

Dalibor Karlović i suradnici

PSIHIJARIJA

Recenzenti

prof. dr. sc. Danijel Buljan
prof. dr. sc. Alma Mihaljević-Peš
doc. dr. sc. Ante Silić
doc. dr. sc. Marta Čivljak
doc. dr. sc. Anamarija Bogović Dijaković



NAKLADA SLAP

Sadržaj

Autori	xv
Predgovor	xvii

1. DIO

1. Predmet proučavanja psihijatrije	1	4. Psihijatrijska epidemiologija i statistika ...	59
1.1 Grane psihijatrije, psihijatrijske subspecijalizacije	4	4.1 Vrste epidemioloških istraživanja	64
1.2 Čovjek u očima psihijatra	4	4.2 Presječna istraživanja (cross-sectional studies)	64
1.3 Što je to psihički zdrava osoba, normalno, nenormalno, abnormalno, patološko	6	4.3 Istraživanja parova (case-control studies)	64
1.4 Odrednice u označavanju psihički bolesnog čovjeka	9	4.4 Longitudinalna istraživanja	65
1.5 Budućnost psihijatrije	10	4.5 Sustavna pogreška (bias)	65
2. Povijest psihijatrije	11	4.6 Statistika u psihijatriji	65
2.1 Psihijatrija prije pojave velikih civilizacija	12	4.6.1 Psihometrija	65
2.2 Psihijatrija u Mezopotamiji, kolijevki civilizacija	12	4.6.2 Statističke metode koje se koriste u psihijatrijskim istraživanjima	68
2.3 Staroegipatska psihijatrija	14	5. Psihijatrijska neurobiologija	73
2.4 Starožidovska psihijatrija	15	5.1 Neuroanatomija važna za psihijatrijsku neurobiologiju	74
2.5 Staroamerička psihijatrija	15	5.1.1 Moždano deblo	77
2.6 Starogrčka psihijatrija	16	5.1.2. Mali mozak	78
2.7 Psihijatrija u antičkom Rimu	19	5.1.3. Diencefalon	78
2.8 Srednjovjekovna psihijatrija	20	5.1.4. Moždane polutke	79
2.9 Psihijatrija u doba renesanse i novog vijeka	24	5.2 Moždane stanice	82
2.10 Psihijatrija XIX. stoljeća	27	5.3 Sinapsa, neurotransmiteri, receptori i sustav drugih glasnika	84
2.11 Psihijatrija XX. stoljeća	32	5.4 Acetilkinolin	86
2.12 Povijest hrvatske psihijatrije prve polovine XX. stoljeća	41	5.4.1. Sintetički i degradativni putovi .	86
2.13 Povijest psihijatrije u KBC-u Sestre milosrdnice	44	5.4.2 Acetilkinolinski receptori	87
3. Mentalna higijena i ekološka psihijatrija	51	5.5 Monoaminski neurotransmiteri	88
3.1 Razvoj mentalne higijene .	52	5.5.1 Biosinteza katekolamina	89
3.2 Primarna prevencija psihičkih poremećaja	53	5.5.2 Biosinteza serotonina	89
3.3 Sekundarna prevencija psihičkih poremećaja	55	5.5.3 Razgradnja katekolamina i serotonina	90
3.4 Tercijarna prevencija psihičkih poremećaja	56	5.5.4 Funkcionalna anatomija monoamina	91
3.5 Multidisciplinarnost u psihijatriji omogućuje ekološku psihijatriju	57	5.5.5 Receptori monoamina	93
		5.6 Melatonin	96
		5.7 Histamin	97
		5.8 Ekscitacijske i inhibicijske aminokiseline	98
		5.8.1 Glutamat	98
		5.8.2 γ -aminomaslačna kiselina	101
		5.8.3 Glicin	103

5.9	Neuropeptidi	103	9.5	Poremećaji afektiviteta i čuvstava	162
5.9.1	Opioidni peptidi	104	9.5.1	Kvantitativni poremećaji afektiviteta	165
5.9.2	Ostali neuropeptidi .	104	9.5.2	Kvalitativni poremećaji afektiviteta	166
5.10	Atipični neurotransmiteri i neurotrofini	105	9.6	Poremećaji mišljenja	167
5.10.1	Neurotrofni čimbenici	106	9.6.1	Poremećaji mišljenja po obliku ili formalni poremećaji mišljenja	168
6.	Medicina utemeljena na dokazima u psihijatriji	105	9.6.2	Sadržajni poremećaji mišljenja	170
6.1	Klinička psihijatrijska praksa utemeljena na dokazima	110	9.7	Poremećaji opažanja	175
7.	Teorije ličnosti	109	9.7.1	Kvantitativni poremećaji opažanja	177
7.1	Sigmund Freud – Psihoanalitička teorija ličnosti	114	9.7.2	Kvalitativni poremećaji opažanja	178
7.1.1	Struktura ličnosti prema Freudu	114	9.7.3	Specijalne kompleksne obmane opažanja	181
7.1.2	Psihoseksualni razvoj čovjeka prema Freudu .	116	9.8	Poremećaji volje	182
7.1.3	Razvoj psihoanalize nakon Freuda	118	9.9	Poremećaji pamćenja	183
7.1.4	Mentalni mehanizmi i mehanizmi obrane	119	9.9.1	Kvantitativni poremećaji pamćenja	185
7.2	Maslow – Humanistička teorija ličnosti	121	9.9.2	Kvalitativni poremećaji pamćenja	187
7.3	Rogers – Fenomenološka teorija ličnosti .	122	9.10	Poremećaji inteligencije	188
7.4	Kelly – Kognitivna teorija ličnosti	122	9.11	Poremećaji nagona	190
7.5	Skinner – Bihevioristička teorija ličnosti	122	9.11.1	Nagon za hranjenjem	192
7.6	Catell i Eysenck – Faktorski modeli ličnosti	123	9.11.2	Nagon za životom	193
7.7	Petofaktorski model ličnosti ili model Velikih pet	126	9.11.3	Nagon za spavanjem .	194
7.8	Kategorički i dimenzionalni pristup kod poremećaja ličnosti	128	9.11.4	Nagon za održanjem vrste	196
8.	Filozofija i psihijatrija	125	10.	Psihijatrijski pregled i psihijatrijska povijest bolesti	193
8.1	Psiho-logika mišljenja (povijest logike)	130	10.1	Opće upute o vođenju psihijatrijskog pregleda	199
8.2	Počeci logike u Grčkoj	130	10.2	Podaci za povijest bolesti koje dobivamo u razgovoru s bolesnikom	200
8.3	Aristotelov Organon	131	10.3	Razgovor s nesuradljivim bolesnikom, bolesnikom poremećene svijesti i smanjenih mogućnosti kontakta	203
8.4	Hegelova Znanost logike	131	10.4	Uzimanje tjelesnog i neurološkog statusa u psihijatrijskoj ordinaciji	204
8.5	Duh (duša)	133	10.5	Psihijatrijski status ili psihički profil	204
8.5.1	Povijest duha	134	11.	Laboratorijska dijagnostika psihijatrijskih poremećaja	201
8.5.2	Fenomenologija duha	135	11.1	Laboratorijske specifičnosti psihijatrijskih poremećaja koji su uzrokovani općim zdravstvenim stanjem	207
8.6	Savjest	140	11.2	Laboratorijske specifičnosti psihijatrijskih poremećaja u užem smislu i vezane uz praćenje psihofarmakoterapije	209
8.6.1	Antička tradicija	141	11.3	Farmakogenetika u psihijatriji	213
8.7	Emocije	143	11.3.1	Farmakokinetski pokazatelji	214
8.8	Osjetilna i fiziološka teorija	144	11.3.2	Farmakodinamski pokazatelji	214
8.9	Bihevioralna teorija	146	11.3.3	Prikaz vlastitih iskustava i kliničke prakse bazirane na farmakogenetici	216
8.10	Ocjenjivačke (prosudbene) teorije	147	12.	Metode slikovnog prikaza mozga u psihijatriji	215
8.11	Kognitivne (spoznajne) teorije	148	12.1	Pneumoencefalografija	220
8.12	Zaključak	149	12.2	Kraniogram, nativna snimka kostiju glave	220
9.	Opća psihopatologija	147			
9.1	Poremećaji svijesti	152			
9.1.1	Kvantitativni poremećaji svijesti.	153			
9.1.2	Kvalitativni poremećaji svijesti .	154			
9.2	Poremećaji orijentacije	155			
9.3	Poremećaji pažnje	155			
9.4	Poremećaji psihomotorike	157			

12.3	Kompjutorizirana tomografija	220	15.3.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	273
12.4	Magnetska rezonanca	221	15.3.5	Liječenje	274
12.5	Funkcionalna magnetska rezonanca	223	15.4	Demencija Lewyjevih tjelešaca	274
12.6	Magnetska rezonantna spektroskopija	223	15.4.1	Epidemiologija	274
12.7	Pozitronska emisijska tomografija	224	15.4.2	Etiologija	274
12.8	Kompjutorizirana tomografija emisijom jednog fotona	224	15.4.3	Klinička slika	275
12.9	Uporaba metoda neuroprikazivanja u psihijatriji	224	15.4.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	275
12.10	Transkranijски dopler u psihijatriji	225	15.4.5	Liječenje	276
12.11	Elektrofiziološke dijagnostičke metode	227	15.5	Frontotemporalna demencija	276
12.11.1	Elektroencefalografija	227	15.5.1	Epidemiologija	276
12.11.2	Polisomnografija	229	15.5.2	Etiologija	276
12.11.3	Evocirani potencijali	231	15.5.3	Klinička slika	276
13.	Psihološka dijagnostika u psihijatriji	229	15.5.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	276
13.1	Metrijske karakteristike psiholoških mjernih instrumenata (psihometrija)	234	15.5.5	Liječenje	277
13.2	Inventari za ispitivanje ličnosti	236	15.6	Demencija u Huntingtonovoj bolesti	277
13.2.1	Minnesota multifazni inventar ličnosti (MMPI-2)	236	15.6.1	Epidemiologija	277
13.2.2	Inventar za ispitivanje ličnosti (PAI)	238	15.6.2	Etiologija	277
13.2.3	Kratke ljestvice za ispitivanje ponašanja	238	15.6.3	Klinička slika	278
13.2.4	Upitnici ličnosti	240	15.6.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	278
13.3	Testovi inteligencije	241	15.6.5	Liječenje	278
13.3.1	Odabrani neuropsihološki mjerni instrumenti	243	15.7	Demencija u Parkinsonovoj bolesti	278
13.4	Projektivni testovi	246	15.7.1	Epidemiologija	278
14.	Klasifikacija psihijatrijskih poremećaja	245	15.7.2	Etiologija	278
14.1	Razvoj psihijatrijskih klasifikacija	247	15.7.3	Klinička slika	278
14.2	Dijagnostička hijerarhija u psihijatriji	250	15.7.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	279
14.3	Neki "problemi" medicinskih i psihijatrijskih klasifikacija	251	15.7.5	Liječenje	279
14.4	Današnje klasifikacije u psihijatriji	251	15.8	Vaskularne demencije	279
			15.8.1	Epidemiologija	279
			15.8.2	Etiologija	279
			15.8.3	Klinička slika	280
			15.8.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	282
			15.8.5	Liječenje	283
			15.9	Demencija u neurosifilisu	283
			15.9.1	Epidemiologija	283
			15.9.2	Etiopatogeneza	283
			15.9.3	Klinička slika	283
			15.9.4	Dijagnoza	283
			15.9.5	Liječenje	283
			15.10	Amnestički poremećaj	284
			15.10.1	Epidemiologija	284
			15.10.2	Etiologija	284
			15.10.3	Klinička slika	284
			15.10.5	Liječenje	285
			15.11	Kronični psihoorganski sindromi sa specifičnim psihijatrijskim kliničkim slikama	285
2. DIO			16.	Ovisnost o alkoholu i alkoholom izazvani poremećaji	287
15.	Neurokognitivni poremećaji – delirij, demencije i amnestički poremećaj	259	16.1	Povijesne napomene	288
15.1	Akutni psihoorganski sindrom ili delirij	262	16.2	Epidemiologija	290
15.1.1	Epidemiologija	263	16.3	Etiologija ovisnosti o alkoholu	291
15.1.2	Etiologija	263	16.3.1	Neurobiologija ovisnosti o alkoholu	291
15.1.3	Klinička slika	263	16.3.2	Genetska podloga ovisnosti o alkoholu	293
15.1.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	264	16.3.3	Psihosocijalni etiološki faktori	294
15.1.5	Liječenje	267	16.4	Podtipovi ovisnosti o alkoholu	295
15.2	Demencije	268	16.5	Dijagnoza ovisnosti o alkoholu	297
15.3	Alzheimerova demencija	269			
15.3.1	Epidemiologija	270			
15.3.2	Etiologija	270			
15.3.3	Klinička slika	272			

