



UCG

Univerzitet Crne Gore

Biblioteka
MEDICINSKIH NAUKA

Prof. dr Mirko Peković
PSIHIJATRIJSKA PROPEDEVIKA
Prvo izdanje

Izdavač
Univerzitet Crne Gore
Cetinjska br. 2, Podgorica
www.ucg.ac.me

Za izdavača
Prof. dr Danilo Nikolić, rektor

Glavni i odgovorni urednik
Prof. dr Stevo Popović

Urednik biblioteke
Prof. dr Ljiljana Vučković

Recenzije
Prof. dr Mirko Pejović
Prof. dr Aleksandar Damjanović

Lektura
Sonja Živaljević

Grafičko oblikovanje
Nebojša Glumac

Štampa
Art-Grafika, Nikšić

Tiraž
250 primjeraka

Objavljivanje ove univerzitetske publikacije odobrio je Senat Univerziteta Crne Gore odlukom br. 03-3167/2 od 9. oktobra 2018. godine.

© Univerzitet Crne Gore, 2020.

Sva prava zadržana. Zabranjeno je svako neovlašćeno umnožavanje, fotokopiranje ili reprodukovanje publikacije, odnosno njenog dijela, bilo kojim sredstvom ili na bilo koji način.

CIP - Каталогизација у публикацији
Национална библиотека Црне Горе, Цетиње

ISBN
COBISS.CG-ID



Mirko Peković
PSIHIJATRIJSKA PROPEDEVTIKA

Podgorica, 2020.

SADRŽAJ

Predgovor	7
Mentalno zdravlje – mentalni poremećaji	9
Dijagnostika u psihijatriji	15
Dijagnostički intervju.	21
Prvi intervju	25
Istorija bolesti.	27
Medicinska istorija bolesti	28
Psihički status.	29
Psihološki testovi u dijagnostici.	35
Pomoćne dijagnostičke metode	40
Psihičke funkcije i njihovi poremećaji	43
Pažnja.	44
Poremećaj pažnje	45
Ispitivanje funkcije pažnje	46
Pamćenje	47
Kvantitativni poremećaji pamćenja	50
Kvalitativni poremećaji pamćenja	52
Ispitivanje funkcije pamćenja	54
Opažanje (percepcija).	55
Poremećaji opažanja.	56
Ispitivanje funkcije opažanja	61
Mišljenje.	63
Poremećaji mišljenja	65
Poremećaji mišljenja po formi i toku.	65
Poremećaji mišljenja po sadržaju.	68
Ispitivanje funkcije mišljenja	71
Inteligencija	73

Poremećaji inteligencije	75
Ispitivanje inteligencije	77
Nagoni	78
Vitalni nagoni	80
Socijalni nagoni (socijalni motivi)	81
Poremećaji nagona	82
Poremećaji vitalnih nagona	82
Poremećaj nagona za ishranom	83
Poremećaj seksualnog nagona	84
Kvantitativni poremećaji	84
Kvalitativni poremećaji	85
Seksualne nastranosti (perverzije)	85
Seksualne inverzije	87
Poremećaji socijalnih nagona (motiva)	87
Ispitivanje nagonskih funkcija	88
Emocije	90
Raspoloženja	92
Afekat	93
Poremećaji afekta (raspoloženja)	94
Kvantitativni poremećaji afekta	94
Kvalitativni poremećaji afekta	97
Ispitivanje emocija	98
Svijest	100
Poremećaji svijesti	103
Kvantitativni poremećaji svijesti	103
Kvalitativni poremećaji svijesti	104
Ispitivanje funkcije svijesti	106
Volja i voljne djelatnosti	108
Poremećaj volje	109
Ispitivanje volje	112
PRILOZI– DIJAGNOSTIČKI INSTRUMENTI	
Skica istorije bolesti	117
Rejting skale	129
Bekova skala za procjenu depresivnosti	130
Hamiltonova skala za procjenu depresivnosti	134
Bekov upitnik za za anksioznost (BAI)	138
Mala skala za procjenu mentalnog stanja (MMSE)	139
LITERATURA	143

PREDGOVOR

Propedevtika (grčki – *propaideuo*, prethodno poučavam) je skup metoda, sticanje osnovnog znanja iz neke oblasti (discipline), koje služi kao priprema i uvod u neku naučnu disciplinu. Ovaj termin se koristi šire i ima još značenja: vježbanje, predškola, priprema, obuka, pripremna nastava itd.

Riječ je o pomoćnoj literaturi (udžbenicima), koja se koristi naročito u medicinskim disciplinama, potom filozofiji, psihologiji, logici i drugdje.

U medicini (psihijatriji) ovaj termin bliže označava praktičnu obuku (vježbanje) studenata iz ove oblasti.

Ali, kako praksa odnosno teorija ne mogu jedna bez druge, podrazumijeva se da **propedevtika** tretira ovlašt i teorijski dio neke discipline (psihijatrije). Korisnike i čitaoce ovog udžbenika podsjećamo da opširniju teorijsku eksplanaciju aktuelnih i standardnih psihijatrijskih tema i entiteta mogu naći u našem udžbeniku (**Psihijatrija**, M. Peković, 2010), a naravno i dio propedevtičkog gradiva.

Naša **Psihijatrijska propedevtika** namijenjena je širem krugu čitalaca, počev od studenata medicine, ljekara opšte medicine, specijalizanata iz psihijatrije i neurologije, psihologa, sociologa, pravnika...

Savremena psihijatrijska nauka je vrlo razučena i diferencirana medicinska grana, koja se veoma dinamično razvija zahvaljujući pronalasku i primjeni moderne dijagnostičke tehnike, koja je omogućila bolje poznavanje mozga, razvoj neuronauka, a time i bolje poznavanje mentalnih poremećaja, bolesti raspoloženja, pronalazak novih medikamenata, pružajući više šansi mentalno oboljeloj populaciji.

Složenost ove sociomedicinske discipline sama po sebi se podrazumijeva ako se uzme u obzir teza da je mentalni život čovjeka složen i rafinovan, te proizvod i plod moždane aktivnosti, koju čini sto milijardi neurona, što odgovara broju zvijezda u Mliječnom putu, pa ako se tome doda činjenica da svaki neuron ima

do 50 000 sinapsi, jasno je da je to svojevrsni čarobni svijet, te da su za ovu vrstu kosmosa potrebni brojni stručnjaci, opremljeni dobrim i savremenim znanjem i svim onim što treba to da prati.

Ipak, još uvijek ima u psihijatriji dosta nepoznanica kako za normalno mentalno funkcionisanje, tako i za brojne psihijatrijske poremećaje.

To je po svoj prilici posljedica interferencije, bioloških, psiholoških i socijalnih činilaca, koji konstituišu i determinišu normalnu ličnost, a naravno i njenu patoplastiku, odnosno psihopatologiju.

To znači da savremena psihijatrija baštini multidimenzionalni pristup bolestima, njihovoj etiologiji i liječenju, jednovremeno kako po pitanju somatskih tako i psihijatrijskih poremećaja, između kojih po pravilu ne postoji demarkaciona granica.

Danas se psihijatrija sve više zasniva na dokazima, a ne na aproksimacijama i opservacijama, a primjena savremenih metoda dijagnostike, liječenja i rehabilitacije, utire put realnoj nadi za bolji komfor i kvalitet života mentalno oboljelih.

Svjedoci smo plime raznih mentalnih poremećaja, čijem porastu posebno doprinosi snažna tehnološka dinamika i globalizacija, kojima se ceh plaća bolešću, mentalnom ili tjelsnom, svejedno.

Otuđenost, egoizam, zavist, rivalitet, agresija, razni sociomedicinski poremećaji, ukazuju na manjak ljudske solidarnosti, empatije i spremnosti ljudi da jedni drugome pomognu u krizi koja je naša stvarnost.

Te i druge narasle probleme, često vezane za egzistencijalna pitanja, psihijatrija ne može sama da razriješi bez valjanog upliva čitave društvene zajednice, te područstvljavanja aktivnosti vezanih za zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja.

Riječ je o aktivnostima koje treba da preuzme tzv. komunalna psihijatrija u zajednici, našta pledira SZO.

Podrazumijeva se da prihvatanje tog principa pledira i ovaj udžbenik, u smislu sugestije da breme psihijatrijskih obaveza, tretman i zbrinjavanje duševnih poremećaja, preuzmu neke društvene institucije sistema, posebno kada je u pitanju profilaksa, socijalna rehabilitacija i destigmatizacija mentalnih poremećaja.

Namjera autora ovog udžbenika (priručnika) je da približi i na transparentan, pedagoški razumljiv i prihvatljiv način, ponudi studentima medicine, a i drugim potencijalnim korisnicima, štivo vezano ponajviše za praktični segment edukacije iz oblasti dijagnostike i prepoznavanja duševnih poremećaje koji tangiraju psihijatrijsku nauku.

Prof. dr Mirko Peković

MENTALNO ZDRAVLJE – MENTALNI POREMEĆAJI

Psihijatrija (grč. *psiha* – duša i *atreia* – liječenje) je sociomedicinska nauka koja se bavi mentalnim bolestima i mentalnim poremećajima: proučavanjem uzroka duševnih bolesti (*etiologija*), patogeneze, fenomenologije i simptomatologije, zatim terapijom, rehabilitacijom i socijalnom reintegracijom mentalno oboljelih osoba.

Psihijatrija je vještina liječenja, za šta je potrebno znanje, iskustvo i kako neko reče „umjetnost komunikacije“, odnosno, kako kaza Kraepelin – Ebing, „psihijatrija je spajanje medicine i filozofije“.

Okviri proučavanja i liječenja mentalnih poremećaja u psihijatriji nijesu statični, pa o njima nije lako govoriti, te ćemo iz praktičnih i didaktičkih razloga reći da tu spadaju bolesti: neuroze, psihoze, poremećaji ličnosti, intelektualni deficiti (oligofrenije i demencije) i bolesti zavisnosti (narkomanija).

Odmah se postavlja i pitanje pojmova normalnosti, odnosno duševne bolesti, njenog značenja i etiologije.

Inače, normalnost se može posmatrati sa raznih aspekata, različite odgovore ponudiće psihijatrija, psihologija, sociologija, filozofija, religija, pravo itd.

Podrazumijeva se da nas pojmovi normalnosti i bolesti interesuju prije svega sa psihijatrijskog / psihološkog, biloškog i sociološkog aspekta (integralistički pristup).

Podsjetimo se nekih aspekata i definicija bolesti i normalnosti (ima ih sijaset). Zaista je teško odabrati najprikladniju, najobjektivniju, opšteprihvaćenu definiciju normalnosti i zdravlja, pojmova koje tako često koriste i profesionalci i laička javnost.

Međutim, može se postaviti i pitanje da li je involucija prirodna i normalna pojava u razvitku ljudskog roda? Na to pitanje daju se protvrječni odgovori.

Bolest, uopšteno kazano, šteti, remeti i ugrožava naše zdravlje. Od bolesti (tjelesne) se po pravilu umire (neko prije, neko kasnije).

Od duševne bolesti se po pravilu ne umire, izuzev u slučajevima suicida.

Duševna bolest remeti zdravlje – tjelesno, mentalno i socijalno.

Danas je prihvaćen integralistički princip kada su u pitanju tjelesne i duševne bolesti – njihov međuodnos, tj. da ako oboli tijelo oboljeće i mentalni aparat i vice versa.

Uopšteno kazano, bolest je poremećaj normalnih zbivanja (tjelesnih ili mentalnih) u organizmu ili u pojedinim njegovim djelovima.

Bolest je život čije se manifestacije djelimično odvajaju od norme.

Bolest je naziv za procese u organizmu koji nastaju kada se naruši harmonija i ravnoteža u djelovanju spoljašnjeg svijeta na organizam i obrnuto, te su zbivanja u organizmu suprotna normalnom, kao posljedica unutrašnjeg uzroka.

Bolest je odvajanje od norme, koje prekoračuju individualne i fiziološke (normalne) granice, i time funkcionalnu, radnu sposobnost organizma smanjuje i ugrožava.

Bolest je način života pod promijenjenim uslovima.

Bolest je način života, način borbe organizma za samoodržanjem i održavanjem dinamičke ravnoteže sa spoljašnjim i unutrašnjim miljeom.

Moderni aspekti (psihijatrijski aspekti) ističu da bolest i normalnost nijesu uopšte naučni pojmovi i da se stoga iz principijelnih razloga ne mogu egzaktno definisati.

Karl Jaspers i drugi dokazuju da pojam bolesti ne uključuje samo spoznaju stvarnosti nego i ocjenu njene vrijednosti.

Znači, bolest je relativan pojam, zato što bolest označava prirodne odnose neprekidno promjenjivih funkcija, a u drugom redu i zato što je taj pojam afektivno naglašen sud o vrijednosti i značaju nekog biološkog ili psihičkog zbivanja.

Teškoće definisanja duševne bolesti proističu i zbog pomanjkanja objektivnih mjerila za biološku „normalnost“, ljudskog ponašanja, a time i bolesti.

Za definisanje psihičke bolesti najčešće se primjenjuju prirodnonaučni koliko i socijalni kriterijumi.

Uostalom, danas uopšte prevallira stav da čovjeku najveće opasnosti (rizici) dolaze iz socijalnog polja.

Eugen Blojler je davno rekao: „Pojam psihičke bolesti uopšte nije medicinski, nego socijalni pojam“.

Današnji pojam bolesti nije identičan pojmu biti bolestan, nego je mnogo više i kompleksnije od toga.

Po nekima, bolest ne postoji. Bolest je apstrakcija. Stvarno postoje uzročnici bolesti (uzročnik TBC).

Tako ispada da je riječ o ontološkom pojmu, koji je pogodan za postavljanje radne hipoteze (radne dijagnoze).

Već je odavno poznato da bolesti, pa naravno i duševne bolesti, nemaju jedinstvene uzroke i po pravilu nikada ne zahvataju samo jedan organ, odnosno psihičku funkciju.

Bolestan je organizam kao cjelina, odnosno psihički sistem.

To samo po sebi govori koliko je uopšte teško dijagnostikovati bolest, naročito kada su u pitanju duševni poremećaji, gdje je dijagnostika daleko manje razvijena, a često se donosi na osnovu subjektivnog utiska egzaminatora.

Sadašnji koncept bolesti (tjelesne i mentalne) tiče se kondicionalističkog mišljenja, odnosno respektuje plurikauzalno shvatanje o postanku i razvoju bolesti (tjelesne i duševne), gdje su u pitanju brojni činioci koji se međusobno dopunjuju u jednom (pozitivnom ili negativnom) smjeru ili interferiraju.

Još nijesu razlučene dileme vezane za objektivnu distinkciju pojmova bolest i zdravlje.

Nejasne su i međe i razgraničenja između pojmova mentalno zdravlje i mentalni poremećaj.

Tradicionalističko (medicinsko) shvatanje kategorije zdravlja nerazdvojno je od kategorije bolesti i ono još dominira u medicini (psihijatriji).

Po tradicionalnom konceptu: „Zdravlje se shvata kao odsustvo bolesti, a bolest kao oštećenje zdravlja“.

WHO zdravlje definiše ovako: „Zdravlje nije samo odsustvo bolesti i oronulosti, već stanje fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja“.

Po naznačenoj definiciji, maltene svaka disfunkcija mentalnog i socijalnog blagostanja može se proglasiti bolešću, čime se obaveze i aktivnosti psihijatrije komplikuju, što nije slučaj kada su u pitanju somatske bolesti.

Psihijatrija danas stremi i slijedi moderne trendove prirodnih i humanističkih disciplina, koji se baziraju na više konceptnih modela vezanih za pojmove i pitanja normalnost i duševni poremećaj.

Inače konceptni modeli predstavljaju sistem međusobno povezanih i konzistentnih eksplikacija koje se tiču karakteristika i osnova neke pojave u stvarnosti.

Konkretno, konceptni modeli u psihijatriji predstavljaju sistematizovano znanje o mentalno poremećenom čovjeku, njenom kapitalnom predmetu.

Psihijatrijski modeli u principu tiču se četiri bazična fenomena:

- korelacija mozga i psihe
- korelacija psihe i njenih elemenata
- odnos bića i svijeta (o tome više vidjeti u našem udžbeniku, Psihijatrija, 2010. Podgorica).

Ti koncepti mogli bi se rezimirati na sljedeći način: najveći broj autora prihvata stanovište da je većina mentalnih poremećaja rezultat interakcije biološke ranjivosti, razvojnih faktora i sredinskih uticaja. Mentalne poremećaje karakterišu poremećaji u mislima osobe, emocijama ili ponašanju. Termin mentalni poremećaj se odnosi na širok spektar poremećaja, od onih koji dovode do blage nelagodnosti, pa sve do ozbiljnog sprečavanja sposobnosti funkcionisanja. Mentalni poremećaji skoro uvijek mijenjaju radikalno život osobe. To prije svega važi za teške mentalne poremećaje koje su praćene uznemirujućim simptomima, koji ih sprečavaju da funkcionišu u društvu, da normalno rade i obezbjeđuju egzistenciju sebi i svojoj porodici, da se normalno ponašaju u okruženju, i da se normalno bore sa svakodnevnim uobičajenim problemima.

Danas su najrespektabilniji kriterijumi za validaciju mentalnog zdravlja: sposobnost realnog sagledavanja sebe, ostvarivanje sopstvenih potencijala, efikasna samokontrola, autonomija, odsustvo distorzije i adaptiranost na problemske situacije. Podrazumijeva se da bi kriterijumi abnormalnosti bili: osjećanje patnje, maladaptacija, iracionalnost, ekscesivna nekonvencionalnost, nesrazmjera odgovora na stresore, korišćenje normi i statistička rijetkost.

Vejkfild mentalne poremećaje doživljava kao:

- stanje koje proizvodi štetne posljedice prema standardima kulture kojoj osoba pripada, i
- stanje koje je rezultat nemogućnosti određenih psihičkih mehanizama da osoba obavlja svoje prirodne funkcije.

Biološki model psihičke poremećaje tumači kao neurofiziološke lezije, što je lako kritikovati, pošto se psihološki koncept mentalnog poremećaja svodi samo na domen biološkog supstrata.

Normalnost zavisi od strukture i svojstava ličnosti (normalne ličnosti): normalna ličnost uspješno savladuje probleme, objektivno i subjektivno logično zapaža svijet oko sebe, a u relacijama sa drugim osobama ne polazi samo od ličnih interesa, može da voli i radi, da uživa u tim ostvarenjima, razvija svoju individualnost, pronalazi zadovoljstvo življenja u porodici, radnoj sredini i društvu, kroz konflikte (intrapsihičke i inerpsonalne) nalazi rješenja koja imaju pozitivan ishod za nju i njenu okolinu, svjesna većine svojih nedostataka, slabosti prema kompleksnosti

životne egzistencije, razvija kritičnost i samokritičnost u odnosu na svoje potencijale, životno doba i obrazovanje (M. Pejović).

Normalnost ponajviše zavisi od snage *EGA*. S. Frojd dodaje: „normalan ego je kao i normalnost uopšte idealna fikcija“, iz čega se može izvući rezoluntan stav: idealno normalan čovjek još je veća fikcija.

Razmotrena su ukratko brojna stanovišta i aspekti pojmova i značenja normalnosti, mentalnog zdravlja i mentalnih poremećaja, uz ukazivanje na svu složenost ovih pojmova, njihovu definiciju, razumijevanje, prepoznavanje i poznavanje i diferencijaciju, sa jednom željom i namjerom da se korisnicima ovog udžbenika ukaže na potrebu marljivog i studioznog praćenja i izučavanja ove materije, odnosno discipline, kako bi zajedno sa empatskim odnosom prema pacijentima dočuili istinu o njegovim problemima, ili naišli na trag, vezano za njegove patnje i duševni poremećaj.

Iz tih razloga na stranicama ove knjige ponuđene su određene teorijske pouke o mentalnim poremećajima, a ponajviše se govori o tehnikama i instrumentima za objektivniju procjenu i ocjenu stanja zdravlja populacije koja je u fokusu psihijatrijske discipline, nošeni motom slavnog Galena: „Ljekar mora biti sluga istine“.

DIJAGNOSTIKA U PSIHIJATRIJI

Kao što je zagonetan i složen mentalni život i mentalno zdravlje, prirodno je očekivati da su složeni procesi koji ga narušavaju i dovode do njegove alteracije, raznih poremećaja i heterogenih psihijatrijskih entiteta.

Ranije je isticano da normalnost i psihičko zdravlje svoje uporište nalaze u biološkim mehanizmima i biološkom supstratu, psihičkim slojevima i dimenzijama ličnosti, njihovoj interakciji, te socijalnom okruženju i socijalnoj stvarnosti. Analogno tome, psihijatrijska evaluacija i dijagnostika trebalo bi da se tiču ta tri elementa koji su, bilo pojedinačno ili asocirano, odgovorni za genezu (etiologiju) mentalnih poremećaja.

Dijagnostika je inače medicinska disciplina ili vještina raspoznavanja i utvrđivanja bolesti. Dijagnostika bolesti je osnova moderne medicine. Napredak koji je evidentan u medicinskim naukama treba najviše da zahvali razvoju savremenih dijagnostičkih postupaka i tehnologija.

Podrazumijeva se da je dijagnostika u psihijatriji specifičnija i složenija u odnosu na dijagnostiku koja se koristi u biološkoj medicini.

Ta činjenica proističe iz hipotetičnosti etiologije mnogih duševnih poremećaja koje, shodno tome, treba stalno testirati dijagnostičkim instrumentima i tehnikama. Zbog nejasnoće etiopatogeneza velikog broja psihičkih poremećaja, nepouzdana su dijagnostički kriterijumi da bi se objektivizovao određeni mentalni poremećaj. To otežava profilaksu, liječenje i dijagnostičku detekciju mentalnih poremećaja.

Opstaje mišljenje, uopšteno kazano, da se psihički poremećaji ponajčešće ispoljavaju pogrešnim i subjektivnim doživljavanjem sebe i stvarnosti, što je praćeno subjektivnim tegobama, i izmijenjenim ponašanjem, zbog čega trpi pacijent i njegova okolina. Iznoseno mišljenje odnosi se prije svega na teške duševne po-

remećaje tipa psihoza, tj. duševnih poremećaja u užem, odnosno tradicionalnom smislu riječi.

Psihoze su najteži mentalni poremećaji koje karakteriše negiranje stvarnosti, njeno falsifikovanje i povlačenje iz nje. Bolesnici koji boluju od psihoze mahom produkuju deluzije, doživljavaju perceptivne obmane i od tih sadržaja, njihovih krhotina, stvaraju „novu“ realnost, bolesnu realnost. Kod tih bolesnika narušen je test realnosti, prevladavaju primarni procesi, *ego* je preplavljen sadržajima nesvjesne psihe.

Ovom psihijatrijskom entitetu pripada velika grupa psihičkih poremećaja:

- endogene funkcionalne psihoze,
- akutni i hronični organski psihosindromi (organske, simptomatske psihoze) i
- reaktivne psihoze.

Neuroze ili **psihoneuroze** predstavljaju veliku i heterogenu grupu psihičkih poremećaja, koje je, s obzirom na njihov veliki porast, teško definisati, prepoznati i klasifikovati, a time i izdiferencirati, imajući na umu i zapaženu tendenciju rasta poremećaja tipa tzv. „problema življenja“ ili „psihosocijalnih problema“ i otežanog funkcionisanja, koji su takođe praćeni i neurotičnom simptomatologijom.

Riječ neuroza potiče od grčke riječi neuron, što u prevodu znači živac, živčani, koji se tiče živaca, odnosno njihovog oboljenja. Termin neuroza danas se rjeđe upotrebljava, nakon uvođenja izraza „poremećaj“ (disordo) od strane DSM-III (1980).

Psihoneuroze su lakši psihički poremećaji koji se manifestuju polimorfnim sortimentom tjelesnih i psihičkih tegoba, subjektivnog karaktera, bez odgovarajućeg patološkog oštećenja. Treba praviti razliku između neuroza i neurotičnih reakcija, mada i jedne i druge nastaju kao posljedica intrapsihičkog konflikta. Razlika se ogleda u tome što neuroze nastaju kao posljedica razvojnih problema, te neurotične strukturacije i zastoja na određenoj fazi psihoseksualnog razvoja, kada se desio traumatski događaj, koji se aktuelizuje u određenim životnim okolnostima, što dovodi do otežanog funkcionisanja, racionalnog uvida u konflikt i njegovo prepoznavanje. Neurotične reakcije, pak, nastaju kod neurotično strukturisane ličnosti, koja je u konfliktu sa okolinom. Dijagnoza neurotičnih reakcija je lakša i ona ne mora da počiva na analizi prirode intrapsihičkog konflikta, relacijama i dinamici nesvjesne i svjesne psihe.

Potrebna je određena dijagnostička obazrivost u diferencijaciji poremećaja tipa tzv. „problema življenja“ ili „psihosocijalnih problema“, koji su praćeni izvjesnim emocionalnim poteškoćama da se ne dijagnostikuju kao neuroze ili neurotične reakcije, jer se u osnovi radi o normalnom reagovanju i ponašanju u ne-

podobnim i stresnim okolnostima, kojima je ponajprije potreban socijalni i drugi suport, a ne medikalizacija.

Važno je pravilno dijagnostikovati i izdiferencirati neurotične poremećaje od psihotičnih, što u principu nije teško. Teškoće mogu da se pojave kod nekih formi neuroza kakve su tzv. „jezgrovne neuroze“, gdje spadaju opsesivne, opsesivno-kompulsivne i fobične neuroze.

No, i u tim slučajevima pacijent prepoznaje realnost i uvažava socijalne norme. Pravilo je da neurotičar prepoznaje realnost, poštuje njene principe, kod njega nema deluzija niti perceptivnih obmana.

Kod psihoza je obrnuta situacija, bolesnik ne prepoznaje realnost, on stvara realnost od deluzija i halucinatornih obmana, povlači se (autizam), živi u svom bolesnom svijetu, a sretaju se i drugi znaci psihotičnosti, zavisno od kliničke slike. Psihitična osoba je u osnovi nekritična i neuviđavna, ona ne prepoznaje svoju bolest.

Poremećaji ličnosti se mogu definisati na više načina. To dobrim dijelom proističe i iz njihove raznolike kliničke ekspresije. U osnovi, danas prevladava mišljenje da to nije bolest, već stanje koje se nalazi na granici između zdravlja i bolesti, koju karakterišu duboko usađeni znaci neprilagođenosti i problemi funkcionisanja.

Postoji više sinonima za ovu grupu psihijatrijskih entiteta: psihopatija, karakter neuroze, nastrana ličnost, patološka ličnost, sociopatska ličnost.

Poremećaj ličnosti su dijelom biološki ukorijenjeni, dijelom stečeni, posljedica razvojnih problema, sa najjasnijim manifestacijama u kasnom djetinjstvu i docnije. Ovi poremećaji tiču se prije svega crta ličnosti, sfere ponašanja, emocija i nagonско-voljnog života, u smislu njihove neusklađenosti. Disharmonija psihičkih funkcija dovodi kod njih do rđavog funkcionisanja i čestih konfrontacija sa socijalnim i moralnim normama sredine u kojoj žive.

Termin psihopatije nije više u opticaju zbog pežorativnog značenja i utiska da je riječ o poremećajima koji su konstitucionalno neizlječivi.

Pozadina poremećaja ličnosti je višeznačna. Ona se može tražiti u sektoru: genetskih, bioloških, razvojno-psiholoških i sociokulturnih koncepta.

Poremećaje ličnosti treba razlikovati od trajnih poremećaja ličnosti. Razlika se odnosi na vrijeme i način njihovog nastanka. Naime, trajni poremećaji ličnosti mahom nastaju kasnije u uslovima dugotrajnog stresa i provokativnih životnih okolnosti, dok poremećaji ličnosti nastaju u djetinjstvu i periodu adolescencije, a perzistiraju u odraslom dobu

Klasifikacija poremećaja ličnosti vršena je od strane brojnih autora, a u kliničkoj praksi njihova klasifikacija bazirana je na Međunarodnoj klasifikaciji (ICD-10) i klasifikaciji DSM-IV.

Po ICD-10 poremećaji ličnosti dijele se u sljedećih deset grupa: parnoidni, šizoidni, disocijalni (antisocijalni), emocionalno-nestabilni (granični) - impulsivni tip i granični tip, histrionični, anakastični (opsesivno-kompulsivni), anksiozni (izbjegavajući), astenični (zavisni), drugi (narcistični i nezreli) i nespecificovani.

Dijagnostika poremećaja ličnosti dosta je zahtjevna i kompleksna. Ta složenost proističe iz same definicije i kliničkih manifestacija ovog entiteta, za kojega važi princip da se ne radi o bolesti, već o stanju koje se nalazi na granici između zdravlja i bolesti.

