalne higijene, koji će sredinom XX veka uzeti puni zamah.

Psihijatrijska–psihološke škole značajno doprinose razumevanju mentalnih bolesti, značaju psihoterapijskog lečenja, kao i menjanju stava u tretmanu ove vrste obolelih osoba.

Internacionalni komitet za mentalnu higijenu osnovan je 1919. godine, a Prvi kongres mentalne higijene (1930) pratili su učesnici iz preko pedeset zemalja.

Jugoslovensko društvo za mentalnu higijenu osnovano je u Beogradu 1930. godine.

Svetska zdravstvena organizacija je 1960. godinu proglasila godinom mentalnog zdravlja.

Pronalaskom lekova poznatih pod nazivom psihofarmaci započinje vedrije razdoblje psihijatrije. Zahvaljujući ovim lekovima u psihijatrijske ustanove mir zamenjuje urlike i zapomaganja. Ubrzo zatim ruše se visoki zidovi duševnih bolnica, nestaju mnogi azili za hronične i neizlečive bolesnike, skidaju se rešetke sa prozora, a sa njima i mnoge zablude. Bolesnici dobijaju vikende, otvaraju se dnevne i noćne bolnice, kućno lečenje, zaštitne radionice, a mnogi bolesnici se posle uspešnog lečenja vraćaju porodicama.

Principi rada mentalne higijene. – Faktore spoljne sredine mentalna higijena smatra izuzetno značajnim u etiologiji mentalnih poremećaja i bolesti. Radi sprečavanja

Rehabilitacija i socijalna reintegracija narkomana najduža je i najteža faza u njihovom tretmanu.

S obzirom na to da je narkomanija prevashodno društveni problem, društvo mora da se aktivnije uključuje u problem narkomanije i njenih posledica. U svetu postoje rehabilitacione kuće tipa „terapijskih komuna“, „teniks kuća“, „kuća nade“, „kuća susretanja“, „kuća na pola puta“, u kojima mladi sebi organizuju život bez alkohola i bez droga.

Poznato je pravilo da samo apstinencija ne leči narkomana. Moraju se mladima u fazi tzv. kvalitetne apstinencije ponuditi nehemijske alternative, kreativniji i sadržajniji modeli življenja.

Psihotormaci u terapiji mentalnih poremećaja

Anksiolitici

Generičko ime

Fabričko ime

1. Benzodiazepini

Alprozolam

Xanax

Ksalol

Alzolam

Bromazepam

Bromazepam

Anxilium

Lesedan

Lexilium

Diazepam

Diazepam

Bensedin

Klonazepam

Rivotril

Hlorazepat dikalijum

Tranex

Lorazepam

Lorazepam

Medazepam

Norbitem

Midazolam

Flornidol

Nitrazepam

Nitram

Oksazepam

Adumbran

Prazepam

Demetrin

Triazolan

Triasan

Bratizolan

Lendormin

2. Drugi anksiolitici

Noradrenergičke supstance

Atenolol

Tenoramin

Atenolol

Panapres

Prinorm

Catapreson

Presolol

Betaloc

Propranolol atipični

Propranolol

Buspiron

Buspinol

Antidepresivi

Generičko ime	Fabričko ime
---------------	--------------

1. Triciklični antidepresivi

Amitriptilin hlorid	Apo-Amtripiline Amitriptylin
Klomipramin hlorid	Anafranil

2. Tetraciklični

Maprotilin	Ludiomil Maprotilin
Mianserin hlorid	Miansan Tolvon

3. Triciklični i tetraciklični

Viloksazin hlorid	Valvan
-------------------	--------

4. SSRI biciklični

Fluoksetin hlorid	Flunirin
Sertalin hlorid	Zoloft

5. MAOI

Moklobemid	Auromid Aurorix
Litijum	Litijum karbonat

Neuroleptici

Generičko ime	Fabričko ime
---------------	--------------

1. Fenotiazini

Flufenazin hlorid	Apo-Flufenazin Flufenazin Lyogen retard Metoten
Hlorpronazin hlorid	Largactil
Levomepromazin maleat	Nozinan
Perazin	Taxilan
Tioridazin hlorid	Apo-Thioridazine Melleril Tioridazin Trixifen

2. Butirofenoni

Droperidol	Dehydrobenzperidol
Haloperidol	Apo-Haloperidol Haloperidol

Medikamentna terapija

A. Supstitucijska terapija

Metadon. – Metadon–hidroklorid (6,6 dimethylamino–4,4 diphenil–3–heptanon) je analgetik, sintetizovan u Nemačkoj u vreme Drugog svetskog rata. Međutim, on nije afirmisan kao analgetik, ali je zbog svojih dugotrajnih efekata i euforičnih svojstava ubrzo preporučen za tretman heroinske adicije. Najpre su to učinili (1962) bračni par Vincet Dol (Wincet Dole, farmakolog) i Meri Nysvander (Mary Nysvander, vrstan klinički psihijatar) na hospitalizovanim heroinomanima.

U kupiranju apstinencijskih sindroma jedan miligram metadona supstituiše uspešno 4 mg morfina, delujući na morfinске receptore u mozgu. Jedna oralna doza (50 do 80 mg), može da kupira znake krize 48 časova, a između metadona i heroina konstatovana je ukrštena tolerancija.

Veliki broj mladih korisnika heroina u SAD obuhvaćen je različitim metadonskim programima.

Zadatak svih ovih programa supstitucijske redukcije terapije metadonom jeste farmakosuportativna rehabilitacija adikata.

U novije vreme ističu se vrednosti jednog novog preparata, derivata metadona, poznatog kao LAAM (levo–alphaacetyl–methadon). Ističe se njegova prednost, pre svega zbog dužeg dejstva, koje traje 72 do 96 časova. Upotrebljava se per os, tri puta nedeljno. Navode se i njegova druga povoljna dejstva: održavanje konstantnog nivoa u krvi, sporo metabolizovanje i manje nuzefekata.

Darvon. – Darvon N (Propoxyphene) je aciklični analgetik sa svojstvima metadona, ali ne stvara zavisnost.

Buprenorfin. – Buprenorfin je veoma efikasan analgetik, 25 do 40 puta efikasniji od morfina. Delimično potencira dejstvo na neke opijatske receptore za koje se lako veže, dok je u drugim slučajevima antagonist. Manje izaziva zavisnost i respiratornu depresiju.

B. Neopijatske alternative

Ibogain. – Ibogain, koji se najviše koristi u eksperimentalne svrhe, smatra se interesantnom supstancom korisnom u lečenju ne samo opijatske nego i drugih zavisnosti – kokainske, amfetaminske i alkoholne.

Klonidin (katapresan). – Klonidin (naš lek katapresan) pripada grupi lekova za lečenje hipertenzije. Pošto je otkriveno da ublažava apstinencijske simptome opijatske zavisnosti, indikovao je kao dodatna terapija prvih nedelja apstinencije.

Upotrebljava se u obliku transdermalnih flastera, koji omogućavaju postepeno oslobađanje leka preko kože.

U našoj sredini lek se koristi oralnim unošenjem.

C. Antagonisti opijata

Nalokson. – Nalokson je antagonist opijata. Ne izaziva respiratornu depresiju. Intravenskom aplikacijom 0,01 mg/kg nakon nekoliko minuta izaziva širenje zanica, ubrzano disanje i promene stanja svesti. Ukoliko prva doza nije dala očekivane rezultate, druga se može dati posle 5 do 10 minuta, a treća (izuzetno) ukoliko su efekti druge doze bili simbolični.

Efekti naloksone traju nekoliko časova. Pošto su efekti metadona duži (24 časa), u slučaju većih doza preporučuje se ponovna aplikacija naloksone.

Naltrekson je antagonist opijata, čije dejstvo smanjuje, ublažava ili potpuno blokira naltreksonhidrohlorid – naltrekson (antakson, naloreks, nemeksin). Dejstvo naltreksona je reverzibilno.

Kod osoba zavisnih od opijata izaziva apstinencijalni sindrom.

Naltrekson u dozi od 50 mg blokira farmakološko dejstvo 25 mg heroína za period od 24 časa.

Metabolički procesi odvijaju se u jetri, a izlučivanje preko bubrega.

Psihoterapija

Psihoterapija se ne sme zaobići u procesu lečenja narkomana, bez obzira što oni teško uspostavljaju tzv. terapijsku alijansu ili emocionalni prenos (poznat pod stručnim terminom transfer).

Primenjuju se individualna i grupna psihoterapija.

Psihoterapija, savetovanje, persuazija ili neka druga psihoterapijska tehnika imaju za cilj da razreše mnoge probleme emocionalnih i kognitivnih iskustava narkomana u fazi apstinencije.

U grupnoj psihoterapiji grupa ima određene psihoterapijske potencijale, razrešava intrapsihičke konflikte i probleme, doprinosi promeni emocionalne klime u porodici, omogućava bolju interpersonalnu komunikaciju i reafirmiše zdravlje i zrelije obrasce življenja.

Socioterapija

Socioterapija ima isto tako određene terapijske vrednosti. Ona obuhvata ne samo tzv. identifikovanog pacijenta, već u terapijski proces i savez uključuje i tzv. značajne druge iz socijalne mreže zavisnika.

Porodična terapija u značajnoj meri doprinosi razrešavanju konflikata i problema. Omogućava zdraviju i manje ranjivu komunikaciju.