16.6	Kliničke slike ovisnosti o alkoholu i komplikacije ovisnosti o alkoholu .	299	19.	Shizofrenije	351
16.6.1	Akutna intoksikacija alkoholom	299	19.1	Povijesne koncepcije poremećaja i definiranje shizofrenije	352
16.6.2	Klinička slika ovisnosti o alkoholu bez komplikacija	300	19.2	Epidemiologija shizofrenija	356
16.7	Kliničke slike ovisnosti o alkoholu s komplikacijama	302	19.3	Etiologija shizofrenija	357
16.7.1	Psihijatrijske komplikacije ovisnosti o alkoholu	302	19.3.1	Neurobiološki etiološki faktori	358
16.7.2	Neurološke komplikacije ovisnosti o alkoholu	307	19.3.2	Psihosocijalni etiološki faktori	364
16.7.3	Tjelesne komplikacije ovisnosti o alkoholu	310	19.3.3	Okolinski, ekološki, etiološki faktori	364
16.8	Liječenje ovisnosti o alkoholu	313	19.4	Klinička slika	365
16.8.1	Obiteljsko liječenje	314	19.5	Simptomi i znakovi shizofrenije	367
16.8.2	Terapijska zajednica	315	19.5.1	Mišljenje	367
16.8.3	Grupna psihoterapija	316	19.5.2	Afektivnost	368
16.8.4	Edukacija ovisnika o alkoholu	316	19.5.3	Autizam	369
16.8.5	Psihofarmakološko liječenje ovisnosti o alkoholu	316	19.5.4	Halucinacije	369
16.8.6	Klubovi liječenih alkoholičara	317	19.5.5	Psihomotorika	370
17.	Ovisnosti o drogama	319	19.5.6	Psihička područja koja nisu zahvaćena shizofrenijom	371
17.1	Epidemiologija ovisnosti o drogama	322	19.6	Podtipovi shizofrenije	371
17.2	Etiologija ovisnosti o drogama	323	19.6.1	Paranoidni oblik shizofrenije .	371
17.3	Posljedice droga za zdravlje i društvo	325	19.6.2	Hebefreni oblik shizofrenije .	371
17.4	Kliničke slike i karakteristike pojedinih droga	326	19.6.3	Katatoni oblik shizofrenije	371
17.4.1	Opijati	326	19.6.4	Simplex oblik shizofrenije	372
17.4.2	Sedativi, anksiolitici i hipnotici	328	19.7	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	372
17.4.3	Kanabis	329	19.8	Tijek i prognoza	373
17.4.4	Stimulirajuće droge	330	19.9	Liječenje	375
17.4.5	Kokain	331	20.	Poremećaji iz spektra shizofrenija	379
17.4.6	Halucinogeni	332	20.1	Sumanuti poremećaj	379
17.4.7	Hlapljive tvari (otapala, inhalati)	334	20.1.1	Epidemiologija	380
17.4.8	Ovisnost o nikotinu	335	20.1.2	Etiologija	380
17.4.9	Zloupotreba drugih supstanci	336	20.1.3	Klinička slika	381
17.5	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	337	20.1.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	383
17.6	Liječenje ovisnosti	337	20.1.5	Liječenje	384
18.	Nesupstancijalne – bihevioralne ovisnosti	343	20.2	Inducirane psihoze	384
18.1	Epidemiologija	344	20.3	Akutni i prolazni psihotični poremećaj	385
18.2	Etiologija	344	20.3.1	Epidemiologija	385
18.3	Klinička slika	345	20.3.2	Etiologija	385
18.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	345	20.3.3	Klinička slika	385
18.5	Liječenje	346	20.3.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	385
18.6	Patološko kockanje	346	20.3.5	Liječenje	385
18.6.1	Epidemiologija patološkog kockanja	347	20.4	Shizoafektivni poremećaj	386
18.6.2	Etiologija patološkog kockanja	347	20.4.1	Epidemiologija	386
18.6.3	Klinička slika patološkog kockanja	348	20.4.2	Etiologija	386
18.6.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	348	20.4.3	Klinička slika	387
18.6.5	Liječenje patološkog kockanja	348	20.4.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	387
			20.4.5	Liječenje	387
			21.	Poremećaji raspoloženja	389
			21.1	Depresivni poremećaj	392
			21.1.1	Epidemiologija	392
			21.1.2	Etiologija	393
			21.1.3	Klinička slika	400

21.1.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	402	22.9	Mješoviti anksiozni i depresivni poremećaji	436
21.1.5	Liječenje	404	23.	Somatoformni i disocijativni poremećaji	437
21.2	Bipolarni afektivni poremećaj	405	23.1	Somatizacijski poremećaj	438
21.2.1	Epidemiologija	405	23.1.1	Epidemiologija	438
21.2.2	Etiologija	406	23.1.2	Etiologija	438
21.2.3	Klinička slika	407	23.1.3	Klinička slika	439
21.2.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	409	23.1.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	439
21.2.5	Liječenje	411	23.1.5	Liječenje	439
21.3	Perzistirajući poremećaji raspoloženja	411	23.2	Hipohondrijski poremećaj	440
21.3.1	Ciklotimija	412	23.2.1	Epidemiologija	440
23.3.2	Distimija	413	23.2.2	Etiologija	440
22.	Anksiozni poremećaji	415	23.2.3	Klinička slika	440
22.1	Etiologija anksioznosti	417	23.2.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	441
22.2	Kliničke osobitosti	419	23.2.5	Liječenje	441
22.3	Panični poremećaj i agorafobija	419	23.3	Perzistirajući bolni poremećaj	441
22.3.1	Epidemiologija	420	23.3.1	Epidemiologija	441
22.3.2	Etiologija	420	23.3.2	Etiologija	441
22.3.3	Klinička slika	420	23.3.3	Klinička slika	442
22.3.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	421	23.3.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	442
22.3.5	Liječenje	422	23.3.5	Liječenje	442
22.4	Fobični poremećaji: specifične fobije i socijalna fobija	423	23.4	Somatoformna autonomna disfunkcija	442
22.4.1	Epidemiologija	423	23.4.1	Epidemiologija	442
22.4.2	Etiologija	423	23.4.2	Etiologija	442
22.4.3	Klinička slika	423	23.4.3	Klinička slika	442
22.4.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	424	23.4.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	443
22.4.5	Liječenje	424	23.4.5	Liječenje	443
22.5	Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP)	425	23.5	Disocijativni (konverzivni) poremećaji	443
22.5.1	Epidemiologija	425	23.5.1	Epidemiologija	444
22.5.2	Etiologija	425	23.5.2	Etiologija	444
22.5.3	Klinička slika	425	23.5.3	Klinička slika	445
22.5.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	426	23.5.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	447
22.5.5	Liječenje	427	23.5.5	Liječenje	449
22.6	Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)	427	24.	Perinatalni i puerperalni psihijatrijski poremećaji i psihijatrijski poremećaji vezani uz reproduktivno zdravlje žena ...	451
22.6.1	Epidemiologija	427	24.1	Fetalno programiranje	451
22.6.2	Etiologija	427	24.2	Psihijatrijski poremećaji u perinatalnom razdoblju	454
22.6.3	Klinička slika	427	24.2.1	Depresivni poremećaj	455
22.6.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	427	24.2.2	Bipolarni afektivni poremećaj	455
22.6.5	Liječenje	430	24.2.3	Anksioznost	456
22.7	Opsesivno-kompulzivni poremećaj	431	24.2.4	Anksiozni poremećaji	456
22.7.1	Epidemiologija	431	24.2.5	Psihotični poremećaji	457
22.7.2	Etiologija	431	24.2.6	Bolesti ovisnosti	458
22.7.3	Klinička slika	432	24.2.7	Psihopatologija trudnoće	458
22.7.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	433	24.3	Postpartalni psihijatrijski poremećaji	459
22.7.5	Liječenje	433	24.3.1	Postpartalna tuga	459
22.8	Akutna reakcija na stres i poremećaji prilagodbe	434	24.3.2	Postpartalna depresija	459
22.8.1	Epidemiologija	434	24.3.3	Postpartalna psihoza	461
22.8.2	Etiologija	434			
22.8.3	Klinička slika	435			
22.8.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	435			
22.8.5	Liječenje	436			

24.4	Predmenstrualni disforični poremećaj	462	28.1.3	Klinička obilježja	499
24.5	Postabortivni sindrom	463	28.1.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	499
25.	Poremećaji hranjenja	465	28.1.5	Liječenje	500
25.1	Anoreksija nervoza	465	28.2	Piromanija	500
25.3.1	Epidemiologija	465	28.2.1	Epidemiologija	500
25.3.2	Etiologija	465	28.2.2	Etiologija	500
25.3.3	Klinička slika	466	28.2.3	Klinička obilježja	500
25.3.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	467	28.2.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	500
25.3.5	Liječenje	467	28.2.5	Liječenje	501
25.2	Bulimija nervoza	469	28.3.	Intermitentni eksplozivni poremećaj	501
25.3.1	Epidemiologija	469	28.3.1	Epidemiologija	501
25.3.2	Etiologija	469	28.3.2	Etiologija	501
25.3.3	Klinička slika	469	28.3.3	Klinička obilježja	501
25.3.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	470	28.3.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	501
25.3.5	Liječenje	470	28.3.5	Liječenje	502
26.	Poremećaji spavanja	473	28.4.	Trihutilomanija	502
26.1	Neurobiologija spavanja i budnosti	474	28.4.1	Epidemiologija	502
26.2	Faze spavanja	476	28.4.2	Etiologija	503
26.3	Poremećaji spavanja	477	28.4.3	Klinička obilježja	503
26.3.1	Klasifikacija i dijagnostika poremećaja spavanja	477	28.4.4	Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	504
26.4	Dizsomnije	478	28.4.5	Liječenje	504
26.5	Insomnije	479	28.5	Ostali poremećaji kontrole impulsa	504
26.5.1	Epidemiologija	479	29.	Poremećaji seksualne funkcije, spolnog identiteta i parafilije	505
26.5.2	Etiologija	479	29.1	Seksualna disfunkcija	506
26.5.3	Klinička slika	479	29.1.1	Epidemiologija seksualnih disfunkcija	507
26.5.4	Liječenje	479	29.1.2	Etiologija seksualnih disfunkcija	507
26.6	Hipersomnija	481	29.1.3	Kliničke slike seksualnih disfunkcija	508
26.6.1	Epidemiologija	481	29.1.4	Liječenje seksualne disfunkcije	510
26.6.2	Etiologija	481	29.2	Poremećaji spolne sklonosti, parafilije	511
26.6.3	Klinička slika	481	29.2.1	Etiologija poremećaja spolne sklonosti	512
26.6.4	Liječenje	481	29.2.2	Liječenje poremećaja spolne sklonosti	512
26.7	Parasomnije	482	29.2.3	Kliničke slike parafilija	512
26.7.1	Non-REM parasomnije	482	29.3	Abnormalnosti spolnog identiteta - transseksualnost	515
26.7.2	REM parasomnije	482	30.	Poremećaji intelektualnog razvoja	519
26.7	Poremećaji spavanja povezani s cirkadijurnim ritmovima	483	30.1	Epidemiologija	520
26.8	Ostali poremećaji spavanja	483	30.2	Etiologija	520
27.	Poremećaji ličnosti	485	30.3	Dijagnoza	522
27.1	Epidemiologija	488	30.4	Psihopatologija mentalne retardacije	523
27.2	Etiologija poremećaja ličnosti	488	30.5	Liječenje	524
27.3	Klasifikacija poremećaja ličnosti	490	30.6	Prognoza	524
27.4	Diferencijalna dijagnoza	491	30.7	Prevenција	525
27.5	Tijek i prognoza	491	31.	Dječji i adolescentni psihijatrijski poremećaji	527
27.6	Kliničke slike poremećaja ličnosti	492	31.1	Hiperkinetski poremećaj, poremećaj pažnje/hiperaktivni poremećaj	530
27.7	Liječenje poremećaja ličnosti	495	31.2	Poremećaji ophođenja	531
28.	Poremećaji kontrole impulsa	497	31.3	Pervazivni razvojni poremećaji	532
28.1	Kleptomanija	499			
28.1.1	Epidemiologija	499			
28.1.2	Etiologija	499			