Psihijatrijska dijagnostika bazira se na psihijatrijskom intervjuu i opservaciji. Veliku pomoć u dijagnostici ovih poremećaja može da pruži kliničkim psiholog, koji raspolaze baterijom testova ličnosti, čijom aplikacijom procjenjuje dimenzije ličnosti (crte ličnosti), verifikaciju nesvjesnih sadržaja, konflikte, razne motive i dinamičke aspekte ličnosti. U te svrhe najčešće se koriste upitnici i projektivne tehnike kakvi su M.M.P.I. (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), potom MPI (Maudsley Personality Inventory). Za dijagnostiku poremećaja ličnosti dosta su na cijeni upitnici koje popunjavaju pacijenti, psihijatri, psiholozi, socijalni radnici i ostala stručna lica. U dijagnostici ovih poremećaja mogu da se koriste i projektivni testovi. Među njima najčešće su u upotrebi: test nedovršenih rečenica (TNR), Mahover test crteža ljudske figure, TAT – test tematske apercepcije i Roršahov test.

Zbog raznovrsnog i bogatog asortimana simptoma i drugih pratećih fenomena, važno je već na početku dijagnostičke opsrevacije i pregleda pacijenta razlučiti mogućnost nekog sindroma kakav može biti psihoorganski sindrom, bolesti zavisnosti, neurotični i psihotični poremećaj.

Poznato jeda kod lezija prednjih regiona mozga dolazi do nepromišljenih radnji, apatija, impulsivnosti, praćenih znacima psihomotorne retardacije. Slična simptomatologija može se javiti i kod psihomotorne temporalne epilepsije u pauzi između napada.

Zloupotreba alkohola i psihoaktivnih supstanci mahom su simptomatske prirode i posljedica primarnih poremećaja tipa poremećaja ličnosti.

Kod neurotičnih poremećaja koji se manifestuju znacima maladaptacije i otežanog funkcionisanja, problemi se saopštavaju i traži se pomoć za njihovo razrešenje. Osobe kod kojih postoji poremećaj ličnosti mahom ne traže pomoć, već istrajavaju u svojoj maladaptaciji i hirovima od kojih ponajviše trpi sredina.

Diferencijalna dijagnoza poremećaja ličnosti u odnosu na psihoze u principu je laka. Kao što je poznato ključni znaci prepoznatljivosti kod psihoza su teško oštećeni test realnosti, sumanutosti, poremećaji u sferi percepcije, afektivnog života i drugo. Kaplan saopštava da je prevalencija ovog poremećaja 6-9% opšte populacije. U nekim kulturama taj procenat je veći. Ova dijagnoza najčešće se upotrebljava kod pojedinaca iz marginalnih grupa, što neka novija istraživanja opovpravaju. Neke ličnosti sa ovim karakternim manifestacijama svojom genijalnošću zadužile su čovječanstvo.

Intelektualni deficiti predstavljaju psihijatrijske poremećaje koji se javljaju u dva oblika: *mentalne retardacije*, koje imaju više sinonima, a najčešće u upotrebi je *oligofrenija*, a dugi oblik nosi ime *demencije*.

Mentalne retardacije predstavljaju zaostajanje u razvoju intelektualnih funkcija, a mogu biti različitog stepena izraženosti. One su urođene ili su nastale u ranom djetinjstvu. Stepent intelektualnog deficita provjerava se putem skala za mjerenje inteligencije. Najšestće se koristi tzv. W-B skala (Weksler-Belvu), Ravenove progresivne matrice i druge, gdje se količnik inteligencije numerički izražava. Prema toj skali najteži oblici intelektualne subnormalnosti su idiotije čiji količnik inteligencije je ispod 20 poena, potom imbecilnost sa količnikom inteligencije 20-50 poena i debilnost, gdje količnik inteligencije iznosi 50-70-80 poena. Preovladava mišljenje da u mentalno retardirane osobe spadaju one koje imaju koeficijent inteligencije (IQ) ispod 70 poena.

Demencije su naknadna, sekundarna slaboumlja, mentalni deficiti nastali tokom života, pod raznim okolnostima i uzrocima.

Kod ovih osoba došlo je do gubitka ranije razvijenih intelektualnih kapaciteta, što se ispoljava oštećenjem pamćenja, upamćivanja, shvatanja, ili kako se to u običnom govoru kaže – izlapjelosti.

Psihosomatski poremećaji su u porastu, a u njihovoj etiologiji se nalaze brojni psihički, naročito emocionalni činioci.

Ovi poremećaji posljedica su savremenog tempa života i kompeticije, koji donose brojne stresove i neugodnosti, što uslovljava porast raznih neurotskih, posebno anksioznih stanja, pri čemu, putem složenih psihičkih mehanizama, angažmana neurovegetativnog i endokrinog sistema, dolazi do transformacije emocionalnih u fiziološke poremećaje i somatizaciju, što vremenom kod nekih osoba dovodi do somatskih oboljenja (povećanje pritiska, čir na želucu, bronhijalne astme i drugog), odnosno psihofizioloških poremećaja.

Somatopsihički poremećaji najbolje govore o potrebi holističkog i integralnog pristupa zdravlju i bolesti, za šta se istinski i praktično zalaže psihijatrijska nauka, za razliku od drugih medicinskih disciplina.

Znamo, nažalost, da su i somatske bolesti u porastu, hronične, koje stvaraju invaliditet, dovode do nespokoja. Akutne fizičke bolesti nose sa sobom teške tjelesne patnje i rizik od smrti. I jedne i druge praćene su psihičkim tegobama, anksioznošću, depresijom i smanjenjem kvaliteta života. U takvoj konstelaciji nije rijetkost samoubilačka odluka pacijenta. Tjelesno i mentalno su nerazdvojna cjelina, razboli li se jedno, razboljeće se i drugo.

Sociopatološki poremećaji su u plimi i malo je koja društvena zajednica imuna na njih. Živimo u vremenu snažnog tehnološkog napretka, postindustrijske i postistorijske ere. Svijet se globalizuje i postaje globalno selo. U tom kontekstu alijenacija je čovjekova sudbina, siromašenje tradicionalnih vrijednosti i stila života, koji su nudili više nade i solidarnosti makar i u vidu ilizije. Živimo u vremenu kada je sve transparentno ogoljeno, često nefamilijarno. Rastu velika urbana naselja, aglomeracije, koja su „pogodna za razvoj“ socijalne patologije, kakve su bolesti zavisnosti, razne forme patologije braka i porodice, kao i disocijalna ponašanja. Mnoge od ovih problema zajedno sa tzv. „problemima življenja“ ne treba uvijek psihijatrizovati, odnosno psihijatrijski liječiti, jer su oni plod našeg vremena i kulture življenja, te za njihovu uspješnu dijagnostiku i tretman treba angažovati i druge antropološke discipline.

Socijalni poremećaji sami po sebe ne pripadaju domenu psihopatologije, ali utiču i mogu uticati na ekspresiju i psihoplastiku određene psihopatologije, posebno onda kada ometaju pojedinca da obavlja svoje uobičajene djelatnosti.

Dijagnostika psihičkih poremećaja pretpostavlja dobro iskustvo u radu sa psihijatrijskim bolesnicima, savremeno teorijsko znanje iz psihijatrije i empatsku motivisanost u radu sa tom populacijom.

Postoji više instrumenata i tehnika koje psihijatar koristi u psihijatrijskoj evaluaciji. Tehnike koje se upotrebljavaju mogu biti direktne, kao što su psihijatrijski intervju (anamneza), razne ankete i upitnici, i indirektne, kada se koriste brojni klinički testovi, kojima raspolaže klinička psihologija. Isto tako, u psihijatrijskoj evaluaciji koriste se materijali koje nude socijalni radnici, a dobijeni su putem socijalne ankete ili drugih instrumenata. To znači da psihijatrijska dijagnostika zahtijeva timski rad, što podrazumijeva i timski tretman pacijenta.

Psihijatrijska evaluacija ima zadatak postavljanja dijagnoze bolesti, shodno važećoj (ICD-10) međunarodnoj klasifikaciji bolesti ili DSM-IV multiaksijalnom sistemu.

Inače, pregled psihijatrijskog bolesnika obuhvata različite i složene aspekte ljudskog bića i njegovog funkcionisanja.

Podrazumijeva se da postoji više pravila, napisanih i nenapisanih, koje treba poznavati i znati koristiti za vrijeme pregleda i eksploracije psihijatrijskog bolesnika. Način u pristupu psihijatrijskom bolesniku treba da bude fluidan, prilagođen, personalnim i kliničkim karakteristikama pretpostavljenog ili verifikovanog entiteta. Osobito je delikatan pristup i postupak u toku dijagnostike (tretmana) neurotičnih pacijenata, gdje postoje indikacije za primjenu neke od rekonstruktivnih psihoterapijskih tehnika (Frojdova psihoanaliza, neofrojdovska-neoanalitička, Ego analiza i psihoanalitički orijentisana psihoterapija).

Složenost psihijatrijskog pregleda ogleda se i u tome što ga treba dopunjavati, i angažovati rodbinu i druge osobe koje su u nekoj vezi sa pacijentom. Tako pored anamnestičkih imamo i heteroanamnestičke podatke koji mogu katkad imati neprocjenjivi značaj u verifikaciji psihičkog poremećaja.

Psihijatrijski pregled traži strpljenje i takt egzaminatora. Treba znati pitati i slušati odgovore, ponašanje i manire bolesnika (verbalni i neverbalni govor).

Davno je primijećeno da dobro urađena anamneza može da znači pola dijagnoze. To bolje ilustruje latinska izreka: „Qui bene interrogat, bene diagnoscit“, što znači ko dobro pita, dobro postavlja dijagnozu. Ovo je značajno znati, jer kao što je istaknuto u psihijatriji ne postoje još uvijek objektivni dijagnostički kriterijumi, te se dijagnoza postavlja na osnovu subjektivnih pacijentovih iskaza i zapažanja o svojoj bolesti.

Najčešći i najpouzdaniji dijagnostički instrument u psihijatrijskoj kliničkoj praksi je dijagnostički intervju.

Dijagnostički intervju

Dijagnostički intervju predstavlja ciljani razgovor i komunikaciju sa bolesnikom radi dijagnostikovanja bolesti. Komunikacija je nasušna ljudska potreba, a u slučaju ljekara i pacijenta *conditio sine quo non*. Taj odnos je forma socijalnog odnosa gdje su angažovani ključni elementi ličnosti ljekara i pacijenta. U komunikaciji sa pacijentom posebnu pažnju treba posvetiti stvaranju klime povjerenja i osjećaja sigurnosti pacijenta, te uspostavljanju pozitivnog emocionalnog odnosa sa bolesnikom. Na tome treba raditi već na početku razgovora („raporta“), kroz empatski odnos, koji se razvija kada istinski angažujemo svoje profesionalne i etičke kapacitete i nađemo se u „koži“ sagovornika (bolesnika), koji iznosi svoje tegobe i neprijatne doživljaje. U takvim okolnostima moguće je proniknuti u teško

pristupačne slojeve čovjekove ličnosti, njegovog mentalnog života, odnosno mentalnog poremećaja – “tamne stranice života“.

Naravno, to ne može da radi bilo koji ljekar, za to je potrebno veliko iskustvo i odgovarajući trening. Ali, ne zavisi sve od ljekara, njegovog znanja i motivisanosti za rad sa pacijentom. U toku intervjuisanja, važna je kooperativnost pacijenta, njegovi emocionalni i intelektualni kapaciteti, mogućnosti uvida u svoje konflikte i tegobe koje saopštava doktoru. Kod osoba koje nijesu doživljavale negativna iskustva u toku razvojnih faza može se očekivati realan i konstruktivan odnos prema životnim teškoćama i njihovo lakše savladavanje. Nerijetko naši pacijenti saopštavaju da im je, kada naiđu na adekvatan prijem kod doktora, već lakše, i da razboritije sagledavaju probleme svoga zdravlja. To govori da treba poraditi da se pomogne oboljeloj osobi, a ne na otklanjanju sindroma bolesti. Zato treba zapamtiti pravilo:

„Nema bolesti – postoje samo bolesne osobe“.

Poželjno je, radi boljeg rezumijevanja odnosa ljekar-pacijent, da i sam ljekar poradi na uvidu i otklonu svojih problema i konflikata, što je značajna stepenica u radu na korekciji bolesnikovih neadekvatnih postupaka. Tokom intervjua bolesniku se daje podrška, on se hrabri da što više asociira. Iskustvo govori da je korisno, kako za ljekara tako i za pacijenta, imati orijentacionu listu pitanja koja će se razmatrati.

Mnogo su značajne riječi koje ljekar upućuje pacijentu. One treba da liječe, ulivaju nadu, spokoj. Znamo da riječi mogu biti i „otrovne“ („ubi me prejaka reč“).

Znači, riječi su važan instrument, kako u dijagnostici tako i u terapiji bolesnika.

Ipak, od svega toga ljekareva ličnost je tokom intervjuisanja i dijagnostike poremećaja najvažnije terapijsko sredstvo, kojom treba da se „služi svjesno, mudro, dobronamjerno, sa punim uviđanjem sopstvenih slabosti i nedostataka“ (Solomon).

Profesionalno vođen intervju koji podrazumijeva ljekarevu zainteresovanost i dobronamjernost, ima prvorazredni značaj prilikom uspostavljanja dijagnoze i ishoda liječenja bolesti. Za sve vrijeme vođenja intervjua, ljekar treba da „kontrolise situaciju“, a to znači da usmjerava tok razgovora na pitanja i teme koje vode do oboljelih slojeva ličnosti, simptoma bolesti njihove pozadine i geneze. Naravno, ne treba dozvoliti da se bolesnik pasivizuje. Emocionalna rezonanca između ljekara i pacijenta, ako je pravilno kontrolisana i balansirana, najvažniji je generator i indikator uspješnog liječenja.

Ispitivanje psihijatrijskih bolesnika treba obaviti bez prisustva drugih lica, izuzev u slučajevima kada je bolesnik nekooperativan ili agresivan. U principu pacijenti i sami traže da budu sami sa ljekarem, da im se „izjadaju“.

Tenika psihijatrijskog intervjua u velikoj mjeri zavisi od pacijenta i prirode njegove bolesti, ali pojedini aspekti tehnike intervjua zajednički su za većinu situacija.

Veoma je važno uspostavljanje kontakta sa pacijentom što ranije tokom intervjua.

Pitanja koja se postavljaju pacijentu ne treba da budu sugestivna, niti da kod pacijenta stvaraju ljutnju i otpor.

Pravilno je intervju započeti pitanjima koja su vezana za lične i profesionalne podatke pacijenta: koju vrstu posla obavlja, da li pohađa školu, fakultet, koliko ima godina, da li je oženjen, ili ne, ima li neki hobi i drugo.

Nakon toga intervju treba nastaviti pitanjima vezanim za sadašnje tegobe, o njihovom početku i toku. Kada se uspostavi povjerljiva emocionalna klima (transfer), mogu se postaviti delikatnija i direktna pitanja, npr. seksualni život, psihijatrijski hereditet i slično.

Inače, transfer i kontratransfer su veoma važni, praktično nezobilazni fenomeni kod psihoterapije, odnosno psihoanalize i psihoanalitičke psihoterapije. Oba fenomen sretaju se ne samo u terapijskoj situaciji, već i u normalnom životu.

Pojam transfera uveo je u praksi Frojd, podrazumijevajući pod njim prenos osjećanja pacijenta sa važnih objekata iz prošlosti na ličnost terapeuta u sadašnjosti, koja se doživljavaju kao realnost. Ta osjećanja mogu da budu različita – autentična, iskrivljena ili prerusena. Kasnije su neki teoretičari psihoanalize dopunjavali Frojdovo određenje transfera i pod njim podrazumijevali doživljavanje osjećanja, nagona, stavova, fantazija i odbrana pacijenta prema terapeutu, koja su u biti nesvjesne reakcija ponavljanja ili pomjeranja sa važnih osoba iz ranog djetinjstva na terapeuta osobu iz sadašnjosti. Transfer može biti pozitivan i negativan.

Pozitivan transfer obuhvata reakcije koje u sebi sadrže predominantno osjećanje ljubavi u bilo kom obliku ili derivatu. O njemu se govori kada pacijent prema terapeutu osjeća ljubav, obožavanje, povjrenje, zaljubljenost, divljenje, nježnost, čežnju i drugo. U pozitivnom transferu javlja se zadovoljstvo u zajedničkom radu.

Negativan transfer tiče se suprotnih osjećanja – bijeda, hostilnosti, nepovjerenja, odvratnosti, gađenja, ljutnje, gorčine, zavisti, prezira i drugo. U negativnom transferu nema zadovoljstva u zajedničkom radu, pacijent doživljava neprijatnosti i želi da prekine terapiju.

Kontratransfer je Frojd definisao kao one reakcije terapeuta koje sadrže otpor prema analitičkom radu sa pacijentima. Kontratransfer se danas shvata kao

jedan od velikog broja reagovanja terapeuta prema pacijentu, a te i takve reakcije proističu iz različitih odnosa terapeuta i pacijenta.

U analizi nesvjesne psihe – psihoanalizi, pored analize transfera i kontra-transfera vrlo važnu ulogu u psihoanalitičkoj psihoterapiji ima otpor koji se javlja tokom psihoterapijskog procesa. On, inače sadrži elemente i sile kojima se pacijent opire i suprostavlja u napredovanju i liječenju. Ovaj klinički fenomen tekođe je u praksi prvi uveo Frojd. Postoje različiti oblici otpora.

U toku psihoterapijskog procesa poželjno je toplo prihvatanje i zainteresovanost za pacijentove tegobe, razumijevanje, odnosno razvijanje empatije.

Empatija se definiše kao sposobnost terapeuta da se uživi u doživljaje ispitanika, da se nađe u njegovoj „koži“, odnosno „preko puta.“

Empatija je pretpostavka za uspostavljanje dobrog emocionalnog odnosa (transfernih osjećanja) između terapeuta i pacijenta.

Treba biti obazriv prilikom eksploracije intelektualnih kapaciteta bolesnika, u smislu njihovog potcjenjivanja ili precjenjivanja. Obavezno treba voditi računa o socijalnom i kulturnom nivou iz kojeg bolesnik dolazi, i o njegovom vrijednosnom sistemu i normama.

Najviše brige ljekaru mogu da zadaju psihotični bolesnici sa paranoidnim i sumanutim idejama. Treba se čuvati da takvi bolesnici ne uvuku u svoj paranoidni sistem ljekara ili bolničko osoblje. Takvi bolesnici su nekritični i neuvjdatni u svoju bolest, u realitet i mogu biti agresivni. Ovakvi bolesnici su skloni da disimuliraju tj. oni prikrivaju svoje tegobe i predstavljaju se u dobrom svjetlu. Suprotna njoj je simulacija, kada se osoba fizički i mentalno zdrava, svjesno i namjerno prikazuje bolesnom, a sve zarad nekih beneficija.

Veoma je poželjno izbjegavati polemiku o bolesti sa bolesnikom.

Pitanja vezana za perceptivne obmane mogu biti provokativna, te ih treba odložiti.

Praksa pokazuje da velik broj psihijatrijskih bolesnika potencira somatske tegobe, za koje se na kraju ispostavi da imaju emocionalne i psihičke konflikte. Naravno, prethodno treba kod bolesnika isključiti organicitet.

U medicinskim izvještajima, istoriji bolesti i drugo, treba pisati i izvorne riječi i iskaz koje bolesnik saopštava tokom intrevjuisanja.

Kao što je poznato, ranije se prilikom pregleda psihijatrijskog bolesnika najviše pažnje poklanjalo registraciji simptoma i opisu (deskripciji) bolesti, otkuda i potiče naziv „deskriptivna psihijatrija“.

Stvari su se davno promijenile, zahvaljući pojavi psihodinamskog koncepta o razvoju ličnosti, te razvoju eksperimentalne i medicinske psihologije, koje imaju posebno interesovanje za ispitivanje psihičkih funkcija.

Klinički psiholozi takođe veliku pažnju poklanjaju organizaciji i strukturi ličnosti pacijenta, te načinima reagovanja u određenim okolnostima. Od velike je koristi poznavanje pravila klasične psihoanalize, koja nam omogućavaju spoznaju i karakteristike instanci ličnosti, te Ego odbrambene mehanizme koje pacijent koristi. Uz to, razvila su se i druga brojna psihološko-psihijatrijska gledišta i teorije, što omogućuje da se pacijent sagleda objektivnije i sa više aspekata.

Korišćenjem ovlaš pobrojanih aspekata i mogućnosti načina pregleda psihičkog bolesnika, stvara se šansa da postavimo objektivnu dijagnozu bolesti i bolesnika sagledamo sa više strana. To omogućava i izvjesniji ishod verifikovanog poremećaja, readaptaciju ili rekompencaciju i resocijalizaciju bolesnika.

Praktikuje se da pacijent na kraju intervjua postavi neko pitanje ispitivaču.

Pacijenti mahom postavljaju pitanja koja se odnose na to šta se dešava sa njegovim mislima i psihičkim stanjem. Na ta i slična pitanja ispitivač treba da odgovori smireno i taktično.

Pacijent na kraju intervjua treba da ima utisak povjerenja, olakšanja i nade.

To je san i ideal svakog zrelog i savjesnog psihijatra i najvećeg dijela psihičkih pacijenata, što nije lako ostvariti, ali se za njih valja potruditi.

Pacijentu na kraju intervjua treba zahvaliti na pruženim informacijama.

Prvi intervjua

Prvi intervjua je verbalna operacija (razgovor) koja se vodi prilikom prvog susreta ljekara i pacijenta. Intervjui se mogu nastaviti, zavisno od njihovog cilja i namjene. Po pravilu intervjua ima tri funkcije: *dijagnostičku*, *prognostičku* i *terapijsku*. Psihijatrijski intervjua može biti: *klasični* (obični) i *standardizovani* (semi-strukturisani i strukturisani).

Klasični psihijatrijski intervjua služi za dijagnostikovanje i verifikaciju psihijatrijskih slučajeva. U psihijatrijskom žargonu ovaj intervjua se još naziva psihijatrijski pregled. Ovaj „instrument“ može da služi za mjerenje i procjenu valjanosti i validnosti drugih metoda kod procjene psihičkog statusa. To se tiče onih slučajeva, gdje nedostaju drugi objektivni mjerni instrumenti.

Klasični psihijatrijski intervjua je subjektivna metoda, jer ne postoji test za procjenu njegove validnosti. Iz tih razloga neslaganja psihijataru u pogledu detekcije i opisa bolesti, česta su pojava.

Da bi se izbjegle greške i povećala pouzdanost psihijatrijskog intervjua, treba se pridržavati operacionálnih definicija pojedinih simptoma i poremećaja i jedinstvene klasifikacije. Pouzdanost psihijatrijskog intervjua se postiže njegovom

standardizacijom, koja može biti djelimična ili potpuna (standardizovani semistrukturisani i strukturisani psihijatrijski intervju).

Standardizovani semistrukturisani i strukturisani psihijatrijski intervju služe prije svega u istraživačke svrhe. Iz tih razloga oni se prethodno moraju standardizovati. To podrazumijeva da se problemi koji su u fokusu interesovanja moraju unaprijed definisati i mjeriti standardnim instrumentima i pod standardnim uslovima. Na taj način moguća je komparacija dobijenih podataka i njihova bolja objektivizacija.

Standardizacija psihijatrijskog intervju podrazumijeva: tehniku intervju, opservaciju ponašanja i registraciju pacijentovih iskaza, donošenje zaključaka na osnovu dobijenih podataka i dijagnostikovanje psihičkog poremećaja.

Ovim intervjuom unaprijed je određeno kako se ispituju i verifikuju pojedini simptomi. To važi i za registraciju i kvantifikovanje pojedinih simptoma i poremećaja ponašanja, njihov redosljed i ostalo.

Otkrivanje simptoma, njihove izraženosti i intenziteta, vrši se pomoću skale koja ima više stepeni.

Standardizovani psihijatrijski intervju je validan ako zaista mjeri ono za šta je namijenjen, a ne nešto drugo.

Standardizovani psihijatrijski intervju najčešće ima četiri dijela, od kojih se prva tri dijela ispunjavaju prilikom kontakta sa ispitanikom, a četvrti nakon obavljenog intervju.

Kao što je već istaknuto, svi oblici intervju koji se koriste u psihijatriji imaju prevashodno dijagnostičku funkciju, te otuda i njegov naziv dijagnostički intervju.

Može se rekapitulirati da **dijagnostički intervju** služi za prikupljanje podataka o bolesniku, njegovoj bolesti, porodičnim relacijama, profesionalnom i socijalnom funkcionisanju.

Sve te i druge informacije o bolesniku i njegovoj bolesti dobijene putem dijagnostičkog intervju i pregleda mentalnog bolesnika, nazivaju se još *psihijatrijska anamneza*, odnosno *istorija bolesti*.

*Istorija bolesti **

Anamneza

Psihijatrijski intervju i pregled mentalnog bolesnika počinje uzimanjem anamneze (anamnestičkih podataka). Termin ***anamneza (anamnezis)*** na grčkom jeziku znači sjećanje. U medicini taj termin znači prikupljanje podataka o bolesniku, njegovoj bolesti, na osnovu njegovog kazivanja, sjećanja i doživljaja svoje bolesti. Kada bolesnik sam daje podatke o sebi, onda govorimo o *autoanamnezi*. U slučaju kada te podatke dobijamo od drugih osoba (rodbina, prijatelji, poznanici i drugi), tada govorimo o *heteroanamnezi* (aloanamneza).

Psihijatrijska anamneza ima pet djelova: *generalije, glavne tegobe, sadašnja bolest, lična anamneza i porodična anamneza*.

Generalije se odnose na sljedeće podatke o bolesniku: ime, očevo ime, i prezime, datum i mjesto rođenja, zanimanje, bračno stanje i sastav porodice, adresa stanovanja, hronologija psihijatrijskih hospitalizacija, uslovi pod kojima je stigao u psihijatrijsku ustanovu (samoinicijativno, hitna služba, uz nagovor, prisilno i slično).

Glavne tegobe treba da sadrže najvažnije simptome i znake psihičkog poremećaja, koje po mogućnosti treba saopštiti ukratko, u par rečenica – „telegramski“. Recimo, bolesnik saopštava da je: nervozan, boli ga glava, ima nesanicu, prijete mu, čuje glasove, psihički je napet, ne može da radi, život mu je dosadio, najrađe bi umro, zloupotrebljava alkoholna pića, narkotična sredstva itd.

Sadašnja bolest (anamnezis morbi) predstavlja detaljno i iscrpno poglavlje hronologije psihičkog poremećaja. Istovremeno, to je i najvažniji dio istorije bolesti kod bolesnika. Takođe, to može biti i najteži dio psihijatrijske evaluacije. Za sadašnju bolest lista pitanja paraktično je neiscrpna. Neki prave plan (smjernice) za postavljanje pitanja (strukturisani intervju). Odgovori na pitanja pacijenta se registruju i razrađuju, bilježe psihijatrijski fenomeni, razmišlja o njihovoj pozadini i kauzalnosti, početku simptoma, asortimanu njihovoj dužini trajanja eventualnoj korelaciji sa egzogenim okolnostima, ranijim načinima reagovanja ponašanja. Pitati o raspoloženju pacijenta, sadržajima snova, strahovima i sumanutim mislima, suicidu i slično. Delikatan je razgovor sa agresivnim i nekooperativnim, odnosno sumanutim bolesnicima.

* Detaljniji opis „Istorija bolesti“ vidjeti u poglavlju Prilozi – dijagnostički instrumenti – Skica istorije bolesti.

Lična i razvojna anamneza (*anamnesis vitae*) tiču se horonolgije svih relevantnih dešavanja, počev od porođajne anamneze, predškolskog uzrasta, iskustva u školskom uzrastu, anamneze adolescencije, zaključno sa anamnezom odraslog doba. To je tzv. uzdužni presjek ličnosti, tj. curriculum vitae.

Porodična anamneza (*anamnesis familiae*) često ima veliki značaj u verifikaciji znatnog broja psihijatrijskih poremećaja. To se prije svega tiče herediteta koji je u psihijatriji odavno zapažen. Nekada se o bolesti u bližoj i daljoj rodbini otvoreno govori, nekada se ova činjenica ignoriše ili krije. Isto tako je poznato da ima ne mali broj familija gdje je duševna bolest verifikovana, a da nije nasljedna.