Savremeni organizacioni model lečenja podrazumeva: hospitalni tretman (u jedinicama intenzivne nege), parcijalnu hospitalizaciju (dnevne, noćne i vikend bolnice), dispanzerski tretman (sa specijalizovanim savetovalištim za narkomane i porodice) i sveobuhvatni sektorski tretman.

napada (EEG – elektroencefalografija mozga), reflekse (postojanje patoloških refleksa) i izvršiti detaljan psihijatrijsko-neurološki pregled.

Treba izvršiti i brz pregled drugih organa, konstatovati postojanje povreda, dijareje, povraćanja i sl.

Ne treba zaboraviti da su dobra autoanamneza i heteroanamneza, kao i prikupljanje tragova otrova, pribora i drugog materijala dopremljenog s pacijentom, od neprocjenjive koristi radi postavljanja brze i tačne dijagnoze, koja je preduslov efikasnih terapijskih intervencija.

Efikasan terapijski postupak podrazumeva:

- obezbeđivanje respiracije i oksigenacije (prohodnost disajnih puteva, veštačko disanje, kiseonik, davanje specifičnih antagonista);
- održavanje cirkulacije (regulacija rada srca, pritiska, prevencija šoka);
- saniranje grčeva;
- održavanje balansa elektrolita (sprečavanje prevelikog gubitka tečnosti, sprečavanje izgladnjivanja);
- isključivanje i drugih teških oboljenja ili povreda (povreda glave, dijabetična koma i sl.);
- eliminacija otrova (pre i posle resorpcije);
- sprečavanje pneumonije;
- sprečavanje prepunjenosti bešike;
- regulaciju telesne temperature (hipotermijski čaršavi, led, antipiretici);
- saniranje bolova;
- smirivanje uznemirenih pacijenata (verbalno, psihoterapijskim stavom, medikamentima);
- sprečavanje dekubitalnih rana;
- obavezan dalji detoksikacioni tretman u specijalizovanim zdravstvenim ustanovama.

Sve ustanove koje se bave hitnim zbrinjavanjem ovih pacijenata moraju biti savremeno tehnički opremljene i raspolagati potpunim arsenalom lekova.

Terapija apstinencijalnog sindroma kod narkomana takođe pripada prvom redu hitnosti. Apstinencijalni sindrom ima svoj medicinski i sudskopsihijatrijski, čak kriminalni značaj.

Ukoliko se apstinencijalni sindrom brzo i stručno ne suzbije, može doći do fatalnog ishoda ili do razvijanja vrlo dramatičnog apstinencijalnog delirijuma, sa zastrašujućim iluzijama i halucinacijama, psihomotornim nemirom i furioznošću.

Specifičnom terapijom opijatima intoksiciranih pacijenata smatra se intravensko ubrizgavanje antagonista naloksena, odnosno naltreksona, ali obazrivo, jer se u suprotnom može izazvati apstinencijalni sindrom.

Medikamentozna terapija apstinencijalnog sindroma obuhvata davanje metadona kao supstitucione terapije kod upotrebe opijata, zatim simptomatsku terapiju (vitaminima i glikozom), kao i terapiju umirujućim i hipnotičkim lekovima.

U određivanju drugih oblika terapije učestvuju: infektolog, internista, endokrinolog i dr. Nekad je neophodno primeniti antibiotike, sredstva koja štite imunitet, funkcije jetre i sl.

Kontinuirano ili diskontinuirano spavanje u uslovima bazalnog metabolizma korisno je radi što blažeg toka apstinencijalne faze.

Narkomani sa znacima duševne poremećenosti leče se u jedinicama intenzivne psihijatrijske nege, u specijalizovanim stacionarima, bolnicama i klinikama, uz primenu odgovarajućih lekova.

Trudnice zavisne ili predozirane opijatima predstavljaju poseban problem, jer kod njih može doći do oštećenja ploda, prevremenog porođaja ili razvijanja apstinencijalnog sindroma nakon porođaja. Novorođenče, naime, dolazi na svet u apstinencijalnoj krizi pošto je zavisnost stvorena u toku trudnoće majke opijomana. Apstinencijalni sindrom novorođenčeta razvija se u toku 24 časa, a može imati dramatičan tok i fatalni ishod.

Ekipe hitne pomoći moraju biti i stručno i tehnički opremljene i osposobljene da hitnu medicinsku pomoć ukazuju tokom transporta.

Terapija stvorene metaboličke (telesna) zavisnosti od psihoaktivnih supstanci obuhvata: medikamentni, psihoterapijski i socioterapijski tretman.

Uzrok zloupotrebe droga je multikauzalan, pa je neophodno primeniti multimodelni tretman.

Motivacije osobe da prihvati lečenje smatra se izuzetno značajnom, jer bez prave motivacije ne može se očekivati ni uspeh u lečenju. Motivacija je optimistička ili pesimistička, verbalna (deklarativna) ili emocionalna. Motivacija narkomana da se leči upoređuje se sa furunom od pleha, koja brzo plane, ali isto tako brzo i sagori. Ta motivacija ima simboliku bengalske vatre. Stoga, neophodno je ulagati i dodatne napore da se narkoman motivše i iskreno učestvuje u procesu svoga lečenja.

U okviru medikamentoznog tretmana koriste se brojni lekovi: purgativi, klizme i male doze insulina radi brže eliminacije droge, infuzije fiziološkog rastvora i plazme, u cilju rehidracije i remineralizacije, vitaminske infuzije sa glikozom u cilju toniziranja pacijenata, smirujući lekovi, hipnotici i dr. Posebno je značajan fenomen navikavanja na iglu, pa je osoba zavisna ne samo od supstance već i od igle.

U grupi nehumanih terapijskih metoda nalaze se metode „hladnog tuša“, odnosno „naježene čurke“, gde se narkomanu oduzimaju sve droge i ne daju nikakvi lekovi. To narkomani zovu „kriziranje na suvom“. U ovim slučajevima može doći do dramatičnog apstinencijalnog delirijuma, razvijanja organskog psihosindroma, čak i smrtnog ishoda.

Metoda kontinuiranog i diskontinuiranog spavanja sprovodi se desetak dana.

Ovaj skrining test ne zahteva merenje, mešanje, pipetiranje ili pomeranje uzorka. Rezultat testa dobija se posle dva minuta.

Ovim trakama moguće je otkriti u urinu: opijate (morfin, heroin, kodein), kokain, kanabis, amfetamine, metadon i benzodiazepine.

Rukovanje je jednostavno: traka se potopi u urin do određene oznake, sačeka se dva minuta, boja na indikatorskom polju upoređuje se sa kartom boja na originalnom pakovanju.

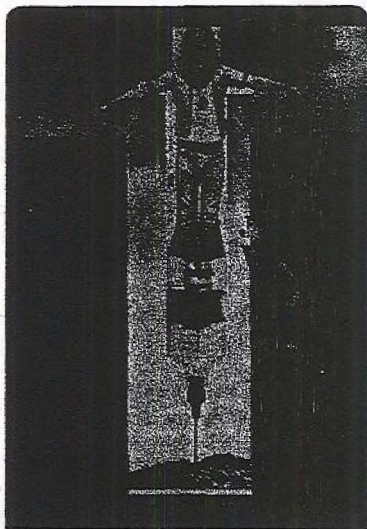
Parče trake sa pozitivnim testom na prisustvo psihoaktivne supstance iseče se, stavi u dosije i služi kao zvanični dokument.

Panel test pločice koriste se za dijagnostikovanje prisustva droge (ili droga) u urinu. Praktične su i za kućnu upotrebu.

Postoje test pločice za detekciju jedne droge (kanabisa, na primer kao i test panel kojim se detektuje pet (5) raznih droga: metamfetamini – ekstazi, kokain, i kreka, heroin, morfin i kodein, marihuana i hašiš i amfetamini.

Testira se svež i bistar uzorak urina, prikupljen u čistu i suhu posudu.

Panel pločica se uroni u urin uspravno, sačeka se pet (5) minuta da se pojave crvene linije i čita rezultat.



↑ Narkoman razapet na krstu i u špricu
– stilizacija



↑ Narkoman sebe fotografisao u grabu

Preporučuje se, pri ovom radu, korišćenje rukavica za jednokratnu upotrebu.

Testirani uzorak urina treba smatrati zaraznim!

Podaci o osetljivosti značajni su pri praćenju procesa detoksikacije i apstinencije. Kada je reč o specifičnosti, kod doping kontrole i kriminalnih radnji obavezno je da se analize rade u dvema laboratorijama i različitim metodama, a da se materijal daje pod šifrom, kako bi se izbegle moguće zloupotrebe.

Prethodne informacije su od koristi roditeljima da najsigurnije dijagnostikuju narkomaniju svoga defeta, da prate tok apstinencije tokom lečenja, jer su narkomani tokom lečenja skloni recidivima.

(Nepoznavanje pomenutih laboratorijskih oblika dijagnostikovanja može da dovede do mnogih zabuna i nepotrebno smešnih situacija, poput ove koja je ilustrativna. Profesorka jedne beogradske srednje škole koja je bila pod izuzetnim strahom od droga, koji je imao dimenzije gotovo strukturisane fobije, zahtevala je od svojih učenika da donesu urin, koji je ona poslala jednoj laboratoriji doma zdravlja, ali nije znala koje analize treba uraditi. Dobila je podrugljiv odgovor: „Laboratorijske analize pokazuju da ceo razred ima zdrave bubrege.“)

31.4. Terapijski modeli

Tradicionalni, isključivo medicinski model u lečenju nije pružio zadovoljavajuće rezultate. Smatramo da je neophodno afirmisati, uskladiti i razvijati tri modela: medicinski, socijalni i rehabilitacioni.