31.4	Poremećaji raspoloženja u djece i adolescenata	533
31.5	Anksiozni poremećaji	534
31.6	Tikovi	534
31.7	Shizofrenija u djece	535
31.8	Prevenција mentalnih poremećaja u djece i adolescenta	536

3. DIO

32.	Psihofarmakoterapija i psihijatrijske fizikalne metode liječenja	541
32.1	Povijest psihofarmakoterapije	542
32.2	Antipsihotici	543
32.3	Antidepresivi	551
32.4	Stabilizatori raspoloženja	556
32.5	Anksiolitici i hipnotici	558
32.6	Lijekovi za liječenje ovisnosti o alkoholu i drugih ovisnosti	560
32.6.1	Lijekovi koji se koriste u liječenju ovisnosti o alkoholu	560
32.6.2	Lijekovi za liječenje opijatske ovisnosti	561
32.7	Lijekovi za liječenje demencije, antidementivi	563
32.8	Elektrokonvulzivna terapija (EKT)	563
32.9	Svjetlosna terapija	566
32.10	Transkranijska magnetska stimulacija	566
32.11	Stimulacija vagusa	566
33.	Psihoterapija	567
33.1	Značenje i mjesto psihoterapije u psihijatriji	567
33.2	Psihoanaliza	569
33.2.1	Što je psihoanalitički proces?	569
33.2.2	Indikacije za psihoanalitičke terapije	571
33.3	Kognitivno-bihevioralna terapija	572
33.3.1	Opis	572
33.3.2	Teorijske osnove	576
33.3.3	Indikacije za KBT	580
33.4	Logoterapija i egzistencijska analiza	581
33.4.1	Indikacijska područja	582
33.4.2	Pregled logoterapije i egzistencijske analize	582
33.5	Sistemska obiteljska psihoterapija	584
33.5.1	Začeci sistemske obiteljske psihoterapije	585
33.5.2	Obitelj kao sistem	586
33.5.3	Životni ciklus obitelji	586
33.5.4	Sistemska teorija	588
33.5.5	Povijesni pregled sistemske obiteljske psihoterapije	589
33.5.6	Obiteljska terapija u Hrvatskoj	593

33.6	Ostale psihoterapije	593
33.6.1	Transakcijska analiza	593
33.6.2	Integrativna psihoterapija	594

4. DIO

34.	Klinička psihologija i uloga psihologa u psihijatriji	599
34.1	Mjesto i uloga kliničkog psihologa u kliničkom psihijatrijskom radu	601
34.2	Uloga psihologa u psihodijagnostičkim postupcima	602
34.3	Grupni rad s bolesnicima tijekom bolničkog i izvanbolničkog liječenja	603
34.4	Rad s članovima obitelji bolesnika	606
34.5	Individualni rad psihologa s bolesnicima tijekom bolničkog i/ili ambulantnog liječenja, provođenje psiholoških tretmana	606
34.6	Psihološka procjena i rad s bolesnicima uključenim u druge oblike liječenja	606
34.7	Istraživački rad kliničkih psihologa	606
34.8	Preventivni rad kliničkih psihologa	607
34.9	Suradnja s drugim strukama i važnost timskog rada	607
35.	Socijalni radnik u psihijatriji	609
35.1	Povijesni pregled socijalnog rada u psihijatriji	610
35.2	Povijesni pregled socijalnog rada u hrvatskoj psihijatriji	611
35.3	Kompetencije socijalnog radnika u psihijatriji	612
35.4	Terapijski rad psihijatrijskog socijalnog radnika	614
35.5	Rad s bolesnicima	617
35.5.1	Individualni rad sa psihijatrijskim bolesnikom	617
35.5.2	Grupni rad sa psihijatrijskim bolesnicima	618
35.6	Rad s obitelji psihijatrijskog bolesnika	618
35.7	Rad u timu	619
35.8	Okvir djelovanja socijalnog radnika u psihijatriji	619
35.9	Održavanje mentalne higijene psihijatrijskih socijalnih radnika	620
36.	Medicinska sestra u psihijatriji	621
36.1	Razvoj sestrinstva kao profesije	621
36.2	Filozofija sestrinstva	622
36.3	Počeci sestrinstva u psihijatriji	622

36.4 Zdravstvena njega u psihijatriji danas	624		
36.4.1 Specifičnost odnosa medicinske sestre i bolesnika u psihijatriji	624		
36.4.2 Proces zdravstvene njege u psihijatrijskom sestrinstvu	625		
36.5 Zdravstvena njega psihijatrijskog bolesnika	625		
36.5.1 Pristup psihijatrijskom bolesniku	625		
36.5.2 Odnos sestara – bolesnik/terapijski odnos	626		
36.5.3 Komunikacija/terapijska komunikacija	626		
36.5.4 Terapijsko okruženje	626		
36.5.5 Specifičnosti rada medicinske sestre sa psihijatrijskom bolesnikom	627		
36.6 Prijem bolesnika na psihijatrijski odjel	629		
5. DIO			
37. Socijalna/ekološka psihijatrija i organizacija psihijatrijske službe	633		
37.1 Terapijska zajednica	636		
37.2 Timski rad u ekološkoj/socijalnoj psihijatriji	639		
37.3 Psihijatrija u zajednici	640		
37.4 Organizacija psihijatrijske službe	641		
37.5 Opća načela organizacije psihijatrijske službe	642		
37.6 Organizacija psihijatrijske službe prema razinama zdravstvene zaštite	642		
37.6.1 Primarna zdravstvena zaštita	643		
37.6.2 Bolnički sustav liječenja (sekundarna i tercijarna zdravstvena zaštita)	643		
37.6.3 Psihijatrijski odjeli u općim bolnicama/ klinike za psihijatriju u kliničkim bolnicama ili kliničkim bolničkim centrima	644		
37.6.4 Parcijalna hospitalizacija i izvanbolničko liječenje	644		
38. Hitna psihijatrijska stanja i intenzivno psihijatrijsko liječenje	647		
38.1 Organizacija hitne i intenzivne psihijatrije	649		
38.2 Psihijatrijski pregled i pristup bolesniku u hitnim psihijatrijskim stanjima	650		
38.3 Najčešća stanja psihijatrijske hitnosti	651		
38.3.1 Suicidnost	651		
38.3.2 Agresivnost (agresivno ponašanje)	654		
38.3.3 Shizofrenija	655		
38.3.4 Manija i manične epizode u sklopu bipolarnog afektivnog poremećaja	656		
38.3.5 Depresija	656		
38.3.6 Žalovanje i krizne situacije	656		
38.3.7 Anksioznost/panika	656		
		38.3.8 Stanja disocijacije i epileptička sumračna stanja	657
		38.3.9 Postpartalna psihoza	657
		38.3.10 Akutna intoksikacija i apstinencijski sindrom (apstinencijska kriza) - psihoaktivne tvari: alkohol, kanabis, kokain, opijati	657
		38.3.11 Nuspojave antipsihotika	659
39. Konzultativno-suradna psihijatrija i psihosomatska medicina	661		
39.1 Organizacija rada konzultativno-suradne psihijatrije i psihosomatske medicine	663		
39.2 Administracija	665		
39.3 Konceptualni pravci i teorije u psihosomatskoj medicini	665		
39.4 Tijek psihijatrijske konzultacije	666		
39.5 Glavne komponente psihijatrijskog pregleda bolesnika	668		
39.6 Specijalni slučajevi	670		
40. Psihijatrija starije životne dobi – gerontopsihijatrija	673		
40.1 Starija (treća) životna dob	674		
40.2 Psihijatrija starije životne dobi – čime se bavi?	675		
40.3 Biološki, psihološki i socijalni aspekti normalnog starenja	675		
40.3.1 Biološki aspekti starenja – promjene po organskim sustavima tijekom normalnog (fiziološkog) starenja	675		
40.3.2 Psihološki aspekti starenja	677		
40.3.3 Socijalni aspekti starenja	678		
40.4 Psihijatrijski aspekti izabranih akutnih i kroničnih bolesti u starijoj životnoj dobi	680		
40.4.1 Psihički poremećaji u starijih bolesnika s različitim internističkim bolestima	680		
40.4.2 Psihički poremećaji u starijih bolesnika s neurološkim bolestima	680		
40.5 Psihijatrijski poremećaji u starijoj/trećoj životnoj dobi	680		
40.5.1 Depresija	681		
40.5.2 Anksiozni poremećaji	682		
40.5.3 Zloupotreba alkohola i lijekova (osobito benzodijazepina)	683		
40.5.4 Bipolarni afektivni poremećaj u starijoj životnoj dobi	683		
40.6 Psihoze u starijoj životnoj dobi	683		
40.7 Demencija i delirantna stanja	684		

41. Forenzička psihijatrija i Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama	687	42. Etika u psihijatriji	701
41.1 Forenzička obilježja pojedinih psihijatrijskih dijagnostičkih skupina	689	42.1 Osnovni etički principi	702
41.1.1 Organski psihosindromi	689	42.1.1 Autonomija	702
41.1.2 Alkoholom izazvani poremećaji	690	42.1.2 Dobročinstvo	702
41.1.3 Ovisnost o psihoaktivnim tvarima	691	42.1.3 Pravednost	702
41.1.4 Shizofrenije i poremećaji iz spektra shizofrenija	691	42.1.4 Povjerljivost i pouzdanost	702
41.1.5 Poremećaji raspoloženja	692	42.2 Etika i psihijatrija starije dobi	704
41.1.6 Anksiozni, disocijativni i somatoformni poremećaji	693	42.3 Etika konzultativno-suradne psihijatrije	704
41.1.7 Seksualni poremećaji	693	42.4 Deklaracije	704
41.1.8 Poremećaji kontrole poriva, poremećaji prilagodbe, poremećaji hranjenja	694		
41.1.9 Poremećaji ličnosti	694		
41.2 Pravni sadržaji forenzičke psihijatrije	694		
41.3 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (ZZODS)	698		
41.3.1 Prisilna hospitalizacija psihijatrijskog bolesnika	698		

39.