Otpori koji se mogu javiti prilikom davanja podataka o hereditetu mogu se amortizovati pitanjima koja se tiču uopšte zdravlja i fizičkih bolesti u bližoj i daljoj rodbini. Pitati za starost roditelja, njihova zanimanja, broj braće i sestara, porodičnu strukturu i atmosferu porodičnog doma. Treba bilježiti i odgovore vezane za slučajevne shizofrenije, depresije, alkoholizma, samoubistva i nastranog ponašanja. Valja se interesovati i za karakterne crte i temperament članova uže rodbine.

U proučavanju porodične psihopatologije važno je ispitati autoritet u porodici, oblike komunikacija, partnerske odnose, emocionalne relacije i način rješavanja konflikata.

Socijalna anamneza

Ovaj dio anamneze odnosi se na dobijanje podataka o aktuelnoj socijalnoj poziciji pacijenta, koja podrazumijeva bračni status, zanimanje i prihode. Treba opisati mjesto stanovanja, uslove stanovanja, kao i eventualne specifičnosti članova porodice, zatim se interesovati za oblike socijalne podrške (socijalnim davanjima) pacijentu. Takođe treba registrovati navike pacijenta (pušenje, upotreba alkoholnih pića i drugo).

MEDICINSKA ISTORIJA BOLESTI

U ovom segmentu rekapitulira se bolesnikovo aktuelno i prethodno opšte stanje zdravlja. Potrebno je ispitati njegov somatski status (somatske bolesti), potom notirati koje lijekove koristi i po mogućnosti njihove doze. Interesovati se za hirurške intervencije, traume, kao i druge medicinske poremećaje, alergiju i ostalo. Posebno se interesovati i notirati karniocerebralne povrede, glavobolje, konvulzije i ostale poremećaje vezane za centralni nervni sistem.

Psihički status

Psihički status („*status praesens*“) slijedi nakon neurološkog i somatskog pregleda bolesnika. Već u toku intervjuja i dobijenih anamnestičkih podataka, neke bolesti se opserviraju i pravi inicijalna odnosno radna dijagnoza. Psihički status se po pravilu bazira na provjeri svih psihičkih funkcija, o čemu se može detaljnije informisati u odjeljku „Psihičke funkcije i njihovi poremećaji“. Ispitivanje psihičkog statusa ima određena pravila kojih se valja pridržavati.

Opšti izgled – spoljašnji izgled tiče se načina hoda, držanja tijela, zapravo, opservira se motoričko ponašanje, govor, izraz lica, mimika, gestikulacija, način odijevanja i drugo. Ocjena starosti, stav i ponašanje prema ispituvaču, hostilnost, podozrivost, agresija i drugo. Utisak iz ovog segmenta psihičkog statusa obično se rezimira riječima: ponašanje, upadljivo-neupadljivo, izgled (spoljašnji izgled), uredan-zapušten.

Verbalni kontakt je sljedeća stavka u objektiviziranju psihičkog statusa bolesnika. Ovdje treba registrovati kako se uspostavlja verbalni kontakt sa bolesnikom, tj. da li postoje neki problemi u tom pogledu.

Paziti na govor, način, brzinu, razumljivost riječi, novokovanice, emocionalni prizvuk u glasu, dizartrija i slično. Utisak vezan za uspostavljanje verbalnog kontakta obično registrujemo kratkom opaskom: verbalni kontakt se lako uspostavlja i održava, odnosno verbalni kontakt se teško uspostavlja i održava ili verbalni kontakt se ne uspostavlja (negativistični, autistični i stuporozni bolesnici).

Svijest je najvažnija i integrativna psihička funkcija. Treba konstatovati da li je bolesnik svjestan, provjeriti njegovu budnost, jasnost svijesti, eventualne kvantitativne i kvalitativne poremećaje svijesti. U kvantitativne poremećaje spadaju: somnolencija, sopor i koma. Ove poremećaje sriječemo kod organskih moždanih sindroma, te toksoinfekcijskih stanja. Treba provjeriti da li postoje fenomeni depersonalizacije, transformacije i derealizacije (bolesnik tvrdi da se promijenio, fenomen udvojene ličnosti, da se promijenio ambijent i okolina). U grupu kvalitativnih poremećaja svijesti ubrajaju se još: dezorijentacija, hipnoza, delirantno pomućenje svijesti, oneroidna stanja, sumračno stanje, fuge i tranzitivizam.

Sa psihijatrijskog aspekta značajna je orijentacija bolesnika prema sebi (autopsihička orijentacija), prema drugima (alopsihička orijentacija), prema vremenu (temporalna orijentacija) i prema mjestu i prostoru (spacijalna orijentacija). Ove dvije posljednje obično se skupa procjenjuju, pa govorimo o spacio-temporalnoj orijentaciji.

Često nas rodbina pacijenata pita kad im saopštavamo utiske o nekoj bolesti: „Kako to doktore, pa on je svjestan?“ Međutim, iz prakse se zna da mnogi psihič-

ki poremećaji se odvijaju u stanju budne i jasne svijesti (shizofrenija, paranoja, afektivne psihoze), pri čemu bolesnici nijesu svjesni svoje bolesti, prepoznavanja realiteta, svoje personalne i socijalne disfunkcije.

Pažnja je uslov jasnosti (K. Jaspers). Ova psihička funkcija služi da se usmjeri i održi psihička energija na nekoj informaciji koja je predmet interesovanja za određeno vrijeme. Kod pažnje treba provjeriti vigilnost, tj sposobnost preusmjeravanja pažnje sa jedne na drugu informaciju i tenacitet, odnosno sposobnost da se psihička energija usmjeri na neku informaciju onoliko koliko je to zadatkom određeno.

Treba provjeriti kakva je pažnja, aktivna ili voljna, pasivna ili nevoljna.

Važan je i obim pažnje, njena dinamika i stalnost. Najčešći klinički poremećaji su pojačan tenacitet koji prati oslabljena vigilnost (depresivni bolesnici). Potom, pojačana vigilnost, uz smanjen tenacitet (manična stanja). Često se srijeću rasijani bolesnici (rasijanost se srijeće i kod normalnih ljudi). Pažnju možemo da provjerimo Burdonovim testom kada se ispitaniku naloži da precrtava jedno isto slovo (recimo slovo b) u nekom tekstu, ili da nabroji pet stvari koje počinju slovom n. Korisi se i Pieron-Toulouseov test kod nepismenih lica.

Ozbiljnija oštećenja pažnje mogu se zapaziti već i kod jednostavnih zadataka (recimo da bolesnik imenuje dane u nedjelji ili mjesece u godini unazad).

Postoji i instrument (tahistokop), na kojemu se eksponiraju brojevi, slova ili riječi, koje ispitanik treba da ponavlja onim redom kako ih je zapamtio.

Opažanje (percepcija) je svjesna predstava, o dejstvu, svojstvu i efektima predmeta i pojava materijalnog svijeta na čovjekova čula.

Sondaža percepcije kod pacijenta tiče se svih pet čula: sluha, vida, mirisa, ukusa i dodira. Poremećaji opažanja mogu se javiti u tri vida: agnozije, iluzije i halucinacije. Poremećaji opažanja mogu biti posljedica oštećenja čula, sprovodnih puteva i određenih centara u korteksu velikog mozga. Etiologiju agnozije treba tražiti u organicitetu.

Iluzije su pogrešno („karikaturalno“) intepretirana opažanja realnih predmeta. Iluzije su mahom vezane za neka specifična stanja straha ili delirijuma.

Halucinacije su percepcije bez dejstva objekta (predmeta).

Halucinacije se mogu javiti u nivou svih čula.

Bolesnika treba pitati u pogodnom trenutku da li čuje glasove, njihov sadržaj i poruke. Potom, da li mu se priviđaju slike, predmeti, stvari, ljudi ili neke životinje.

Bolesnici koji imaju halucinacije ponašaju se upadljivo: pojačana mimika, gestikulacije, spontani govor (monologiziranje), neki su ljuti i bijesni, svađaju se zbog neprijatnih halucinatornih poruka (prijetnji).

Treba praviti razliku između halucinacija i pojava koje su im slične (hipnagogne ili hipnapompne halucinacije) koje možemo da sretnemo i kod zdravih ljudi prilikom uspavlivanja ili buđenja.

Pamćenje je jedna od kognitivnih funkcija koja se sastoji od upamćivanja, zadržavanja i reprodukcije utisaka materijalnog svijeta.

Proces pamćenja sadrži tri modaliteta – ultrakratko, kratkotrajno i dugoročno pamćenje. Ultrakratkotrajno pamćenje podrazumijeva sposobnost trenutnog registrovanja informacija. Procjenjuje se tako što se od ispitanika zahtijeva da odmah ponovi seriju od tri nezavisne informacije (npr. sat, knjiga, cipela). Ispitivač bilježi da li je pacijent u stanju da ponovi ove informacije, nakon što su mu zadate. Ukoliko postoje teškoće u reprodukciji, pacijentu se ponovo zadaju slični zadaci, sve dok ih ne ponovi. Ukoliko nije u mogućnosti da ih ponovi nakon tri ili četiri ponavljanja to se notira u istoriju bolesti.

Dugotrajno pamćenje se ispituje tako što se od pacijenta traži da se prisjeti događaja koji su se desili prije nekoliko dana, mjeseci ili godina.

Pamćenje se ispituje registracijom i opisom sposobnosti pamćenja i poremećaja upamćivanja, posebno notirajući pamćenje za ranije događaje i novije događaje iz ličnog života i uopšte. Upamćivanje se često provjerava preko testa da se ponove šestocifreni brojevi: 7,4,2,5, 8,9, koje prosječno obrazovana osoba čini bez teškoća. Ako se radi o starijoj osobi ili osobi koja se slabije snalazi sa ciframa može se dati manji broj cifara (3-4). Može se ispitaniku dati da ponovi neku dužu rečenicu poslije par minuta.

Ili jednostavnije, pacijentu pokažemo par stvari koje nam se nalaze pri ruci, pa nakon toga pošto smo predmete sklonili, zahtijevamo od njega da ponovi viđene predmete.

Treba se interesovati za opštu informisanost, školska znanja (znanja iz istorije, geografije, aktuelne društvena, kulturna, politička događanja) i slično, saobraženo socioprofesionalnom statusu pacijenta.

Kod starih osoba („fiziološkog“) slabljenja pamćenja očuvana su sjećanja za starije događaje, dok se u pamćenju novijih događaja zapažaju oštećenja, koja mogu biti različitog stepena.

U praksi se mogu sresti sljedeći poremećaji pamćenja: prolazna zaboravnost, hipomnezija, amnezija, konfabulacije, falsifikovano sjećanje i patološka lažljivost.

Mišljenje kao i ostale psihičke funkcije može se provjeravati tokom intervjuisanja bolesnika. Već tada postoje uslovi da se procijeni da li je mišljenje usporeno, ubrzano, da li je opširno, postoji li nepovezanost mišljenja, nelogičnost

u toku izlaganja bolesnika, blokada, govor u stranu, perseveracije, verbigeracije (kvantitativni poremećaji).

Kod poremećaja mišljenja po sadržaju mogu se sresti tri grupe poremećaja: sumanute ideje, precijenjene ideje i prisilne ideje. Sumanute ideje sretamo kod velike grupe heterogenih psihotičnih poremećaja.

Neki autori ove poremećaje nazivaju paranoidna stanja po terminu paranoia (grč. para, pored, noous – duh, zdrav razum) što znači nešto mimo, pored, suprotno zdravom razumu. Osnovu sumanutih ideja čini vjerovanje lišeno realnih činjenica i događaja, koje se ne može korigovati. Radi se o sumanutosti Ega, koje sumanuto (bolesno) doživljava stvarnost i koje od bolesnih ideja i drugih psihotičnih sadržaja (recimo halucinacija) stvara svoju (otuđenu) realnost.

Pojam sumanutosti najčešće znači sumnjičavost, podozrivost, osjetljivost, ideje ljubomore, sklonost optuživanju, stvaranju konflikata i drugo. Da bi se postavila dijagnoza poremećaja sumanutosti potrebno je da sumanutost traje najmanje mjesec dana, da su sumanuti sadržaji dobro sistematizovani i da je emocionalna pratnja usaglašena sa sadržajem sumanutosti.

Prema psihodinamskom konceptu neki poremećaji sumanutosti (paranoja) nastaju kao rezultat projekcije potisnutih homoseksualnih sadržaja.

Vjeruje se da u genezi sumanutih ideja značajnog udjela imaju određene crte ličnosti kao što su: gordost, oholost, taštost, preosjetljivost, ćudljivost, povišena samosvijest, niska tolerancija na kritike i kuđenje, sanjari, strašljivci, tvrdoglavost, maštari i slično.

Prema mehanizmu nastanka treba razlikovati sljedeće sumanutosti: intuitivne, halucinatorne, interpretativne i imaginativne. U odnosu na strukturu mogu se prepoznati: paranoidne i paranoične sumanute ideje. U odnosu na teme, sumanute ideje su veoma brojne. Precijenjene ili prevalentne ideje mogu se javiti u formi tzv. fiks ideja. Prisilne misli, ideje i radnje sriječemo kod nekih oblika neuroza, kada je bolesnik zaokupljen nekom banalnom idejom i impulsom da je realizuje, suprotno društvenim pravilima. Posebno treba obratiti pažnju na suicidalne misli, ideje i namjere.

Prisilne ideje mogu biti u toj mjeri morbidne da se sretaju pacijenti koji namjeravaju da nekoga ubiju (psihotičari).

Afekat-raspoloženje, takođe se može opservirati u toku uzimanja anamneze od bolesnika. Inače, on manifestuje način na koji pacijent reflektuje svoje emocije na druge osobe. Uz to, egzaminator tokom intervjuisanja opservira pacijentovu mimičku ekspresiju, koja može biti podstakunuta ili provocirana digeresijom prećenom šalom ili smijehom, što sve trebe notirati, pogotovo ukoliko pacijent reaguje neadekvatno. Afekat se može manifestovati kao odgovarajući, nivelisan

(zaravnjen) ili neadekvatan. Kod nekih shizofrenih pacijenata možemo da sretnemo zaravnjen afekat, i on je prećen siromašnim ili nikakvim emocionalnim odgovorom (nivelacija afekta). Ukoliko pacijentov afekat nije u skladu sa sadržajem razgovora, kao npr. iznenadni smijeh, bez povoda, onda govorimo o neadekvatnom afektu.

Ako postoji skladnost emotivnog odgovora ispitanika na ispitivačev stimulus, kvalifikuje se kao odgovarajući afekat ili uspostavljena afektivna rezonanca.

Inače, praktikuje se da direktno pitamo kakvo je raspoloženje, da li se plaši, da li je razdražljiv, tužan, plačljiv, oscilacije raspoloženja, povišeno raspoloženje, euforija (manija), sniženo raspoloženje (depresija), afektivna labilnost, afektivna nivelacija, apatija, produženo afektivno reagovanje, patološka razdražljivost, tj. emocionalni odgovor, koji je izazvan nekim stimulusom i drugo (kvantitativni poremećaji).

U kvalitativne poremećaje afekta spadaju: defekt afektivnog odnosa, paramimija i pratimija (srijećemo ih kod nekih oblika shizofrenih poremećaja).

Volja spada u najmlađe psihičke funkcije. To je energija koju Ego ulaže da bi realizovao svoje planove, koji su u kontekstu stvarnosti i naravno, kočio one planove koji ne korespondiraju sa stvarnošću.

Ona se kod bolesnika ispituje tokom intervjuja, a naravno i dodatno, postavljanjem određenih pitanja i naloga bolesniku, kao i opservacijom psihomotorike. Poremećaji volje mogu se ispoljiti kao slabost volje, impulsivne radnje i katatoni poremećaji. Slabost (hipobulija) se srijeće u više varijeteta: sugestibilnost, abulija, apragmatizam i ambitendencija.

Impulsivne radnje (otežana kontrola impulsa) mogu se javiti kao destruktivni i autodestruktivni (suicidalni) fenomeni. Kod nekih bolesnika mogu se naći voljni poremećaji tipa negativizma, mutizma, stereotipija, bizarnosti, stupora, psihomotornog nemira i katatone pomame.

Neki autori polemišu u vezi autentičnosti volje kao psihičke funkcije i povezuju je sa aktivnostima nekih drugih psihičkih funkcija, osobito sa procesom motiva i motivacije. Moglo bi se reći da su motivi untrašanje „snage“ koje podstiču naše ponašanje, ali kako nastaju i djeluju pouzdanih odgovora nema.

Postoji više motiva: biološki (glad, žeđ, seks), zatim naučeni motivi (druženje, postignuće, takmičenje), emocionalni motivi (zadovoljstvo, ljutnja, strah, frustracija).

Njihovo zadovoljavajuće rješenje omogućava nam ostvarenje srećnog i produktivnog života. Frustracija motiva može biti izvor nastanku nekih mentalnih poremećaja.

Inteligencija se ispituje na različite načine. Svakako da je od velike koristi materijal koji je dobijen putem auto i heteroanamneze. U svakodnevnom radu psihijatar inteligenciju može da provjeri tzv. „malim kliničkim testom“ inteligencije koji sadrži sljedeće elemente: test opšte informisanosti (fond znanja) koji treba saobraziti nivou školske spreme i socioprofesionalnog statusa, zatim test računskih operacija, sposobnost čitanja i pisanja, sposobnost računanja i provjera apstraktnog mišljenja, interpretacija poslovice („Ko drugome jamu kopa sam u nju pada, „zbog Petra, mrzi Svetog Petra“).

Mora se uočiti nedovoljna razvijenost inteligencije (oligofrenija) od stečenog gubitka inteligencije (demencije). Najbolje je inteligenciju provjeravati putem WB – skale, Ravenove progresivne matrice i drugih tehnika (to je zadatak psihologa).

Nagoni su prirodne, a time i urođene želje za određenim oblikom ponašanja čija je svrha zadovoljenje potreba organizma. U toku verifikacije psihijatrijskog statusa obraća se pažnja na sektor vitalnih nagona i sektor socijalnih stremljenja (socijalnih nagona). Za vrijeme intervjuisanja bolesnika mogu se dobiti podaci o vitalnim nagonima, njihovim kvantitativnim i kvalitativnim svojstvima. Više detalja o njima saznaćemo preko direktnih pitanja: kakav je apetit, da li ste probirač hrane, držite li dijetu, kakav je seksualni život i slično. Treba se interesovati za kvalitativne poremećaje nagona za ishranom, poremećaje tipa seksualne inverzije i perverzije. Smanjenje vitalnih nagona može se ispoljiti suicidalnim mislima i radnjama. Notirati bolesnikove „crne misli“ i preokupacije.

Poremećaj socijalnih motiva može se javiti u vidu usamljivanja (poremećaj afilijativnog stremljenja), smanjenje motiva samopotvrđivanja, motiva za saznanjem, za radom, autoafirmacijom i slično (što se srijeće kod depresije i shizofrenije).

Moralnost notiramo na osnovu utiska koji smo stekli u toku intervjuisanja pacijenta, kao i na osnovu dodatnih pitanja i opservacije vezane za njegov vrijednosni sistem. Moralnost se odnosi na moralno rasuđivanje i moralno ponašanje. Moralno rasuđivanje može biti nezrelo i bezosjećajno, antisocijalno i agresivno (naznačene fenomene sriječemo kod poremećaja ponašanja).

Uviđavnost i kritičnost predstavljaju, u neku ruku, rekapitulaciju psihičkog statusa koja se odnosi na mišljenje da li pacijent ima *uvid* u stanje svoje bolesti, da li shvata da je duševno bolestan i da mu je potrebno liječenje. Treba ocijeniti da li se bolesnik odnosi *kritički* prema svojim postupcima i prema svojoj okolini.

Somatski status tiče se osnovnih medicinskih načela i postupaka, vezanih za kompletan pregled organskih sistema.

Neurološki pregled obuhvata detaljnu neurološku eksploraciju da se ne bi potkrao eventualni organski supstrat, koji može uticati na patoplastiku psihičkog poremećaja.

Privremeni zaključak slijedi na kraju prvog psihijatrijskog intervjua.

On podrazumijeva specifikaciju psihijatrijskog poremećaja, njegovu dijagnozu koja može biti deskriptivna, dinamička ili razvojna.

Treba planirati dopunska ispitivanja (psihološka obrada, laboratorijske pretrage, ispitivanje na organicitet i drugo), potom napraviti program liječenja.

Definitivni zaključak treba da potvrdi ili odbaci prethodni (privremeni) zaključak. On sadrži dijagnozu i šifru po Međunarodnoj klasifikaciji bolesti, mišljenje o ishodu liječenja, plan terapijskog tretmana i ostalo.

Psihološki testovi u dijagnostici

Odavno iskustvo ukazuje da je u dijagnostici pojedinih psihijatrijskih entiteta nepohodan angažman kliničkog psihologa. Danas je praktično nezamisliv rad psihijatra bez uključivanja u timski rad kliničkog psihologa. Isto tako je poznato da kvantitativno mjerenje i stepenovanje pojedinih psihopatoloških fenomena je nepouzdanu ukoliko se ne objektivizuje mjerljivim psihološkim postupkom, kakvi su testovi. Podsjetimo se da je E. L. Thomdike bio u pravu kada je rekao: „Sve što postoji, postoji u nekoj količini, i prema tome, može se mjeriti“.

Ipak, u ovu tvrdnju teško je vjerovati. Naime, kod ispitivanja i mjerenja psihopatoloških pojava treba biti rezervisan, jer je objektivno teško sve mjeriti (izmjeriti), kao na primjer ljubav, poštenje, vjeru i drugo.

Testovi omogućavaju precizniju dijagnostiku, bolje i dublje poznavanje pojedinih segmenata psihičkog života, psihopatoloških mehanizama i fenomena.

Putem testovne dijagnostike mogu se lakše spoznati i razaznati brojni psihopatološki mehanizmi i dešavanja iz sfere nesvjesnog i podsvjesnog dijela ličnosti.

Inače, riječ *test* je engleskog porijekla i znači mjerenje, ogled ili proba. Testove koriste klinički psiholozi koji su stručno kvalifikovani, kompetentni i iskusni.

Psihološki testovi su vrsta standardizovanih dijagnostičkih metoda u psihijatriji, koji služe za mjerenje mentalnog stanja i psihičkih svojstava ispitanika.

Prve testove za ispitivanje psihijatrijskih bolesnika koristili su znameniti psihijatri, Esquirol i Kraepelin. Docnije su psihološki testovi modifikovani u današnju formu, što su učinili Binet-Simon, Wechsler i drugi.

Klinička psihologija danas raspolaže velikim brojem testova za različite namjene. Svjedoci smo da se konstruišu i novi testovi, te tako njihov broj rapidno raste.

Testovi koje koristi klinička psihologija moraju zadovoljavati određene uslove kakvi su: *validnost, objektivnost, pouzdanost i osjetljivost*.

Psihološki testovi najčešće se dijele u tri grupe: *testovi sposobnosti, testovi ličnosti i specijalizovani testovi* za utvrđivanje određenih kliničkih sindroma.

Testovi sposobnosti su najvažnija podvrsta psiholoških testova, njima se verifikuje inteligencija, psihomotorne sposobnosti i ispitivanje nekih (pamćenje, pažnja) psihičkih funkcija.

Prve testove za mjerenje inteligencije uradili su u Francuskoj Binet i Simon (1905). Ovaj test kasnije je pretrpio više revizija i modifikacija.

Za ispitivanje inteligencije najčešće se koristi *Veksler-Belvuju* (Wechsler-Belvue) *test (W-B skala)*, koji služi za mjerenje inteligencije odraslih. Na prostoru bivše Jugoslavije napravljena je standardizacija ovog testa (VITI). Test se sastoji od 11 subtestova (verbalnih i neverbalnih).

Verbalni dio ovog testa sastoji se od testa opšteg znanja, testa opšteg shvaćanja, situacije, test aritmetičkih sposobnosti, test pamćenja brojeva, test sličnosti i test za procjenu leksičkog bogatstva ispitanika.

Manipulativni (neverbalni) dio Wechslerovog testa sastoji se od testa određivanja redosljeda slika, slaganja kocki (*Kosove kocke*), sastavljanja likova, dopunjavanja slika i testa-šifre (simbola brojeva).

Ovaj test mjeri široki spektar sposobnosti, znanja i više aspekata inteligencije.

Kod primjene ovog testa za svaku kalendarsku godinu namijenjeni su određeni zadaci, koje može da riješi najveći broj ispitanika.

Tih zadataka ima po šest za svaku godinu, a rješenje jednog zadatka se skruje sa dva mjeseca mentalnog uzrasta.

Inteligencija se izračunava preko količnika inteligencije (I. Q.), koji predstavlja odnos mentalnog uzrasta i hronološkog uzrasta ispitanika pomnožen sa sto.

Za mjerenje inteligencije, kod grupne primjene najčešće se koriste *Ravenove progresivne matrice*. U pitanju je neverbalni test inteligencije koji ima dvije verzije.

Kod djece se dosta koristi likovni test *Benderove*, koji se može primjenjivati i kod odraslih psihijatrijskih slučajeva. On kod djece i odraslih služi za ocjenu mentalne retardacije, ocjenu neurotičnih, psihopatskih i psihotičnih poremećaja. On se takođe može koristiti i za ocjenu psihičkih poremećaja u čijoj pozadini se nalazi organicitet.

Test se sastoji od devet figura i od ispitanika se traži da ih precrta.

Vrijedi napomenuti da postoje i testovi apstraktnog pojmovnog mišljenja, koji spadaju u tzv. specifične testove inteligencije. U testove ove vrste ubrajaju se test Vigotskog i Piagetov test.

Kod *organskog oštećenja* centralnog nervnog sistema u upotrebi je više testova. Ovi testovi služe za procjenu intelektualnog ponašanja i stepena umanjenja intelektualne efikasnosti.

U grupu ovih testova spadaju: *Bentonov* test upamćivanja slika, *Bender-Gestalt* test, Wechslerova skala pamćenja i *Lurijina* neuropsihološka baterija.

Testovi ličnosti služe za ocjenu važnih dimenzija ličnosti, kao što su crte ličnosti, verifikacija nesvjesnih sadržaja, konflikata, raznih motiva, dinamičkih aspekata ličnosti i slično. Neki ove testove dijele na upitnike ili analitičke testove i tzv. sintetičke ili projektivne testove.

Postoji velika paleta testova ličnosti. Radi se o upitnicima i projektivnim testovima. Od upitnika najviše se koristi *M. M. P. I.* upitnik (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Minnesota multifazni inventar ličnosti). On ima 550 pitanja. Od drugih upitnika se razlikuje jer ima kontrolne grupe. Postoje četiri kontrolne i 10 kliničkih skala. Njegovo popunjavanje traje 1-2 sata, a mjeri sljedeće crte ličnosti: depresivnost, hipohondričnost, histeričnost, psihopatska svojstva, paranoidnost, psihasteničnost, shizofrene karakteristike, hipomaničnost, muževnost-ženstvenost, introverziju, tjelesne tegobe i drugo.

Koriste se i drugi upitnici, recimo za identifikovanje primarnih crta ličnosti, zasnovanih na faktorskoj analizi. Tu spada Eysenck Personality Inventory, ili Maudsley Personality Inventory (*MPI*), koji je konstruisan na osnovu faktorske analize. Upitnik je standardizovan na zdravoj populaciji, pacijentima sa neurotičnim poremećajem, psihosomatskim tegobama i osobama sa psihopatskim ponašanjem.

Upitnik ima 48 pitanja. Njime se mjere dva osnovna faktora, tj. crte ličnosti: introverzija-ekstroverzija i neuroticizam.

U psihijatrijskoj i psihološkoj praksi u upotrebi su i drugi upitnici, gdje se putem samoprocjene mogu otkriti psihijatrijski simptomi, crte ličnosti i drugi, za dijagnostiku, važni elementi. Mogu ciljano da se određuju neke crte ličnosti i interesovanja, za šta se koristi Cornelov indeks.

Isto tako dosta su na cijeni upitnici koje popunjavaju bolesnici, psihijatri, psiholozi, socijalni radnici, medicinski tehničari i ostala stručna lica, što se često koristi u psihijatrijskim istraživanjima.

Projektivni testovi služe za ispitivanje dinamičkih svojstava ličnosti, nesvjesnih konflikata, potisnutih, neprijatnih sadržaja. Ovi testovi otkrivaju latentna svojstva i tendencije ličnosti.

U kliničkoj praksi koristi se više projektivnih testova. Među njima najčešće su u upotrebi: *test nedovršenih rečenica (TNR)*, *Mahover test crteža ljudske figure*, *TAT-test tematske apercipije* i *Rorschachov test*.