Terapija akutnih stanja predstavlja prvi red hitnosti. Često je neophodno vitalno ugrožene pacijente zbrinjavati u centrima za reanimaciju. Akutna stanja izazvana su intoksikacijama (zadesnim, samoubilačkim, „overdose“) ili dramatičnim tokom apstinencijalnog sindroma.

U slučajevima intoksikacija treba se držati principa kliničke toksikologije.

U kontroli disanja od značaja su: frekvencija, ritam, dubina, vrsta, stanje disajnih puteva, miris izdahnutog vazduha.

U kontroli kardiovaskularnog sistema treba obratiti pažnju na frekvenciju, ritam, tonove, EKG, puls, vene, arterijski krvni pritisak.

Na koži treba kontrolisati boju, toplotu, postojanje ožiljaka i apscesa, kao i drugo oštećenja, pri čemu ne treba zaboraviti ni kontrolu sluzokože.

Centralni nervni sistem u ovim stanjima izrazito je ugrožen. Kontrolisati stanje svesti, psihički status, oči (reakcije zenica, širina zenica), postojanje konvulzija ili epileptičnih

31.2.8.2. Hladni sprej

Najnovija droga iz ove grupe jeste hladni sprej iz limenke, izrazito popularan među srednjoškolcima. Hladni sprejovi su lokalni anestetici, a sportski treneri ih koriste za zbrinjavanje lakših sportskih povreda u toku takmičenja.

Ponavljanim i namernim inhaliranjem postiže se stanje omamljenosti.

31.3. Dijagnostikovanje prisustva droga u organizmu

Dijagnostikovanje narkomanije, odnosno prisustva droga u organizmu ili, pak, razvijene zavisnosti, vrši se na osnovu autoanamnestičkih i heteroanamnestičkih podataka dobijenih od pacijenta i njegovih pratilaca, opservacijom, kliničkim pregledom i laboratorijskim analizama, koje su najsigurnije metode, posebno u slučajevima kada mlade osobe negiraju postojanje narkomanije, zatim za potrebe suda i u cilju veštačenja.

Postoje posebni testovi za brzu detekciju droga na graničnim prelazima u slučajevima sumnji da neke supstance možda pripadaju kategoriji droga.

Hematološka dijagnostika podrazumeva analizu krvne slike, leukocitarne formule, trombocita i sedimentacije.

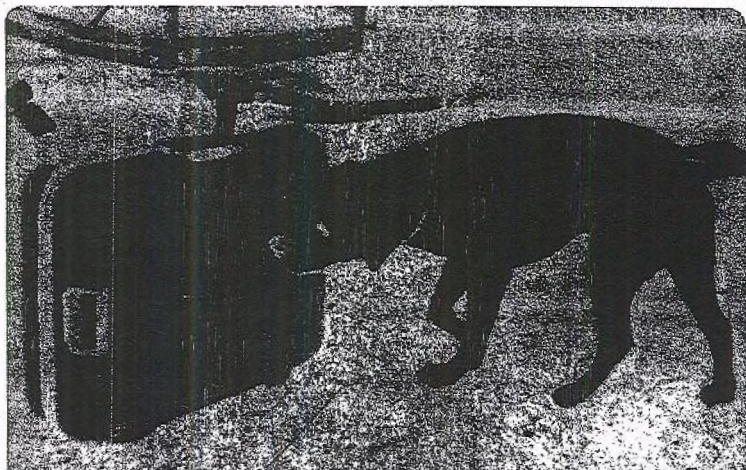
Od biohemijskih analiza najčešće su: nivo šećera (glikemija), bilirubin (indikator oštećenja jetre), transaminaze (takođe značajan pokazatelj oštećenja jetre), urea, elektroliti i dr.

U urinu se radi brzi test nekom od traka, dijagnostikuje prisustvo krvi ili belančevina, kao i specifičnih enzima koji ukazuju na moguće oštećenje bubrega.

Posle zbrinjavanja pacijenta, najčešće u jedinicama intenzivne nege, rade se detaljne analize krvi i urina prema stanju pacijenta i tipu droge, a izmenjeni parametri prate se 2–4 puta na dan. Kada prođe vitalna ugroženost, stanje pacijenta se prati jednom nedeljno, sve do potpunog oporavka.

Toksikološko-hemijske analize vrše se na materijalu koji je donet uz pacijenta (tablete, rastvori, delovi biljaka, paste, povraćeni sadržaj, predmeti nađeni oko intoksicirane osobe). Neophodno je hitno uraditi analizu urina, krvi i sadržaja želuca.

Ciljevi toksikološke i farmakokinetičke analize jesu: identifikacija droge ili droga, dijagnoza vrste trovanja, pronalaženje specifičnog antidota ili antagonista i određivanje najefikasnijeg postupka za eliminaciju otrova. Takođe, rezultati ovih analiza se koriste kao dokazni materijal u slučaju sumnji u postojanje krivičnih radnji.



↑ Dresirani pas otkriva drogu

Kvantitativno određivanje psihoaktivne supstance u biološkom materijalu koristi se za procenu težine trovanja, određivanje postupka eliminacije, stepena eliminacije i njenog toka, kao i radi kontrole prisustva droge u periodu daljeg tretmana zavisnosti i apstinencije.

Savremene metode za određivanje prisustva psihoaktivnih supstanci su:

- hromatografske (gasna hromatografija, tečna i tečno–gasna hromatografija, tankoslojna hromatografija i sl.);
- imunološke metode;
- kalorimetrijske metode (brze, orijentacione metode);
- spektroskopske metode (precizni detektori kod hromatografskih i imunoloških metoda).

Značajno je napomenuti da kod različitih metoda osetljivost varira od 10 do 16%. Hromatografske metode slabije su osetljive za morfin, amfetamin i kokain, tankoslojna je najmanje osetljiva za sve grupe, a gasna hromatografija za grupu opijata. Za kokain najosetljivija je tečna hromatografija. Emit (enzimski imunoesej) vrlo je osetljiva metoda za većinu psihoaktivnih supstanci, osim za kanabinoide.

Trake i panel pločice za brzu detekciju droga u urinu

Najnoviji test za brzu i pouzdanu detekciju droga u urinu, u obliku trake, karakteriše se jednostavnošću i praktičnošću. Koristi se za mobilnu i decentralizovanu upotrebu u javnim službama (dispanzeri i ustanove za bolesti zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, carina, policija, vazdušni saobraćaj).

31.2.7.5. Anabolici – androgeni steroidi

U novije vreme sve je češća zloupotreba androgenih steroida, koji zbog svojih endokrinoloških, ali i drugih, pre svega psihijatrijskih efekata i posledica, iako još nisu svrstani po pomenutim klasifikacijama bolesti i poremećaja, mogu značajno ugroziti zdravlje mladih ljudi. Promet ovih supstanci i kontrola efekata nisu jasno definisani u našoj zemlji i postoji opasnost da njihova zloupotreba od strane mladih ljudi dostigne epidemijske razmere.

U procesu građenja mišićne mase ne koriste se samo anabolici već i drugi hormoni, laksativi, diuretici i stimulantne droge, tako da posledice interakcija između tako velikog broja supstanci i mehanizmi dejstva tek treba da budu ozbiljnije praćeni i definisani.

Akutna stanja do sada opisana izazivaju kardiomiopatije, akutne infarkte miokarda, moždane udare, peliosis hepatitis (krvlju punjene ciste u jetri koje mogu da perforiraju i izazovu smrt).

Kod žena dolazi do promene boje glasa, maskulinih karakteristika, maljavosti lica i tela, uvećanja dražice, poremećaja menstruacije.

Kod muškaraca steroidi mogu izazvati ginekomastiju (porast grudi kod mladića i poremećaje seksualnih funkcija, što je dalo povoda jednom engleskom profesoru da mladima uputi sarkastičnu poruku „... bićete najlepši evnuh na groblju“.

Od psihijatrijskih simptoma zabeleženi su hipomanija i manija, ali i depresije sa pokušajima samoubistva. Simptomi zavise od doze unesenih steroida i mogu se kretati do ekstremno agresivnog i homicidnog (ubilačkog) ponašanja. Agresivnost izazvana prekomernim dozama steroida često je usmerena prema ženama.

Psihičke reakcije poznate su i opisane kao „psihoze bilda“.

U apstinencijalnom sindromu dominiraju napadi panike.

Terapija je, koja se u oskudnoj stručnoj literaturi preporučuje, simptomatska, uz ukidanje steroida. Psihoterapijski tretman je takođe indikovao.

31.2.8. Zavisnost od isparljivih rastvarača

Preadolescenti masovno zloupotrebljavaju inhalaciona narkotička sredstva, koja su poznata kao volatilni solvensi ili delirijanti, a dele se na lako isparljive tečnosti i narkotičke gasove.

Neka od ovih sredstava udisali su najstariji narodi radi postizanja mističnog zanosa, dok ih danas mladi koriste u grupnim seansama za narkotisanje.

U lako isparljive tečnosti spadaju: eter, hloroform, halotan, trihloretilen, a u narkotičke gasove – azotni oksidul, etilen, ciklopropan, acetilen i dr.

Lepkovi, boje, lakovi, industrijski rastvarači, tečnosti za čišćenje, deodoransi, lakovi za kosu, insekticidi i sl. takođe se koriste i mogu biti uvod u upotrebu „težih“ droga.