Vjekoslav Peitl
Dalibor Karlović

Konzultativno-suradna psihijatrija i psihosomatska medicina

39.1 Organizacija rada konzultativno-suradne psihijatrije i psihosomatske medicine ...	663	39.4 Tijek psihijatrijske konzultacije	666
39.2 Administracija	665	39.5 Glavne komponente psihijatrijskog pregleda bolesnika	668
39.3 Konceptualni pravci i teorije u psihosomatskoj medicini	665	39.6 Specijalni slučajevi	670

Za ispravnu dijagnozu i terapiju važna je suradnja raznih medicinskih struka, a ta je moguća samo unutar bolnice, u kojoj postoje svi glavni odjeli. Nije rijedak slučaj da kod internističkog, kirurškog ili kojeg drugog odjela nastupi psihotično stanje. Umjesto dosadašnje nepodesne izolacije, moći će se takvi bolesnici smjestiti na neurološko-psihijatrijski odjel, gdje će, uz potreban nadzor i ispravnu njegu, ostati u liječenju specijalista, čijoj struci pripadaju.

Prof. dr. sc. Josip Glaser

Konzultativno-suradna psihijatrija (naziva se i *liasonska psihijatrija*) je koncept psihijatrije u medicini koja obuhvaća probleme ponašanja, psihičke poteškoće i poremećaje povezane sa somatskim bolestima, prilagodbom na bolest i često neugodno bolničko okruženje. **Psihosomatska medicina** naglašava jedinstvo duše i tijela, i njihovo međusobno djelovanje. Danas prevladava stav da tjelesna bolest ima značajan utjecaj na psihičko stanje i da su psihološki čimbenici važni u predispoziciji i razvoju gotovo svih bolesti.

Konzultativno-suradna psihijatrija počinje se razvijati između dva svjetska rata kad su psihijatrijski odjeli i psihijatri postali dio općih bolnica. Naime, pri-

je toga su psihijatrijski bolesnici bili pretežno liječeni u psihijatrijskim bolnicama, odvojeni od "tjelesnih" bolesnika, a tako su i psihijatri bili odvojeni od ostalih kolega specijalista tjelesne medicine. U slučaju da su psihijatrijski bolesnici bili tjelesno bolesni, za vrijeme hospitalizacije u općim bolnicama ostajali su bez neophodnog psihijatrijskog liječenja. S druge strane, psihijatri su bili također odvojeni od ostalih kolega liječnika drugih specijalizacija i svaka suradnja je bila i zbog takve fizičke zapreke onemogućena.

Kao što i naziv kaže, područje rada je konzultacija i suradnja između specijalista tjelesne medicine i psihijatarata i naglašavanje psihosomatskog u tjelesnoj bolesti. Osim konzultativnog rada psihijatra u dijagnostici i liječenju psihijatrijskih bolesnika koji se liječe na odjelima tjelesne medicine, konzultativni psihijatar sudjeluje u otkrivanju, dijagnostici i liječenju primarno tjelesnih bolesnika sa psihijatrijsko-psihološkim komplikacijama, reakcijama na tjelesnu bolest, tjelesnim manifestacijama psihičkog poremećaja i psihosomatskim poremećajima. U tom modelu primarna uloga psihijatarata je uputiti na holistički pristup u dijagnostici i liječenju somatskih bolesnika, dakle zastupa bio/psiho/socijalni pristup. Dakle, osim konzultativne uloge, u ovom modelu psihijatar je dio medicinskog tima te dio svog radnog vremena provodi na odjelima tjelesne medicine u tijesnoj suradnji s ostalim medicinskim osobljem. Konzultativni psihijatri trebali bi raditi na osvjetljavanju psihijatrijsko-psi-

hološkog konteksta svakog bolesnika i njegove bolesti, a ostatku medicinskog tima pojasniti da je bolesnik osoba s biološkom, psihološkom i socijalnom dimenzijom. Koliko je važna implementacija konzultativnog psihijatrijskog modela u bolnicama općeg tipa govori i to da je oko 5% svih bolnički liječenih bolesnika na tjelesnim odjelima imalo psihijatrijsku konzultaciju, da oko 30% bolesnika u bolnicama općeg tipa ima neki psihijatrijski poremećaj. Od tih 30% bolesnika, 10% ima akutni psihoorganski sindrom, oko 10% poremećaj raspoloženja, a 5% poremećaj prilagodbe.

Iz dosad navedenog proizlazi i logična povezanost konzultativne psihijatrije i psihosomatske medicine. Naime, dok je konzultativna psihijatrija "praktično" djelovanje psihijatra, pod psihosomatskom medicinom podrazumijeva se više stav koji uključuje uvažavanje prožimanja psihičkog i tjelesnog ili, drugim riječima, psihosomatska medicina povezuje psihičko i tjelesno i promatra njihov međusobni odnos. S druge strane, konzultativni psihijatri se najčešće susreću sa psihosomatskim poremećajima.

Važno je uočiti da je od samog početka djelovanja psihijatrijskog odjela u Kliničkom bolničkom centru Sestre milosrdnice uočljiv stav o važnosti prisutnosti psihijatra među "tjelesnim" specijalistima. Tako i u ovom segmentu psihijatrijske zaštite današnji KBC Sestre milosrdnice ima pionirsku ulogu. Nadalje, bitno je napomenuti da se i prije službenog osnivanja psihijatrijskog odjela u bolnici liječe psihijatrijski bolesnici i to od samog početka djelovanja bolnice u 19. stoljeću. Psihijatrijski bolesnici u tom su periodu liječeni na internom odjelu pa su psihijatrijski bolesnici i psihijatrijske komplikacije tjelesnih bolesti bile stalni interes liječnika bolnice. Već 1897. godine je u Bolnici milosrdnih sestara i napisan prvi znanstveno-stručni rad na našem području iz tematike kojom se danas i bave konzultativni psihijatri, a vezan je uz psihotične kliničke slike koje su posljedica traume glave. Rad je napisao jedan od osnivača Medicinskog fakulteta u Zagrebu prof. dr. Miroslav Čačković (Čačković, M., Slučaj traumatske psihoze izliječene trepanacijom. Liječnički vjesnik 1897; 19: 360.)

Kako je Klinika za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Sestre milosrdnice psihijatrijski odjel u krugu bolnice općeg tipa po prvi put osmišljene na taj način (djeluje od 1939. godine), posve je i razumljivo da su psihijatri bili uključeni u konzultativni rad u bolnici od samih početaka. Dapače, kao što je u uvodu istaknuto, odavde je i krenula inicijativa i preporu-

ke o važnosti psihijatrijskih službi za bolnicu općeg tipa objavljene 1946. godine. Kasnije je konzultativni model realiziran u sklopu polikliničko-konzilijarne službe Klinike za psihijatriju kroz konzilijarne preglede desetljećima. Kolika je važnost konzultativnog psihijatrijskog rada na Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Sestre milosrdnice govori činjenica da je u nazivu jednog odjela istaknuto i konzilijarno (konzultativno). Međutim, već u ovom periodu konzultativni rad je organiziran po načelima rada u konzultativnoj psihijatriji tako da su točno određeni psihijatri bili zaduženi za psihijatrijske konzultacije na pojedinim specifičnim odjelima. Dapače, brojni radovi koje su napisali djelatnici Klinike za psihijatriju iz područja konzultativne psihijatrije i psihosomatske medicine svjedoče da su se psihijatri Klinike sustavno i ozbiljno bavili problemima konzultativne psihijatrije i psihosomatske medicine. Devedesetih godina je dalje intenziviran rad u području konzultativne psihijatrije kada psihijatri zaposleni na Klinici za psihijatriju postaju i članovi timova za dijagnostiku i liječenje kao suradni psihijatri (ne više samo kao konzultativni psihijatri). Suradni psihijatar tako radi dio radnog vremena na Klinici za onkologiju, dermatologiju, endokrinologiju, ginekologiju i porodništvu itd. Naposljetku ističemo da od 2002. godine na Klinici za psihijatriju i službeno djeluje Odjel za konzultativnu psihijatriju i psihosomatsku medicinu koji se bavi prevencijom, dijagnostikom i terapijom u području konzultativne psihijatrije i psihosomatske medicine. Navedeni odjel je jedini i prvi takav odjel koji je i formalno organiziran i uspostavljen u nekoj bolnici u Republici Hrvatskoj. Budući da u Republici Hrvatskoj postoje 23 bolnice općeg tipa, sa psihijatrijskim službama i 6 bolnica općeg tipa bez stacionarne psihijatrijske službe, a neke od tih čak i bez psihijatrijske ambulante, nameće se potreba za osnivanjem krovne ustanove koja bi svojim radom poticala na osnivanje konzultativne službe u bolnicama općeg tipa, davala im smjernice za svakodnevni rad u konzultativnim aktivnostima, organizirala edukaciju medicinskih djelatnika u području konzultativne psihijatrije i psihosomatske medicine, te provodila i organizirala istraživanja u području konzultativne psihijatrije i psihosomatske medicine. Klinika za psihijatriju KBC-a Sestre milosrdnice je član Europskog društva za konzultativno-suradnu psihijatriju i psihosomatiku i hrvatski predstavnik u ovom europskom društvu.

39.1 Organizacija rada konzultativno-suradne psihijatrije i psihosomatske medicine

Konzultativna psihijatrija i psihosomatska medicina u KBC-u Sestre milosrdnice je prvi takav formalno osnovan odjel u Republici Hrvatskoj, a koji je preuzet kao modificirani talijanski model. Čitav proces psihijatrijskih konzultacija je informatiziran, tako da Odjel uključuje registar i bazu podataka konzultativnih usluga u KBC-u "Sestre milosrdnice". Upravo je ta baza podataka temelj za provedbu raznih epidemioloških istraživanja i praćenja potreba pojedinih klinika za psihijatrijskim pregledima. KBC Sestre milosrdnice raspolaže s 1149 kreveta i 300 stolaca dnevne bolnice, bez psihijatrijskih, a sastoji se od 22 klinike ili klinička zavoda. Djelatnost konzultativne psihijatrije implementirana je u sve klinike KBC-a Sestre milosrdnice i upravo se tu jasno ocrtava njezina važnost i nužnost u procesu rada svih klinika KBC-a Sestre milosrdnice. Upravo zbog toga bolesnici su adekvatno zbrinuti, uz holistički pristup koji pruža konzultativna psihijatrija, a koja povezuje i sanira kako psihičko, tako i "tjelesno" stanje, kako bi sve potrebe bolesnika bile u potpunosti zadovoljene. Zajednički cilj konzultativne psihijatrije i psihosomatske medicine, te "tjelesne" medicine je postići što bolje cjelokupno zdravstveno stanje bolesnika uz zadovoljavanje svih njegovih potreba kako bi rezultat bio zadovoljan i adekvatno zbrinut bolesnik. Godišnje se u KBC-u Sestre milosrdnice provede oko 1400 psihijatrijskih konzultacija, pri čemu se dnevno prosječno obavi oko 6 konzultacija, što se odnosi na oko 5 % bolnički liječenih pacijenata.

Konzultativna psihijatrija i psihosomatska medicina aktivno se provodi na gotovo svim kliničkim odjelima KBC-a Sestre milosrdnice: odjelima intenzivne skrbi (interna i kirurška intenzivna jedinica, koronarna jedinica, interventna gastroenterologija, opća interna), zatim na odjelima onkologije i hematologije, gdje je od izuzetne važnosti psihoonkološko savjetovalište za bolesnike i obitelj, ginekologije (gdje je nužna pomoć ovisnicama nakon porođaja, ženama s postpartalnim poremećajima te psihijatrijskim bolesnicama koje čuvaju trudnoću). Također se aktivno provodi na kirurgiji, posebno kod operacija želuca kod pretilih osoba, na ORL i kirurgiji lica, glave i vrata (korektivni zahvati i plastične operacije), na neurokirurgiji, gdje je važno praćenje bolesnika nakon operacije hipofize, hipotalamusa i frontalnog režnja, te vrlo često na

dermatologiji kod poremećaja sheme vlastitog tijela, dizmorfofobije, pruriga, psorijaze, pemfigusa, akni, te alopecije. Značenje konzultativne psihijatrije jasno je vidljivo i na drugim odjelima kao što su: urologija, posebno kod dijaliza, u gastroenterologiji, te kod ovisnika o alkoholu, u endokrinologiji, posebno kod dijabetičara, kada je psihijatrijska konzultacija nužna kako bi se bolesnicima pomoglo da se što lakše nose sa svojom bolesti, na neurologiji zbog učestalih depresija i akutnog psihoorganskog sindroma nastalog kao posljedice moždanog udara, te u anesteziologiji u centru za liječenje boli.