Test nedovršenih rečenica (TNR) je projektivna tehnika, a sastoji se od 50 započetih rečenica, koje treba ispitanik da završi. Završetkom započetih rečenica ispitanik projektuje svoje stavove prema važnim figurama i sferama života.

Mahover – test crtež ljudske figure ima za cilj da se preko crteža

ljudske figure koju nacrtava ispitanik prodre u njegovo nesvjesno i njegov doživljaj sebe. Tako, recimo, preko crteža se „odaju“ neka svojstva i preokupacije ličnosti (recimo, glava je područje izražaja intelektualnih aspiracija i koncepta „ja“, oči su „prozor duše“, organ preko kog naše „ja“ kontaktira sa spoljašnjim svijetom, naglašavanje ušiju na crtežu može biti vezano za povećanu osjetljivost i oprez na dešavanja u okolini, što se pripisuje paranoidnom karakteru, kosa simbolizuje seksualnu zrelost, usta imaju seksualnu simboliku itd.).

Test tematske apercipije (TAT) sastoji se od 20 slika crno-bijele boje, na kojima su prikazane ljudske figure i različiti životni događaji koji stvaraju raznovrsne utiske kod ispitanika. Zadatak ispitanika je da izmisli i sastavi priču u vezi sa posmatranim slikama koje mu se pokazuju, pri čemu on projektuje svoje motive, svoje doživljaje, strahove, težnje i slično. TAT omogućava uvid u nesvjesne sadržaje koji stvaraju intrapsihičke konflikte.

Rorschachov test mrlja od mastila, je najvalidnija i najviše korišćena testovna projektivna tehnika za procjenu ličnosti. Test se sastoji od 10 kartona sa mrljama od tuša, od kojih su neke u boji. Test je standardizovan i od ispitanika se zahtijeva da kaže na šta ga podsjeća svaka od deset mrlja.

Test se primjenjuje individualno, a testiranje traje 30-50 minuta.

Postoje posebni kriterijumi za interpretaciju odgovora, koji se ocjenjuju sa četiri koda. Za primjenu ovog testa poželjna je posebna edukacija. Preko njega se mogu dobiti važni parametri, vezano za nivo inteligencije, afektivno stanje, socijalnost, kvalitet mišljenja, kontrole impulsa, psihotično oštećenje i drugo.

Dijagnostički raspon Rorschachovog testa je veoma širok pa ga neki još nazivaju „višedimenzionalni test ličnosti.“

Specijalizovani testovi za ispitivanje pojedinih psihičkih funkcija i nekih kliničkih sindroma čine posebnu grupu testova i tehnika koje se ciljano koriste.

U grupu takvih tehnika treba istaći važnost **rejting skala** za procjenu anksioznosti i depresije, kakve su *Hamiltonova* i *Beckova* skala za depresiju.

Potom BPRS – kratka psihijatrijska rejting skala za ispitivanje psihoza, skale za ispitivanje shizofrene simptomatologije, kognitivnih deficita, za ispitivanje psihofarmaka i drugo. Posredstvom ovih skala (rejtingovanja), ispitivač procjenjuje kod pacijenta promjene, u njegovom statusu, s tim što se skale obično primjenjuju jedan put nedjeljno. Postoji više tipova rejting skala, a pomenućemo neke.

Kratka skala psihijatrijske procjene u upotrebi je od 1969. godine i bazira se na faktorskoj analizi. Ova skala ima značajnu upotrebnu vrijednost u velikom broju ispitivanja. Ona uključuje više psihopatoloških faktora kakvi su konceptualna dezorganizacija, hostilnost, socijalno osiromašenje i drugo.

Mini-mental skala ubraja se u kratke skale za procjenu kognitivnog statusa, omogućava kvantitativno mjerenje orijentacije, memorije, računanja kao i drugih dimenzija psihičkog statusa ispitanika.

Specijalni vodiči za afektivne poremećaje i shizofreniju su aktuelni od sedamdesetih godina prošlog vijeka. Oni uključuju dvije klase podataka – prva se odnosi na aktuelno stanje, a druga procjenjuje simptome koji su se javili kasnije tokom pacijentovog života. Radi se o formi intervjua koji pokriva značajnu paletu simptoma, kao i raniju istoriju bolesti.

Vodič za dijagnostički intervju konstruisan je za veliku skupinu (epidemiološke studije) ispitanika, te nije pogodan za pojedinačne slučajeve. Njegove prednosti su to što ne zahtijeva prethodno iskustvo vezano za rad sa pacijentima.

Strukturisani klinički dizajnirani intervju specifikovan je na postavljanje dijagnoze, čiji su ajtemi adaptirani DSM dijagnostičkim kriterijumima. On ima više formi zavisno od namjene (dijagnostika neuroza, psihoza i drugo).

MINI – Mini-internacionalni psihijatrijski intervju u upotrebi je od 1990. godine i ima velike prednosti i aplikativnost, pošto je tako dizajniran da se u roku od 15 minuta mogu dobiti ključni podaci o pacijentu, zbog čega se dosta koristi za multicentrične kliničke studije. I on je baziran na DSM-IV dijagnostičkim kriterijumima.

Strukturisani intervju za DSM-IV dijagnozu poremećaja ličnosti, služi za dijagnostiku poremećaja ličnosti na kriterijumima DSM-IV, a njegovu konstrukciju je inicirala Svjetska zdravstvena organizacija.

Primjenjivost i validnost pobrojanih psiholoških tehnika i instrumenata (testova i skala) ima svoja ograničenja. Inače, ljekar psihijatar, može individualno raditi, ispitivati i liječiti mentalne poremećaje.

Pomoćne dijagnostičke metode

Veliki je broj dijagnostičkih postupaka i radnji koje se tiču tjelesnih smetnji, fizikalnog i neurološkog statusa, laboratorijskih pretraga, raznih vidova snimanja mozga i drugo, koji su neophodni u zaokruženju dijagnostičkih postupaka kod velikog broja psihijatrijskih bolesnika.

Naime, poznato je da veliki broj duševnih poremećaja nastaje kao posljedica oboljenja mozga, ili oboljenja drugih tjelesnih organa što se reperkutuje na moždane i mentalne funkcije.

I u slučajevima funkcionalnih psihoza, potrebna je dijagnostika na organicitet (biološki markeri nekih psihoza).

Tačnije, dijagnostika funkcionalnih psihoza i organskih psihičkih poremećaja obavezno u arsenal dijagnostičkih metoda uključuje neuroradiološke, biohemijske, neurofiziološke, neuroiminološke testove, tehnike vizuelizacije kakve su: kompjuterizovana tomografija (CT), pozitronska emisiona tomografija (PET), nuklearna magnetna rezonanca (NMR) i fotonska emisiona tomografija (SPECT).

U fizičke preglede spadaju: tjelesni pregledi po sistemima i organima.

To podrazumijeva i razne konsultativne preglede, biohemijske analize, mikrobiološke testove, katkad toksikološke analize na PAS i drugo.

U nekim slučajevima indikovani su: klinička elektroencefalografija, poligrafске tehnike, video EEG, registrovanje u spavanju, evocirani potencijali, ultrazvučni pregled glavnih krvnih sudova vrata, glavne cerebralne arterije, reoencefalografija (REG), UZ abdomena, urogenitalnog trakta, neuroendokrinološka ispitivanja, genetička, neurohemijska, neurofiziološka, psihofarmakološka, neuroimunološka, biohemijska, citološka i imunološka ispitivanja likvora. Treba očekivati dalji dijagnostički napredak u neuronaukama, pa će se nakon toga dobiti validniji odgovori na mnoga pitanja vezana za etiologiju nekih mentalnih poremećaja. Tu se prije svega misli na neuroimaging tehnike, kao što je funkcional magnetic resonance imaging (MRI).

Opšti tjelesni pregled podrazumijeva inspekciju i fizikalni pregled bolesnika po sistemima.

Neurološki pregled je dio opšteg fizikalnog pregleda i sistematizovan je u sindrome vezano za oštećenje tih sistema.

Nekada su indikovani konsultativni pregledi koji mogu biti: neurooftalmološki, neurootološki, internistički pregled, ginekološki pregled, biohemijske analize, mikrobiološke i imunološke analize.

U kliničko-neurofiziološke metode pregleda spadaju: klinička elektroencefalografija (EEG), poligrafske tehnike, (registrovanje spavanja), evocirani potencijali, farmakoelektroencefalografija (za praćenja efekata medikacije).

U neuroradiološke metode (tehnike vizuelizacije-neuroimiging) spadaju: kompjuterizovana tomografija (CT), magnetni rezonantni imidžing (MRI), funkcionalni neuroimiging (gdje se ispituju moždani procesi, njihova veza sa psihičkim funkcijama, odnosno vrši se mapiranje mozga). Njegove osnovne metode su: pozitron-emisiona tomografija (PET) i funkcionalni MRI (fMRI), koji mjeri hemodinamske promjene vezano za određene neuronske aktivnosti.

PET koristi radioaktivne ligande i u trodimenzionalno rekonstruisanim slikama mozga prikazuje funkcije, kakve su aktivacija receptora, potrošnja glikoze, kiseonika i slično.

Savremenoj psihijatriji stoje na raspolaganju sofisticirane dijagnostičke tehnike vezano za polje neuroendokrinologije, biohemijskih ispitivanja i na genetičkom planu.

Tako se, recimo, više decenija koristi test supresije deksametazona (DST), test stimulisanja TSH sa TRH (TRHS) i drugi.

Test supresije deksametazona je u oko 60% slučajeva pozitivan indikator za razlikovanje reaktivne i endogene depresije. Naime, pokazalo se da kod egzogene depresije izostaje supresija hipofizarne i nadbubrežne sekrecije.

U nastanku mentalnih poremećaja učestvuje veliki broj neurotransmiterskih i neuromodulatornih sistema i mehanizama.

Praćenje pojedinih transmitterskih metabolita u likvoru, urinu i drugim tjelesnim tečnostima omogućilo je bolju dijagnostiku i terapiju pojedinih mentalnih poremećaja. Tu se prije svega misli na nivo MHPG (metil-hidroski-fenilglikol) u urinu, zatim nivo 5HIAA (5 hidroski-indolsirćetne kiseline) u likvor, nadalje aktivnosti MAO (monoaminooksidaze) u serumu, COMT (katehol-O-metiltransferaza) u eritrocitima, in vitro odnos litijuma i eritrocita u plazmi itd. Naznačeni neurohemijski metaboliti validan su pokazatelj u dijagnostici i liječenju značajnog broja mentalnih bolesti.

Genetički markeri takođe mogu biti korisni u evaluaciji psihijatrijskog morbiditeta. Navodi se da postoji preko dvadeset genetičkih markera, počev od ABO sistema, Rh faktora, haptoglobina do brojnih drugih bjelančevinastih elemenata.

Vezano sa tim, iznose se podaci da se depresivna oboljenja u odnosu na genetske pokazatelje, tipa alfa haptoglobin C3 i druge, mogu podijeliti na primarne depresije i druga oboljenja depresivnog aspekta.

PSIHIČKE FUNKCIJE I NJIHOVI POREMEĆAJI

Psihički život čovjeka odvija se zahvaljujući psihičkim funkcijama. Psihičke funkcije predstavljaju modalitete mentalnog funkcionisanja čovjeka i one neposredno učestvuju u integrativnim procesima koji čine osnovu psihičkog života. Psihičke funkcije su u stalnom dinamičkom međuodnosu i interakciji, te se ne mogu izolovano posmatrati. Iz pedagoško-didaktičkih razloga one se svrstavaju u tri grupe: *kognitivne* (pažnja, opažanje, pamćenje, mišljenje i inteligencija), *nagonsko-afektivne* (nagoni i emocije) i *integrativne* (svijest, voljna djelatnost).

PAŽNJA

Pažnja je (kognitivno – energijska) psihička funkcija koja se ogleda u sposobnosti, usmjerenosti i usredsređenosti psihičke energije čovjeka na određene draži i dešavanja koja su u fokusu njegovog interesovanja.

Pažnja se može shvatiti kao sistem u kojem se obrada dešava sekvencijalno i serijama unutar različitih moždanih struktura i sistema.

Da bi se proces obrada informacija na nivou moždanih struktura odvijao neometano, neophodna je selekcija stimulusa koji pristižu u čulne receptore, odnosno u ljudski mozak. Predmeti, pojave, informacije iz okruženja, misli, predstave i sjećanja, bivaju selektirani naizmjeničnom aktivacijom tenaciteta i vigilnosti, što je pretpostavka za svaku racionalnu i umnu aktivnost čovjeka. Istraživači ovaj sistem mahom vide kao izvjestan energetske proces, koji je hijerarhijski organizovan, tako da su prvi ulasci stimulusa modalno specifični, dok su kasniji koji se odvijaju na nivou svjesnosti o njima supramodalni (nezavisni od modaliteta). To pokazuje da je u jedinici vremena sistem pažnje limitiranog kapaciteta, da se u tom intervalu može desiti samo određen broj aktivnosti obrade informacija. Uostalom, došlo bi do „zagušenja” sistema pažnje informacijama i nemogućnosti njihove dalje elaboracije (obrade).

Što se tiče moždanih struktura zaduženih za ovu značajnu kognitivnu funkciju, vjeruje se da retikularna formacija tu ima posebnu i aktivirajuću ulogu. Zatim slijede: talamus i hipotalamus, hipokampus, girus cinguli, amigdale, prefrontalni korteks i temporalni režanj.

Dva osnovna svojstva pažnje su: ***usredsređenost (tenacitet) i usmjerenost (vigilnost)***.

Usredsređenost pažnje (tenacitet pažnje) podrazumijeva aktivnu, voljnu usredsređenost psihičke energije (pažnje) na određene draži i sadržaje, onoliko koliko je dovoljno da ih percipiramo. U toku pažnje, odvija se dinamički proces obrade i selekcije informacija, pri čemu sadržaji koji su manje važni ili nevažni bivaju zanemareni.

Usmjerenost pažnje (vigilnost pažnje) ili gipkost, podrazumijeva sposobnost preusmjeravanja pažnje s predmeta na predmet.

Primijećeno je da postoje velike individualne razlike vezano za tenacitet i vigilnost pažnje. Pažnja, kao i druge psihičke funkcije, ima značajna personalna svojstva. Na sposobnost pažnje utiču brojni činioci, kakvi su motivacija, zamor, stanje zdravlja i drugo.

Kod mentalno zdravih i stabilnih osoba odnos između viglnosti i tenaciteta je u obrnutoj proporciji – ukoliko je tenacitet veći, viglnost pažnje je smanjena i obrnuto.

Svjesna, voljna usmjerenost psihičke energije i odabir informacija koje su od našeg interesovanja i potreba naziva se *aktivna, voljna ili budna pažnja*. Neko je još naziva *direktna pažnja*. Vrijeme trajanja aktivne pažnje je limitirano, zbog zamora moždanih funkcija koje su zadužene za ovu psihičku funkciju. Kao primjer se navodi konvencija vezana za trajanje školskog časa od 45 minuta.

Govori se i o *podijeljenoj pažnji*, koja podrazumijeva sposobnost da se odgovori na više od jednog zadatka u jedinici vremena, ili na više operacija vezanih za jedan zadatak i veoma je osjetljiva i na najmanje varijacije (smanjenje) kapaciteta pažnje.

Pasivna (nevoljna) pažnja je filogenetski, stariji oblik pažnje, i ona je pod direktnim uticajem subkortikalnih struktura koje su zadužene za automatske i refleksne aktivnosti. Ovaj oblik pažnje nalazimo i u animalnom svijetu, i omogućava automatske, refleksne odgovore koji služe za održavanje života.

Pasivna pažnja zavisi od vrste draži, njenog intenziteta i kontrasta među dražima. Recimo, jaka draž može podstaći pasivnu pažnju.

Isto tako pasivna pažnja može da izazove nagli prestanak draži.

Jedna od značajnih karakteristika pažnje je njen obim.

Obim pažnje podrazumijeva sposobnost zapažanja određenog broja pojedinosti koje nijesu u međusobnoj vezi u kratkom vremenskom intervalu.

Stalnost pažnje vezana je za sposobnost koncentracije pažnje u vremenu.

Dinamička pažnja podrazumijeva svojstvo pažnje vezano za sposobnost da se u okviru jedne djelatnosti psihička energija pomjera sa jedne informacije na drugu.

Poremećaj pažnje

Poremećaji pažnje uglavnom se mogu manifestovati u sljedećim kliničkim oblicima: *rasijanost (aproseksija), pojačana viglnost, oslabljena viglnost (hipoviglnost), pojačan tenacitet, oslabljen tenacitet*.

Rasijanost (aproseksija) je osnovni poremećaj pažnje. Ona se može javiti u obliku pojačane viglnosti, a oslabljenog tenaciteta, gdje se kao primjer navodi tzv. tip „rasijanog učenika“. U drugom slučaju ona se javlja po tipu pojačanog tenaciteta, a oslabljene viglnosti ili po tipu „rasijanog naučnika“.

Pojačana vigilnost se karakteriše povećanom mobilnošću pažnje, kao i povećanom sposobnošću zapažanja spoljašnjih i unutrašnjih nadražaja uz oslabljen tenacitet. Ta stanja prati naglašena psihomotorna aktivnost i povišeno raspoloženje. Ovaj poremećaj pažnje srijećemo kod maničnih bolesnika, hipomaničnih stanja, kada bolesnici ne mogu da zadrže i kontrolišu impulse, brojne asocijacije i slično, da bi usmjerili svoju pažnju na konkretni zadatak ili informaciju.

Oslabljena vigilnost (hipovigilnost) se ispoljava smanjenom fluktuacijom i distribucijom pažnje na nove informacije. Taj poremećaj se srijeće kod više psihijatrijskih poremećaja (mentalno subnormalnih, kod depresije, kod raznih moždanih psihoorganskih sindroma, intoksikacija i drugo).

Pojačan tenacitet je poremećaj pažnje kada je pažnja dugo usmjerena u jednom pravcu. Nju prati slaba vigilnost. Ovaj poremećaj sreća se kod depresivnih bolesnika, nekih oblika shizofrenije, te bolesnika koji boluju od psihoza sumanosti, kada su maksimalno koncentrisani na te sadržaje.

Oslabljen tenacitet pažnje ispoljava se u smanjenoj sposobnosti koncentracije pažnje u jednom pravcu ili cilju. Ovo stanje javlja se u različitim prilikama (kod zamora, mentalno retardiranih osoba, neurotičnih poremećaja i drugo).

ISPITIVANJE FUNKCIJE PAŽNJE

Ispitivanje pažnje u kliničkoj praksi najčešće se obavlja u toku intervjua sa bolesnikom i slobodnom opservacijom. U slučajevima kada imamo pacijenta koji stalno nešto zapitkuje, ili nešto radi, onda je njegova aktivna pažnja slaba (manični bolesnici). Postoje i specijalni testovi, kakav je Burdonov test, gdje se ispitaniku zada da precrtava određeno slovo u nekom tekstu. Ako na desetak riječi napravi više od dvije greške, njegova pažnja se okvalifikuje kao oslabljena. Ukoliko se radi o nepismenim bolesnicima, neki koriste Pieron – Toulouse test sa kvadratićima na kojima su dodate crtice, na nekom uglu ili stranici. Ispitaniku se sugerira da precrta one kvadratiće na kojima se crtice nalaze na nekom mjestu (recimo gornjem desnom uglu). Prilikom ocjene ovog testav uzima se u obzir broj grešaka i vrijeme trajanja rada testa.

Koriste se i posebni aparati (tahitoskop), kada se eksponiraju brojevi, slova ili riječi, koje ispitanik treba da ponavlja onim redom kako ih je zapamtio.

PAMĆENJE

Pamćenje je složena saznajna čovjekova psihička funkcija, koja omogućava da se koristimo ranijim iskustvom i tako prepoznamo stvari, predmete i pojave u stvarnosti, što omogućava da se lakše adaptiramo i funkcionišemo. Pamćenje je tijesno povezano sa ostalim psihičkim funkcijama (svijest, osjećanja, mišljenje i druge).

Sva živa bića pamte, na ovaj ili onaj način.

Kao složena psihička funkcija, pamćenje uključuje sljedeće procese: *percepciju* (opažanje), *apercepciju* (shvatanje opaženog), *rekogniciju* (prepoznavanje ranije upamćenog), *kratkotrajnu* i *dugotrajnu* retenciju engrama.

Danas se smatra da postoje najmanje dva sistema pamćenja (dualitet prirode pamćenja): *deklarativno* i *proceduralno*, koji u osnovi imaju različit neuralni put.

Deklarativno pamćenje (svjesno pamćenje) korespondira sa svakodnevnim pamćenjem i učenjem činjenica, ili konkretnih epizoda i odgovorno je za proces učenja i prisjećanja i ponovnog oživljavanja novih događaja. Epizodično pamćenje vezano je za sekvence određenog vremena i prostora (gdje se i kada nešto dogodilo).

Dakle, deklarativno pamćenje uključuje svjesnost.

Semantičko pamćenje označava saznanje generičkih informacija, kao što su npr. značenje pojedinih riječi, koncepata, kada se na bazi sjećanja objedinjuju činjenice i događaji. Ono se tiče onog što je naučeno (znanja), kao što je azbuka, historijski događaji i slično, pa se zato za njega kaže da je „vanvremensko i vanprostorno“.

Proceduralno (nedeklarativno) *pamćenje* sačinjavaju vještine i automatizovane operacije (sviranja na klaviru, sportske igre i druge motorne vještine). Ono je vezano za sadašnje ponašanje, a bazirano na ranijem iskustvu.

Proceduralno i semantičko pamćenje u analitičkim okvirima pripadaju procesima nesvjesnog. Proceduralno pamćenje je vezano za sadašnje ponašanje, a bazira se na ranijem iskustvu i odnosi se na perceptivne i motorne vještine (automatizovane rednje). Proceduralno pamćenje označava različite oblike pamćenja, koje ne zavise direktno od psiholoških procesa u regijama mozga koje su vitalne za deklarativno (svjesno pamćenje).

Proces pamćenja sadrži tri modaliteta – *ultrakratko*, *kratkotrajno* i *dugoročno pamćenje*. Ultrakratkotrajno pamćenje podrazumijeva sposobnost trenutnog registrovanja informacija.

Kratkotrajno pamćenje tiče se sposobnosti da se zadrže sve informacije koje su u tom trenutku aktuelne (koje se obrađuju). Ako osoba uspije da zadrži informaciju u kratkotrajnoj memoriji 20–30 sekundi, to će biti dovoljno zapamćeno da pređe u dugotrajno pamćenje (memoriju).

Dugoročno (dugotrajno) pamćenje tiče se sposobnosti ispitanika da se prisjeti događaja koji su se desili prije nekoliko dana, mjeseci ili godina.

Ova visoko integrisana psihička funkcija sastoji se od tri procesa: *upamćivanja, zadržavanja i reprodukovanja*.

Upamćivanje je ciljana funkcija pamćenja, gdje postoji namjera, svjesna ili nesvjesna aktivnost da zapamtimo ono što percipiramo.

Upamćeni, percipirani materijal i utisci se potom složenim psihičkim, biohemijskim i elektrofiziološkim mehanizmima deponuju putem otisaka odnosno engrama.

Zadržavanje (retencija) upamćenog materijala vezano je za otiske (engrame) koji su nastali procesom upamćivanja. Retencija nam omogućava da taj zadržani materijal kasnije koristimo.

Reprodukcija (ekforisanje) je funkcija u okviru pamćenja koju čini sposobnost reprodukcije upamćenog materijala, bez ponovnog opažanja. Ona može biti hotimična i nehotimična.

Reprodukcija se doživljava svjesno. Upamćivanje i reprodukcija dostupni su direktnom ispitivanju.

U procesu pamćenja neke moždane strukture imaju dominantnu ulogu. Hipotalamus je nepohodan za fiksiranje informacija u mozgu, kao i njihovo povezivanje, temporalni režanj, tentorijalna kora i amigdala, učestvuju u pamćenju vezanom za emocije. Druge strukture u središtu mozga, kao unutrašnji dio talamusa, fornix i mamilarna jedra pohranjuju informacije registrovane putem čula.

Kora velikog mozga, prirodno, igra prvorazrednu ulogu u procesima i mehanizmima stvaranja engrama, pa time i pamćenja. Veliki značaj u tim procesima vezan je za strukture tzv. Papezovog neuronskog kruga i temporalnu regiju velikog mozga.

Neurofiziološki mehanizmi pamćenja vezani su za engramski proces – stvaranje otisaka (engramska teorija pamćenja), koji se odvija zahvaljujući plastičnosti centralnog nervnog sistema. Ovaj mehanizam teče kroz dvije faze.

Prva faza vezana je za membranske aktivnosti i ekscitaciju neurona, kada se odvijaju složeni bioelektrični procesi, koji omogućavaju privremeno ili kratkotrajno pamćenje (od 1 do 20 minuta).

Druga faza vezana je za složene biohemijske procese koji se odvijaju spajanjem molekula RNK (ribonukleinske kiseline), što omogućava stvaranje otisa-

ka (engrama) i trajnog pamćenja. Promjene ne nivou nukleinskih kiselina, koje se javljaju tokom pamćenja i učenja čine osnovu genetskog pamćenja, odnosno pamćenja vrste.

Po engramskoj teoriji, pamćenje se odvija zahvaljujući molekularnim promjenama u sinapsi.

U razvojnom procesu mehanizmi pamćenja i učenja predstavljaju najmlađu ontogenetsku etapu strukturacije centralnog nervnog sistema.

Zanimljivo je učenje I. P. Pavlova, teza da se pamćenje zasniva na promjenama koje nastaju na vezama između nervnih ćelija centralnog nervnog sistema. Ovo učenje temelji se na poznatim principima uslovnih refleksa.

Osim neurofizioloških i biohemijskih mehanizama nastanka pamćenja, vrijedi pomenuti i teoriju *asocijacija*, koju su lansirali još ranije psiholozi. Po toj teoriji proces pamćenja se odvija putem asocijacija koje imaju određenu vremensku i prostornu vezu. Tako se navodi da, ako dva sadržaja svijesti koja su se desila isto-vremeno, ili u seriji, jedan za drugim, imaće tendenciju da se zajedno reprodukuju.

Osim prostorne i vremenske veze asocijacija, one se odvijaju i po sličnosti, kontrastu, zvučnosti i po smislu.

Pamćenje i upamćivanje može da bude namjerno, što se dešava kada postoji jasan i svjestan cilj, angažuje volja i pažnja da se nešto upamti. Paradigma namjernog, voljnog upamćivanja je učenje. Kod nevoljnog, nenamjernog pamćenja, nema cilja ni namjere da se nešto upamti, već se događaji i slično, svojom upečatljivošću, svojim specifičnim karakteristikama i nametljivošću upamćuju (u slučajevima intenzivnog emocionalnog doživljaja).

Postoji više vrste pamćenja.

Motorno pamćenje odnosi se na sposobnosti da se pamte pokreti i slično, a ne samo riječi i simboli.

Mentalno pamćenje podrazumijeva zadržavanje i reprodukciju intelektualnih sadržaja.

Emocionalno pamćenje je sposobnost upamćivanja i reprodukcije osjećanja.

Na efikasnost pamćenja i upamćivanja mogu da utiču razni činioci, a prije svega stanje svijesti, očuvanost pažnje, sposobnosti učenja, mogućnosti korišćenja asocijacija, volje, inteligencije i motiva da se nešto upamti.

Funkcije pamćenja, kao i ostale kognitivne funkcije mogu biti oštećene kod velikog broja poremećaja (alkoholizam, narkomanija, razne toksoinfekcije, moždani organski psihosindromi, neke forme shizofrenije i ostalo).

Učenje je dio složenih psihičkih mehanizama vezanih za proces pamćenja. To je aktivno, namjerno upamćivanje određenog materijala putem ponavljanja.

Na odvijanje ovog procesa utiče više činilaca, od kojih su najpoznatiji: cilj, motivacija, ponavljanje i preslišavanje, vremenske raspodjele učenja, metoda učenja, nagrada (pohvala) ili pokuda.

Učenje nije kontinuiran proces, već se odvija „talasasto“. Kada se prvi put srijećemo sa nekim tekstom ili drugim materijalom, kvantum upamćenog je manji, da bi sa ponavljanjem rastao.

Pitanje učenja aktuelizuje pitanje zaboravljanja ili otežanog pamćenja. Zna se, iz prakse, da se dosta ljudi, čak i studenata žali na otežano pamćenje ili brzo zaboravljanje. Uzroci toj pojavi su brojni. Podsjećamo da sposobnost učenja i pamćenja stoje u direktnoj vezi sa inteligencijom (inteligentan čovjek lakše uči i brže stiče znanja). Zaboravljanje ne mora da bude patološki fenomen. Ribo navodi: „čovjek mora da zaboravi da bi mogao da pamti“, što asocira na Arhimedov zakon o hidrauličnom pritisku.