Hemijski se dele na neorganska i alifatična jedinjenja i na aromatična i ciklična jedinjenja.

U neorganska i alifatična jedinjenja spadaju: azotoksidul, eter, aceton, nafta, hloroform–trihloretilen i drugi.

Grupi aromatičnih i cikličnih jedinjenja pripadaju: benzin, ksilen, toluen i dr.

Ihalaciona sredstva ostavljaju posledice na ličnosti (zastoj u razvoju, fizička oštećenja, senzilizacija i prelazak na druge droge), na porodicu (dezorganizacija porodice, indukcija drugih članova u porodičnom prostoru) i društvo (delinkventno ponašanje sa karakteristikama ledirane i defektno socijalizacije).

31.2.8.1. Toluen

Toluen je sastavni deo mnogih vrsta lepкова, a karakterističan je po visokoj toksičnosti i zapaljivosti. Pripada grupi delirijanata, a efekti su slični barbiturnim i alkoholnim.

Nakon faze tolerancije razvija se zavisnost.

Simptomi udisanja toluena su euforija, halucinacije, vrtoglavica i ataktičan hod.

Snifer se lako prepoznaje: bled je, na licu se mogu videti tragovi lepka, a oseća se miris lepka. Pri dužem udisanju dolazi do otoka gornjih disajnih puteva (posebno bronhija), a opisani su i slučajevi ugušenja.

Akutna intoksikacija izaziva kardiovaskularne i respiratorne poremećaje, dok se u slučajevima hronične intoksikacije dijagnostikuju: anemija, oštećenja mozga (encefalopatije) i malog mozga, jetre i bubrega. Opisana su i oštećenja hromozoma.

Dominiraju: pospanost, vrtoglavica, vizuelne i akustične halucinacije, zatim euforija, nekontrolisani smeh i poremećaj rasuđivanja. Govor je dizartričan, a hod nesiguran i teturav. Mogu se pojaviti fenomeni svemoći (omnipotencije), lebdenja u prostoru.

Korisnici i zavisnici mogu biti anksiozni, dezinhbiranog, agresivnog ponašanja (moguća su zadesna samoubistva, skakanjem ili pokušajem letenja). Postoji retrogradna amnezija za period dejstva ove supstance.

31.2.7.3.2. Trodon (Tramadol)

Trodon je derivat fenilcikloalkala, po hemijskoj strukturi sličan opijatskim analgeticima, pripada grupi analgetika sa jakim delovanjem.

Lek se brzo resorbuje. Prolazi krvno-moždanu (hematoencefalnu) i placentarnu barijeru (što znači da lek iz posteljice može da pređe u krvotok ploda), dok u mleko dojiđe dospeva u malim količinama (0,1%).

Trodon je 1,5 do 3 puta slabiji analgetik od morfina. Ublažavanje bolova postiže se u intervalu od jednog do dva sata. Nema ukrštene tolerancije između trodona i morfina. Trodon stvara i fizičku (metaboličku) i psihičku zavisnost, i apstinencijski sindrom.

Kao indikatori specifične iritacije centralnog nervnog sistema mogu nastati vrtoglavica, jeza, drhtavica i poremećaji koordinacije, zatim sedacija, centralna stimulacija, euforija i disforija, dok su u domenu autonomnog nervnog sistema karakteristični znojenje i suvoća usta.

U gastrointestinalnom sistemu dominiraju sledeći poremećaji: gubitak apetita, muka, povraćanje, zatvor (opstipacija).

Od kardiovaskularnih najizrazitiji simptomi su tahikardija i poremećaj arterijskog krvnog pritiska.

Treba istaći i sledeća neželjena dejstva: alergiju, glavobolju, slabost, senzorne efekte, poremećaje mokrenja i šok.

Visoke doze trodona izazivaju respiratornu depresiju, zastoj ili prestanak disanja, stanja mentalne konfuzije, gubitak svesti, povraćanje, kardiovaskularni kolaps i komu. Predozirani pacijenti imaju uske zenice. Narkomani predozirani većim dozama ispoljavali su sledeće simptome: depresiju centralnog nervnog sistema (od sanjivosti do dubokih nesvesnih stanja), popuštanje periferne cirkulacije, konvulzije i izrazito suženje zenica.

31.2.7.4. Antiparkinsonici

Grupa antiparkinsonih lekova koristi se u neurologiji i psihijatriji u cilju lečenja Parkinsonove bolesti, kao i suzbijanja neprijatnih efekata neuroleptika, snažnih lekova koji se daju radi lečenja mnogih simptoma duševnih bolesti. Na žalost, došlo je do njihove zloupotrebe i stvaranja zavisnosti.

Antiparkinsonici deluju na ekstrapiramidne centre i puteve.

Ove lekove narkomani mešaju s alkoholom i drugim lekovima.

Opisani su sledeći simptomi intoksikacije: umor, malaksalost, vrtoglavica, muka, želudačno–crevni poremećaji, karakteristična suva usta, nemir, poremećaj akomodacije i viđenje duplih slika (diplomije), uznemirenost, povećanje krvnog pritiska, neprijatno onespokojavajuće lupanje srca, otežano mokrenje, poremećaji svesti, čulne obmane uz izmenjeni doživljaj sopstvene ličnosti i sveta oko sebe, dezorijentacija u prostoru, vremenu i prema drugim ličnostima, brbljivost, paranoidnost i agresivno ugrožavanje okoline.



♣ Crtž psihotičnog narkomana



♣ Mladić strahuje od mačke

Od neuroloških simptoma tipični su: nistagmus, usporen, nerazumljiv i dizartičan govor, teturav hod, težak poremećaj koordinacije i smanjenje refleksa.

Pri hroničnoj upotrebi barbiturata osoba ispoljava konfuznost, poremećaj emocionalne kontrole, agresivnost, razdražljivost, teškoće u artikulaciji i poremećaje koordinacije.

Od želudačno–crevnih smetnji karakterističan je zatvor (opstipacija), a hronični moždani sindrom karakterističan je po propadanju nervnih ćelija i intelektualnom osiromašenju ličnosti.

Po prestanku uzimanja droge (namerno, kao „kriziranje na suvo“, ili zbog iznenadnog nestanka supstance) razvija se dramatičan apstinencijalni sindrom, koji može ugroziti život zavisnika.

Desetak časova po prestanku dejstva droge osoba ispoljava anksioznost, strah, polštenost, znojenje, nesanicu, tahikardiju, hipertenziju, tremor prstiju na rukama, pojačane reflekse, grčeve nalik na epileptične i delirijum.

Skok temperature (poremećaj ravnoteže elektrolita), kardiovaskularni kolaps i smrt mogu biti tragičan završetak apstinencijalnog sindroma. Upravo zbog toga ne preporučuje se naglo prekidanje unošenja barbiturata, već to treba činiti postepeno, uz savete i kontrolu lekara. Pri naglom prekidanju unošenja barbiturata mogu se javiti epileptični napadi, delirantne epizode (apstinencijalni delirijum) i, na kraju, smrtni ishod.

Zbog delikatnosti i nepredvidivosti toka apstinencije lečenje treba prepustiti stručnim osobama, koje će apstinencijalnu krizu uspešno razrešiti odgovarajućom i blagovremeno ordiniranom terapijom, kao i ostalim merama zaštite osobe sa razvijenom zavisnošću od barbiturata.

31.2.7.2. Benzodijazepini



* Zavisnost od lekova

Benzodijazepini pripadaju grupi hipnosedativa, sa miorelaksantnim i antikonvulzivnim svojstvima. Brzo prolaze hematoencefalnu i placentarnu barijeru.

U slici akutne intoksikacije dominiraju kardiovaskularna i respiratorna depresija.

Mehanizam nastojanja tolerancije i zavisnosti nije jasan.

Zbog njihove prevelike ekscesivne i nekontrolisane upotrebe Svetska zdravstvena organizacija je broj od preko trideset

benzodijazepina svela na minimum, ukazujući na neželjene efekte, i najavila strogu kontrolu dijazepina.

Ogromna je potrošnja lekova iz grupe benzodijazepina posebno u SAD. Potencijal stvaranja zavisnosti je mali, ali pri njihovoj neterapijskoj i nekontrolisanoj upotrebi razvijaju zavisnost, naročito tavor, valijum, librijum i mogadon.

31.2.7.3. Zavisnost od analgetika

Analgetici su sredstva koja ublažavaju ili kupiraju bol. Pripadaju derivatima anilina, paraaminofenola, zatim derivatima pirazolona, salicilne kiseline i hinolina.

Depresivnim dejstvom na CNS objašnjava se njihov analgetički efekat. Svojim toksičnim dejstvom mogu oštetiti funkciju jetre i bubrega.

31.2.7.3.1. Valoron

Valoron (tilidin) pripada grupi snažnih analgetika. Po hemijskoj strukturi razlikuje se od narkotičnih analgetika, a efekti upoređeni sa morfinom su: 100 mg valorona odgovara 10 mg morfijuma.

Analgetici mogu dovesti do ukrštene tolerancije sa narkotičnim sredstvima.

Akutna intoksikacija nastupa posle unošenja jednog grama valorona. U kliničkoj slici dominiraju psihomotorni nemir, ataksija i hiperventilacija.

Apstinencijalni sindrom je neprijatan i traje dosta dugo. Karakteriše ga kompulzivna žudnja za ponovnim uzimanjem valorona, anksioznost i izrazita mišićna nelagodnost, praćena mišićnim bolovima koji otežavaju kretanje. Pacijenti su razdražljivi i skloni verbalnoj hostilnosti u komunikaciji sa članovima porodice, ali i sa drugim osobama.