Osoblje Konzultativne psihijatrije i psihosomatske medicine čine: pročelnik, glavna sestra, liječnici-psihijatri (ukupno 20), a koji su svi zaposleni na Klinici, zatim specijalizanti psihijatrije, psiholog, te socijalni radnik. Prvenstveno treba odrediti članove savjetodavnog tima prema područjima u kojima će djelovati. Svakako treba uzeti u obzir koje područje savjetodavnog rada je prikladno za određenog psihijatra (odrasli, pedijatrija, hitni prijem, kirurgija, dermatologija, onkologija itd.). Član psihijatrijskog savjetodavnog tima mora znati svoju ulogu, izgraditi i održati identitet u instituciji u kojoj radi.

Pročelnik kliničke jedinice za konzultativnu psihijatriju i psihosomatsku medicinu koordinira rad, izrađuje plan rada, te sudjeluje u svakodnevnom radu Odjela. Također brine za stručnost rada i surađuje s predstojnicima, pročelnicima i voditeljima klinika, zavoda i odjela, te unutar bolnice dogovara potrebnu suradnju za pružanje konzultativne djelatnosti. Suraduje s predstojnikom Klinike, liječnicima specijalistima, te specijalizantima unutar kliničke jedinice konzultativne psihijatrije. Također provodi znanstveni rad i osmišljava nove mogućnosti unutar kliničke jedinice, osigurava informatizaciju Odjela i registra za dobivanje vrijednih podataka o psihijatrijskim konzultacijama, te s glavnom sestrom kliničke jedinice nadzire poslove u krugu djelovanja Konzultativne psihijatrije.

Glavna sestra kliničke jedinice konzultativne psihijatrije vodi medicinsku dokumentaciju, te raspored rada unutar Kliničke jedinice u dogovoru s glavnom sestrom Klinike i glavnim sestrama unutar Klinike, koordinira s ostalim glavnim sestrama na ostalim klinikama, zavodima i odjelima gdje se provode dijagnostički i terapijski zahvati, koordinira s liječnicima Klinike koji trebaju obavljati dijagnostičke i terapijske postupke na klinikama, zavodima, odjelima i poliklinikama bolnice. Također vrši unos podataka u infor-

matički sustav koji čini okosnicu registra Kliničke jedinice iz kojeg se dobivaju vrijedni podaci o bolničkim potrebama za psihijatrijskim konzultacijama (formira se baza podataka konzultativno-suradnih usluga), educira medicinske sestre na odjelima tjelesne medicine o procesu njege psihijatrijskog bolesnika dok je na liječenju na odjelu tjelesne medicine, te pruža pomoć u postavljanju psihijatrijskih sestrinskih dijagnoza kod "tjelesnih" bolesnika i educira somatske bolesnike o načinu kako se emocionalno nositi s bolešću.

Rad Konzultativne psihijatrije organiziran je tako da služba radi tijekom 24 sata. Djelatnost Konzultativne psihijatrije može biti provedena kao hitna psihijatrijska konzultacija koja mora biti pružena unutar 15 minuta, a što će biti i posebno naznačeno na uputnici za psihijatrijsku konzultaciju, slijedi konzultacija koja se mora provesti unutar 24 sata, konzultacija koja će biti provedena u redovno radno vrijeme pojedinog psihijatra, te postoji i mogućnost provedbe psihijatrijske vizite na "tjelesnim odjelima" ako se za tu vrstu konzultacije pokaže potreba, a tada bi se već pregledani bolesnik od strane psihijatra još u nekoliko navrata obilazio kako bi se moglo kontinuirano pratiti poboljšanje ili eventualno pogoršanje njegova psihičkog statusa. U bolnicama se većina, ako ne i svi, rutinski zahtjevi za konzilijarnim pregledom izvrše tijekom 24 sata. Žurno ili hitno savjetovanje zahtijeva pregled unutar 15 do 30 minuta ili "što je prije moguće". Ovisno o situaciji, ponekad je moguće odgovoriti na zahtjev za konzultaciju unutar 48-72 sata, no za to bi trebalo kontaktirati s liječnikom koji je podnio zahtjev. Preporučljivo je da se ono što treba napraviti danas ne odlaže za sutra. Smatra se neprofesionalnim i nekorektnim odgađati i ostavljati svoj posao kolegama u sljedećoj smjeni ili dežurstvu. To se negativno odražava na status konzultanta kao člana tima.

U takvu kontinuiranu organizaciju rada konzultativne službe uključen je svaki psihijatar koji inače ima "svoj" odjel u kojem radi dio radnog vremena odnosno u svoje redovno radno vrijeme, zatim je u rad uključen dežurni psihijatar, koji je zapravo i "starija služba" u dežurstvu, glavna sestra koja vodi administraciju, registar i bazu podataka, te surađuje sa sestrama koje rade na "tjelesnim" odjelima, psiholog koji provodi psihoterapiju bolesnika i vrši psihotestiranje na temelju kojih se može utvrditi stupanj i vrsta psihičkog poremećaja, struktura osobnosti pacijenta, te obrambeni mehanizmi i sposobnost suočavanja i nošenja s problemima. U rad također treba biti uključen

i socijalni radnik, koji će rješavati neka eventualna bolesnikova socijalna pitanja i probleme, kontaktirati s bolesnikovom obitelji, razgovarati zajednički, kako s bolesnikom tako i s njegovom obitelji o nastalim problemima, te načinu njihova što uspješnijeg rješavanja i postizanja što bolje zajedničke kvalitete života.

Kako bi suradnja Konzultativne psihijatrije i psihosomatske medicine s ostalim klinikama KBC-a Sestre milosrdnice bila uspješna, nužno je provesti edukaciju tjelesnih specijalista o psihičkoj bolesti i bolesnicima, a takav oblik edukacije već provode psihijatri po dolasku na "tjelesni" odjel. Uz psihijatra, prilikom pružanja psihijatrijske konzultacije, trebaju biti prisutni i liječnici koji su ordinirali konzultaciju, te kroz razgovor vidjeti koji je bio razlog poziva i što zapravo nadležni specijalist očekuje od psihijatra i kakvo je njegovo shvaćanje trenutnog stanja bolesnika. Nakon provedenog strukturiranog razgovora s bolesnikom, nadležnom liječniku psihijatar će opisati trenutačno psihičko stanje bolesnika, te tražiti povratnu informaciju od "tjelesnog" liječnika.

Također je potrebna i edukacija medicinskih sestara koje rade na "tjelesnim" odjelima o primjerenosti i adekvatnosti, te psihijatrijskom pacijentu prilagođenoj njezi i zdravstvenoj skrbi. Takav oblik edukacije provodi kvalitetno osposobljena i educirana psihijatrijska medicinska sestra kroz razna organizirana predavanja i seminare na nivou KBC-a Sestre milosrdnice s ciljem da medicinske sestre koje rade na "tjelesnim" odjelima pobliže upozna s načinom zbrinjavanja i specifičnim potrebama psihijatrijskih bolesnika. Važan dio edukacije odnosi se i na uklanjanje predrasuda sestara koje rade na "tjelesnim" odjelima o psihijatrijskim bolesnicima, a s ciljem njihova uvažavanja kao ravnopravnih s bolesnicima koji boluju od ostalih "tjelesnih" bolesti. Zadaća psihologa je objasniti važnost zdravstvene psihologije u Konzultativnoj psihijatriji, te opisati moguće psihološke reakcije na tjelesnu bolest, a važno je naglasiti i promicanje bio-psiho-socijalnog pristupa.

Najveći postotak psihijatrijskih konzultacija pružen je bolesnicima sa psihoorganskim poremećajem (33%), anksioznim poremećajima (12%), zatim bolesnicima kod kojih je prisutna ovisnost o alkoholu i depresija (po 11%), psihotični poremećaji (8%), te problemi s opijatima (7%). Nešto manji postotak prisutan je kod dementnih bolesnika, reakcija na stres i bolesnika s izraženim simptomima suicidalnog ponašanja (po 4%), slijedi poremećaj ličnosti (3%), disocijativni poremećaj, politoksikomanija, poremećaj prilagodbe,

somatoformni poremećaj, poremećaj spavanja i stanja bez psihotične bolesti (svaki po 2%), te kod bolesnika koji boluju od ostalih poremećaja kao što su bipolarni, opsesivno-kompulzivni poremećaj, poremećaji hranjenja, te mentalna retardacija (svaki po 1%).

Najveći postotak psihijatrijskih konzultacija pružen na Klinici za unutarnje bolesti (38%), Klinici za neurologiju (19%), Klinici za kirurgiju (13%), Klinici za ginekologiju i porodništvo (8%), te na Klinici za kožne i spolne bolesti (7%). Nešto manji postotak prisutan je kod ostalih klinika kao što su: Klinika za neurokirurgiju, Klinika za urologiju, Klinika za uho, grlo, nos, Klinika za pedijatriju (po 3%), a slijede Klinika za očne bolesti, Klinika za anesteziologiju, Klinika za onkologiju, Klinika za reumatologiju (po 2%) i Klinika za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju (1%).

39.2 Administracija

Svaka klinika KBC-a Sestre milosrdnice na svojim odjelima ima specijalne uputnice za psihijatrijsku konzultaciju pisane u duplikatu (original ostaje na klinici koja je tražila psihijatrijsku konzultaciju, a kopija ostaje na Odjelu konzultativne psihijatrije). Uputnica se sastoji od četiri dijela, a to su: prvi dio-opći podaci, drugi dio-podaci o bolesniku, treći dio- psihijatrijski podaci o bolesniku i razlozi za psihijatrijsku konzultaciju prema mišljenju specijalista "tjelesne" medicine, te četvrti dio, koji ispunjava osoblje konzultativne psihijatrije i konzultativni psihijatar.

Prvi dio sastoji se od naziva klinike i odjela, šifre ambulante, šifre i telefona liječnika koji traži psihijatrijsku konzultaciju.

Drugi dio sadrži podatke o bolesniku za kojeg se traži psihijatrijska konzultacija kao što su: matični broj, ime i prezime, dob, spol, te podatak je li bolesnik ležeći ili u dnevnoj bolnici.

Treći dio odnosi se na kliničku tjelesnu dijagnozu i psihijatrijsku dijagnozu ili opis simptoma i znakova prisutnih kod bolesnika zbog kojih se traži psihijatrijska konzultacija. Također je važno naglasiti je li psihijatrijska konzultacija hitna ili se može obaviti za redovno radno vrijeme ili unutar 24 sata, a potrebno je navesti i podatak je li to prva ili ponovna konzultacija, te je li bolesnik informiran da će ga pregledati psihijatar. Važno je označiti je li psihičko stanje bolesnika posljedica tjelesne bolesti, psihološka reakcija na bolest, liječenje ili hospitalizaciju ili pak primarna psihička bolest. Nužno je napomenuti i što se očekuje

od konzultacije (psihofarmakoterapija, psihoterapija, razgovor s obitelji, premještaj na psihijatriju ili razgovor s timom koji liječi bolesnika). Ako je potrebno, mogu se istaknuti i neke eventualne napomene o bolesniku. Na uputnicu treba obavezno staviti i datum, te potpis liječnika koji traži psihijatrijsku konzultaciju.