Za kliničku praksu dobro je kod pacijenta eksplorisati mnestičke sposobnosti svježih i starijih događaja.

Poremećaji pamćenja se dijele na kvantitativne i kvalitativne.

Kvantitativni poremećaji pamćenja

U grupu kvantitativnih poremećaja pamćenja spadaju: *prolazna zaboravnost, hipomnezija, amnezija i hiperamnezija.*

Prolazna zaboravnost se ne mora uvijek shvatiti kao forma psihopatologije pamćenja. Ona se kao simptom srijeće kod umora, zatim kod stanja koja su praćena snažnim uticajem afekta, gdje dolazi do kočenja i blokade asocijacija, što se može desiti na ispitima. Ovaj simptom čest je pratilac neurotičnih poremećaja.

Hipomnezija je smanjena sposobnost reprodukcije, odnosno sjećanja. Ona može biti *funkcionalna*, što se viđa kod neurotičara, naročito konverzivnih formi. U tom slučaju radi se o hipomneziji, odnosno smanjenom pamćenju samo za određene događaje koji su šaržirani neprijatnim afektivnim nabojem.

Ako su hipomnezije *organske* prirode, onda imamo problem vezan za proces stvaranja engrama, što onemogućava ekforisanje. Organske hipomnezije tiču se određenog vremenskog perioda i one nijesu selektivne. Javljaju se u slučajevima organskih moždanih oboljenja.

Uz to, kod organski uslovljenih hipomnezija nalazimo poremećaje i drugih psihičkih funkcija (svijest, opažanje, inteligencija i ostalo).

Amnezija je u kliničkoj praksi čest psihopatološki fenomen. Po pravilu ona je jedan od kardinalnih simptoma i znakova brojnih oboljenja centralnog nervnog

sistema. Amnezija je nesjećanje ili gubitak sjećanja, odnosno pamćenja za neki događaj ili za neki vremenski period.

Amnezije se najčešće sretaju kao posljedica fizičkog oštećenja mozga (kontuzija i potres mozga), kod krvarenja u mozgu, akutnih i hroničnih intoksikacija raznim toksinima, kod alkoholičara (pijano stanje), kod davljenja, udara gromom, udara električnom strujom, kod epileptičnih napada, poslije aplikacije elektrokonvulzivne terapije itd. Potom, amnezije se javljaju u raznim afektivnim stanjima, kao posljedica suženja svijesti (histerična amnezija – potiskivanje konflikta) kod bijesa, straha, kod raznih disocijalnih oblika histerične neuroze.

Prema uzroku nastanka amnezije se dijele na *funkcionalne* i *organske*.

Funkcionalne (psihogene) amnezije se karakterišu time što su njihovi uzroci najčešće prepoznatljivi ili očigledni. One imaju selektivni karakter, pošto iz sjećanja nestaje ono što je neposredno u vezi s njihovim uzrokom i što je vezano za neko sjećanje afektivno jako prebojeno (neplanirana trudnoća i drugo) i bolno. Prepoznavanje psihogene amnezije nije uvijek lako. Treba misliti i na simulaciju, koja nije rijetkost kada su u pitanju psihički poremećaji. Ne smije se zaboraviti da se u pozadini amnezije često nalazi organicitet, te se u tom smislu preporučuju odgovarajuće pretrage (neurološki pregled, EEG, CT, NMR i ostalo).

Kod psihogene amnezije engrami su formirani, ali je problem i u njihovom ekforisanju. Radi se o nesvjesnoj odbrani (zaboravljanju) od potisnutih sadžaja koji uznemiravaju. Uznemirenost se manifestuje anksioznošću koja može da proizvede neki od poremećaja iz grupe disocijativnih reakcija ili konverzivnih neuroza, koje nastaju kao posljedica intrapsihičkog konflikta.

Organske amnezije nastaju pod uticajem brojnih fizičkih, toksoinfekcijskih i drugih noksi, kojom prilikom je onemogućen proces stvaranja engrama, pa prirodno nije moguće sjećanje i reprodukcija.

U zavisnosti od toga na koji period se odnosi amnezija, gubitak svijesti, amnezije se dijele na retrogradne i anterogradne i kongradne.

Retrogradnu amneziju karakteriše nemogućnost sjećanja vremenskog perioda neposredno prije gubitka svijesti. Ovaj period može trajati nekoliko sekundi, minuta, pa i sat. Mehanizam nastanka retrogradne amnezije pokazuje da je za proces stvaranja engrama potrebno određeno vrijeme i njihovo „zrenje“.

Anterogradna amnezija se javlja u slučajevima moždanih povreda, tipa kontuzije i komocije mozga. Kod ovih povreda zaustavljen je proces stvaranja engrama, pa time i njihove reprodukcije. Nesjećanje se odnosi na neposredni period poslije normalizovanja, odnosno razbistravanja svijesti.

Retrogradna amnezija upućuje na zaključak o kakvom se stepenu povrede mozga radi. Ona je najčešće kod kranocerebralnih povreda praćena i retrogradnom amnezijom.

Kongradna amnezija tiče se nesjećanja događaja u vremenu u kom je svijest bila oštećena.

Lakunarna amnezija se srijeće u senijumu, kod arterisklerotske demencije, progresivne paralize, delirantnih i sumračnih stanja, kada nalazimo gubitak sjećanja iz jednog vremenskog perioda, a zahvata nesistematski razne događaje.

Kod razvijenih formi demencije, koje su praćene atrofičnim i degenerativnim oštećenjima CNS, tipičan klinički znak koji ih prati jeste otežano pamćenje i zaboravljanje. Ovdje srijećemo pravilo za koje važi da se svježi događaji zaboravljaju, a da je pamćenje i sjećanje ranijih događaja (događaja iz djetinjstva) očuvano.

Hipermnezija je povećana moć reprodukcije doživljaja i utisaka, vezanih za određeni vremenski period ili za određene događaje značajne za individuu. Ta pojava se srijeće kod febrilnih stanja, prilikom davljenja, u hipnozi, kod upotrebe nekih opojnih sredstava, kod epilepsije i slično. Neki to nazivaju zgusnuto pamćenje. Postoji i posebna obdarenost pamćenja, odnosno oblik hipermnezije gdje nalazimo osobe koje su sposobne za pamćenje brojeva, nekih događaja, teksta i slično, dok su im za druge sektore sposobnosti inferiorne.

Kvalitativni poremećaji pamćenja

U ove poremećaje spadaju: *alomnezija, paramnezija, kriptomnezija, pseudomnezija, konfabulacije i pseudologija fantastika.*

Alomnezija se još zove „iluzija pamćenja“ ili naknadno, izvrnuto sjećanje. Kod ovog kvalitativnog poremećaja pamćenja dolazi do falsifikovanja sjećanja događaja, ili naknadnog izvrtanja sjećanja.

Alomnezija se najčešće javlja kod patoloških stanja koja su praćena sumanutim idejama i poremećajem afekta. Kod depresije srijećemo klasični oblik alomnezije, gdje se prošlost falsifikuje sa idejama autoakuzacija (ideje sagrešenja). I kod mentalno zdravih osoba srijećemo lica sklona naknadnom falsifikovanju ranijih događaja. Kod sugestibilnih osoba, kod histerije i osoba nižih intelektualnih sposobnosti, alomnezija je, takođe, prpratna pojava.

Paramnezija je iskrivljeno (distorzija) prisjećanje koje podrazumijeva uključivanje lažnih pojedinosti, poremećaja odnosa u vremenu ili konfuzija pamćenja sa fantazijama (retrospektivna falsifikacija, konfabulacije).

Kriptomnezija se još naziva nesvjesni plagijat. Ona realno podrazumijeva citiranje nečijeg djela, a onaj koji to čini ubijeđen je da pomenuto djelo nije čitao, i da se nesjeća da je ikada vidio to djelo.

Pseudomnezija je pogrešna projekcija realnih događaja koji su se desili u prošlosti. One se srijeću kod psihotičnih stanja u obliku halucinacija, koje predstavljaju projekciju tih doživljaja. I mentalno zdrave osobe mogu imati pseudomnezije. Postoje pseudomnezije tipa „halucinacija pamćenja“, koje su uvijek psihopatološki znak. To su sjećanja koja imaju fantastične dimenzije, a projektuju se u prošlost, i nijesu vezane za realne događaje, već su bolesne konstrukcije.

Konfabulacije su falsifikacije ranijih doživljaja, prilikom kojih bolesnik praznine u sjećanju ispunjava izmišljenim događajima (konfabulira). Konfabulacije mogu imati neslućene razmjere kakve se srijeću kod „fantastične parafrenije“, gdje bolesnik stvara novu realnost, koja je produkt bolesne i izvitoperene mašte. Kod Korsakovljeve psihoze, koja je praćena neurološkim i mnestičkim poremećajem, konfabulacije su redovan pratilac. Shizofreni poremećaji mogu biti praćeni konfabulacijama. One su kod djece produkt zdrave mašte.

Pseudologija fantastika (patološka lažljivost) se još zove Minhauzenov sindrom ili mitomanija. To je bolesna sklonost izmišljanju i laganju, koju najčešće sriječemo kod poremećaja ličnosti, gdje postoji naglašen poriv za laganjem i isticanjem sebe u prvi plan. Ovaj poremećaj srijeće se još kod histeričnih i histronskih ličnosti.

U posebne oblike poremećaja pamćenja, koji su praćeni i poremećajem opažanja spadaju fenomeni tipa *jame vu (nikad viđeno) deja vu (već viđeno)*.

Jame vu fenomeni su pojava kada bolesnik ima utisak da nešto što je ranije doživio, čuo, vidio i slično, sada po prvi put doživljava, čuje, vidi itd.

Deja vu su manifestacije koje nalazimo kod nekih bolesnika koji saopštavaju da su neke pojave, događaje i doživljaje, koje po prvi put doživljavaju, čuju i slično, već ranije čuli, doživjeli, vidjeli itd.

Ove pojave nijesu vazda psihopatološki znaci, jer se mogu naći i kod normalnih osoba, poslije buđenja i izmjene psihičke tenzije. Isto tako ovi fenomeni mogu biti propratni simptomi kod umora, iscrpljenosti, teških tjelesnih bolesti i kod rekonvalescenata. Kod neurotičnih poremećaja ove pojave su čest pratilac.

Neki shizofreni poremećaji, kao i temporalna (psihomotorna) epilepsija, toksioinfekcijska stanja, uz svoju standardnu simptomatologiju bolesti imaju prisutne i naznačene fenomene.

ISPITIVANJE FUNKCIJE PAMĆENJA

Neki podaci o pamćenju, odnosno njegovom poremećaji mogu se dobiti već u toku inicijalnog intervjua sa pacijentom. Taj utisak može se dobiti o drugim pihičkim funkcijama ispitanika. Mnogi pacijenti, sami spontano govore da su zaboravni, teško pamte, ili da ranije događaje dobro pamte (iz mladosti) dok novije događaje (u starosti) slabo pamte.

Rečeno je da pamćenje ima tri komponente: zapamćivanje, retenciju i reprodukciju. Prirodno je onda da se fokusiramo prilikom ispitivanja ove psihičke funkcije na te komponente. Međutim, prilikom ispitivanja pamćenja, najviše nas interesuju njegove dvije komponente – zapamćivanje i reprodukcija, dok se retencija ispituje indirektno putem reprodukcije.

Zapamćivanje je inače aktivna funkcija pamćenja i može se eksplorisati na više načina. Recimo, najveći broj osoba prosječnog obrazovanja može da upamti šestocifreni broj, svaku brojku datu za sebe (npr. 6, 2, 1, 4, 7, 9). Ispitaniku se prethodno saopšti šta se od njega traži, zatim mu se kažu brojevi, on ih ponovi, nakon čega mu se preko par pitanja odvraća pažnja i poslije nekoliko minuta od njega se zahtijeva da brojeve ponovi onim redom kako su mu prethodno zadati. Može se dati i manje brojeva, ako osobe ne upamti prethodne brojeve, ili ako se radi o starijim osobama, ili osobama koje nijesu naviknute na rad sa ciframa.

Treba tražiti od ispitanika da poslije određenog vremena (par minuta) ponovi neku složenu rečenicu (npr. „Na sjevernom polu je veoma hladno vrijeme i zbog toga je tamo život vrlo težak“). Treba ponoviti isti redosljed riječi i nastojati da rečenica po sadržaju bude za njega indiferentna.

Osobi koja nije sposobna da ovakvu ili slične rečenice ponovi, može se dati kraća rečenica (npr. „Mart je hladan zimski mjesec“).

Može se uzeti i pet-šest predmeta, koji nam se nalaze pri ruci (olovka, sat, mob. telefon, sveska, ključ), pa to pokazati i brzo skloniti na stranu, potom obaviti kraći razovor o nekoj drugoj temi sa ispitanikom i nakon toga zahtijevati od njega da ponovi pokazane stvari.

Treba se interesovati za opštu informisanost, školska znanja (znanja iz istorije, geografije, aktuelna društvena, kulturna, politička događanja) i slično.

Potom pitati za važne datume iz života ispitanika (period školovanja, ženidbe, rođenja djece, razvoda, smrti člana porodice, diplomiranja, zaposlenja, odlaska u penziju i slično). Ukratko, postoje razni načini za provjeru i ocjenu pamćenja i upamćivanja, koje ispitivač treba da osmisli i prilagodi ispitaniku, njegovom uzrastu, socioprofesionalnom statusu, i preliminarnom aproksimativnom utisku njegovog intelektualnog statusa.

OPAŽANJE (*percepcija*)

Opažanje je složena psihička funkcija iz korpusa kognitivnih funkcija, koja nam omogućava neposredno saznanje spoljašnjeg svijeta, naravno i sopstvenog bića.

To je aktivan proces, koji podrazumijeva traženje, selekciju, primanje i obradu (tumačenje) raznovrsnih i brojnih draži koje djeluju na naša čula, koje se dalje obrađuju i finalizuju u posebnim zonama centralnog nervnog sistema.

Ova psihička funkcija u tijesnom je međuodnosu sa ostalim psihičkim funkcijama, posebno mišljenjem i pamćenjem.

Putem percepcije ostvaruje se eksplicitna veza i odnos sa spoljašnjim svijetom (eksterocepcija) i dabome sa unutrašnjim svijetom (interocepcija).

Opažanje ima nekoliko faza. Faza nadražaja nastaje pod uticajem fizičkih i hemijskih procesa koji djeluju na naša čula. Ti procesi nazivaju se draži. Djelovanjem draži na čulne receptore, aktiviraju se fiziološki procesi koji čine osnovu nadražaja. Psihički proces koji se pokreće pod dejstvom nadražaja naziva se *osjećaj* (*senzorno iskustvo*) i on nastaje putem senzacije.

Osjećaj je jednostavna čulna informacija vezana samo za jednu osobinu predmeta, a odvija se sljedećim neurofiziološkim aktivnostima: draž – receptor (senzitivni nerv) – senzorna zona – doživljaj draži (osjećaj) i *opažaj* (znanje o tim prostim čulnim senzacijama koje se tiču dotičnog predmeta).

Znači, složeniji psihički proces – opažanje, nastaje spajanjem sa ranijim iskustvom, odnosno engramom, kad se stvara psihološki smisao podatak i utisak.

Opažanje se još zove *percepcija*, a kada se to što je opaženo shvati i razumije koristi se termin *apercepcija*.

Percepcija uključuje aktivnu obradu stalno dotičućih informacija i senzacija koje dopiru do odgovarajućih regiona. One koje se odnose na proste fizičke ili senzorne karakteristike (boja, oblik, zvuk i slično) prve ulaze u obradu i služe kao osnova za složenije i „više“ nivoe semantičke i „sophisticirane“ obrade, koje objedinjuju senzorne stimulse, jedan sa drugim u svakom trenutku, uzastopno kao i sa prethodnim iskustvom (prethodno naučeno i usvojeno značenje).

Naime, draži koje se prvo obrađuju dopiru u elementarne centre (primarne centre) u čijoj se neposrednoj blizini nalaze psihosenzorijalni centri (sekundarni centri), gdje se dalje odvija rafinovana obrada tih predstava i gdje se dešava prepoznavanje informacija.

Perceptivne funkcije uključuju aktivnosti kao što je svjesnost, prepoznavanje, diskriminacija i orijentacija.

Podsjećamo da su draži fizički procesi, nadražaj je fiziološki, a osjećaj je psihološka kategorija i proces.

Percepcije su emocionalno i socijalno prebojene i nose pečat personalnosti. Njihov intenzitet zavisi od individualne osjetljivosti, raspoloženja i slično.

Povišena koncentracija i povišena pažnja mogu biti praćene naglašenim senzacijama i percepcijama, kakve su: hiperestezija, hiperakuzija, izoštren vid i drugo.

Poremećaji opažanja

Poremećaji opažanja su česta propratna pojava više psihijatrijskih entiteta. U pozadini ovih poremećaja može biti organicitet, a još češće su posrijedi mentalni poremećaji, koji opet mogu biti i znaci organskog poremećaja. Poremećaji opažanja mogu se manifestovati u vidu *agnozija, iluzija i halucinacija*.

Agnozije su poremećaji opažanja koje karakteriše nesposobnost prepoznavanja informacija koje dolaze do elementarnog čulnog centra, gdje se stvara engram. U pitanju je oštećenje koje je zхватilo psihosenzorijalni centar, te se ne može obaviti sinteza osjećaja i iskustva.

Znači, kod agnozija je proces opažanja jednosmjernan, jer se završava u fazi osjećaja. Agnozije se mogu javiti u nivou svih čula, te se razlikuju slušne, vidne, mirisne, gustativne i taktilne agnozije. Njihovo prisustvo najčešće je znak organiciteta (tumora mozga, povreda glave, krvarenja i drugih oboljenja mozga). Specifični oblici agnozija su *anosognozija*, kada bolesnik nije svjestan svoje bolesti ili svoga tjelesnog defekta. U grupu specifičnih agnozija spada i *autotopognozija*, koju prati poremećaj tjelesne šeme, tj. nesposobnost da se pokaže dio svoga tijela.

Iluzije (čulne obmane) su pogrešni, u neku ruku karikaturalno interpretirani doživljaji opažanja realnih predmeta. Kod iluzija realna informacija postoji, ali se ona pogrešno prepoznaje (čovjek sa kišobranom doživljava se kao čovjek sa uperenom puškom). One se mogu javiti u nivou bilo kojega čula. U kliničkoj praksi najčešće se viđaju optičke iluzije.

Iluzije mogu nastati pod raznim okolnostima.

Mogu se naći i kod normalnih osoba, kod febrilnih stanja, u slučajevima umora i iscrpljenosti.

Iluzije se najčešće javljaju pod uticajem snažnog afekta (straha), toksoinfekcijskih stanja i oboljenja centralnog nervnog sistema. Alkoholni i drugi delirijumi, po pravilu su praćeni iluzijama. U tim slučajevima iluzije su obilne i košmarne. Iluzije se viđaju i kod epileptičnih sumračnih stanja, kod shizofrenije i kod depre-

sije. I u lošim uslovima za opažanje, kao što su usamljenost, noć, slabo osvijetljenje, iščekivanje i slično mogu da se jave iluzije.

Iluzije se mogu javiti u nekoliko formi: *perceptivne distorzije*, *paraidolije*, *prateća (trailing) iluzija*.

Perceptivna distorzija tiče se procjene veličine ili oblika prostornih relacija i viđa se kada su osobe umorne ili pretjerano uznemirene.

Paraidolije su voljno izazvane iluzije, fantastičnog i nesvakidašnjeg sadržaja, veoma živahne, i dešavaju se kada neko gleda u nejasno definisane i nepostojane prolazne slike (oblaci, plamen u kaminu, pijesak u vodi i slično).

Prateća (trailing) iluzija je zaostatak (rezidua) traga u kojoj se opaža da je jedan objekat koji se postojano kreće u prostoru praćen vremenski različitom sopstvenom slikom, koja zaostaje. Riječ o vizuelnoj iluziji koja se sreća kod narikomana koji zloupotrebljavaju meskalin ili marihuanu.

Halucinacije (trabunjanje) su forma percepcije bez objekta (Ball). Prošireni oblik ove definicije tiče se mišljenja da su halucinacije unutrašnji falsifikati spoljašnjeg svijeta, koji je u vezi sa potrebama i željama subjekta.

Osobe koje haluciniraju imaju tvrdo ubjeđenje u njih i njihov sadržaj, kao objektivne činjenice i dio stvarnosti. Halucinatorni sadržaj je dio stvarnosti mnogih psihijatrijskih poremećaja, i jednovremeno ozbiljan znak psihotičnosti i alijenacije od realnog svijeta.

Bolesnici koji haluciniraju, koji su preokupirani deluzijama i drugim sumanutostima, stvaraju novu morbidnu stvarnost, ignorišući objektivnu stvarnost. Halucinacije i deluzije su osnovni reperi za prepoznavanje psihotičnih poremećaja.

U nastanku halucinacija značajnu ulogu imaju moždana kora i subkortikalne formacije. Poznata je teza da kada je funkcija kore smanjena, njenu funkciju preuzimaju subkortikalne strukture. Mehanizam projekcije može da igra važnu ulogu u nastanku halucinacija, tako što sumanutost može da ima svojstvo unutrašnje draži, koja se ovaploćuje i eksternalizuje u halucinatorni doživljaj.

Tačnije, halucinacije su unutrašnji govor koji se eksternalizuje u spoljašnji svijet.

Halucinacije se mogu javiti u nivou svih čula. Etiološki činioci koji dovode do halucinacija su brojni, počev od organskih lezija senzoričkih centara mozga, toksoinfekcijskih stanja, hemijskih intoksikacija, zatim u posebnim afektivnim stanjima, kod straha, užasa, iščekivanja i slično.

Halucinacije se klasifikuju prema čulima.

Optičke (vizuelne) halucinacije su razni varijeteti obmana u nivou čula vida, počev od jednostavnih (iskra, plamen, svjetlucanje, boja i drugo – *fotomi*), do složenih (opažanje predmeta, scena, slika i slično – *vizije*).

Vizuelne halucinacije se najčešće javljaju kod akutnih simptomatskih psihoza. Ta stanja su obično praćena poremećajem svijesti.

Optičke halucinacije se rjeđe srijeću kod endogenih psihoza. Zloupotreba psihoaktivnih supstanci može da izazove optičke halucinacije.

Oštećenje kore okcipitalnog dijela mozga dovodi do pojave elementarnih, jednostavnih halucinacija. Drugi put, u slučajevima lezije temporalnog režnja javljaju se složene halucinacije.

Postoji poseban oblik halucinacija, gdje osoba opaža predmete van svog vidnog polja (iza leđa). Radi se o *ekstrakampinim halucinacijama*.

Kod *autoskopskih halucinacija* bolesnik vidi djelove svog tijela van svog bića (kod temporalne epilepsije).

Poropsije predstavljaju halucinatorni doživljaj kada se ima utisak veće udaljenosti u prostoru. Doživljaj dvojnika predstavlja halucinaciju sopstvenog tijela (bolesnik vidi djelove svog tijela van svog bića).

Zoopsije predstavljaju halucinacije životinja.

Pedunkularne halucinacije karakteriše svojstvo da bolesnik u polumraku doživljava razne mobilne, vidne halucinacije u formi figura i slično, što se srijeće kod oštećenja pedunkula (nožica) velikog mozga.

Liliputanske halucinacije su optičke halucinacije, gdje osoba vidi figure smanjene veličine, kao kepece ili patuljke (mogu biti u vezi sa mikropsijom i makropsijom, odnosno percipiranjem objekata nestvarne veličine).

Akustičke (slušne) halucinacije se najčešće javljaju kod psihotičnih bolesnika.

One mogu biti proste, u vidu šumova, pucketanja, škripe, tonova i slično, kada ih zovemo *akoazme*.

Postoje i složene halucinacije, kada bolesnik čuje riječi, rečenice i čitav sadržaj razgovora, kada govorimo o *fonemama*. Sadržaj halucinacija može biti prijatan, ali je češće neprijatan, kada se čuju prijeteće ili imperativne poruke, koje mogu biti opasne (recimo naredba ubij se!). Akustičke halucinacije mogu biti jednostrane i obostrane. Jednostrane su obično patognomične za organicitet. Pacijent može da čuje i svoje misli, što se zove eho misli. Ima bolesnika kojima se pričinjava da im drugi čitaju misli ili čuju njegove misli, što ih uznemirava.

Postoje halucinacije tipa krađe ili oduzimanja misli, kada je bolesnik pod utiskom da druga lica izgovaraju sve što on u tom času pomisli.

Bolesnici se u tim okolnostima veoma loše osjećaju.

Neki put se halucinacije mogu sresti i kod normalnih osoba, kod zamora ili još češće pri uspavlivanju, kada čuju svoje ime, zvuk telefona, i drugo, i pri tome govorimo o *hipnogognim halucinacijama*.

Mirisne (olfaktivne) halucinacije su doživljaji neprijatnog karaktera, gdje bolesnik pod uticajem sumanutih ideja pogrešno interpretira svoje mirisne obmane, tvrdnjom da ga neko truje. One su vrlo ozbiljni znaci psihijatrijskih poremećaja, pogotovu shizofrenije, a čest su simptom i psihomotorne (temporalne) epilepsije. Nije ih lako razgraničiti od sumanutih ideja.

Gustativne halucinacije (halucinacije čula ukusa), najčešće su udružene sa mirisnim halucinacijama. Mahom se srijeću kod temporalne epilepsije i kod shizofrenije. Često nastaju poslije konzumiranja jela ili pića, te ih je teško izdiferencirati od iluzija.

Taktilne halucinacije (halucinacije čula dodira) ili haptičke halucinacije su vrsta perceptivnih obmana koje se najčešće srijeću kod toksoinfekcijskih psihoza (delirijum tremens, kokainska psihoza).

Taktilne halucinacije odnose se na kožu i vidljivu sluzokožu. Bolesnici ih doživljavaju kao mravinjanje, dodir, svrab, ubod, pečenje, vlaženje i slično.

Somatske halucinacije vezane su za neprijatne fizičke senzacije u tijelu, kao što su peckanje, žaranje, paljenje i slično, što se jednim imenom naziva parastezije.

Algohalucinacije se tiču senzibiliteta za bol.

Kohabitane halucinacije predstavljaju halucinacije polnog odnosa.

Cenestetičke halucinacije (somatske halucinacije) su doživljaji slični taktilnim halucinacijama, s tom razlikom što se neprijatni doživljaji dešavaju na sluzokoži unutrašnjih organa, te ih neko naziva halucinacije dubokog senzibiliteta. Dešava se da ih je teško razlikovati od hipohondrijskih, sumanutih ideja i iluzija. Najčešće se srijeću kod bolesnika koji boluju od shizofrenije. Bolesnici se žale da im se crijeva nadimaju, da se rastežu organi, da se čupaju organi, da se diraju polni organi i da se na njih utiče električnom strujom. Naznačeni doživljaji mogu da se razviju do „ludila fizičkog proganjanja“.

Vestibularne (kinestetičke) halucinacije odnose se na vestibularni aparat, a vezane su za utisak koji bolesnici saopštavaju u smislu da im se tijelo ljulja ili okreće u nekom nenormalnom položaju.

Iktalne halucinacije su dio epilapetičnog napada, stereotipne su i traju nekoliko trenutaka, uz izmjenu svijesti.

Migreniformne halucinacije javljaju se kao djelovi geometrijskih figura, ili mikropsije i makropsije. Mogu se javiti i složene forme kada se nazivaju sindrom Alise u zemlji čuda.

Flešbekovi predstavljaju intenzivno vizuelno ponovno doživljavanje prethodnih iskustava, sa pojavom već doživljenih halucinacija, što se viđa kod osoba koje upotrebljavaju halucinogene.

Halucinoza je stanje aktivnog haluciniranja, što sretamo kod osoba sa akutnom intoksikacijom ili apstinencijalnom simptomatologijom, kod kojih je očuvana budnost i orijentacija. Ovi pacijenti mogu imati lucidne intervale i dobar uvid bez halucinacija. Takve halucinacije neki nazivaju „mentalne diplopije“.

Pseudohalucinacije su fenomeni koji su plod mašte.

One su nenormalna i nerealna iskustva. To su oblici percepcije koji dolaze iznutra, a ne spolja. Postoje i tzv. halucinacije zdravih, kakav je slučaj „fantomski ud“, gdje postoji doživljaj prisustva amputiranog uda.

Mehanizam nastanka halucinacija je dobrim dijelom enigmatičan.