U terapijske svrhe preporučuje se postepeno smanjivanje valorona, uz davanje anksiolitičkih lekova i polivitaminskih koktela.

Treba obratiti pažnju na moguće somatske komplikacije, pa se preporučuje obavezna klinička i laboratorijska kontrola jetre i njenih funkcija.

Narkomani mogu tokom apstinencijalne faze da zamene valoron narkoticima, kao što su morfijum, heroin, metadon, naivno verujući da će to trajati samo desetak dana. Na nesreću, oni će postati zavisnici morfinskog tipa ili će se eventualno vratiti valoronu.

Misaoni tok beži logičkim referencama. Postoje brojne nesređene asocijacije, fragmentacija ideacije, teškoće nalaženja pravih reči, ubrzanost ili usporenost misaonih sekvenci i blok u misaonom toku.

Paranoidne ideacije su česte, osobe se osećaju inkapsulirane, odvojene od spoljašnjeg sveta neprobojnim prstenom, a jedna osoba iz eksperimentalne grupe imala je utisak, paranoidno dograđen, da se nalazi u zoološkom vrtu izložena podsmehu.

Podložnost sugestijama je izrazito potencirana, naročito u grupi gde postoji osoba sa oreolom sugestivnosti. Nekritično se prihvataju sugerirane ideje, čak i one koje se kose sa etičkim stavovima individue, a mogu ići do nivoa usvajanja i realizacije ubilačkih namera. Ovaj efekat droge zloupotrebljavan je u cilju „ispiranja mozga“.

Opisano je pet grupa psihičkih poremećaja izazvanih LSD-om: akutne reakcije panike, akutne psihotične epizode, produžene psihotične reakcije tipa shizofrenije, povratne psihotične reakcije i hronične izmene ličnosti.

Akutna reakcija panike. („bad trips“). – Ovo je najčešći tip psihotičnih reakcija koje obično prolaze u toku 24 časa ili posle 2–3 dana, samo uz ohrabrujući stav okoline i male intervencije terapeuta. Intenzitet simptoma zavisi od zrelosti subjekta i afektivnog stanja, kao i od uslova u kojima se uzima droga. Naročito nepovoljno na subjekta može da deluje izostanak podrške okoline. Javlja se strah od gubitka kontrole, paranoidnost, strah od osvetničke kazne koju očekuje zbog upotrebe droge.

Akutne psihotične epizode. – Mogu, a ne moraju, zavisiti od pojave paničnih reakcija. Psihotična osoba ima pokidane veze sa realnošću, pa je razumljiva i paranoidna simbolika psihoze i smanjen stepen autokritičnosti.

Prolongirane psihotične reakcije. – Nalik na shizofreniju, manifestuju se u predisponiranih osoba, pa droga ima više incidentalni nego uzročni značaj. Iako psihoze liče na poznata psihijatrijska oboljenja, one imaju i svoj LSD kolorit.

Povratne psihotične reakcije. – Nastaju po prestanku uzimanja LSD-a, posle jednog ili više meseci. Nastajanje ovih reakcija može da korelira sa upotrebom neke druge droge (kanobisa i amfetamina, na primer), ili sa konzumiranjem alkohola, stanjima emocionalnog stresa, kao i nekog telesnog poremećaja ili oboljenja.

Hronične izmene ličnosti. – Za ove izmene karakteristični su amotivacioni sindrom nalik na onaj kod korisnika marihuane, ili „disocijalna“, odnosno „asocijalna“ reakcija.

Blaže halucinogene droge psilocibin i meskalin ne koriste se na našim geografskim prostorima.

31.2.7. Zloupotreba lekova – farmakomanija

Zloupotreba raznih lekova (farmakomanija, raniji stručno neadekvatan naziv tableto-manija) postaje sve više problem i mladih i starijih generacija. Najčešće se koriste: hipnotička sredstva tipa barbiturata i nebarbiturata, umirujuća sredstva (anksiolitici, trankilizeri i sedativi), sredstva protiv bolova (analgetici), protiv Parkinsonove bolesti (antiparkinsonici) i delirijanti (isparljiva sredstva, lepkovi).

31.2.7.1. Barbiturati

Otkriveni su početkom 20. veka (1903), a za proteklih devedeset godina proizvedeno je preko 2 500 različitih lekova na bazi barbiturata.

Barbiturati su lekovi izbora u lečenju epilepsije, a takođe i za postizanje anestezije (ublažavanje i sprečavanje raznih bolova, kao i pri hirurškim intervencijama).

Prema dužini dejstva podeljeni su u tri grupe: dugog, kratkotrajnog (srednjeg) i ultrakratkotrajnog dejstva. Do zloupotrebe i zavisnosti dovode barbiturati sa kratkotrajnim i ultrakratkotrajnim dejstvom.

Barbiturati u visokim dozama mogu izazvati vesela raspoloženja (euforije), mentalne konfuzije i kliničke slike nalik na stanje alkoholisanosti.

Značajno je upozoriti da ne mali broj osoba kombinuje barbiturate s alkoholom, zatim sa opijatima (heroinom) i stimulatorima centralnog nervnog sistema (amfetaminom).

Kombinacija alkohola, barbiturata i heroina može dovesti do potenciranja dejstva supstanci, teškog trovanja, kome, ne retko s vitalnom ugroženošću i fatalnim ishodom.

Postoje osobe koje ne mogu da funkcionišu bez hemijskih „moderatora stvarnosti“, koje koriste naizmenično, čak u toku istog dana, barbiturate i stimulatore. Na taj način, kao na klackalici, razvijaju dvostruku narkomaniju: čim počnu da slabe ili nestaju euforični i stimulatívni efekti, prelaze na supstancu koja će dovesti do smirivanja (sedacije).

Poznat je i fenomen automatizma, koji se ispoljava ponovnim uzimanjem supstance zato što osoba nije postigla željene efekte. Verujući da lek nije ni uzela, ali i zbog blage i neprepoznate sopstvene konfuznosti, supstancu se automatski uzima više puta u toku noći, sve do nenamerne intoksikacije, nekad i sa smrtnim ishodom.

U kliničkoj slici akutnog trovanja ispoljavaju se psihički i neurološki simptomi.

Među psihičkim poremećajima najkarakterističniji su: promene raspoloženja (od bezrazložne veselosti do napada plača), poremećaj pažnje, pomćenja i rasuđivanja, ali i efekti smirivanja, zatim progresivno pogoršanje praćeno delirijumom, halucinacijama, gubitkom svesti i smrću ukoliko se blagovremeno ne interveniše.



↑ Halucinogeni kaktus



↑ Halucinogeno pečurka



↑ Mačka kojoj je dat LSD strahuje od miša

Ovaj fantastikum, izuzetne jačine koja se meri gramima, aktiviranjem svih senzitivnih puteva i nerava, izaziva vremensku neusklađenost ritmova kore mozga i zamenjivanje normalnih ritmova odmora ritmovima buđenja.

Tolerancija na LSD-25 uspostavlja se vrlo brzo; čak posle dva do tri uzimanja. Postoji i ukrštena tolerancija (s meskalinom i psilocibinom).

Štetni efekti LSD-25 su dvojaki: psihički i teratogeni (koji se manifestuju oštećenjem hromozoma).

U prvoj grupi poremećaja najteže su toksične i deklansirane psihoze. (Osobe koje su prepsihotične strukture ili, sarkastično rečeno, osobe na tzv. socijalno dopuštenom nivou šašavosti, mogu pod dejstvom LSD-25 da ispolje kliničku sliku duševne bolesti.)

LSD-25 ima mutagena i teratogena svojstva, koja se manifestuju različitim oštećenjima hromozoma. Ukoliko se korisnici LSD-25 osobe ženskog pola, može doći do pobačaja ili steriliteta, kao i do rađanja dece s raznovrsnim oblicima nakaznosti.

Atmosfera u kojoj se uzima droga utiče na emocionalni doživljaj i on je mnogo prijatniji ako se u društvu nalazi osoba koja je najčešće vođa „putovanja“, koja pruža sigurnost i konzumentima objašnjava efekte, hrabri ili teži prolaznošću i bezopasnošću simptoma.

Početnu fazu, koja nastaje pola sata po unošenju droge a traje oko jedan sat, karakterišu: glavobolja, muka, povraćanje, crvenilo ili bledilo lica, ubrzani rad srca, usporeno disanje i široke zenice, suzne oči, trostruko pojačano lučenje mokraće, subjektivni doživljaj hladnoće, kao i motorne smetnje — nesiguran hod, sa dugim koracima po podu koji kao da je „namazan sapunicom“, nagli živahni pokreti, loša artikulacija, promenjen rukopis, konačno „kašast telesni doživljaj“, doživljaj „unutrašnje praznine“.

Drugu fazu karakterišu obilje poremećaja opažanja i emocionalne promene.

Upotreba LSD-25 praćena je bogatstvom vizuelnih doživljaja, okićenih intenzivnim „raspomamljenim bojama“ do stanja fascinacije. Doživljavaju se: kaleidoskop

disparatnih slika i blistava ornamentika, režija erotskih scena i diskontinuirana vizuelna ekspresija nesvesnih sadržaja.