Četvrti dio uputnice sadrži šifru ambulante Konzultativne psihijatrije i psihosomatske medicine, broj protokola, te šifru psihijatra koji će obaviti konzultaciju i napisati psihijatrijski nalaz nakon što je pregledao bolesnika. Psihijatrijski nalaz je polustrukturiran i sastoji se od uzimanja kratke anamneze o bolesniku, opisa psihičkog statusa, dijagnoze (MKB-10), terapije koju je psihijatar ordinirao bolesniku, te eventualne preporuke za nastavak rada s bolesnikom. Nužno je staviti i datum kada je konzultacija pružena, te potpis specijalista psihijatra koji je pružio psihijatrijsku konzultaciju.

39.3 Konceptualni pravci i teorije u psihosomatskoj medicini

Povijest psihosomatske medicine potječe od starih vjerovanja da na tijelo mogu djelovati vanjski čimbenici. Pregled povijesnog poimanja psihosomatske medicine prikazuje se kroz značajne konceptualne pravce i teorije u psihosomatskoj medicini.

Psihoanalitički pristup

Sigmund Freud (1900). Somatski nalaz pojavljuje se u konverzivnoj histeriji, koja je izvorno psihogenog podrijetla, npr. paraliza ekstremiteta. Konverzivna histerija uvijek ima primarni psihički uzrok i značenje, te se smatra simboličkim premještanjem nesvjesnog, iracionalnog, emocionalnog konflikta u organe inervirane samo voljnim neuromuskularnim ili senzomotornim živčanim sustavom. Radi se o pražnjenju negativne psihičke energije kroz fizičke strukture tijela. **Franz Aleksander** (1934). Psihosomatski simptomi pojavljuju se samo u organima inerviranim autonomnim živčanim sustavom i nemaju specifično psihičko značenje, kao kod konverzivne histerije, ali su krajnji rezultat produženog fiziološkog stanja uzrokovanog specifičnim psihološkim, u podsvijest potisnutim, konfliktima.

Psihofiziološki pristup

Walter Cannon (1927) prikazao je popratne fiziološke procese u nekih emocija i važnu ulogu auto-

mnog živčanog sustava u nastanku reakcije. Koncept je zasnovan na Pavlovljevoj zamisli biheioralnih eksperimenata. **Harold Wolff** (1943) pokušao je objasniti povezanost stresnih životnih situacija s fiziološkim odgovorima, upotrebljavajući objektivne laboratorijske testove. Fiziološke promjene, ako su dugotrajne, mogu dovesti do strukturalnih promjena. Postavio je temeljnu istraživačku teoriju za područja psihoimunologije, psihokardiologije, psihoendokrinologije, psihodermatologije itd. **Hans Selye** (1945) uveo je pojam "stres", definirajući ga kao stanje tjelesne neravnoteže uzrokovane vanjskim podražajem, tj. impulsom (stresorom). Pod stresom nastaje opći adaptivni sindrom. Adrenokortikalni hormoni imaju glavnu ulogu u fiziološkoj reakciji na stres. Selyev model stresa, koji je nazvao opći adaptivni sindrom, sastoji se od tri faze; 1. alarm reakcija, 2. stanje otpornosti, u kojem je prilagodba idealno postignuta, i 3. stanje iscrpljenosti, u kojem postignuta prilagodba i otpornost može biti izgubljena. On je smatrao stres nespecifičnim tjelesnim odgovorom na bilo koji uzrok s ugodnim ili neugodnim stanjem. Stres u svojoj biti ne mora uvijek biti neugodan. Neugodan stres je nazvao *distres*. Smatrao je da je za oba tipa stresa potrebna adaptacija. Tijelo reagira na stres koji može predstavljati životnu opasnost te se, kao odgovor na stres, u tijelu aktivira niz fizioloških mehanizama kako bi se smanjio utjecaj stresa na homeostazu organizma. Puno se zna o fiziološkom odgovoru na akutni stres, ali je znatno manje poznato o odgovoru na kronični stres. Mnogi stresni događaji koji traju dulje vremena mogu imati i dugotrajne posljedice. U razumijevanju nastanka štetnih posljedica koje stres može imati na organizam, ključno je poznavanje neuroendokrinih i imunoloških odgovora. **Robert Ader** (1964) postavio je osnovni koncept i metode istraživanja za područje psihoneuroimunologije. **John Mason** (1968). Individualni emocionalni odgovori su glavni čimbenici u određivanju intenziteta fiziološke reakcije povezane sa stresom. **Richard Lazarus** (1984) naglašava osobnu kognitivnu procjenu stresogenih podražaja kao kritičnih čimbenika koji određuju reakciju na stres.

Walter Cannon (1920) vodio je prvu sistematsku studiju povezanosti stresa i bolesti. Pokazao je da stimulacija autonomnog živčanog sustava, posebno simpatičkog sustava, priprema organizam za "borbu ili bijeg" ("fight or flight") uz uobičajene reakcije (povišeni krvni tlak i ubrzano kucanje srca). Takav oblik prilagodbe koristan je za životinje koje se mogu boriti ili

bježati. U današnjem svijetu, za ljude je takav oblik reakcije nepotreban i često neprimjeren. Štoviše, na ponašajnoj razini vrlina je ostati civiliziran. Dugotrajan stres koji uzrokuje takvu fiziološku reakciju, a nakon koje se ponašanje bijega ili borbe ne ostvari, iscrpljuje organizam i može rezultirati bolešću. **Harold Wolff** (1950) uočio je da se fiziologija gastrointestinalnog sustava pojavljuje u korelaciji s posebnim emocionalnim stanjem. Povišena aktivnost gastrointestinalnog sustava povezana je s agresivnošću i neprijateljstvom, a smanjena aktivnost s tugom i depresijom.

Sistemske teorije

Adolf Mayer (1958) oblikovao je psihobiološki pristup koji naglašava integrativnu procjenu razvoja psiholoških, socijalnih, okolišnih i bioloških aspekata bolesnikova stanja. Njegov pristup uključuje temeljni koncept biopsihosocijalnog modela.

Herbert Weiner (1977) postavlja integrativni model psihosomatskih fenomena. On naglašava potrebu integriranja bioloških, socijalnih i psiholoških čimbenika koji doprinose osjetljivosti na bolest, te važnost razumijevanja procesa na genetskoj, molekularnoj i neurofiziološkoj razini. **Leon Eisenberg** (1995), ističe da suvremena psihijatrijska istraživanja pokazuju povezanost psihičkog stanja i mozga, što se očituje u odgovorima na biološke i socijalne čimbenike. On smatra da su glavni moždani putovi označeni u genomu, a detaljne veze se oblikuju i razvijaju u stalnoj interakciji osobe sa socijalno posredovanim iskustvima u vanjskom svijetu. **Engel** (1977) u svom radu "The need for a new medical model", postavlja osnovnu teoriju biopsihosocijalnog modela prema kojoj su zdravlje i bolest rezultat međuodnosa brojnih bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika. Danas, ovom konceptu pridodajemo još i duhovnost kao važnu dimenziju ljudskog zdravlja i bolesti.

39.4 Tijek psihijatrijske konzultacije

Psihijatar koji obavlja savjetovanje treba biti vješt i stručan posrednik u krugu bolnice, ali i primarne zdravstvene zaštite gdje postoji organizacija psihijatrijske službe u zajednici. On ima ulogu savjetnika pri rješavanju kompliciranih bolesnika u suradnji s primarnim medicinskim timom, pomoćnim osobljem te bolesnikom i članovima njegove obitelji. Sam zahtjev za psihijatrijskom konzultacijom i pregledom može doći telefonom, e-mailom, faksom, uputnicom ili

osobno traži liječnik. U našem slučaju inzistiramo na gore navedenoj uputnici, koja je uvođenjem bolničkog informacijskog sustava dio istog. Uvijek je preporučljivo da psihijatrijsku konzultaciju traži liječnik koji istodobno neposredno brine o bolesniku.

Nakon zaprimanja uputnice psihijatar o važnim pitanjima u vezi s bolesnikom treba razgovarati s nadležnim liječnikom primarnog tima prije pregleda. Ovisno o slučaju, bilo bi prikladno informirati se o planiranim dijagnostičkim i terapijskim zahvatima, lijekovima, prognozi liječenja, otpustu i je li bolesnik obaviješten da će ga posjetiti psihijatar. Bolesnik treba biti pripremljen za razgovor sa psihijatrom i dostupan. Treba uzeti u obzir da bolesnici mogu privremeno mijenjati lokacije zbog pretraga ili testiranja, pa se neko vrijeme nalaze na drugim odjelima ili su premješteni zbog medicinskih razloga, npr. iz intenzivne njege na opći odjel. Također treba dobiti informaciju koliko dugo će bolesnik boraviti na odjelu na kojem se trenutno nalazi.

Izjava kao što je "bolesnik ima shizofreniju" nije dovoljan razlog za konzultaciju. Opća područja psihijatrijskog savjetovanja su mentalno zdravlje, problemi ponašanja i procjena mentalnog kapaciteta davanja suglasnosti za dijagnostičke i terapijske postupke. Ne treba ograničavati domenu psihijatrijskih konzultacija samo na opća pitanja. Savjetovanja u vezi s promjenama u psihičkom statusu kao što je anksioznost, depresivnost, psihotičnost i problemima u ponašanju mogu se proširiti na savjetovanja glede delirija, uznemirenosti ili drugih psihijatrijskih stanja u kojima se mogu naći somatski bolesnici. Timovi primarnog zbrinjavanja mogu tražiti psihijatrijsku konzultaciju kako bi se odredio bolesnikov kapacitet i sposobnost samostalnog donošenja odluka i vođenja brige o sebi kada psihijatrijska konzultacija predstavlja malo vještačenje. Za neke bolesnike je potrebno dogovoriti premještanje u psihijatrijski odjel (npr. bolesnici sa suicidalnim ili sumanutim paranoidnim psihotičnim idejama). Konzultiranja u vezi s premještanjem na psihijatriju su uobičajena, ipak prije premještanja treba osigurati somatsku stabilnost bolesnika u za to određenim bolničkim odjelima. Drugim riječima, pravilo je da se bolesnik liječi na somatskom odjelu gdje je i primljen, a psihijatrijsku kazuistiku će na tom odjelu rješavati konzultativni psihijatar. Tek ako psihičko stanje zahtijeva daljnje psihijatrijsko liječenje a tjelesno stanje je u potpunosti sanirano ili pod kontrolom, moguće je premještanje na psihijatriju.