Inače, kao što je istaknuto, one se pojavljuju kako kod organskih moždanih sindroma, neuroloških poremećaja, prilikom zloupotrebe droga i alkohola, kod deprivacije spavanja, tako i kod funkcionalnih psihoza.

Naime, biološke teorije nastanak halucinacija vezuju za disbalans (deficit) u mozgu dopamina i drugih neurotransmitera, posebno kada su u pitanju psihotični poremećaji.

Auditivne halucinacije se sretaju najviše kod shizofrenije, a vizuelne i haptičke (taktilne) više su vezane za moždana oboljenja (psihosindrome), podrazumijevajući tu i halucinacije koje nastaju kod upotrebe psihomimetičkih droga (LSD).

Mehanizam nastanka funkcionalnih halucinacija vezan je za činjenicu da unutrašnje senzacije, slike, misli bivaju interpretirane kao da dolaze spolja. I ove halucinacije se javljaju pri čistoj svijesti, bez organske lezije centralnog nervnog sistema, po psihodinamskom tumačenju predstavljaju projekciju nesvjesnih sadržaja u spoljni svijet .

Nepsihotične osobe mogu doživljavati pseudohalucinacije tokom maštanja, zaspivanja (hipnagogne) ili buđenja (hipnapompne).

Halucinacije su znak mentalnog oboljenja kada osoba nema svijest o odsustvu spoljašnjeg senzornog stimulusa, nema uvida u nenormalnost svog psihološkog doživljaja, a nalazi se u normalnom stanju budnosti.

Pogrešno testiranje realnosti, nedostatak informacija o nečemu, selektivnost percepcije na samo neke djelove perceptivnog polja, bez uočavanja realnog odnosa među njima, po pravilu ukazuje na halucinacije psihotičnih stanja. Naravno, psihotična stanja praćena su i drugim fenomenima.

ISPITIVANJE FUNKCIJE OPAŽANJA

Ispitivanje i poznavanje ove psihičke funkcija ima veliko kliničko značenje.

Poremećaji ove psihičke funkcije su česti i ključni reperi poznavanja (prepoznavanja) glavnih i "velikih" psihijatrijskih entiteta (po pravilu skoro svih psihotičnih stanja).

Već je rečeno, da poremećaji opažanja (percepcije) mogu se klinički manifestovati u vidu: *agnozija*, *ilizija* i *halucinacija*.

Agnozije se po pravilu javljaju kod psihorganskih poremećaja (sindroma) i znaci su direktnog ili indirektnog oboljenja centralnog nervnog sistema. One mogu biti optičke akustične i taktilne. Kada se registruje neki od tih poremećaja, obavezno treba tražiti konsultaciju neurologa.

Neki misle da treba razmišljati i o mogućnosti simulacije, odnosno agrava-cije agnozije, odnosno da ona može biti i psihogenog porijekla.

Iluzije su fenomeni koji se mogu javiti i kod zdravih osoba, pogotovo kod anksioznih stanja. One imaju svoju normalnu fizičku, anatomsku i psihofiziološku osnovu, zbog čega su predmet mnogih psiholoških studija.. Iluzije mogu biti posljedica rasijanosti. Psihičko stanje (strah i mašta) značajno utiče na nastanak iluzija. Tako recimo osoba koja kasno noću prolazi kroz slabo naseljeno mjesto pod uticajem mašte može biti u uvjerenju da će biti napadnuta od siledžija, kada će se naći u posebnom psihičkom stanju kada se mogu u sadržaju svijesti putem mašte pojaviti zastrašujući likovi ili njihove slike. Iluzije su ninače iskrivljena opažanja. Ona se mogu javiti kod svih čula, a najčešće se u kliničkoj praksi sretaju optičke iluzije.

Može se zaključiti da iluzije kod duševnih poremećaja treba očekivati u kontekstu ostalih psihoptaoloških fenomena.

Halucinacije predstavljaju ozbiljne psihopatološke attribute i nije ih teško prepoznati. Naravno, treba biti obazriv prilikom njihove eksploracije kod nekih bolesnika. Po pravililu njihove ispitivanje dolazi na kraju obavljenog intervjua sa pacijentom.

Misli se da je to vrijeme kada je uspostavljen povoljan kontakt, i stvoreno povjerenje, te se može pristupiti ispitivanju perceptivnih obmana. Bolesnika treba pitati bojažljivo: „ Čujete li možda neke glasove..... jesteli to imali ranije....“ Treba pri tome opservirati bolesnikove pokrete, mimiku i gestikulacije. Takođe treba posmatrati bolesnika prilikom intevjuisanja, njegov pogled mimiku, jer to može biti patognomonično za bolesnike koji osluškuju glasove. Neophodno je kod bolesnika kod kojh se registruju perceptivne obmane, ili se u njih sumnja, intevjuisati nekoga od njegove pratnje (rodbine).

Halucinacije se najčešće sretaju u akutnim (reaktivnim) psihozama, mentalnim poremećajima toksoinfekcijske etiologije, simptomatskim psihozama, kao i kod procesnih (shizofrenih) psihoza.

MIŠLJENJE

Mišljenje pripada korpusu kognitivnih (saznajnih) funkcija koje nam stvaraju pretpostavke za upoznavanje stvarnosti, putem misaonih operacija, koje omogućavaju uočavanje veza i odnosa između raznih predmeta i pojava u realnom svijetu. Ova složena psihička funkcija omogućava čovjeku adaptaciju, funkcionisanje i zadovoljavanje brojnih bioloških, psihičkih i socijalnih potreba.

Mišljenje je logičko saznanje, koje se nadovezuje na čulno saznanje, što vodi do realnih zaključaka.

Mišljenje je proces koji uključuje veliki broj kognitivnih operacija kao što su *računanje, razumijevanje i rasuđivanje, konceptualizaciju, izdvajanje iz cjeline, uopštavanje, uređivanje informacija po nekoj logici, organizovanje, planiranje, identifikaciju i rješavanje problema.*

Mišljenje je proces mentalne aktivnosti koji služi, da zamisli, predstavi, procijeni, prognozira i kreira. Zbog složenosti mentalne operacije, mišljenje pripada „višim,“ psihičkim funkcijama. U hijerarhiji psihičkih funkcija mjesto mišljenja je određeno stepenom koncepta mišljenja, tj. da li je ono (mišljenje) apstraktno ili konkretno. U osnovi mišljenje je izraz najviše integrativne aktivnosti mozga.

Sam proces mišljenja predpostavlja inatanktost svih drugih psihičkih funkcija (svijet, inteligencija, pamćenje stanje emocija i drugo).

Vjeruje se, da se misaoni procesi odvijaju na nivou asocijativnih polja, neokorteksa, pogotovo kada se radi o verbalno – logičkom, apstraktnom mišljenju. Preovladava mišljenje da ne postopji moždane strukture – “centri”, koji su zaduženi za ovu složenu psihičku funkciju. Isto tako mišljenje nije vezano za određene neurotransmitterske sisteme. To znači da se mišljenje može razmatrati i shvatiti na nivou aktivnosti cijelog mozga. Može se kazati da je mišljenje psihički proces i zraz najviše integrativne funkcije mozga.

U proučavanju uticaja pojedinih neurotransmitterskih sistema u formiranju misaonih procesa najviše se drži do teze da dopaminergična transmisija ima značajnu ulogu na nivou semantičkih aspekata misaonog procesa, dok bi za formalne aspekte mišljenja bili zaduženi drugi neurotransmiteri.

Proučavanje mišljenja je veoma kompleksno i teško.

O mišljenju najviše znamo preko govora kao proizvoda mišljenja. Poznato je, da se značajan dio mišljenja odvija preverbalno u slikama, zvukovima i tonovima, kinestetskim senzacijama i simbolima. Napori da se prenese preverbalno i neverebalno putem riječi dali du slabe rezultate. To dobro znaju umjetnici koji teško objašnjavaju svoje unutrašnje stanje i energiju koja im daje ideje i polet da

stvaraju. Njima je najbliže kreativno, odnosno stvaralačko – kreativno, produktivno ili umjetničko mišljenje.

Kreativno ili normalno mišljenje je misaoni proces kojega karakteriše svjesno usmjerenje prema cilju. Kreativno mišljenje je produktivno i ono omogućava pronalaženje novih i originalnih rješenja. Putem njega možemo da anticipiramo događaj, da stvorimo uslove koji će dati nešto novo i originalno i kao objašnjenje da razumijemo zašto je nešto zašto... zato !

U odnosu na tipove mišljenja, iz didaktičkih razloga govorimo o dva osnovna tipa mišljenja: *konkretno* i *apstraktno*.

Ova podjela je napravljena na osnovu kriterijuma da li se u toku procesa mišljenja koriste pojmovi ili ne.

Konkretno mišljenje se još zove i arhajsko, primitivno, prelogičko, dereističko itd., jer se odvija na nivou jednostavnih, čulnih saznanja i predstava putem slika i simbola. Sinonimi za ovaj oblik mišljenja su: bespojmovno, predmetno, simboličko, opažajno, prelogično, arhajsko, primitivno, dereističko dječje. Ovo mišljenje bazira se namagijsko – animističke koncept i pogled na svijet. Njega nalazimo kod djece, primitivnih osoba, kod osoba sa znacima intelektualnog deficita, kakve su oligofrenije i demecije.

Ovo mišljenje je svojstveno mentalno nedozrelim osobama (djeci, mentalno retardiranim licima, primitivnim osobama i slično).

Apstraktno mišljenje stoji nasuprot konkretnom mišljenju i njime se služi najveći broj ljudi. Ono se bazira na iskustvu, promišljanju i rezonovanju, na dobro definisanim pojmovima, sudovima i logici.

Apstraktno mišljenje operiše pojmovima, koji predstavljaju opšte i zajedničke i bitne osobine pojedinačnih predmeta i pojava.

Apstraktno mišljenje je je sekundarni oblik procesa mišljenja, jer ga slijedi logika, zakonomjernost i objektivnost zaključaka.

Reprezentantni pojmovi su riječi, koje sa govorom predstavljaju veoma važnu osobinu mišljenja. Riječi i govor predstavljaju komunikaciju sa okruženjem, što se kvalifikuje kao spoljašnji govor.

Fenichel je govorio da poslije prve izgovorene riječi „Ego,“ dobija najbolje oružje da se suprostavi spoljašnjem svijetu i svojim ekscitacijama, tj. raznim opasnostima.

Pored spoljašnjeg govora isto toliko je važan i unutrašnji govor, koji se odnosi na prethodno unutrašnje praćenje, misli, ideja i njihova priprema za glasno kazivanje.

Kao što je poznato unutrašnji govor je mnogo kompleksniji i bogatiji, a da se samo jedan manji njegov dio ospolji – pretvori u govor.

Operiše se i terminom *rasuđivanje*, naročito u forenzičkoj psihijatriji.

Ovo je oblik mišljenja gdje postoji logička koherentnost ideja i pojmova, što vodi pouzdanom zaključku.

Mišljenje gdje prevladava unutrašnja personalizovana (idiosinkratska) realnost nad opšte prisutnom spoljašnjom realnošću naziva se *autistično* ili *dereistično mišljenje*.

Kod djece i naroda primitivnih kultura možemo sresti *magijsko mišljenje*, odnosno prelogično, arhaično, mišljenje koje je oblik primarnog procesa mišljenja., a manifestuje se u vidu naglašenog fanataziranja, i magijske upotrebe riječi i govora.

U magijskom mišljenju riječima se pripisuje posebna moć, smisao i uticaj koje one običnom nemaju veze sa stvarnošću. Te misli i mišljenje neki još nazivaju „divlja misao.“, To mišljenje može biti sastavni dio opsesivno – kompulsivnog sindroma.

Poremećaji mišljenja

U kliničkoj praksi poremećaji mišljenja se dijele u dvije grupe: *poremećaji mišljenja po formi i toku* i *prema sadržaju*.

Poremećaji mišljenja po formi i toku

Poremećaji mišljanja po formi i toku tiču se brzine i kontinuiteta, gdje još spada poremećaj govora, kao i misaonog toka, način formiranja misli, rečenica, povezanost djelova misli i pravilna upotreba pojmova. Kada je riječ o brzini misaonog toka on može biti usporen ili potpuno prekinut – blokiran. Usporeno mišljenje karakteriše smanjena inicijativa, plan i dinamika ka usmjerenom cilju, gdje su odgovori na pitanja praćeni velikom ili manjom latencijom.

U poremećaje po formi spadaju: *bolesna opširnost*, „*ljepljivo*“ (*viskozno*) *mišljenje*, *usporeno mišljenje*, *mutizam*, *ubrzani misaoni tok*, *bujica ideja* (*bjekstvo misli*), *blok u mišljenju*, *govor u stranu*, *neologizam*, *inkohrentno mišljenje*, *disocirano mišljenje*, *verbigeracija*, *preseveracija*, *embolusna riječ*, *stereotipije*, *eholalije*, *alogija*, „*rasulo misli* i „*salata od riječi*“.

Bolesna opširnost karakteristična je za bolesnike koji su nekritički opširni u izlaganju, te se ono još zove patološka opširnost. Bolesnik priča i detaljiše, pri čemu ne pravi razliku bitnog i nebitnog.

Asocijacije stalno naviru, gubi se determinišuća tendencija, do cilja se dolazi kasnije. Ove poremećaje srijećemo najčešće kod dementinih i oligofrenih osoba.

Viskoznost ili „ljepljivo“ mišljenje je poseban oblik opširnosti mišljenja, koje se srijeće kod epileptičara, dementnih i maničnih bolesnika.

Usporeno (bradipsihičko) mišljenje je poremećaj mišljenja koje karakteriše prisustvo jedne preovlađujuće ideje nad ostalim, te bolesnik ne može od nje da odstrani svoju pažnju. Usporeni misaoni tok se naziva *bradilalija*, često praćena opštom psihičkom usporenošću, poznatom pod nazivom *bradipsihija*. Pacijent govori usporeno, produžena je latenca odgovora. Poremećaj se najčešće srijeće kod bolesnika koji boluju od depresije, zatim moždanih organskih psihosindroma, oligofrenije i nekih oblika shizofrenije.

Emocionalni blok nastaje usljed prekida toka misli ili govora, što se u teškom obliku može manifestovati *mutizmom*.

Mutizam se dijagnostikuje kada osoba ne izgovara više od 20 riječi da bi odgovorila na postavljeno pitanje. Ovo stanje nalazimo kod retardiranih osoba, nekih shizofrenih i depresivnih bolesnika.

Ubrzani misaoni tok je poremećaj mišljenja po formi, gdje srijećemo fenomene koji su suprotni u odnosu na prethodni poremećaj.

Kod njega je naglašen impuls za govor (*logoreja*), misli nadolaze spontano jedna za drugom. Asocijacije su obilne, bolesnik se pri govoru skoro ne može zaustaviti, determinišuća tendencija se slabo održava.

Kod nekih bolesnika srijećemo pravu bujicu ideja, čitave riječi se ne iskazuju, niti se sklapaju čitave rečenice, skače se sa predmeta na predmet, te imamo tzv. bujicu ideja ili bjekstvo misli („*fuga idearum*“).

Ovaj poremećaj mišljenja srijeće se kod maničnih bolesnika.

Njega često prati povećana psihomotorna aktivnost.

Blok mišljenja ne mora se uvijek kvalifikovati kao psihopatološki znak. On se može sresti i kao fiziološka pojava kod mentalno zdrave populacije, kod umora, pogotovo u slučajevima kada neka intenzivna ili iznenadna, emocionalno šaržirana draž iz okruženja skrene našu pažnju i time prekine misaoni tok. Blok mišljenja se može desiti u slučaju emocionalne blokade nastale od straha na ispitu. Kod shizofrenih bolesnika on se često može naći.

Inkoherentno mišljenje je nepovezano mišljenje, gdje se govor bolesnika teško shvata i razumije. Misaone ideje su logički nepovezane i zbrkane. Ovaj poremećaj često se viđa kod sindroma koji su praćeni poremećajem svijesti, kakva su delirantna stanja, demencije i sumračna stanja.

Govor u stranu je poremećaj mišljenja koji se viđa kod nekih oblika shizofrenije. Njega karakteriše nemogućnost bolesnika da direktno odgovori na po-

stavljeno pitanje, već umjesto adekvatnog odgovora daje odgovor koji nema veze sa postavljenim pitanjem. Ovakav poremećaj može da bude jedan od znakova autističkog sindroma.

Neologizmi su novoformiranje riječi ili novokovanice koje se formiraju akumulacijom više koncepata, koji mogu na prvi pogled izgledati kao normalne pojave, ali su često indikatori za shizofreni poremećaj ili sekundarne organske sindrome. Neologizme stvara sam pacijent i one nemaju uporište u objektivnoj stvarnosti. Od tih riječi mogu se praviti bizarne rečenice. To u neku ruku asocira na tvrdnju da shizofreni pacijent vodi “duplo knjigovodstvo,” pošto je kod njih ličnost rascijepljena.

Verbigeracija je poremećaj mišljenja koji se karakteriše zbrkanim ponavljanjem pojedinih riječi ili rečenica pri čemu je svijest bolesnika intaktna. Praktično se radi o stereotipiji govora, koju nalazimo kod katatone shizofrenije, demencije i epilepsije.

Perseveracija predstavlja poremećaj mišljenja po formi, koju prati potreba za prisilnim, besmislenim ponavljanjem pojedinih riječi ili rečenica, bez svjesne namjere i htjenja.

Poremećaj se najviše javlja kod organskih lezija mozga, kod alkoholičara, raznih konfuznih stanja, kao i kod zamora.

Embolusna riječ sreća se kod bolesnik u trenutku početka i nastanka cerebrovaskularnog insulta, a koju kasnije u afaziji jedino može izgovoriti.

Stereotipije prati konstantno ponavljanje iskaza ili ponašanja u različitim situacijama, bez obzira na kontekst.

Eholalija je repeticija (ponavljanje) onog što druga osoba ili ispitivač kaže, a ponavlja se samo posljednje riječi ili izraza naziva se *palilalija*.

Alogija je poremećaj mišljenja po formi, kojega karakteriše osirimašeno mišljenje i kognicija, što se najčešće sreća kod shizofrenih bolesnika. Termin potiče od grčkog *a* – ne i *logos* – misao, mišljenje. Za ovaj poremećaj je karakteristično sirništvo govora, kada su odgovori veoma škrti, a pitanje se mora postaviti više puta pacijentu.

Kod ovog poremećaja misaoni procesi izgledaju prazno, suvoparno i usporeno.

Bijeg ideja (fuga idearum) javlja se kada brzina toka misli enormno poraste da se često mijenja i pravac mišljenja. To stanje prati ubrzan tok govora nelogičan i u fragmentima, koji postaje sve brži brži, gdje asocijacije jedva sustižu ili prestižu jedna drugu, gdje od rimovanja, kombinacije riječi i zvučnih asocijacija stvara se novi pravac za mišljenje i govor, koji potiče od zvučnosti riječi a ne od njihovog pravog značenja. Ovaj poremećaj mišljenja srećmo kod maničnih stanja.

Rasulo misli prati raspad pojmova, stvaranje i upotreba novih riječi (neologizmi), njihova pogrešna upotreba, i pogrešne asocijacije.

Poremećaj se srijeće kod nekih shizofrenih bolesnika.

Salata od riječi je veoma teški poremećaj mišljenja, koje prati prava govorna zbrka. Govor je sastavljen od nerazumljivih riječi i rečenica.

Koriste se novokovanice koje samo bolesnik razumije. Ovaj poremećaj mišljenja po formi nalazimo kod teških oblika shizofrenije.

Poremećaji mišljenja po sadržaju

Precijenjene ideje, kao što i sam naziv govori mogu se shvatiti kao zablude vezane za davanje većeg emocionalnog značaja nekom događanju ili sadržaju. U običnom govoru za njih čujemo i sinonim „fiks ideje“, koji možda najbolje dočarava ovaj poremećaj mišljenja.

Po pravilu se srijeću kod mentalno normalnih ljudi, koji zbog nekih razloga pridaju enormni značaj nekom sadržaju ili dešavanju, bilo sa pozitivnim bilo negativnim efektom. Kod precijenjenih ideja nalazimo nekritičan i nerealan odnos prema nekoj procjeni. Mogu nastati iz iracionalnih i nesvjesnih čovjekovih potreba. Nekada su karakterna osobina izvjesnih ljudi. Srijećemo ih nerijetko kod poremećaja ličnosti.

Nekada ih je teško razlikovati od sumanutih ideja, a mogu im biti i prethodnica.

Prema sadržaju precijenjene ideje mogu biti agresivne, u vezi sa nekim oboljenjem, prljavštinom, zarazom, oblik pedanterije, urednosti, religiozne ideje itd.

Prisilne ideje srijećemo kod opsesivno-kompulsivnog poremećaja.

Kod ovog entiteta nalazimo ideje i misli koje se sponatno i nevoljno nameću pacijentu. Ove ideje i misli nazivaju se još opsesivne misli (obsesio = obuzetost). One su vrlo uporne, stvaraju neprijatnost, psihičku napetost i mahom ih prati neurovegetativna simptomatologija.

Opsesivne ideje mogu biti praćene neodoljivom potrebom i impulsom da se prisilna misao i ideja, koja se nameće, realizuje (npr. da se broje prolaznici na ulici, da se provjerava, da li je zaključan automobil i slično), kada govorimo o kompulsijama, odnosno opsesivno-kompulsivnom sindromu.

Ako se izvrši prisilna radnja bolesnik osjeća olakšanje, jer splašnja intrapsihička napetost koja nastaje kao posljedica intrapsihičkog konflikta. Opsesivno-kompulsivne ideje nalazimo kod opsesivno-kompulsivnih neuroza, koje neki

autori nazivaju prisilne neuroze, zatim se mogu registrovati i kod shizofrenih poremećaja.

Sumanute ideje nastaju na bolesnoj osnovi. Ti misaoni sadržaji nemaju uporište u stvarnosti, već proističu iz zabluda i na bazi bolesne osnove ličnosti. Zablude praktično srijećemo u svakodnevnom životu, ali se sa ubjeđivanjem kod dotične osobe mogu odstraniti, što nije slučaj kod sumanutog poremećaja mišljenja.

Bolesnik sa sumanutim idejama tvrdo je ubijeđen u svoje mišljenje i ponašanje koje iz njega proističe. Sumanute ideje su jedan od ključnih orijentira koje srijećemo kod psihotičnih bolesnika, pogotovo kod sindroma sumanutosti. Sumanute ideje su praktično nepodložne korekciji. Faktori koji utiču na razvoj sumantih ideja prevashodno su afektivne prirode, nagonske, a manje kognitivne.

Sumanute ideje remete opažanje, te se opaženo pogrešno interpretira.

Kod stanja sa ovim poremećajem mišljenja mogu se naći afektivne torzije i povišen psihomotorni nemir.

Prema važećim kriterijumima sumanute ideje se klasifikuju u odnosu na: *strukturu, sadržaj i mehanizam nastanka.*

U odnosu na strukturu u kliničkoj praksi mogu se naći *paranoične* i *paranoidne* sumanute ideje.

Paranoične sumanute ideje karakteriše visoka sistematizovanost, dobrim dijelom su ubjedljive, logične i konzistentne. Paranoični sadržaji su snažno i adekvatno afektivno šaržirani (ideo-afektivni blok). Paranoične sumanute ideje su nepodložne korekciji.

Paranoidne sumanute ideje su suprotnih kliničkih atributa. One su nesistematizovane neubjedljive, nepovezane, i nelogične, sadržaj im fluktuiraju (nepostojanog ideo-afektivnog bloka), terapijski se mogu korigovati.

Sadržaj sumanutih ideja je raznovrstan, zavisno od vrste i prirode bolesti, presonalnih karakteristika ličnosti i sociokulturnog konteksta u kojem osoba živi.

Shodno tome, u odnosu na sadržaj sumanute ideje se mogu podijeliti na: *sumanute ideje proganjanja, sumanute ideje ljubomore, sumanute erotomanske ideje, ekspanzivne sumanute ideje, depresivne sumanute ideje, religiozne sumanute ideje, sumanuto vjerovanje da se njemu/njoj čitaju misli, sumanute ideje odnosa i hipohondrijske sumanute ideje.*

Sumanute ideje proganjanja (persekucije) su psihopatološka pojava koja se karakteriše vjerovanjem bolesnika da ga neko progoni, prati i ugrožava. To mogu biti pojedinci, grupe ljudi ili čak organizacije progonitelja.

Sumanute ideje ljubomore (nevjerstva) tiču se bračnih odnosa, gdje bračni drug (po pravilu suprug), stoji na stanovištu da ga supruga vara, sa pojedincima

ili čak grupom ljubavnika (partnera). Sumanutost može da poprimi fantastične razmjere.

Sumanute erotomanske ideje spadaju u grupu sumanutosti strasti (Kleramboov sindrom), kada kod bolesnika postoji uvjerenje da su u njega zaljubljene poznate i znamenite ličnosti (političari, pisci, glumci itd.), te ne biraju sredstva da to dokažu.

Ekspanzivne sumanute ideje neki još nazivaju ideje veličine ili megalomanske ideje, a mogu još biti i sumanute ideje bogatstva ili visokog porijekla. Postoje i mesijanske sumanute ideje, ideje pronalazaštva i slično (da je car, „novi Isus“ i slično). U svakom slučaju, radi se o poremećajima gdje postoji preuveličavanje sebe, i pogrešna predstava svoje pozicije u stvarnosti. Kod takvih osoba ego je hipertrofičan i precijenjen, a okružujući svijet zanemaren.

Depresivne sumanute ideje (ideje krivice) i samooptuživanja (autoakuzacija) su psihopatološki sadržaji mišljenja koje nalazimo kod bolesnika koji boluju od depresivne sumanutosti, koja je praćena depresivno polarisanim raspoloženjem, falsifikovanjem prošlosti, niskom predstavom selfa i negativnom anticipacijom budućnosti. Kod ovih bolesnika često nalazimo suicidalne ideje i radnje.

Religiozne sumanute ideje su praćene utiskom bolesnika da komunicira sa natprirodnim bićima (Bog, anđeo i slično). Nije rijetkost da se osoba (bolesnik) ponaša kao novi izbavitelj i spasilac (Mesija).

Te osobe puno čitaju religioznu literaturu i dosta vremena troše na religiozne rituale.

Sumanuto vjerovanje da se čitaju misli, da se misli krađu ili ubacuju, predstavlja težak utisak kod bolesnika. Takav doživljaj dira u najveću intimu bolesnika, te kod njega stvara nespokoj i mučninu.

Sumanute ideje odnosa srijeću se kod bolesnika koji pogrešno doživljavaju stvarnost i neposredno okruženje, sa ubjeđenjem da sve što se dešava, tiče se njih i radi njih. Tu imamo bolesnu interpretaciju realnih dešavanja iz bolesnikovog okruženja (ako neko na ulici razgovara bolesnik misli da se to čini radi njega, ako se neko rukuje bolesnik misli da se to tiče njega i slično).

Hipohondrijske sumanute ideje su vjerovanja bolesnika da su oboljeli od neke teške (mahom tjelesne) bolesti, što nema realne osnove. Mahom se radi o tvrdokornim sumanutim idejama. Ti bolesnici stalno traže preglede, nezadovoljni su i mijenjaju ljekare.

Hipohondrijske sumanute ideje srijećemo kod depresivnih bolesnika (psihotična depresija). Njih treba razlikovati od hipohondrijskih strahova i zabrinutosti za zdravlje koje srijećemo kod neurotičnih stanja.

Mehanizmi nastanka sumanutih ideja mogu biti:

Halucinatorni, kada sumanute ideje nastaju na osnovu prethodne halucinacije.

Intuitivni, kada sumanute ideje nastaju na bazi intuicije i bolesnikovog osjećanja da se s njim nešto dešava iako za to nema objektivnih dokaza. Sve se to doživljava na nesvjesnom planu, a zaključak na svjesnom nivou.

Interpretativni, kojom prilikom sumanute ideje nastaju na osnovu pogrešne, bolesne interpretacije okružujuće i objektivne stvarnosti.

Fabulativni, gdje sumanute ideje nastaju na bazi bolesnikove mašte, kojom prilikom se stvarnost konstruiše od fantastičnih ideja i zamisli, koje su van konteksta realiteta. Takve sumanute ideje sriječemo kod pacijenata koji boluju od parafrenije.

U kliničkoj praksi mogu se sresti i specifične forme sumanutosti kakve su *sintimne sumanute ideje*, koje nastaju na bazi patološki izmijenjenog afekta (recimo melanholik, zbog svog depresivnog raspoloženja sve pesimistički doživljava), i *katatimne sumanute ideje*, koje nastaju na osnovu jedne ideje čvrsto povezane sa određenim afektom (ako smo preme nekome naklonjeni, greške mu često previđamo).