Iluzioni fenomeni imaju tendenciju eleboriranja u halucinatorne doživljaje. Dominiraju: fantazmogorična opažanja, fluktuiranje predmeta, iskrivljenost trodimenzionalnosti prostora, karikaturalno menjanje likova, ponavljanje slika, iluzionističko prepoznavanje okoline, osiromašenje ili ornamentatno ukrašavanje doživljaja okoline ili sopstvene ličnosti, uz često nekritično verovanje subjekta da će i u mraku videti sopstvenu ruku, fenomeni nikad viđenog i slično.

Akustičke smetnje manifestuju se pojačavanjem intenziteta zvuka, sinhronizovanjem pojave zvuka i slike (govor drugih čuje se kao ubrzan), kao i pojava akustičkih halucinacija.

Slušne i vidne halucinacije mogu se javiti nedeljama i mesecima po uzimanju LSD-a.

Postoje taktilne i senzitivne smetnje, sa izmenjenim odnosom subjekta prema sopstvenom telu ili delovima tela. Doživljava da mu glava raste, da mu se odvajaju pojedini delovi tela, a telo izgleda „razbacano kao na nekoj nadrealističkoj slici“.

Poremećenim opažanjima pridodat je i fenomen „obojenog čuvenja“ (zvuk ima i vizuelni doživljaj). Nekontrolisani i besmisleni podaci mogu, slabeći filtrat, prodrati u svest. Apstrakne ideje dobijaju vizuelni oblik u formi metafora.

Iako LSD ne pripada grupi droga koje dovode do tipičnih poremećaja svesti, registruje se obilje fenomena koji ukazuju na poremećaje svesti, menjanje nekih aspekata svesnog iskustva, posebno poremećaji identiteta sopstvenog ja.

U izvesnim slučajevima dolazi do fragmentacije ja, isčašene predstave o sebi, nastajanja „unutrašnje svesti“ karakterističnoj po „sposobnosti“ subjekta da doživljava telesne funkcije i „prati signale nervnog sistema i aktivnost mozga“.

Droga grubo napada lični identitet subjekta, čija svest o sebi i sopstvenom identitetu može da se gubi i u okeanskom osećanju pripadanja spoljašnjem svetu.

Iluzorna ekspanzija i drugi poremećaji svesti nazivaju se „ekstazom užasa“. Nastoju: kompletna destrukcija svesti, konfuzionalna uznemirenost, delirantne epizode i, ne retko, psihotično scenografija droge.



* Košmamo putovanje pod LSD-em



♣ Halucinacije

Citava generacija supkulture mladih s kraja devedesetih može se nazvati „ekstazi generacijom“, koju karakteriše upotreba tableta ekstazija, određena muzika, garderoba i kultura, zatim retko isticanje muškosti ili ženstvenosti, kratke frizure, kratke majice s izvitoperenim sloganima, uske PVC pantalone i veštački materijali.

U trendu su i energetski napitci: „red bull“ i „explosive“, kao dodatna energija da bi se moglo igrati desetak i više sati.

Posle zabave u nekim zemljama priređuje se „after hour“ (zabava posle zabave) za najizdržljivije, ili „chill out“ (opuštanje), uz laku muziku za „spuštanje“.

Kod nas mladi to čine dodavanjem heroina, koji ubrzava vraćanje u prvobitno stanje.

Smrtni ishodi su posledica predoziranja, hiperpireksije, dehidracije i otkazivanja rada srca.

U modi je i prirodni ekstazi – tablete koje sadrže gingseng, kolu i neke prirodne energense, čija je proizvodnja i distribucija masovna.

„Ekstazi“ je nova modna ludost, novi hemijski ruski rulet u novom talasu zloupotrebe psihoaktivnih supstanci.

Po svom sastavu „ekstazi“ je sličan amfetaminu i meskalinu, pa su dominantni farmakodinamski efekti: stimulacija mentalne aktivnosti i iluziono-halucinatorne



♣ „Obrana“ od vidnih i slušnih halucinacija

„kreacije“. Supstanca se brzo resorbuje, prelazi krvno-moždanu barijeru i deluje na centralni i periferni nervni sistem.

Zloupotreba ove supstance dostiže na zapadu epidemijske razmere među tinejdžerima.

Posledice zloupotrebe ove supstance su na nivou mentalnog funkcionisanja, telesnog zdravlja i poremećaja ličnosti. Reakcije su individualne, a toksični efekti mogu biti ispoljeni i pri vrlo malim dozama.

Među psihičkim simptomima dominiraju: strah, depresivnost, slušne i vidne halucinacije, toksične ili tzv. deklansirane psihoze, kod osoba koje su, u nepovoljnim životnim situacijama ili zbog intoksikacije, predisponirane da obole od neke duševne bolesti.

Toksične psihoze praćene su halucinacijama, paranoičnim ideacijama i paničnim strahom da su egzistencijalno ugroženi, samoubilačkim idejama i samoubistivima.

Brojne su posledice na somatskom planu i zdravlje mladih osoba ozbiljno je ugroženo. Najčešći poremećaji su: zapaljenje jetre i bubrega, insuficijencija bubrega i srca, kardiomiopatije, vaskularna krvavljenja, razna nervna oboljenja (tikovi, poremećaji nalik na parkinsonizam), kao i konvulzije epileptičnog karaktera (u osoba koje imaju ličnu i porodičnu predispoziciju).

Droga deluje i na endokrini sistem, posebno na štitnu žlezdu i hormon rasta. Zabeleženi su slučajevi zastoja rasta u dece koja su koristila neke od derivata amfetamina.

Opisani su slučajevi dramatičnog propadanja mišićne mase.

Smrtni ishodi takođe su zle posledice intoksikacije, posebno u slučajevima kada je droga uzeta u kombinaciji sa alkoholom, ili sa lekovima koji smanjuju krvni pritisak, nekim antidepresivima i antimalaricima.

Značajno je istaći i poremećaje ličnosti korisnika droge. Najčešće to su opsesivno-kompulzivni fenomeni, karakteristični po prisilnim postupcima, kao i stereotipna ponašanja.

31.2.6. Zavisnost od halucinogena

Najznačajnije halucinogene droge su LSD-25, psilocibin i meskalin.

LSD-25. – Ovu snažnu halucinogenu drogu sintetizovao je Hofman 1938. godine. Jedino dietil-amid d-lizergične kiseline ima halucinogena svojstva. Lako prolazi krvno-moždanu barijeru i deluje na koru mozga i moždano stablo.

Karakteristični su sledeći simptomi: crvenilo ili bledilo lica, cijanoza, groznica, tahikardija, skok arterijskog krvnog pritiska, širenje zenica, povišen tonus perifernih krvnih sudova, smanjenje tonusa glatkih mišića probavnog i urinarnog sistema, povećano lučenje pljuvačke i preterano znojenje.

Među psihičkim simptomima dominiraju: euforija, živahnost, čilost, nerealna optimistička stanja, naglašena psihička i motorna aktivnost, pričljivost, nesanica, nestanak doživljaja umora uz subjektivni doživljaj jačanja intelektualnih i telesnih snaga.

Do predoziranosti (over dose) može doći nenamerno ili, pak, namerno, kad zavisna osoba ispoljava pohlepu za ekstremnom stimulacijom ili u cilju samoubistva. Nastaju sledeći simptomi: psihički i motorni nemir, iluzije i halucinacije, stanja mentalne konfuzije, nagli skok arterijskog krvnog pritiska, ubrzani rad srca, raširenost zenica, poremećaji ritma disanja (površno, ubrzano disanje), povraćanje, proliv, trbušni bolovi, porast temperature, krvarenja i drugi poremećaji na krvnim sudovima, tremor, poremećaj koordinacije, poremećaj senzorijskih, tetanija, grčevi, poremećaj svesti i koma.

Komplikacije, odnosno posledice, nastaju na psihičkom, telesnom i socijalnom planu.

Postaju nepoverljivi, sumnjičavi i skloni paničnom reagovanju. Inicijalna, blaga euforija prerasta u depresiju i hipohondriju. Slušne halucinacije dugog trajanja često ukidjuju paranoidne odbrane, čak paranoidni gard, koje su dosta čest simptom. Iskusni narkomani nauče da žive u takvom stanju, svesni iluzornosti sopstvene paranoidnosti.

Psihotične sumanute reakcije praćene su mentalnom konfuznošću, dezorijentacijama, teškoćama u mišljenju, rasuđivanju i shvatanju, kao i ispadima u sećanju.

Paranoidni sindrom praćen je anksioznošću i akustičkim i vizuelnim halucinacijama.

31.2.5.2.1. Dizajnirane (sintetske) droge

Naziv dizajnirane droge povezuje se sa činjenicom da se one specijalno dizajniraju i stalno modifikuju. „Sastojci“ mnogih od ovih droga legalno se nabavljaju u apotekama. Lako su dostupne, jeftine, stvaraju zavisnost, koja je jača u odnosu na slične supstance.

Opisano je pet grupa: amfetamini, fenciklidini, triptamini, prodini i fentanili.

Opisano fenciklidin i ekstazi.

31.2.5.2.1.1. Fenciklidin

Fenciklidin (PCP) ili u žargonu „anđeoski prah“, karakterističan je po stimulativnim, depresivnim i analgetičkim efektima. Najčešće se unosi u organizam pušenjem, užmrkavanjem, retko oralno i intravenski. Koristi se kao kristalni prah, u obliku tableta i kapsula.

Prodoje se kao prah (50–100%), zatim u tečnom stanju ili u tabletama (u koncentraciji 5–30%).

Kombinuje se sa drugim drogama, na primer s barbituratima, heroinom, kokainom, amfetaminom, LSD–25, meskalinom, metakvalonom i sl.