Sljedeći se koraci odnose na prikupljanje informacija o bolesniku. Preporuča se prije razgovora s bolesnikom pregledati bolesničku dokumentaciju (povijest bolesti). Naravno da, ovisno o slučaju, to proučavanje dostupnih podataka može biti više ili manje detaljno. U globalu, obično je potrebno pročitati svu dokumentaciju i pogledati listu s lijekovima, a tek poslije razgovora s bolesnikom stječe se uvid u važnost pojedinih podataka. Ponekad je potrebno pogledati i bilješke bolesnika, ako ih ima. U medicinskoj dokumentaciji posebnu pozornost treba posvetiti ordiniranim lijekovima (uzrok psihičkih poteškoća mogu biti neki lijekovi, npr. antikolinergici za delirantne kliničke slike ili kognitivne smetnje). Treba pogledati nedavne preporuke kao što su promjene u razini aktivnosti, dijete ili lijekovima te razmisliti mogu li te promjene odgovarati trenutnim simptomima. Dijeta ili nemogućnost kretanja mogu doprinijeti uznemirenosti, dok upotreba lijekova (ili prekid uzimanja) može uzrokovati promjene ponašajna, apstinencijske smetnje i kognitivne probleme. Treba kritički pregledati terapijske liste i pri tome razmotriti mogu li lijekovi za somatske bolesti izazvati psihičke simptome. Iako uvid u vitalne znakove, tlak, puls, disanje, acidobazna ravnoteža, oksigenacija, nisu dio psihijatrijskog pregleda u konzultativnom radu uvijek, bez iznimke trebamo obratiti pažnju na njih jer bilo kakva promjena u navedenom može bitno mijenjati psihički status, odnosno biti uzrok organskim psihičkim promjenama. Posebno treba obratiti pozornost na rezultate svih laboratorijskih, mikrobioloških, nuklearno-medicinskih ili radioloških ili pretraga. Bolesnik može obaviti preglede i kod drugih specijalista tijekom svog bolničkog liječenja. U konzilijarnim nalazima drugih specijalista treba vidjeti postoje li opaske o mentalnom zdravlju bolesnik ili preporuke koje nam mogu biti od pomoći u rasvjetljavanju stanja pacijenta. I naposljetku konzultativni psihijatar po indikaciji sam može predložiti dodatne laboratorijske, radiološke, nuklearno-medicinske pretrage ili preglede drugih specijalista kako bi rasvijetlio kliničku sliku i stanje pacijenta.

Psihiijatrijski razgovor u bolničkom okruženju je značajno različit od razgovora koji se obavlja na psihijatriji. Nije lako osigurati privatnost, cimeri, posjetitelji i bolničko osoblje često otežavaju razgovor s bolesnikom. Uzmemo li u obzir bučnu okolinu i bolesnika s emocionalnim ili kognitivnim teškoćama, koji možda ne želi razgovarati, ili bolesnika u intenzivnoj njezi, koji je okružen brojnim aparatima i brojnim bo-

lesničkim osobljem, tada savjetovanje sa psihijatrom postaje vrlo zahtjevno.

Psihijatri vrlo često ne nose kute, a tijekom obavljanja konzilijarnih pregleda u okruženju bolnice upravo se to preporuča jer na klinikama i odjelima somatske medicine kuta na jednostavan način predstavlja medicinsku profesiju.

Iako se čini formalnim i jednostavnim, treba pokucati na vrata sobe kako bi se na taj način bolesnika obavijestilo o dolasku. Prije ulaska u sobu treba osigurati izolaciju ili mjere opreza ako su potrebne (maska, rukavice, kuta). Kod ulaska u bolesnikovu sobu treba se predstaviti kao psihijatar. Ako je u tijeku nekakav zahvat ili obrada, treba se ispričati i najaviti dolazak kasnije, osim ako se pregled ne mora napraviti hitno. Ako bolesnik telefonira ili ima posjet, preporučljivo je da odmjereno objasnite tko ste i da biste željeli razgovarati. Većina bolesnika će spremno prekinuti trenutnu aktivnost ili posjet kako bi započela razgovor sa psihijatrom.

Ako bolesnik dijeli sobu, možete tražiti od drugog bolesnika da se udalji kako bi se osigurala privatnost razgovora. No, to neće uvijek biti moguće te se mora pribjeći navlačenju zastora, tihom govoru ili pak glasnijoj ili tišoj televiziji da bi se razgovor učinio što je moguće privatnijim. Ako su posjeti prisutni, treba pitati bolesnika smeta li mu njihova prisutnost ili mogu ostati.

Ako bolesnik nije upoznat s dolaskom psihijatra, može se objasniti da je to rutinski postupak u bolnici da se pozove psihijatar kada bolesnik ima simptome sniženog raspoloženja, zbunjenosti ili nesanice. Može se jednostavno objasniti da je primarni medicinski tim zabrinut i traže način kako mu se dodatno može pomoći. Treba pokazati empatiju prema bolesniku i obavezati se na suradnju s njim. Izjave kao što su "Ni ja ne bih bio sretan da me netko tako iznenadi" i "Dajte da vidimo kako vam ja mogu pomoći" mogu bolesniku olakšati početak razgovora i pripremiti ga za pregled. Prije početka s formalnim razgovorom treba sjesti. To odašilje poruku spremnosti da se sluša bolesnika koliko je potrebno. Treba pomoći bolesniku da se udobno smjesti, podići krevet, ugasiti TV i govoriti dovoljno glasno kako bi bolesnik razumio. Na početku razgovora informativno je, a i pristojno pitati bolesnika kako se osjeća. Bol ili umor mogu primorati na kratak inicijalni posjet, s naknadnim posjetima kada bolesnik bude spreman. Dobro je s bolesnikom raspraviti o tome kako podnosi hospitalizaciju. Pro-

cjenjivanje psihičkog statusa treba biti fleksibilno. Na kraju pregleda bolesnicima, ako je potrebno, može se ponuditi lista institucija koje bi mogle pomoći nakon otpusta iz bolnice ili psihijatrijska kontrola čim se tjelesno zdravlje stabilizira. Prije odlaska iz sobe bolesnika treba pitati treba li mu što i prema potrebi pozvati medicinsku sestru, liječnička, dodati vodu, pomoći pri dizanju itd.

39.5 Glavne komponente psihijatrijskog pregleda bolesnika

Za pravilan pristup konzultativnom razgovoru i pregledu bolesnika savjetuje se korištenje "Practical guide on the psychiatric interview" Daniela Carlata (Lippincott Williams & Wilkins, 2005).

Raspoloženje i afekt

Procjenjuje se bolesnikovo raspoloženje i afekt i vanjska ekspresija unutarnjeg raspoloženja. Bilo kakav gubitak funkcije i pogoršanje zdravlja je obično praćeno simptomima depresije. Procjenu značajnosti psihijatrijskih simptoma otežava prisutnost tjelesne bolesti, koja i sama često uzrokuje simptome depresije kao što je slab apetit, teškoće spavanja, apatija i povlačenje. Smanjeno samopoštovanje i osjećaj manje vrijednosti su korisni podaci za utvrđivanje eventualnog postojanja depresije. Treba pokušati saznati je li bolesnik ranije bolovao od depresivnih epizoda ili je u obitelji bilo afektivnih poremećaja. Potrebno je voditi računa o vremenskom slijedu pojave simptoma depresije u odnosu na početak pojavljivanja tjelesne bolesti i uvođenje lijekova u terapiju. Poznato je da određene bolesti i lijekovi mogu uzrokovati pojavu depresije.

Saznanje o eventualnom postojanju prijašnjih maničnih epizoda upućuje na to da se radi o bipolarnom poremećaju. Pitanja koja se trebaju postaviti bolesniku odnose se na smanjenu potrebu za snom, promiskuitetno ponašanje, epizode pojačanog trošenja novaca i druga, za bipolarni poremećaj, tipična ponašanja.

Suicidnost

Procjena suicidalnosti je esencijalni dio razgovora. Nikako se ne smije zanemariti zbog pogrešnog vjerovanja i zabrinutosti da će takva pitanja uznemiriti bolesnika. Dobro pitanje kojim će se jednostavno prijeći na temu suicidalnosti je "Je li vam ponekad više dosta svega?" Ako je odgovor potvrđan, treba nastaviti s pitanjem o mislima koje prolaze kroz glavu bolesnika te

na koncu ima li ikada misli ili ideje o samoubojstvu. Čak i negativan odgovor na početno pitanje treba pratiti jasnim pitanjem o tome ima li bolesnik ikakve suicidalne ideje. Iskusni liječnik će razviti svoju tehniku za procjenu suicidalnosti. Sam razgovor može biti proveden na empatičan i brižan način, a što bolesnici uglavnom dobro prihvaćaju. O rezultatima procjene će ovisiti hoće li, zbog suicidalnosti, biti potrebno bolesnika premjestiti na psihijatrijski odjel.

Psihoza

Liječnici mogu uočiti prisutnost psihoze, s time da je mogu prepoznati kao psihotični poremećaj ili pak kao čudno i neprihvatljivo ponašanje koje uzrokuje nesuradljivost. U procjeni psihoze treba utvrditi je li to novonastali simptom ili dio odranije poznatog psihijatrijskog poremećaja, poput shizofrenije. Također će biti potrebno uzeti u obzir da su simptomi možda uzrokovani tjelesnom bolešću. Organski ili tjelesni poremećaji često znaju uzrokovati vizualne, olfaktorne i taktilne halucinacije. Mnogi lijekovi, interakcije lijekova, kao i zlouporaba sredstava ovisnosti mogu dovesti do razvoja simptoma psihoze. Važno je da se makar i jednostavnim razgovorom isključi moguće postojanje simptoma psihoze.

Kognicija

Konzultativno-suradni psihijatar mora utvrditi postojanje i najsitnijih kognitivnih teškoća. Dok se uzima anamneza, treba zapažati sve podatke o teškoćama u pronalaženju riječi, otežanoj koncentraciji ili dezorijentiranosti. Iako se prilično dobar dojam o kognitivnim sposobnostima može dobiti tijekom uzimanja anamneze, obično je dobro postaviti ciljana pitanja kako bi preciznije procijenili kognitivne sposobnosti. Kao dobar test koncentracije traži se od bolesnika da slova riječ, poput "svijet" ili "konj" (po potrebi i unazad) ili da oduzima po sedam unazad, počevši od 100, ili da riješi jednostavan matematički zadatak, poput "Koliko je novčića od 5 lipa u 1.10 kuna?" Kako bismo procijenili kratkotrajno pamćenje, traži se od bolesnika da ponovi tri nepovezane imenice, poput "plavo, maslac i slon", a zatim za pet minuta traži se da opet ponovi te imenice. Svi ovi testovi su dobar pokazatelj kognicije, no loši rezultati mogu biti i posljedica slabijeg obrazovanja ili pak anksioznosti te ih treba dopuniti daljnjom kliničkom obradom.

Također se preporučaju jednostavni testovi uz pomoć olovke i papira, poput crtanja koliko je sati. Bolesnik

na komadu papira olovkom crta npr. sat s kazaljka u poziciji 8:10 sati. Time ćete testirati memoriju i mogućnost baratanja prostornim odnosima. Najšire korištena metoda procjene kognitivnog funkcioniranja je Kratko ispitivanje mentalnog statusa (MMSE) (*engl.* Mini Mental State Examination), a kojom se postiže zbroj od 0 do 30 bodova. Ovakvo mjerenje kognitivnog funkcioniranja se ponavlja i prati tijekom cijelog trajanja hospitalizacije. Ako postoje deficiti kognitivnog funkcioniranja, mora se utvrditi pripadajuća etiologija.

Uz već spomenute metode, postoje i kratke ljestvice za utvrđivanje prisutnosti simptoma depresije (npr. Hamiltonova ljestvica za depresiju – HAM-D ili Zungova ljestvica za depresiju) i CAGE i Michigan test za alkoholizam (MAST), koji se koriste za procjenu ovisnosti o alkoholu. Ove ljestvice treba ponekad koristiti kao dio pregleda u sklopu konzultativno-suradne psihijatrije.

Kako bismo dobili informacije o tjelesnom stanju bolesnika, treba se osloniti na tjelesni pregled koji je već obavio nadležni liječnik te učinjene laboratorijske i druge indicirane kliničke pretrage. No u određenim prilikama ipak treba obaviti kratki tjelesni pregled kada se radi o procjeni neobjašnjivih tjelesnih pritužbi ili pak provjeri je li došlo do razvoja nuspojava lijekova (npr. ekstrapiramidne nuspojave kod primjene antipsihotika prve generacije), zatim pregled rana i ožiljaka nanesenih samoranjavanjem, znakova intravenske zlouporabe droga ili pak znakova poput tremora ili simptoma parkinsonizma.

Tijekom razgovora s bolesnikom treba procijeniti mnogobrojne zdravstvene poteškoće. Ovdje se navode tri primjera, zbog njihove iznimne važnosti, koji se vrlo često negiraju sve dok se ne ispostavi da su u osnovi zdravstvenog problema.