ISPITIVANJE FUNKCIJE MIŠLJENJA

Već je istaknuto, da se poremećaj mišljenja može manifestovati na njegovu formu i sadržinu. U kliničkoj praksi može se sresti i regresivno, odnosno dereističko mišljenje.

Poremećaj mišljenje pšo formi mogu se relativno lako resistrovati kod najvećeg broja bolesnika u toku intervjuja. To se pogotovo odnosi na poremećaje u oblasti afektivnog života. Recimo kod maničnih bolesnik imamo ubrzan misaoni tok, nekada rasulo misli, opširnost govora i slično. Kod depresivnih bolesnika možemo sresti usporeno mišljenje, blokade u nekim slučajevima.

Poremećaji mišljenja po sadržaj, razne vrste sumanutih ideja često se lako zapažaju u toku pregleda takvih bolesnika. Čak, nekada ih laci primjećuju. Ali ima slučajeva, pogotovo kada se radi o paranoičnim bolesnicima, gdje treba dosta takta i vještine da se one detektuju. Neki, posebno paranoidni bolesnici skrivaju, odnosno disimuliraju ove poremećaje, pa je potrebno strepljenje i vještina da bi se bolesnik privolio da ih saopšti.

U ovakvim slučajevima pratnja (heteroanamnestički podaci) pacijenta je neophodna, za validnu procjenu postojanja sumanutih sadržaja.

Inače, treba biti obazriv kod eksploracije paranoidnih bolesnika, zbog mogućnosti da vas okrive i “uvuku” u svoj bolesni sistem. Neki preporučuju da se takvim pacijentima ne povlađuje mnogo, ali isto tako ne smijemo biti radikalni u razuvjeravanju ili kritici takvih bolesnika. Treba stvoriti “klimu” povjerenje, strpljivo, taktički i nenametljivo slušati pacijenta i pitati ga recimo: “Otkuda baš da se to Vama dešava....da Vas progone, imate li neprijatelje, da li ste ljubomorni, da li neki ljudi na vas utiču, da li imate neke posebne sposobnosti“ i slično.

Ako smo verificovali sumanute ideje možemo dalje raditi na verifikaciji njihove strukture mehanizma nastanka, što zahtijeva dodatno znanje i iskustvo.

Prisilne misli i ideje, koje sretamo kod nekih neurotičnih poremećaja, lako otkrivamo, pošto ih bolesnici njačešće direkto saopštavaju i žale se na neprijatne doživljaje koji ih prate.

INTELIGENCIJA

Termin inteligencija potiče iz drevnih vremena i vezan je za latinsku riječ *inteligere*, koja u prevodu znači shvatiti ili razumjeti. Aristotel je davno kazao da „razum nije isti kod životinja i kod ljudi“.

Ova složena psihička funkcija može se na različite načine definisati zavisno od polazišta (biološko, psihološko i socio-pedagoško).

Jedna od često pominjanih definicija glasi: *inteligencija je opšta sposobnost koja omogućava uočavanje bitnih odnosa među pojavama i pojmovima.*

Prihvatljivo je i mišljenje: *inteligencija je sposobnost snalaženja u novim uslovima i pronalaženje novih rješenja u tim okolnostima.*

Ona se može definisati i kao *kapacitet za učenje i korišćenje naučenog.*

Inteligencija je sposobnost adaptacije i dobrog funkcionisanja.

Inteligencija je tijesno povezana sa procesom mišljenja, pa neki s razlogom govore da je inteligencija sposobnost da se mišljenje upotrijebi za nove zahtjeve, sve u funkciji prilagođavanja jedinke.

Inteligencija je i sposobnost učenja i sposobnost korišćenja naučenog i iskustvom provjerenog.

Inteligencija je psihički potencijal sa kojim se čovjek rađa, a od uslova sredine zavisi u kojem stepenu će se ona razviti.

Inteligencija se razvija postepeno i njen razvoj se završava od 16 do 18 godine (po nekim autorima do 24 godine), a poslije toga se akumulira naše iskustvo.

Inteligencija je skup više nezavisnih sposobnosti. Speaman je mišljenja, baziranog na osnovu saznanja faktorske analize, da postoje opšte sposobnosti, tzv. faktor „G“, od koga zavisi cjelokupno intelektualno funkcionisanje i faktori „S“ ili specifični faktori koji se odnose na posebne sposobnosti (obdarenost za neku djelatnost). On je precizirao sedam ovakvih sposobnosti: logičku, mehaničku, verbalnu, aritmetičku, jezičku, sposobnost memorisanja i psihološku sposobnost.

U odnosu na strukturu Tordajk razlikuje verbalnu ili apstraktnu inteligenciju (vještina korišćenja brojeva), praktičnu (vještina manipulisanja objektima) i socijalnu, koja se manifestuje sposobnošću komuniciranja sa ljudima.

Pored navedenih oblika inteligencije neki govore i o emocionalnoj i duhovnoj inteligenciji.

Emocionalna inteligencija je „skup emocionalnih vještina koje nam omogućavaju da odaberemo ispravan način upotrebe osećanja i nesvjesnih, instinktivnih mehanizama u interakciji sa drugim ljudima, kao i u shvatanju i poboljšanju samog sebe“ (Daniel Goleman). Ukratko, emocionalna inteligencija uključuje zna-

nje o onome što osjećate i korišćenje sopstvenih osjećanja za donošenje dobrih odluka u životu.

Duhovna inteligencija pak predstavlja vrstu inteligencije pomoću koje opažamo i intuitivno rješavamo probleme smisla, značenja i vrijednosti, i koja nam pomaže da sebe smjestimo u širi i bogatiji smislaono – značenjski kontekst. O ovoj vrsti inteligenciji potrebno je govoriti zato što je čovjek suštinski duhovno biće, pa teži da pronađe smisao u onome što čini i doživljava. Sve tri vrste inteligencije (praktična - racionalna inteligencija – IQ, emocionalna inteligencija – EQ i duhovna inteligencija – SQ) u idealnom slučaju djeluju zajedno i potpomažu jedna drugu, ali mogu djelovati i zasebno.

Do danas nijesu oficijelno nađeni centri inteligencije u mozgu.

Ranije je bilo govora da je inteligencija vezana za piramidni sloj ćelija u korteksu. Veličina mozga ne korelira sa inteligencijom. Po svoj prilici ovaj proces se odvija na nivou sinaptičkih struktura i njihovih složenih mehanizama funkcionisanja.

Za razvoj inteligencije ključnu ulogu imaju nasljedni, genetski faktori.

Iz prakse i iz običnog života znamo da postoji intelektualna sličnost roditelja i njihove djece. Pozitivna korelacija je očigledna kada se posmatra inteligencija blizanaca u odnosu na usvojenu djecu, gdje je inteligencija slična biološkim roditeljima. O tome govori i stalnost njihovih umnih količnika.

Inteligencija se može procjenjivati na više načina. U rutinskom kliničkom radu često se upražnjavaju tzv. „mali klinički testovi“, koji se baziraju na utisku koji formiramo u toku intervjua (pregleda) pacijenta, procjene njegove informisanosti, znanja, bogatsva rječnika, analizi apstraktnih pojmova, nivoa školskog, opšteg znanja, jednom riječju sposobnosti shvatanja bitnog i nebitnog.

Inteligencija se mjeri preciznijim kliničkim standardizovanim testovima. U kliničkoj praksi najčešće se koriste dvije vrste testova, tzv. verbalni i neverbalni testovi. Preko ovih testova dobija se količnik ili koeficijent inteligencije (IQ).

Količnik inteligencije je količinska (kvantitativna) procjena inteligencije, brojčano izražena procentom. Ona se izračunava preko formule:

UU (umni uzrast)

IQ = ----- X 100

HU (hronološki uzrast)

Brojčana vrijednost umnog uzrasta se dobija nakon ocjene uspjeha u rješavanju standardizovanih testova, dočim hronološki uzrast je broj godina testiranog puta 12 mjeseci.

Najpoznatiji testovi za mjerenje inteligencije su Bienet-Simonov test i Wechsler-Belvue skala (W-B skala – WAIS). Na Wechsler-ovom testu prosječna inteligencija ima skor od 90-100 poena. Iznad tog količnika inteligencije (broja poena), računa se visoka inteligencija. Količnik inteligencije (broj poena) koji iznosi 90 poena po W-B skali, označava inferiornost (oštećenje) inteligencije.

Poremećaji inteligencije

U kliničkoj praksi najvažnija su dva tipa poremećaja inteligencije.

To su: *mentalne retardacije (mentalna nedovoljna razvijenost)* i *demencije*.

Oni imaju zajednički naziv intelektualni deficiti. Neko ih dijeli na *primarne* (mentalna retardacija), u kom slučaju se radi o urođenom ili rano stečenom, intelektualnom deficitu i stečene – *sekundarne* (demencije), koje nastaju docnije u životu, pod uticajem brojnih, najčešće organskih oboljenja mozga ili drugih organa.

Mentalna retardacija (mentalna nedovoljna razvijenost) je poremećaj koji se još naziva oligofrenija i on označava zastoj ili ometenost u razvoju inteligencije i psihe, što se ispoljava u raznim stepenima.

Shodno tome, mentalne retardacije se dijele u tri grupe: *debili, imbecili i idioti*.

Debili su intelektualni deficiti lakšeg stepena slaboumnosti. Količnik inteligencije kod njih kreće se od 51-70 poena. Ta forma mentalne retardacije praćena je znacima emocionalne i socijalne nezrelosti.

Ove osobe mogu da završe specijalne škole, da obavljaju određene poslove uz nadgledanje, čak i da samostalno žive. Njihov umni uzrast odgovara djeci od 7-12 godina. To su sugestibilne osobe, te su podložne kriminalnom ponašanju i prostituciji. Neki su razdražljivi (eretični), a ima ih veoma poslušnih (docilni).

Imbecilnost su stanja koja karakterišu osrednje i teže izraženi znaci mentalne retardacije, gdje se IQ kreće u granicama od 21–50 poena. Ova lica ne mogu

da se školuju, da privređuju, nesposobna su za samostalan život. U lakšim slučajevima mogu se osposobiti da obavljaju najjednostavnije poslove pod nadzorom. Njihov umni uzrast odgovara umnom uzrastu djeteta od 3–7 godina.

U odnosu na IQ, imbecilnost se dijeli na umjerenu, gdje se IQ kreće od 35–50 poena i tešku sa IQ vrijednostima od 21–34 poena.

Idiotija je najteži oblik mentalne retardacije, gdje se IQ kreće ispod 20 poena. Ove osobe su nesposobne da obavljaju elementarne radnje, ne mogu da žive samostalno, te im je potrebna kontinuirana pomoć i nadzor.

Demencije su sekundarni intelektualni deficiti ili slaboumlja nastala u toku života. Ovi poremećaji se javljaju nakon gubitka prethodno normalno razvijenih intelektualnih kapaciteta. Kod dementnih osoba oštećen je proces pamćenja i upamćivanja, logičnog rasuđivanja, shvatanja, te razlikovanja bitnog od nebitnog, kreativnog mišljenja i drugo. Kod njih postoji grubo poremećaj orijentacije. Neki su impulsivni, razdražljivi i teško kontrolišu agresiju. Neki su utučeni, depresivni, sa suicidalnim namjerama. Ima i podozrivih, sa produktivnom simptomatologijom proganjanja i slično. Kod nekih vidamo znake afektivne inkontinencije, nekada afektivnu hladnoću ili tupost.

Često se pominje plastično iskazana opaska, vezana za poremećaje inteligencije, koju je svojevremeno saopštio francuski psihijatar Esquirol na sljedeći način: „Dementnom čovjeku je uskraćeno dobro koje je nekada imao: on je bogataš koji je osiromašio, a ologofren oduvijek živi u siromaštvu: on nikada nije bio bogat“.

U odnosu na kliničku ekspresiju i druge kriterijume, demencije se dijele na više načina: po *stepenu* (lake, srednje i teške), po *porijeklu* (organske i funkcionalne), po *prirodi bolesti* i *prognozi* (reparabilne i ireparabilne), po načinu *nastanka* (akutne i hronične) i po *obimu* intelektualnog propadanja (globalne i lakunarne).

Pseudodemencija je sindrom koji neki nazivaju sindrom približnih odgovora. On pripada manifestacijama tzv. primitivnih zaštitnih psihogenih reakcija, a ubraja se u entitete koji se svrstavaju u reaktivne psihoze. Najčešće se ovaj sindrom srijeće kod psihopatskih osoba, histerično strukturisanih ličnosti, emocionalno labilnih i nedozrelih ličnosti. Pseudodemencije su nesvjesni obrasci ponašanja, za razliku od simulacije koja je svjesna. Ovaj poremećaj često se sreća kod osoba koje se nađu u teškoj, stresnoj ili egzistencijalnoj situaciji, gdje osoba nesvjesno „bježi u bolest“, distancira se od intelektualnih operacija.

Pseudodemencija se obično javlja u zatvorskim uslovima, i one predstavljaju zanimljive forenzičke kazuse.

ISPITIVANJE INTELIGENCIJE

Inteligencija se ispituje na različite načine. Poznato je, da veilku korist u ispitivanju ove psihičke funkcije ima materijal koji se dobija putem auto i heteroanamneze.

U svakodnevnom radu psihijatar inteligenciju može da ispituje tzv. «malim kliničkim testom» inteligencije, koji sadrži sljedeće elemente: test opšte informisanosti (fond znanja), koji treba saobraziti nivou školske spreme i socioprofesionalnog statusa, zatim test računarskih oprecija, sposobnost čitanja i pisanja, sposobnostv računanja i provjera apstraktnog mišljenja. Ovaj test treba prilagoditi očekivanom intelektualnom nivou ispitivane osobe. Nije loše prethodno, posredno procijeniti opšte kognitivne kapacitet pacijenta. Često se ispitivanje počinje sa računskim oprecijama, i aritmetičkim sposobnostima. Tako napr. preporučuje se tzv. „serija 7” .

U tom slučaju ispitaniku se da zadatak da oduzima 7 od 100. Može i neki jednostavniji zadatak koji nijesu rutinski (recimo 137 minus 28 i slično).

Treba ispitati kako se pacijent snalazi u apstraktnom mišljenju i semantici pojmova. U tom smislu najčešće se koriste interpretacije poslovice (“Ko drugome jamu kopa sam u nju pada,” što neki pacijent koji ne razumije njen smisao može bukvalno da protumači – ”ko drugome jamu kopa može da se oklizne, pa da sam u nju padne!”).

Kod ispitivanja inteligencije, potrebni su neki preduslovi kao što su dobra pažnja, adekvatna parcepcija, kooperativnost, odsustvo zamora i manifestne anksioznosti.

Pacijenta treba motivisati za ispitivanje (neki pacijenti nerado prihvataju testiranje i provjeru znanja). Inače, poznato je da se svaki čovjek u osnovin zalaže da pruži najbolje odgovore na postavljena pitanja i zadatke. U nekim slučajevima sretamo osobe koje se trude da daju pogrešne ili netačne odgovora na postavljena pitanja i zatdatke. To se može raditi namjerno i svjesno radi ostvarenja neke koristi (simulacija bolesti).

Ako se konstatuje neki deficit inteligencije, treba izdiferencirati da li je on urođen (ologofrenija) ili stečen (demencija). Sama fizionomija ispitanika često upućuje na sumnju kada se radi o slaboumnosti.

Kod stečenih mentalni deficita koje sretamo kod starih osoba, čak i kod podmakle demencije nalazimo očuvani fasadu ličnosti i raniji izraz lica. Kod demenčnih osoba nailazimo i na lucidne intervale u sferi kognicije i biheviora.

Najbolje je inteligenciju provjeravati putem WB – skale, Ravenove progresivne matrice i drugih tehnika, što je zadatak kliničkog psihologa.

NAGONI

Nagoni su urođeni i složeni obrasci ponašanja čiji je cilj zadovoljenje vitalnih potreba organizma. Ovi složeni nenaučeni obrasci ponašanja specifični su za svaku životinjsku vrstu, te se govori i o memoriji vrste. Za nagone je karakteristično da postoji stalna težnja ka određenom cilju, ili da je ta težnja potencijalnog karaktera. Ove urođene potrebe organizma, usmjerene ka određenom cilju su dijelom svjesnog karaktera, što ih razlikuje od instinkata. Čovjek nagone doživljava. Nagoni i nagonске potrebe odvijaju su pod direktnom funkcijom nervnog i endokrinog sistema. Nagoni omogućavaju funkcionisanje i opstanak jedinke i njene vrste. Nagonске želje praćene su nagonским nabojem i potrebom da se ta želja realizuje. Realizacija nagonске potrebe izaziva osjećaj ugodnosti i satisfakcije. Zapreka ili frustracija autohtone nagonске potrebe izaziva osjećanje anksioznosti, unutrašnje psihičke napetosti.

Nagoni stoje pod neposrednim uplivom motiva, odnosno pokretačkih sila nagona. Motiv je želja ili potreba koja teži da se zadovolji.

Informacije o „silama nagona,, odnosno pokretačima nagona potiču iz unutrašnje sredine, visceralnih organa, i one idu posredstvom vegetativnog nervnog sistema, preko kičmene moždine do hipotalamusa i limbičkog sistema. Pri tom se stanje unutrašnje sredine povezuje sa objektima spoljašnjeg svijeta, a taj odnos predstavlja osnovu za preživljavanje, i u vidu engrama ostaje zabilježen i memorisan u pamćenju.

Nagoni posjeduju ogromnu energiju, koja ima veliku i raznovrsnu ulogu u čovjekovom životu, za psihologiju i psihijatriju.

Za nagone su rezervisani i drugi termini, kao što su potreba, motiv, instinkt i ponašanje.

Potreba je stanje koje nastaje kao posljedica debalansa u organizmu.

Debalans stvara potrebu za određene aktivnosti koje dovode do homeostaze u organizmu.

Potrebe i / ili napetost nastaju iz dva izvora motiva : primarnih (bazičnih) i sekundarnih (naučenih – stečenih) motiva. Zadovoljavajuće rješenje i ispunjenje potreba omogućava nam ostvarenje srećenog i produktivnog života.

Motiv (Motivacija) je organski ili psihološki faktor koji je usmjeren tačno određenom cilju radi postizanja zadovoljenja. Motivacija u užem smislu riječi znači pobudu, ili podsticaj, i podrazumijeva postupak koji je vođen pokretačkom snagom nagona, a bazira se na potrebama koje teže zadovoljenju odnosno izbjegavanju nezadovoljstva.

Znači motivacija je unutrašnji energetska pokretač i potreba koja nastaje iz unutrašnjih i spoljašnjih razloga i stimulacija. Kada se jednom stvori motivacija kontinuirano traje sve dok se potreba ne redukuje ili ne bude zadovoljena. Intenzitet motivacije je različit zavisno od interakcije i stimulisa koji dolaze iz unutrašnje i spoljašnje sredine.

Neke dimenzije motivacije karakteristični su samo za ljudsku vrstu, dok su drugi vezani (prisutni) kod životinja, gdje je motivacija vezana samo za zadovoljenje osnovnih bioloških potreba (glad, žeđ).

Motivacija kod homo sapiensa kvalitativno se razlikuje od one kod životinja, zbog integrativne funkcije svijesti, govora i drugih razvojnih atributa ljudskog bića.

Motivacija čovjeka umnogome zavisi od stanja njegovog psihičkog funkcionisanja. U tom smislu, psihički procesi kakvi su učenje, opažanje i emocije sa biološkim mehanizmima imaju ključnu ulogu u motivacionom ponašanju čovjeka.

Motivi se dijele na biološke (primarne) i socijalne (sekundarne).

Instinkt je urođeni, duboko usađeni obrazac ponašanja, na koji se po pravilu ne može uticati u smislu njegove izmjene. To su arhaični obrasci ponašanja tipa bioloških automatizama, koji se ne baziraju na iskustvu, svijesti i slično, što srećamo kod čovjeka. Instinkti borave samo u nesvjesnom dijelu psihe, a manifestni su pod određenim uslovima, kada se ispoljavaju kao nagoni koje prate određeni afektivni i kognitivni doživljaj.

Instinkti se mogu mijenjati samo ukoliko se promijene uslovi pod kojima se ovo ponašanje odvija, a sve u cilju opstanka i zaštite vrste. Po Darwinovom evolucionističkom učenju obrasci ponašanja koji vode porijeklo od instinkata mogu se mijenjati u intersu adaptacije i opstanka vrste, u protivnom vsta će nestati.

Instinkti su inače specifični za određenu vrstu i genetski je determinisan.

Iako je instinktivni aparat urođen za određenu vrstu, tokom vremena on se može mijenjati i razvijati, odnosno sazrijeva kroz interakcije sa spoljašnjim svijetom, što govori o njegovoj plastičnosti. Inače, termin instinktivno ponašanje koristi se za označavanje različitih obrazaca ponašanja, poznate kao materinski instinkt, instinkt za stvaranje gnijezda, migracioni instinkt i slično. U tom smislu termin instinkt primjenjuje se i kod čovjeka, pošto mu nije svjestvena nepromjenjivost niti nezavisnost od učenja i iskustva.

Sva ljudska bića imaju slične instinkte. Sudbina instinkata zavisi od Ego snaga i njegovih mehanizama odbarana.

Poznato je da je Freud u svom učenju o instinktima prihvatio fiziološki (biološki) koncept instinkta, što ga je modifikovao radi boljeg razumijevanja

instinktivnog ponašanja individue tokom razvoja vezanog za period od rođenja do odrastanja u zrelu i perspektivnu individuu.

Instinkt se može shvatiti i kao psihička predstava unutrašnjih stimulusa, gdje stimulusi predstavljaju fiziološke potrebe, pri čemu ne treba miješati fiziološke potrebe sa psihičkim predstavama. Možda je za instinkt najbolje odgovara termin psihofiziološki proces, kako je inače Freud nazivao seksualni instinkt.

Frojd je tvrdio da instinkti imaju četiri osnovne karakteristike: *izvor* (misli se na dio tijela gdje se instinkt rađa); *pokretačka snaga* (sila nagona ili energija koja je potrebna kao stimulus za instinkt); *cilj* (akcije usmjerene ka pražnjenju tenzije ili zadovoljenju); *objekat* ili meta (najčešće je vezan za osobu), omogućava instinktu da dobije zadovoljenje, odnosno oslobodi se tenzije, stigne do instinktivnog cilja i zadovoljstva.

Instinkti su termin koji se u većini slučajeva zamjenjuje terminom nagon, i upotrebljavaju se kao sinonimi, ali se ipak može napraviti suptilna razlika ovih pojmova i njihovih značenja. Tako se kaže da je instinkt specifičan, čvrsto urezan obrazac postupaka, a pod nagonom više afektivan proces, koji je sa njim povezan i usmjeren ka nekom cilju. Nagoni obuhvataju potrebe živog organizma koje se bilo za jedinku bilo za njenu vrstu od vitalnog značaja. Biološki smisao nagona nije primarno dat svijesti čovjeka. Kod čovjeka postoji samo želja, potreba, i te želje i potrebe čovjek je svjestan (čovjek ne uzima hranu da bi obezbijedio opstanak ljudske vrste, već da utoli glad, čovjek nema seksualne odnose da bi obezbijedio potomstvo, već da zadovolji seksualni nagon). Zadovoljenje nagona izaziva osjećanje prijatnosti, spokojstva i postizanje uspješne biološke i socijalne adaptacije, a nezadovoljenje osjećanje nemira, neprijatnosti, razdraženja, straha.

Nagoni se dijele na *vitalne* (*vitalni motivi*) i *socijalne* (*socijalni motivi*). Vitalni nagoni se još zovu *primarni*, a socijalni nagoni *sekundarni*.

Vitalni nagoni

U vitalne nagone spadaju nagon ***samoodržanja*** i ***nagon održanja vrste*** .

Nagoni samoodržanja podrazumijevaju nagon za *ishranom* i nagon za *življenje*.

U nagone za održavanje vrste ubrajamo *seksualne* i *roditeljske nagone*.

Nagon samoodržanja podrazumijeva aktivnosti i podsticaje koji omogućavaju životnu egzistenciju čovjeka. Podsticaje i želje za zaštitu biološkog integriteta, tj. samoodržanja tiču se dva nagona – *nagona življenja* i *nagona ishrane*.

Nagon življenja, uz ostalo, podrazumijeva mjere i aktivnosti koje se tiču odbrane od raznih spoljašnjih opasnosti, brige o svom zdravlju, životu i uslovima života. Sve to podrazumijeva da kod zadovoljenja ovog nagona treba posjedovati i primijeniti agresiju u svojoj odbrani i zaštiti. Agresija je, inače, sastavni dio normalnog ljudskog funkcionisanja, kada je saobražena socijalnim regulama i time stavljena pod kontrolu.

Fromm govori o dvije vrste agresije, jedne, koja je urođena i služi za očuvanje vitalnog nagona, i samoodbranu, koju je nazvao benigna, i druge koja je stečena, naučena i služi da nanese štetu drugome, koju je nazvao je maligna agresija.

Nagon za ishranom (nutritivni nagon) podrazumijeva više aktivnosti, vezane za obezbjeđenje, traženje, sakupljanje, unošenje hrane i vode, čime se utoljava glad i žeđ. Poznato je da se potrebe vezane za ove nagone ne mogu dugo odlagati. To posebno važi za žeđ koja je praktično najurgentnija nagonsko – biološka potreba.

Seksualni nagon podrazumijeva prisustvo i usmjerenost seksualne energije prema heteroseksualnoj osobi standardnog uzrasta radi zadovoljenja. Seksualna energija ima i drugo, psihoanalitičko značenje *libido*, kojega treba shvatiti kao količinu energije koja dovodi do polnog uzbuđenja, koja se određenim aktivnostima kanališe i kontroliše.

Inače, pojam libida ima i drugo šire značenje – težnja ka opštim zadovoljstvima. Seksualni nagon ima više komponenata: cilj, objekat zadovoljenja i način zadovoljenja.

Roditeljski nagon proizilazi iz seksualnog nagona. On se ispoljava u želji i potrebi da se formira porodica, bude roditelj i ostavi biološko nasljedstvo. Takođe, on podrazumijeva brigu oko potomstva u prijenatalnom i postnatalnom periodu.

Neki sumnjaju u postojanje roditeljskog nagona, pa više vjeruju da je riječ o seksualnom nagonu i njegovom ovaploćenju kroz emocionalne i socijalne potrebe i relacije. Roditeljski nagon predstavlja brigu o djetetu.

Neurofiziološko tumačenje biološke osonove nagona preferira za limbičke strukture mozga, naročito za hipotalamus.

Socijalni nagoni (socijalni motivi)

Socijalni nagoni (socijalni motivi) su stečeni obrasci nastali tokom evolucije čovjeka kao socijalnog bića i njihovo zadovoljavanje služi socijalnoj adaptaciji. Socijalni motivi nastaju u interakciji sa ostalim članovima društvene zajednice i ti motivi mogu se samo zadovoljiti u okviru te zajednice. Socijalne motive neki

nazivaju gregarni ili afilijativni (afilatio – savez) motivi, odnosno nagon čopora, koji se ogleda u potrebi čovjeka da živi u zajednici sa drugim ljudima. Iz toga se može zaključiti da je čovjek socijalno biće i da ima nagonsku potrebu i motiv da živi u zajednici.

Afilijativni motiv podrazumijeva čovjekovu potrebu da živi u zajednici sa drugim ljudima, da toj zajednici pripada, da se zalaže za njeno valjano funkcionisanje. Ovaj motiv se još zove *gregarni* ili nagon čopora. Čovjek je socijalno biće, a socijalni život čovjeka ima veliki značaj u psihijatriji.

Motiv za položajem u društvu znači čovjekovu potrebu da u socijalnoj grupi kojoj pripada ima odgovarajuće mjesto i položaj iz kog proističe njegova društvena uloga. Rad, sticanje znanja i imetka, još ako su proizvod zdrave ambicije, preduslovi su za bolji status u društvenoj zajednici.

Motiv saznanja odnosi se na čovjekovu duhovnu radoznalost i saznanje stvarnosti u kojoj živi i šire od nje.

Motiv samopotvrđivanja ili motiv za autoafirmacijom, odnosi se na čovjekovu potrebu za aktivnostima koje vode uspjehu, afirmaciji i odgovarajućoj gratifikaciji od strane sredine u kojoj živi.

Altruistički motiv važi za čovjekovu sposobnost da pomogne drugima i žrtvuje se u interesu pojedinca ili društvene zajednice.

Moglo bi se kazati da su svi čovjekovi socijalni motivi u osnovi altruističkog tipa.