U dozama manjim od 5 mg fenciklidin (PCP) izaziva euforične i anestetičke efekte, koji se manifestuju blagom lebdećom euforijom i omamljenošću. Pri unošenju doza od 5 do 10 mg razvija se klinička slika intoksikacije sa psihičkim, telesnim i neurološkim simptomima.

Psihičke smetnje ispoljavaju se kao uznemirenost, anksioznost, emocionalna labilnost, lepo, euforično raspoloženje, ideje veličine, ali i kao stanja konfuznosti, doživljaj usamljenosti i tanatofobije (strah od smrti), zatim kao psihomotorna uzbuđenost, obmana čula u vidu iluzija i halucinacija (posebno vizuelnih), pogrešno doživljavanje sopstvenog tela, poremećaj pažnje i pamćenja, kao i dramatičan razvoj furioznog delirijuma.

Od somatsko–neuroloških simptoma tipični su: horizontalni i vertikalni pokreti očnih jabučica (nistagmus), crvenjenje, znojenje, vrtoglavica, srčane i plućne smetnje, porast krvnog pritiska, smanjenje osećaja bolnih senzacija, preterano lučenje pljuvačke, nerazumljiv govor, nesiguran teturav hod, smetnje koordinacije, konvulzije (grčevi i rupture („prskanja“) krvnih sudova mozga.

31.2.5.2.1.2. Ekstazi (Ecstasy, MDMA – metilen dioksimetamfetamin)

„Ekstazi“ tablete pojavile su se 1988. godine u Holandiji i Belgiji.

Na koncertima muzike „RAVE“ (besnilo, ludilo) lansirana je supstanca koja će pružiti „kolorit“ i „sadržaj“, a razlikovaće se od tripa.

„Ekstazi“ vodi do „ekstatičnog“ raspoloženja, „flash-a“ i „rush-a“, funkcije mozga su brže, telo je prožeto osećanjem topline, prijatne naježenosti, miline.

„Rave“ muzika, koja se sastoji od visokofrekventnih zvukova i tek po kojeg shizoidnog glasa i poruke prošaputane dubokim glasom, izaziva kod konzumenta stanje vrhunca – celo telo zatreperi, zatim smeh i viščasovno frenetično igranje bez osećanja umora.

U drugom stadijumu dominiraju halucinatorni i iluzioni fenomeni. Tipične su mikropsije, tzv. liliputanske halucinacije. U ovom stadijumu javljaju se još anksioznost i razdražljivost. Akustične halucinacije provociraju samooptužujuće produkcije.

Treći stadijum karakteriše se depresivnošću, apatijom, redukcijom voljne motorike do nivoa pravog stupora, kada osoba, ukočena poput mumije, ne reaguje ni na kakve draži.

U hroničnoj fazi kokainomanije, osoba je razdražljiva, zabrinuta, često asocijalnog i antisocijalnog ponašanja.

Kokain je droga koja stvara najsnažniju psihičku zavisnost, pa narkoman upada u krize potištenosti i očajanja, ili pak divlje agresivnosti i kriminalnog ponašanja, kada mu zapreći opasnost da će ostati bez droge.

Kokain je karakterističan i zbog ozbiljnih oštećenja intelektualnog funkcionisanja subjekta. Tipične su demencije izazvane njegovom hroničnom zloupotrebom. Brzo dolazi do pada intelektualnih aktivnosti, do nesposobnosti upamćivanja, defekata rasuđivanja i kreativnog mišljenja, gubitka ideja i etičkog osiromašanja.

Ideje proganjanja mogu da prerastu u osvetnički čin, kao neka vrsta „odbrambenog napada“, a strukturiraju se kao paranoidna psihoza (sumanutost proganjanja).

Od kokainskih psihoza opisani su delirantni sindromi, pa u ovim fazama postoji ozbiljna opasnost od samoubilačkih impulsa.

Akutna intoksikacija kokainom praćena je ubrzanjem pulsa, bledilom, mukom, povraćanjem, vrtoglavicom, trbušnim bolovima, strahom, psihomotornim nemirom, logoreom (brbljivošću) i halucinacijama.

Kod teških intoksikacija razvija se težak poremećaj disanja, širenje zenica, glavobolja, skok pritiska, jeza, drhtavica, grčevi, nemir, zatim gubitak svesti i paraliza disanja.

U slučajevima preosetljivosti na kokain brzo nastaje kokainski šok, sa malim mogućnostima uspešnog terapijskog delovanja, pa je život kokainomanu ozbiljno ugrožen.

U grupi novih „dizajn“ (oblikovanih) droga pojavio se osamdesetih godina u SAD i Evropi – krek (crack), supstanca nalik na žučkastosive mrvice soli. Prvi put je „kreka“ otkriven prilikom jedne policijske racije (1983) u Los Angelesu. Naziv krek droga je dobila zbog „pucketajućih“ šumova (crackle – prštanje, pucketanje).

Ova droga najčešće se unosi u organizam pušenjem („duvanjem“), ušmrkavanjem („snifovanjem“), gutanjem ili injekciono. Konačni produkt je kokain, ali se osnovnoj supstanci (adiktivnoj supstanci koja stvara zavisnost) dodaju druge (aditivne) da bi se povećala količina droge. Na taj način svojstva vrlo često nisu tipična kokainskom delovanju, pa se krek smatra „najkatastrofalnijom“ drogom.

Zbog brzog dejstva droga je nazvana „brzim pokretačem“ i smatra se opasnijom od svih zaraznih bolesti koje su harale u srednjem veku.

Tipičan efekat droge je brzo stimulacija. U početku osoba zavisna od kreka upadljivo popravlja moć koncentracije, ali brzo sledi njeno propadanje.

Najčešće posledice uzimanja kreka su: hipertenzija, zapaljenje pluća, gubitak apetita, svrab kože, telesno propadanje zbog avitaminoze, kao i psihički poremećaji nalik na paranoju i shizofreniju.

31.2.5. Zavisnost od stimulatora nervnog sistema

31.2.5.1. Amfetamin

Amfetamin je stimulator centralnog nervnog sistema (kore mozga i moždanog stabla), detoksikuje ga jetra, a izlučuje se preko bubrega (renalno).

Tolerancija na amfetamin razvija se vrlo sporo, a terapijska doza (5–10 mg) može se povećati 500 puta (0,5 do 5,00 g).

Uprkos činjenici da se tolerancija uspostavlja postepeno, korisnik je primoran (radi postizanja euforičnih efekata, koji idu do nivoa pohlepe) da unosi vrlo visoke doze amfetamina (do 1 500 mg!) – „manijaci na spidu“.

Dominiraju sledeći efekti: euforija, sprečavanje sanjivosti i produžena budnost, uklanjanje umora, gubitak apetita i subjektivni doživljaj jačanja intelektualnih i telesnih potencijala.

Korisnik amfetamina je u zabludi, jer veruje da droga dovodi do jačanja mentalnih i telesnih kapaciteta. Droga, u stvari, primorava organizam da koristi preostale rezerve, čime korisnik amfetamina postaje vitalno ugrožen. Droga ga, dakle, ne unapređuje snagom, već njegove preostale snage grubo potkrada!

Euforični efekti traju kratko. Po njihovom prestanku osoba upada u fazu depresije i primorana je da ponovo uzme amfetamin, ne primećujući kajom brzinom ulazi u začarani krug, u kojem se, kao u krugovima pakla, može dugo ili doživotno kretati.

Zbog gubitka apetita i telesne mase dolazi do pravog telesnog ruiniranja. Nastaju želudačno–crevni poremećaji, nesiguran hod, drhtanje ruku, vrtoglavice i srčane smetnje u obliku ekstrasistola.

Osobe postaju razdražljive, naprasite, delinkventnog i asocijalnog ponašanja, gube erotska interesovanja i etičke kriterijume, ponašaju se dezinhbirano i nasilnički.

Akutna intoksikacija nastaje unošenjem neterapijske doze droge, njenim intravenskim unošenjem ili hazardnim rastvaranjem tableta i intravenskim ubrizgavanjem takvog „rastvora“.

Apstinencijski sindrom: razdražljivost, umor, malaksalost, muka, nesanica, tremor, prolivi, bolovi u mišićima.

Talasasti tip intoksikacije karakteriše se smenjivanjem budnosti i gubitka svesti.

Prema Konvenciji od 1961. kanabis je svrstan u red droga, a u poslednjoj, Desetoj međunarodnoj klasifikaciji, to je „zavisnost od kanabinoida“.

Pristalice legalizacije polaze od pretpostavke da će kada se sa ovih droga skine veo tajanstvenosti, one postati manje atraktivne. Po njima su droge opasne stoga što su zabranjene, a ne obrnuto: zabranjene su stoga što su opasne.

Treba proceniti opasnost, ukazati na posledice, ne satanizujući ih, jer se i šaka droga može koristiti na težak način.

Farmakodinamski aktivni princip konoplje (hašiša, marihuane) tetrahidrokanabinol (THC) otkriva izvesne receptore u mozgu i u njegovim delovima koji kontrolišu raspoloženje. Ti receptori su uključeni u specijalni neuropeptid. Taj „molekul“ nazvan je „anandamid“ (sanskritski „anandamid“ – sreća) i navodno dovodi do popravljanja apetita.

Poznato je da jedna trećina pušača prelazi na toksikomanski obrazac korišćenja supstance, a 95% heroinomana bili su pušači „trave“, što potkrepljuje tvrdnju da su kanabinoidi most ka tzv. adiktivnim drogama (drogama koje izazivaju zavisnost).