1. Bol i liječenje boli. Važno je poslušati bolesnika kada govori koliko pati zbog boli i o tome je li liječenje boli učinkovito.
2. Misli i strah od smrti. To je mnogim ljudima osjetljiva tema, no kada se postavi pitanje, bolesnici mogu iznositi svoje strahove, anksioznost i zabrinutosti i pri tome se osjećati bolje.
3. Fantazije o tome zašto, kako i kada je postao bolestan ili pak dobio ozljedu. Ako se omogući bolesnicima da iznesu svoje misli i osjećaje o bolesti ili ozljedi, to će pružiti uvid u njihove svakodnevne dileme i "borbe" i ujedno njima donijeti olakšanje.

39.6 Specijalni slučajevi

Kada se ne možete sporazumjeti s bolesnikom zbog jezične barijere, nužan je stručan prevoditelj. Preporuča se da prevoditelj nije bliski član obitelji bolesnika ili pak njegov prijatelj jer to može spriječiti bolesnika da u potpunosti iznese bitne podatke iz svog života. Naravno da će u mnogim situacijama barem jedan član obitelji znati sve bitne detalje te to neće činiti prepreku u razgovoru. U radu s prevoditeljima obično tražimo da prevode točno sve što kažemo i točno sve što bolesnik odgovara, kako bismo smanjili mogućnost za dodavanje osobnih mišljenja ili dojmova u sam prijevod. No, kada postoje kulturalne razlike koje utječu na kliničku sliku, nema ništa lošega u tome da se prevoditelja pita za njegovo mišljenje o tome što bolesnik govori.

Ako je bolesnik intubiran, ima traheotomiju ili je afazičan, bit će potrebna kreativna komunikacija. Tehnike uključuju pisanje na praznom papiru, korištenje ploča ili tipkovnice, klimanje glave ili treptaje očima za "da" i "ne".

Pregled bolesnika

Psihijatri se obično suzdržavaju od fizičkog pregledavanja bolesnika jer to može "zamagliti" terapijski odnos. No, fizički pregled, posebno neurološki pregled (rigidnost mišićne snage, hiperrefleksija, veličina i reaktivnost zjenica) daju važne informacije za zaključivanje i o psihičkom stanju te mogu biti korisne za izvođenje psihijatrijskih zaključaka i preporuka u okviru konzultacije.

Prikupljanje heteropodataka

Srodne informacije su od pomoći u slučajevima kada bolesnici nisu u mogućnosti djelotvorno komunicirati. To je osobito važno u slučajevima kada bolesnik može komunicirati, ali nismo sigurni govori li istinu. Ovo se odnosi na bolesnike koji su imali pokušaj suicida, a sada negiraju suicidalnu namjeru ili bolesnike ovisne o nekom sredstvu koji sada minimaliziraju njegovu uporabu. Obitelj, prijatelji i odabrani liječnici primarne zdravstvene zaštite su najčešći izvor tih dodatnih informacija. Prikupljajući informacije kroz ovaj prošireni psihijatrijski intervju, dobivamo sveobuhvatnu sliku o bolesniku. Članovi multidisciplinarnog tima su također uključeni u prikupljanje informacija koje se tiču bolesnika tijekom hospitalizacije.

Intervencije

Nalaz i mišljenje

Nakon pregleda dokumentacije i bolesnika mogu se napraviti preporuke za liječenje i psioedukaciju u dogovoru s primarnim timom. Pisani nalazi konzultacije trebali bi biti jednostavni, lišeni stručne terminologije, kratki i jasni odgovori na postavljena konzultacijska pitanjima. Oblik nalaza treba biti prepoznatljiv. Treba navesti izvor informacija: npr. od bolesnika, od obitelji ili prijatelja, iz prijašnjih nalaza, iz sadašnjih nalaza kao što je navedeno u Tablici 39.1. Iako su elementi psihičkog nalaza manje-više sadržani u psihijatrijskim bilješkama, dodatni se naglasak stavlja na sadašnje lijekove, rezultate pretraga, druge konzultacije i sintezu informacija.

Preporuke za liječenje

Važno je da su preporuke jasne i detaljne u dijelu dokumentacije "nalaz i preporuke" kako bi primarni tim razumio što psihijatar predlaže da treba učiniti.

Sigurnost na prvom mjestu

Prvo, trebalo bi komentirati stvari koje se tiču sigurnosti. Primarni tim mora napraviti prilagodbe u izboru osoblja i smještaju bolesnika, ako mu je potrebna individualna njega. Trebalo bi ih što prije obavijestiti ako je potrebna bilo kakva posebna ili dodatna njega. Ako bolesnik nije opasan i nema potrebe za izolacijom i individualnom njegom, to je također poruka koja će pomoći primarnom timu. Kada su bolesnici opasni za medicinsko osoblje, treba predložiti nastavak liječenja na psihijatriji. Ako se bolesnika premješta na psihijatriju, treba prethodno riješiti somatske probleme (nestabilnost vitalnih znakova, potreba za intravenskim uzimanjem lijekova) prije premještaja. Ovo pokazuje primarnom timu da mislite unaprijed i predlažete im što sve trebaju napraviti prije premještaja na psihijatriju.

Farmakološke intervencije

Lijekovi mogu biti uzrok i lijek za mnoštvo psihičkih problema. Izdvajanje nepotrebnih i agresivnih lijekova je značajan dio savjetovanja u psihijatriji. Antikolinergični lijekovi, benzodijazepini i narkotici uzrokuju mnestičke i kognitivne smetnje i delirantna stanja u tjelesno bolesnih osoba. Stoga ih treba minimalizirati ili izbjevati koliko je moguće, osim

Tablica 39.1 Elementi konzultacijskog pregleda

Naziv ustanove: naziv bolnice i broj telefona
Datum i vrijeme konzultiranja
Naziv tima koji je pozvao
Ime psihijatra savjetnika
Identifikacija bolesnika: ime i prezime, spol, bračni status, radni status, razlog hospitalizacije, trenutni smještaj
Razlog savjetovanja
Glavni prigovor (citirajte pacijentovim riječima kada god je moguće)
Povijest sadašnje bolesti: <ul style="list-style-type: none"> Tijek bolesnikova medicinskog zbrinjavanja (internistički nalazi, kirurški nalazi, sadašnji status, plan pretraga i liječenja) Simptomi koji su potaknuli konzultaciju
Psihijatrijski pregled uključuje: poremećaje raspoloženja, simptome anksioznosti, psihotične poremećaje, zloupotrebu sredstava ovisnosti, poremećaje prehrane, somatoformne poremećaje, kognitivne poremećaje.
Psihijatrijska povijest: <ul style="list-style-type: none"> Dob prvog liječenja Dijagnoza Lijekovi koji su korišteni (učinkovitost, nuspojave, razlog za prekid) Lijekovi koje bolesnik koristi kod kuće Tko ih je izdao Povijest zadnje hospitalizacije i pokušaja samoubojstva
Medicinska povijest uključuje alergije
Obiteljska medicinska povijest
Obiteljska psihijatrijska povijest
Socijalna povijest <ul style="list-style-type: none"> Djetinjstvo/ razvoj/ razina obrazovanja Radni status ili nesposobnost za rad S kim trenutno živi Bračni status i socijalna podrška Zlostavljanje (fizičko, seksualno, emocionalno), zakonske kazne, vojna prošlost
Zloupotreba sredstava ovisnosti: kofein, alkohol, cigarete, ilegalne droge <ul style="list-style-type: none"> Način uporabe Zadnja konzumacija Prošle detoksikacije ili rehabilitacije Pojava simptoma ustezanja Najduži period bez sredstva ovisnosti Psihosocijalni problemi nastali zbog uporabe sredstva
Koje lijekove bolesnik trenutno koristi (naziv lijeka, doziranje, učestalost te bilo koja povezanost između lijekova i psihičkih simptoma ili problema)
Značajni rezultati laboratorijskih testiranja, EKG, EEG
Elementi mentalnog statusa
Nalaz (uključujući sažetak konkretnog slučaja)
Preporuke: <ul style="list-style-type: none"> Sigurnost Farmakološke i nefarmakološke preporuke Laboratorijski nalazi i druga testiranja koja su indicirana Planovi za praćenje
Broj telefona psihijatra (ili ustanove gdje je netko dostupan 24h)

primjene benzodijazepina kod pojave simptoma akutnog apstinencijskog sindroma u ovisnika o alkoholu i benzodijazepinima. Prilikom ordiniranja psihofarmaka prvo treba provjeriti rezultate testa na trudnoću i EKG. Primarni tim treba nadzirati eventualne nuspojave lijekova (ekstrapiramidalne simptome, akutne distonije, QTc, pojava anksioznosti ili nesаницe).

Nefarmakološke intervencije

Osim psihofarmaka i druge intervencije mogu biti od pomoći kao što je vježbanje orijentacije i osiguravanje potrebnih pomagala, slušni aparat i naočale, objašnjavaње postupaka bolesniku i članovima obitelji. Na kraju, može se organizirati interdisciplinarni sastanak s primarnim timom radi prikupljanja dodatnih podataka i organiziranja potpore bolesniku.

Od mnoštva psihoterapijskih tehnika koje se mogu primijeniti obično se preporučaju sljedeće: suportivna psihoterapija, interpersonalna i kognitivno-bihevioralna psihoterapija.

Dodatni izvori

Neki bolesnici, zbog stigmatizacije, ne prihvaćaju psihijatrijske usluge u svom liječenju. U tom slučaju često koriste svećenike za duhovnu pomoć i intervencije kao što su relaksacija, slikanje, glazba i terapija uz pomoć životinja i sl. Korištenjem ugodnijih i prihvatljivih psihijatrijskih intervencija pokazuje se bolesniku empatija za njegovu patnju.

Laboratorijske i druge pretrage

Psihijatar može preporučiti laboratorijske pretrage, slikanje ili druge testove za koje smatra da bi mogli biti važni za konkretan problem.

Završne preporuke

Na kraju pregleda trebalo bi odrediti hoće li se pratiti bolesnika rutinski, povremeno ili neće biti praćen. U svim slučajevima treba dati informacije za kontakt kako bi primarni tim mogao imati psihijatrijsko osoblje na usluzi 24 sata dnevno. Konzultacije, kao što su procjena mentalnog kapaciteta, mišljenje i preporuke o sigurnosti prije otpusta i preporuke glede premještanja na psihijatriju, obično se događaju jednom. Komplikiraniji slučajevi zahtijevaju učestalo, čak i dnevno praćenje. Uvijek treba ponuditi ponovno konzultaciju ako je potrebna.

Kada se završi pregled, treba naći člana primarnog tima kome se neposredno predaju preporuke i daje usmeno objašnjenje. Ovo bi trebao biti veliki pomak od dosadašnjeg pristupa kada je liječnik kratko vidao bolesnika i ostavljao pisane preporuke bez razgovora s članovima tima koji se brine za bolesnika. Pokazujući volju da odgovara na pitanja i raspravlja o slučaju, psihijatar pokazuje da posjeduje potrebno znanje, vještine i spremnost da se uloži napor u proces suradnje.

Primarna svrha rada je naglasiti važnost cjelokupnog, holističkog pristupa zbrinjavanju svakog bolesnika (prihvatiti bolesnika kao jedinstveno biće, te uvažavati njegovu individualnost) kako u dijagnostici, tako i u liječenju somatskih bolesnika, uz zagovaranje bio-psiho-socijalnog pristupa. Iz svega navedenog proizlazi i logična povezanost konzultativne psihijatrije i psihosomatske medicine, gdje se nadopunjuje praktično djelovanje psihijatra uz povezivanje psihičkog i tjelesnog, te promatranje njihova međusobnog odnosa.