Kanabis izaziva iluzije i halucinacije koje u početku mogu biti prijatne, zavodljive, fascinantne, ali kasnije i košmarne („bad trip“ – košmarni izlet), zastrašujuće. Euforično raspoloženje i brbljivost često imaju predznak „bleskaste euforije“. To je stanje pasivne ekstaze, posle kojeg će nastupiti amotivacioni sindrom. Opisane su i encefalopatije sa pretećim intelektualnim oštećenjem. THC-u se pripisuju kancerogena svojstva. Najteži poremećaji su, svakako, anksioznost do nivoa panike, depersonalizacioni fenomeni, progonstva iz sveta realnosti i „kanabis psihoze“ („ludila“ izazvana kanabisom).

31.2.4. Zavisnost od kokaina

Sredinom 19. veka kokain u čistom obliku izolovan je iz lišća koke, „božanske biljke“ Inka. Žvakanje lišća koke poznato je u Južnoj Americi još iz praistorije, jer je siromašnom stanovništvu koje je teško živelo u brdovitim predelima „utoljavalo glad i darivalo snagu“.

Kokain se apsorbuje preko svih sluzokoža: nosne sluzokože, zatim sluzokože usta, vagine, debelog creva i drugih.



† Lišće koke



† Crtež psihotičnog narkomana

Kod užmrkavanja („snifovanja“) kokaina nastaje zapaljenje sluzokože nosa, a zatim erozije i perforacije nosne pregrade.

Zbog efekata koji traju kratko, kokainomani su prinuđeni da kokain unose u organizam i do dvadeset puta tokom dana.

Intravenskim unošenjem efekti nastaju posle petnaest do dvadeset sekundi, a potkožno i intramuskularno unošenje kokaina je retko. Može se pripremati i piti kao čaj.

Kokain spada u najstarija psihostimulativna sredstva. Najveći broj ljudi (danas ih navodno ima 5–6 000 000, dok ih je ranije bilo mnogo više u planinskim predelima Perua, Bolivije i Sevrne Argentine), poznati su kao kokerosi, žvače lišće koke.

Izolovan iz droge ili sintetizovan kokain se upotrebljava rastvoren u vodi ili nekom alkoholnom piću, zatim u obliku praška za inhalaciju, kao dodatak cigaretama ili duvanu za lule i, naravno, injekciono.

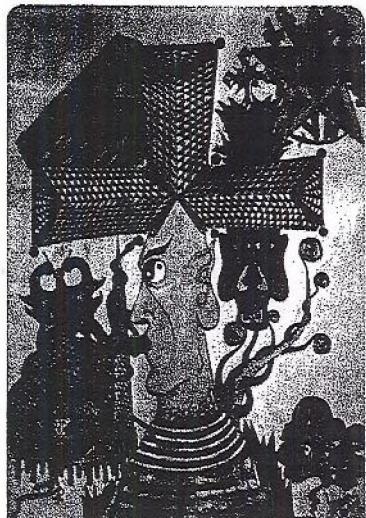
Opisuju se tri stadijuma dejstva kokaina:

- euforični,
- konfuzno–halucinatorni i
- depresivni.

U euforičnom stadijumu postoji subjektivni osećaj neogranične intelektualne moći, kao i smanjenje telesnog i mentalnog zamora.

Osoba uživa u samozadovoljstvu ili je, pak, impulsivnog ponašanja.

Kokainoman je preduzimljiv, samosvestan, birljiv, samopouzdan i seksualno dez–inhibiran. Prijatne kožne senzacije bude kožni erotizam i potenciraju libido, čime se objašnjavaju promiskuitetna ponašanja, ali i inverzije seksualnog nagona i načina zadovoljavanja seksualnih želja. Kokainomanija je česta u homoseksualaca, ali je isto tako moguće da homoseksualnost bude posledica kokainomanije. U kasnijim fazama kod muškaraca nastupaju impotencija i patološka ljubomora.



↑ Crtež lečenog zavisnika

Marihuana se najčešće puši spravljena u obliku cigareta, koje se u žargonu narikomana nazivaju „džoint“, „riter“ ili „stik“. Može da se puši pomoću lule ili specijalno konstruisanih muštikli sa proširenim prednjim krajem.

Dim marihuane ima snažan i oštar miris, sličan mirisu zapaljene suve trave ili konopca koji gori. Ovaj miris dugo se zadržava u odelu.

Efekti marihuane prolaze kroz četiri faze.

Faza euforičnog uzbuđenja traje je-dan do dva časa, a karakteriše se tele-snom i moralnom lagodnošću, radošću, neodređenim spokojstvom, nekontrolisanom i zaraznom egzaltacijom koja se prenosi na druge, iluzionim fenomenima, fantastičnim slikama, utiskom da je opijenost trajala dugo i delimičnim sećanjem na događaje koji su se odigrali.

U ovoj fazi mogu se javiti depresije, mentalna zbrka, halucinacije, teskoba i agresivnost, kao i prolazna stanja duševne poremećenosti kod predisponiranih osoba.

Faza senzoričke egzaltacije tipična je po preosetljivosti subjekta, povećanoj izoštrjenosti percepcija, sugestibilnosti, napadima zebnje i neodređene napetosti, agresivnosti i nasilja, kao i poremećaj orijentacije u prostoru i vremenu.

Faza pasivne ekstaze karakteristična je po neizrecivom ekstatičnom doživljaju, koji je isprekidan vizijama. Osobe su u ovoj fazi lucidne, ali nemoćne. Mogu doživljavati fenomene depersonalizacije, s uznemirujućim utiskom da se menjaju.

Faza utonulosti u san traje nekoliko časova.

Intoksikacija marihuanom ima talasast tok, a zbog dejstva na koru mozga naziva se „otrovom razuma“.

Mogu se javiti napadi delirantne uznemirenosti, napetosti, individualni i grupni kriminalitet, kao i divlja agresivnost. Sliku duševne poremećenosti karakterišu depresije ili egzaltacije.

Kod hroničnih korisnika marihuane karakteristična je pojava tzv. amotivacionog sindroma, za koji je tipičan gubitak volje za radom, apatični oblici komunikacije i odsustvo inicijative da se uspostavi dijalog sa okolinom.

Među psihičkim poremećajima, zavisno od stepena krhkosti mentalne strukture ličnosti, najčešći su: reakcije panike, toksične psihoze i naknadne psihotične reakcije.

Zabluda i istine o marihuani

Kanabis je najčešće korišćena i zloupotrebljavana droga u svetu (200–300 miliona ljudi). U SAD je koristi 42,2% mladih (u starosnoj grupi od 18 do 25 godina čak 51%). Kanabis je pri tome i droga o kojoj postoji najviše zabluda.

Kanabis je tzv. ulazna droga (gateway), droga koja se prvo proba i sa koje se u izvesnom procentu slučajeva prelazi na tzv. adiktivne droge (droge koje stvaraju izrazitu metaboličku zavisnost).

U konoplji postoji oko 60 kanabinoida, 400 štetnih hemikalija, a tokom pušenja čak i 2.000!

Metabolička zavisnost je diskutabilna, ali tolerancija, psihička zavisnost i opstinen-cijalni sindrom postoje.

Zabluda

Marihuana je bezopasna, „bebi droga“.

Manje je opasna od duvana.

Manje je opasna od alkohola.

Povećava kreativnost.

Ona je afrodizijak.

Ne senzibilizuje prelazak na druge droge.

Nije most ka drugim drogama.

Lekovita je.

Ne stvara zavisnost.

Ne utiče na sposobnost upravljanja motornim vozilima.

Legalizovana je u nekim zemljama.

Istine

Dejstvo ove droge počinje posle nekoliko minuta, svoj maksimum postiže posle pola sata i traje 4–5 časova.

Psihički simptomi: euforija (konoplja je „seme smeha“, „seme kikota“), bleskasta euforija, nekontrolisani smeh koji indukuje okruženje, govornost do brbljivosti, druželjubivost i lažna osećanje bliskosti, osetljivost na zvukove, boje i svetlost, sporo proticanje vremena, poremećaj doživljavanja prostora, poremećaj upamćivanja, oneroidna stanja, vizuelne i akustičke halucinacije, depersonalizacija, derealizacija, sumanute ideje, razdvajanje svesnosti, istovremeno doživljavanje efekta droge i posmatranje sopstvenih doživljaja (unutrašnji monitor).

Telesni simptomi: suvoća usta, hiperemija konjunktiva (vežnjača), ubrzan rad srca, povećan apetit i potreba za unošenjem slatkiša, zatim poremećaj hormonalne ravnoteže (impotencija, ginekomastija kod dečaka, privremeni sterilitet, pobačaji, hromozomska oštećenja, pad imuniteta).

Prof. dr sc. med. Jovan Bukelić

Neuropsihijatrija

za III razred medicinske škole

Petnaesto izdanje, 2012. godina

Izdavač

Zavod za udžbenike

Beograd, Obilićev venac 5

www.zavod.co.rs

Likovni urednik

mr Tijana Rančić

Dizajn

Branislav Stanković i Tijana Rančić

Korice

Branislav Stanković

Grafičko uređenje i prelom

Milan Bjelanović

Lektor

Selma Čolović

Korektor

Tatjana Janković

Obim: 22 ½ štamparskih tabaka

Format: 16,5 x 23,5 cm

Rukopis predat u štampu decembra 2011. godine.

Štampanje završeno januara 2012. godine.

Štampa „Mladost grup“, Loznica