Motiv za radom ogleda se kroz zadovoljenje potreba za radom da bi se doživjelo zadovoljstvo.

Poremećaji nagona

Poremećaji nagona mogu se odnositi na promjene njihovog inteziteta i kvaliteta.

Shodno tome poremećaji nagona se dijele na *kvantitativne* i *kvalitativne*.

Poremećaj vitalnih nagona

Poremećaj nagona samoodržanja u kliničkoj praksi srijeće se u dvijema formama. Jedanput kada je nagon za životom naglašen i pojačan, što nalazimo kod maničnih poremećaja, kod kojih su inače u plimi svi vitalni dinamizmi. Drugi, znatno češći poremećaj u sferi vitalnih dinamizama, odnosi se na njihovu redukciju.

ju, ili potpuno gašenje, što je jedan od ključnih znakova koji se srijeće kod nekih oblika depresija, koje prati sniženje ili gašenje nagonskih dinamizama, odnosno hipohormija, ili anormija.

Poremećaj nagona za životom može biti praćen suicidalnim idejama i radnjama (tentamen suicidi), što predstavlja jedno od urgentnih stanja u psihijatriji.

Inače, suicid, suicidalne radne i ideje mogu biti plod i drugih brojnih okolnosti (motiva), socijalnih, kulturnih, etičkih i slično. Naime, samoubistvo može biti motivisano racionalnim razlozima. Ta samoubistva neki nazivaju bilansna. U teškoj situaciji samoubica rezonuje da je samoubistvo najbolje rješenje za njega, porodicu ili društvenu zajednicu. Kod takvih osoba volja je slobodna i nije pod uticajem psihopatoloških fenomena. To znači da su racionalna samoubistva posljedica socijalnih i moralnih normi nad vitalnim motivima (nagonima).

Suicidalne ideje su preokupacije, kojima su najčešće zaokupljeni bolesnici koji boluju od psihotične depresije, ali se mogu naći i kod drugih psihijatrijskih entiteta.

Ozbiljniji znak ponašanja i sniženja nagona za samoodržanje ispoljava se kod pojave suicidalnih tendencija, kada postoji odluka i naum da se realizuje samoubistvo, te se u tom smislu preduzimaju određene radnje.

Pokušaj suicida (tentamen suicidi) je manje ili više ozbiljna suicidalna radnja, koja se može završiti na pokušaju ili fatalno – suicidom.

Pokušaji pripadaju entitetu parasuicida.

Suicidum je realizovano samoubistvo.

Poremećaj nagona za ishranom

Poremećaji u oblasti nagona za ishranom ili nutritivnog nagona mogu biti *kvantitativnog* i *kvalitativnog* karaktera.

Kvantitativni poremećaji se mogu ispoljiti na više načina, a od kliničkog značaja najvažniji su: *mentalna anoreksija* i *bulimija*.

Mentalna anoreksija je stanje koje se obično srijeće kod mladih osoba, mahom adolescentnog uzrasta. Ona je jedan od znakova juvenilne neuroze, koju prati i ovaj poremećaj, gdje postoji gašenje poriva za unošenjem hrane i odbojnošću prema hrani. Ovaj poremećaj često je udružen sa endokrinološkim poremećajima, poremećajem menstruacije i mršavljenjem. Anoreksija se registruje i kod drugih psihijatrijskih poremećaja, pogotovo kod hipohormičkih sindroma i nekih oblika šizofrenih psihoza. Mnoge tjelesne bolesti prati pad apetita, odnosno *inapetencija*, što nema veze sa prethodnim poremećajem.

Bulimija ili bolesna proždrljivost se karakteriše pojačanim nagonom za ishranu, bolesnici jedu nekritično, mnogo, halapljivo i ne birajući hranu. Postoji opasnost da se u pohlepi i halapljivosti za hranom uguše (bolus smrti). Ovaj poremećaj najčešće se srijeće kod dementnih bolesnika i oligofrenih osoba.

Kvalitativni poremećaji za ishranu se rjeđe vidaju u odnosu na kvantitativne poremećaje. U grupu kvalitativnih poremećaja nagona za ishranu spadaju: *koprofagija*, *antropofagija* i *nekrofagija*.

Koprofagija je bolesni poriv da se konzumiraju fekalije i druge izlučevina iz organizma. Ovaj teški poremećaj sreća se kod shizofrenije simpleks i kod dementnih bolesnika.

Antropofagija se može naći kod teških psihijatrijskih slučajeva kada se jede ljudsko meso. Kao ritual i dio folkloru nekih plemena u Africi ova pojava se i dan danas upražnjava, a nosi naziv *kanibalizam*.

Nekrofagija je morbidni poremećaj, gdje postoji potreba da se jede meso leša.

Poremećaj seksualnog nagona

Seksualne funkcije odvijaju se na bazi normalnog funkcionisanja endokrinog sistema, polnih žlijezda i hipofize. Taj složeni neurofiziološki sistem, njegova ekspresija pod neoposrednim je uticajem više psiholoških činilaca, osobito emocija. Realizacija seksualnog nagona može biti ometena na raznim nivoima, pod raznim uslovima i okolnostima.

Njegovo ispoljenje može poprimiti patološke forme i oblike.

Riječju, poremećaji seksualnog nagona dijele se na *kvantitativne* i *kvalitativne*.

Kvantitativni poremećaji

Ovi poremećaji odnose se na kvantitativni aspekt seksualnog nagona, što se manifestuje njihovim povišenjem ili smanjenjem, odnosno gašenjem. Povišenje seksualnog života može se ispoljiti u formi *nimfomanije* kod žena, odnosno *satrijaze* kod muškaraca.

Inače, ove manifestacije ne treba uvijek shvatiti kao poremećaj. One se mogu naći i kod normalne populacije. Danas se koriste i razni preparati (Viagra i slično) za povećanje seksualne želje i potencije.

U kliničkoj praksi poznati su slučajevi gašenja ovog nagona, što neki autori nazivaju frigidnost, ili „seksualna anestezijska“. Kod ženske populacije nesposobnost doživljavanja orgazma naziva se *anorgazmija*, a nesposobnost realizacije koitusa, zbog nemogućnosti erekcije kod muškaraca, naziva se *impotencija*. Ukoliko erekcija traje vrlo kratko govorimo o *ejaculatio praecox*, odnosno prijevremenoj ejakulaciji.

Kvalitativni poremećaj

Kvalitativni poremećaji seksualnog nagona se još zovu seksualne devijacije. One se klasifikuju u odnosu na *način* zadovoljenja polnog nagona na *seksualne nastranosti* (*perverzije*) i prema izboru seksualnog partnera kao *seksualne inverzije*, odnosno *homoseksualizam*.

Seksualne nastranosti (perverzije)

Seksualne nastranosti (perverzije) su poremećaji u doživljavanju orgazma. Oni se mogu pojaviti u sljedećim oblicima: *masturbacija (onanija)*, *pederastija*, *ekshibicionizam*, *voajerizam*, *sodomija*, *fetišizam*, *sadizam*, *mazohizam*, *transvestitizam*, *metatrpizam*, *pedofilija*, *gerontofilija*, *felacija* i druge. Ovi poremećaji nazivaju se još *parafilije*.

Masturbacija (onanija) je način seksualnog zadovoljenja mehaničkim putem, nadražanjem i trljanjem svojih genitalnih organa.

Ova pojava se srijeće i kod normalnih osoba, u određenim životnim fazama (u vrijeme puberteta) i nekim životnim okolnostima (zatvorenici, brodari).

Masturbacija je patološka, perverzna pojava, kada je sama sebi cilj i kada se srijeće kod lica koja mogu na prirodan način realizovati svoje heteroseksualne potrebe, a oni to ne čine.

Pederastija je zadovoljenje seksualnog nagona koitusom preko anusa. Mahom se srijeće kod muškaraca. Taj oblik perverzije kod žena naziva se *pedersthia mulirena*.

Treba razlikovati pederastiju od homoseksulanosti. Homoseksualnost je inverzija (nastranost u izboru objekta), a pederastija je perverzija (nasteranost u načinu seksualnog odnosa). Danas se prevladava liberalniji stav po pitanju ovog oblika seksualne perverzije, pa neki smatraju da je u načinu seskuslanog odnosa dopušteno manje više sve.

Ekshibicionizam (egzibicionizam) predstavlja takav oblik perverzije, gdje se seksualno uzbuđenje postiže samo za vrijeme pokazivanja svojih genitalija osobi suprotnog pola. Za egzibicionizam je još karakteristično da se erotsko uzbuđenje postiže masturbacijom i orgazmom.

Voajerizam predstavlja vid perverzije, gdje se seksualno uzbuđenje postiže posmatranjem seksualnog odnosa drugih osoba, ili gledanjem nagih ljudi.

Sodomija je teška forma perverzije gdje osoba opšti sa životinjom.

Taj poremećaj još se zove bestijalnost.

Fetišizam karakteriše perverzni doživljaj, kada se erotsko uzbuđenje doživljava gledanjem i diranjem predmeta koji pripadaju osobi suprotnog pola. Ova perverzija dobila je naziv fetiš po predmetu koji se gleda.

Sadizam predstavlja oblik perverzije gdje se orgazam doživljava nanošenjem bola koji može biti fizički ili psihički. Inače, vjeruje se da se on tokom seksualnog odnosa doživljava i da je poželjan određeni stepen sadizma.

Mazohizam je seksualna perverzija, gdje se orgastičko zadovoljenje postiže trpljenjem psihičkog i fizičkog bola, na način što se partner vrijeđa, ponižava, fizički maltretira itd.

Transvestitizam je perverzni čin u kom se seksualna uzbuđenost ostvaruje oblačenjem odjeće lica suprotnog pola.

Metatropizam je oblik seksualne nastranosti gdje postoji potreba da se heteroseksualne uloge zamijene. Tako se dešava da perverzan muškarac svoje seksualne potrebe može da zadovolji jedino sa ženom koja ima (ispoljava) maskuline crte i manire, tzv. muškobanjasta žena.

I obrnuto, žena metatropist zadovoljava se samo sa muškarcem femininog izgleda i ponašanja.

Felacija pripada grupi seksualnih perverzija – seksualno zadovoljstvo se ostvaruje putem sisanja falusa od strane partnerke.

Kunilingcija je suprotna radnja koja se ogleda u dodirivanju ili lizanju stidnice jezikom partnera.

Oba ova poremećaja (felacija i kunilingcija) ne moraju biti znaci ili simptomi psihopatologije, i mogu se sresti i kod normalne populacije. Oni se mogu shvatiti kao perverzije kada su same sebi cilj.

Seksualne inverzije

To su poremećaji kod kojih dolazi do pogrešnog izbora seksualnog objekta. Ovoj grupi poremećaja pripadaju: *narcizam*, *homoseksualnost*, *pedofilija*, *gerontofilija*, *zoofilija*, *nekrofilija* i druge.

Narcizam (samozaljubljenost) je oblik seksualne perverzije kada osoba sama sebi postaje libidinozni objekt. Samozaljubljenost se vezuje za drevni mit o Narcisu koji je seksualno uživao u ljepoti svoga tijela.

Homoseksualnost je pogrešan izbor seksualnog partnera, gdje se libido usmjerava na osobu istog pola. Ona se kod muškaraca još naziva *uranizam*.

Lezbejstvo je seksualna usmjerenost žene prema istom polu. Naziv potiče iz drevnog grčkog mita, po kojemu je na ostrvu Lezbosu boravila pjesnikinja Sapho, te po njoj još nosi naziv *safizam*. Ovaj poremećaj kod žena se još naziva *tribadizam*. Američka psihijatrijska asocijacija skinula je sa liste psihičkih poremećaja homoseksualnost kao vrstu seksualne inverzije.

Pedofilija je seksualna usmjerenost prema djeci.

Gerontofilija je seksualna usmjerenost prema starim osobama.

Zoofilija je oblik inverzije gdje je životinja izabrani objekt seksualnog zadovoljenja.

Nekrofilija je rijedak, ali najteži oblik seksualne inverzije kada je leš izabran za seksualni objekt zadovoljenja.

Poremećaji socijalnih nagona (motiva)

Ovi poremećaji mogu se naći kod brojnih psihijatrijskih entiteta.

Poremećaj ***afilijativnog motiva*** vezan je za povlačenje i otuđenje od društvene zajednice i njenog ustrojstva. On je čest nalaz kod bolesnika koji boluju od depresije i shizofrenije. Može se naći i kod pacijenata gdje su psihički poremećaji nepsihotičnog ispoljavanja.

Motiv ***samopotvrđivanja*** često je narušen kod shizofrenih i depresivnih bolesnika.

Autoafirmacija, motiv za radom i saznanjem, koji su proizvod vitalnih dinamizama, često su redukovani, ili posve ugašeni, kod šizofrenih psihoza, depresija raznih kliničkih oblika, kao i kod neurotičnih pacijenata, koji neracionalno i enormno troše energiju za savlađivanja impulsa i sadržaja iz sfere nesvjesne psihe.

Etičke norme, pripadaju kategoriji viših socijalnih motiva, krajnje su redukovane i kompromitovane kod poremećaja ličnosti.

ISPITIVANJE NAGONSKIH FUNKCIJA

Ispitivanje nagonских funkcija prilično je delikatno. U zadnje vrijeme nije lako povući jasnu liniju razgraničenje između normalnog i psihopatološkog u sferi nagonskog života. To je posebno aktuelno u oblasti seksualnog (nagona) života. Uzo to, većina pacijenti u mnogim kulturama (i našoj) nerado govori svom ljekaru o izmjenama u obalsti seksualnog života. Pacijenti u velikom broju prikrivaju svoje poremećaje, čak i od roditelje i intimnih prijatelja, potiskujući i konvertujući taj problem u druge simptome, ili koriste sublimaciju kao mehanizam odbrane, te na taj način ventiliraju seksualnu požudu. Inače, i pitanja vazana za seksulani život prilikom pregleda (intervjua) pacijenta treba postaviti nenamentljivo i pri kraju intervjua, kada se uspostavi validan verbalni kontak i stvori povjerljiva atmosfera i motiovacija pacijenta za takvu temu.

Neke izmjene seksualnog ponašanja možemo zapaziti tokom opservacije i intervjua ispitanika. Zapaženo je, da kod većine homoseksualaca (homoseksualnost sama za sebi nije bolest) možemo zapaziti karakterističan neverbalni govor, govor tijela, mimika, gestuikulacija, maniri, držanje ruku, boja glasa, oblačenje i drugo. Pri tome kod muškaraca možemo naći feminine manire, a kod žena maskuline.

Inače, malo je psihičkih poremećaja koji nijesu praćeni izmjenom u oblasti nagonskog života, pogotovo kada su u pitanju vitalni nagoni. Tu sretamo njihovo povišenje (kod maničnih bolesnika) ili smanjenje (kod depresivnih pacijena).

Posebno treba obratiti pažnju na informaciju kada dobijemo podatak o sniženju vitalnih nagona, kao što je uzimanje hrane i slično, što mogu biti ekvivalenti suicidalnog sindroma, inače najurgentnijeg stranja u psihijatriji.

Mogu se dobiti podaci i o anoreksiji nervozi, kada je snižen nagon za ishranu (bilo da je to svjesna ili nesvjesna odluka). Ili se može raditi o bulimiji nervozi, gdje postoje naglašeni impulsi za jelom, te potreba za prejedanje (životinjska glad).

Neki pacijenti se žale da ne smiju da uzimaju hranu, jer misle da je zagađena i slično te mogu na taj način da se otruju (što mogu biti znaci prisustva sumanutih ideja).

Dosta podataka o izmjeni nagonских funkcija možemo dobiti od osoba koje prate pacijente (heteroanamneza). To važi i kada su u pitanju socijalni nagoni i motivi.

Poremećaji socijalnih nagona mogu se manifestovati u vidu izolacije od društva (restrikcije socijalnog života i usamljivanja), što nalazimo kod depresije i nekih formi shizofrenije i kao neurotične simptome.

Gašenje motiva i borbe za položajem u društvu, volje za radom, aktivnosti za autoafirmacijom i slično takođe nalazimo kod depresije i shozofrenije.

Samoubilačke ideje, pokušaji samoubistva, destruktivne tendencije sretamo kod depresivnih bolesnika i nekih oblika shizofrenije.

EMOCIJE

Emocije su složene psihičke funkcije i procesi koji predstavljaju posebno stanje čovjeka prema stvarima, događajima i pojavama u stvarnosti. Termin „emocija“ potiče od latinske riječi *emotio*, što znači uzbuđenje. Za emocije postoje i drugi termini kao što su osjećanja, raspoloženja i afekti.

Emocije imaju visoko personalna svojstva i predstavljaju specifičan odnos subjekta prema objektu. Emocije izražavaju naš odnos prema stvarima i pojavama. Emocije su specifične reakcije na osjećaje i informacije koje nas stalno zapljuskuju, bilo da dolaze spolja ili iznutra. Otuda i teza da mi mislimo ponekad, a osjećamo vazda, čak i u snu.

Emocionalni život čovjeka odvija se na fonu bazičnog afektiviteta, a taj osnovni ton raspoloženja (biotonus, životni elan – predstavlja osnovu za nastajanje raspoloženja) regulisan je na nivou moždanog stabla uz aktivaciju mehanizama apetitivnog (prijatnog) i averzivnog (neprijatnog). Emocije kao neverbalne komunikacije omogućavaju aktivan odnos ličnosti sa okruženjem, a kognitivna obrada informacija iz spoljašnjeg svijeta omogućava subjektivni doživljaj stvarnosti.

Emocionalnost proističe iz starijih organizacionih struktura, i ona jednovremeno utiče na neokortikalne strukture u smislu značajne promjene njihove funkcije.

Čovjekove emocije utiče na strukturaciju EGA, dio su nesvjesnog i one omogućavaju razvoj brojnih kontrolnih mehanizama koje su u službi psihičkog funkcionisanja.

Emocije su duboko inkorporirane u srž bića kao biološke kategorije i imaju modularajuću i integrišuću funkciju za najviše oblike integrativne aktivnosti, kakve su svijest i voljna djelatnost.

Osjećajni život čovjeka je veoma raznovrstan i on “boji” njegovo mišljenje, postupke i ponašanje.

Osjećanje emocionalnog i fizičkog blagostanja naziva se *eutimija*.

Emocija i emocionalnih reakcija ima puno, zavisno od stimulusa i informacija koje do čovjeka dopiru. Shodno tome govorimo o sljedećim vrstama emocija: *radost, žalost, bijes, strah, ljubav, egzaltacija, ponos, simpatije, briga, zloba, mržnja, stid* i druge.

Emocije mogu biti elementarne i kompleksne. Elementarne emocije nastaju na bazi čulnih utisaka, a kompleksna osjećanja su procesi koji se nazivaju emocijama.

Emocionalni procesi praćeni su nizom promjena unutrašnjih organa koje se odvijaju pod uticajem neurovegetativnog sistema (puls, rad srca, disanje, pe-

ristaltika crijeva i ostalo). Isto tako emocionalne reakcije imaju svoju motoričku ekspresiju (pokreti tijela, mimika, boja glasa itd.), koja nam može poslužiti da prosuđujemo o emocionalnom statusu neke osobe.

Odavno postoji interesovanje o tome u kojim moždanim formacijama se nalazi sjedište emocionalnog života čovjeka. Za sada prevladavaju tvrdnje da je limbički sistem sjedište emocionalnog života.

Hipotalamus je formacija koja učestvuje u emocionalnoj ekspresiji, ali sa nekim sirovijsim obrascima (bjekstvo, napad) ponašanja. Ove strukture neposredno su povezane sa hipofizom, odnosno endokrinim sistemom koji takođe utiče na ekspresiju emocionalnog života. To znači da složeni psihofiziološki procesi koji se odvijaju tokom nastanka emocionalnog doživljaja predstavljaju svjesne manifestacije.

Odavno je aktuelno pitanje nasljednosti emocija. Vjeruje se da se čovjek ne rađa sa gotovim emocionalnim atributima. Emocije i emocionalna ekspresija umnogome zavise od temperamenta. Ima dosta razloga da se prihvati mišljenje da su primarne (radost, žalost, strah) emocije nasljedne, a da se dobar dio njih nauči tokom života.

Postoje različite klasifikacije i podjele emocija. Uobičajena je podjela na *prijatne*, gdje spadaju ljubav, radost, ponos i druge. U drugu grupu emocija, koje se zovu *neprijatne*, spadaju strah, ljutnja, osjećanje krivice itd.

Ta klasifikacija je danas modifikovana, i na bazi novih psihobioloških saznanja postoje četiri osnovne emocije vezano za komandne sisteme (sistemi potraga za *zadovoljstvom*, *bijesa*, *straha* i *panike*).

Prihvaćen kao sistem "nagrade", ovaj sistem vezan je za *traženje zadovoljstva*, (radoznaloću, interesovanjem i očekivanjem). Ovaj sistem zadužen je za energiju koja treba da aktivira naše interesovanje i aktivnosti u svijetu koji nas okružuje. Sistem je posebno aktivan kada su u pitanju biološke potrebe, odnosno apetitivna stanja, kakva su seksualno uzbuđenje, glad, žeđ, tokom igre, nekih oblika agresivnog ponašanja i drugo. Za te aktivnosti zadužene su neke moždana strukture, a posebno hipotalamus, koji aktivno učestvuje u njihovom generisanju i uspostavljanju narušene homeostaze.

Bijes kao sistem aktivira se u slučajevima frustracije, odnosno u situacijama kada su ka cilju usmjerene frustracije osujećene. Ovim sistemom kontrolisane su i usmjeravane neke forme agresivnog ponašanja. Drugi negativni sistem emocija sa perceptivnog aspekta generiše osjećanje straha tipa anksioznosti, a sa motorne strane aktivnosti vezane za bijeg.

Sistem panike, pored toga što je udružen sa anksioznošću, vezan je za osjećaj gubitka, separacije i tuge (po psihodinamskom tumačenju). Funkcionisanje

ovog sistema tijesno je povezano sa socijalnim relacijama i procesom roditeljstva, zašta je zadužen cingularni girus koji je regulator adaptivnog odgovora na promjene iz okruženja.

Separacija od objekta ljubavi povećava aktivnost sistema panike. Inače, fenomeni separacije i gubitka su bolni i traumatični.

Emocije odnosno osjećanja veoma je teško definisati, što je gorući zadatak psihijatrije. U svakodnevlju, izrazi raspoloženje i afekat se podjednako koriste (u klasifikacionom sistemu afektivni poremećaji su sinonim za poremećaje raspoloženja).

Raspoloženje se mahom definiše kao pretežno, preovlađujuće stanje emocija ili ton osjećanja, ili kao niz tonova osjećanja, njihovih nijansi, koje pacijent doživljava.

Postoji klasifikacija u odnosu na čulne stimulacije (bol, užas).

Nekim emocijama poseban ton i boju daju nagonski dinamizmi, vezano za zadovoljenje ili nezadovoljenje vitalnih dinamizama. Posebno mjesto pripada činiocima socijalne prirode koji formiraju tzv. socijalne emocije u koje spadaju ljubav, zavist, ljubomora i druge.

Emocije se dijele na *raspoloženja* i *afekte*.

Raspoloženja

Raspoloženje je posebno stanje emocija koje podrazumijeva dugotrajno blago i ravnomjerno stanje emocija. Po pravilu raspoloženja nemaju reaktivni karakter i odraz su vitalnih osjećanja. Uz to, ona zavise od funkcije unutrašnjih organa, temperamenta i konstitucije ličnosti. To znači da su osjećanja subjektivni doživljaji i urođeni emocionalni obrasci ponašanja. Dobro je poznato da su neke osobe čitavog života povučene, melanholične, dok su druge vesele, optimistične, flegmatične itd.

Predominantno raspoloženje tokom života vezano je za temperament. Shodno tome znamo iz prakse da se govori o: optimističkom, iritabilnom, depresivnom, anksioznom i sličnim raspoloženjima.

Temperament je skup psiholoških osobina; način, brzina i jačina umnog i emotivnog reagovanja, svojstvene pojedincu. Neki to nazivaju narav, ćud, priroda.

Raspoloženje ima dvije komponente: subjektivnu (procjena samog pacijenta) i objektivnu (procjena drugih).

Afekt

Ovaj pojam podrazumijeva intenzivno i kratkotrajno stanje osjećanja, koje prati niz tjelesnih manifestacija (neurovegetativne, endokrine i motorne). Tjelesne manifestacije su izraz afektivnog stanja individue.

Najčešće tjelesne manifestacije koje prate afekt su: bljedilo lica, drhtanje, ukočen pogled i drugo. Afekt snažno utiče na subjektivno ponašanje i doživljavanje.

Afekt ima brojne i raznovrsne osobine. On može da utiče, manje-više, na sve psihičke funkcije, pogotovo na svijest. Snažni afekt može da dovede do suženja svijesti, što je veoma značajno za forenzičku psihijatriju.

Deskripcija afekta podrazumijeva: opseg (potpuno izražen, stegnut), njegove promjene (fluidan, monoton, labilan), podesnost (afekat je adekvatan, usaglašen sa mislima, ili se razlikuje od onoga što se očekuje od pacijenta), intenzitet ekspresije afekta (zaravnjen, bezosjećajan), uspostavljanje odnosa (sposobnost da interpersonalno uspostavi odnos sa ispitivačem).

Emocije se mogu definisati kao raspoloženja i afekti, koji su u neposrednom odnosu i vezi za specifične misli ili za fizičke znake raspoloženja i afekta.

Naznačene termine koristimo kao konvenciju, ali i u okviru struke.

Afekt ometa logično mišljenje i kontrolu adekvatnih postupaka.

Afekt ima osobinu da privlači određene asocijacije koje su u kontekstu aktuelnog afekta, dok druge asocijacije bivaju potisnute u stranu.

Afekt ima snagu da se iznova doživi i da traje nakon događaja koji ga je izazvao. Vremenom afekt gubi na snazi i aktuelnosti. Afekt ima *sintimno* i *katatimno* dejstvo.

Afekt može da se *širi* sa osobe koja ga je izazvala, na ljude, stvari i predmete iz okruženja.

Isto tako, može da dođe do *iradijacija* afekta, prenošenja afekta sa osobe koja je proizvela afekt na drugu, koja je u nekoj vezi sa tom osobom („zbog Petra mrzi i sv. Petra“).

Pražnjenje afekta kroz motornu aktivnost naziva se *abreagovanje afekta* (vika, psovka, plač i drugo).

Razborite i mentalno zrele osobe za neke afektivne situacije nalaze logične, racionalne i društveno prihvatljive modalitete za izlazak iz njih. Tada govorimo o *intelektualnoj obradi* afekta.

Afekt može da se potisne u nesvjesno, što nalazimo kod neurotičnih poremećaja. Radi se o afektima neprijatnog sadržaja koji uznemiravaju svjesnu psihu.

Supresija afekta podrazumijeva svjesno prigušivanje i kontrolu emocija, te se afekat ne prazni, već putem vegetativnog nervnog sistema dovodi do poremećaja funkcije pojedinih organa, što vremenom može da dovede do tjelesnog oboljenja (koronarna bolest, iritabilan kolon i slično).

Potiskivanje je mahom vezano za odstranjenje negativnih emocija, putem ovog mehanizma odbrane u nsvjesni dio ličnosti, čime se EGO štiti od raznih opasnosti.

Odlaganje afekta je privremeno vremensko pomjeranje pražnjenja afekta u vidu odložene afektivne reakcije, naročito ukoliko se radi o afektu bijesa, agresije, straha ili žalosti. Odlaganje afekta veoma je korisna pojava, u protivnom moglo bi doći njegovog abruptnog pražnjenja, te opasnosti po okolinu.

Sretaju se i stanja duplih i suprotnih osjećanja, kada govorimo o **afektivnoj ambivalenciji**.

Kumulacija afekta je stanje nakupljanja afekta, naročito neprijatnog, nakon čega može da dođe do njegove erupcije („kap je prelila čašu“) i neadekvatnog pražnjenja.

Poremećaji afekta (raspoloženja)

Kao i u ostalim psihičkim funkcijama tako i u oblasti afektivnog života mogu da nastanu poremećaji. Oni mogu biti *kvantitativni* i *kvalitativni*.

Kvantitativni poremećaji afekta

U kvantitativne poremećaje afekta spadaju: *euforija*, *depresija*, *apatija (atimija)*, *emocionalna razdražljivost*, *emocionalna labilnost*, *produženi afekt* i *patološki afekt*.

Euforija je stanje povišenog raspoloženja (hipertimija), praćena stanjem veselosti, optimizma, iracionalnih ideja i preokupacija, bez objektivno vidljivog razloga. Ovaj poremećaj srijećemo kod maničnih bolesnika. Inače, svi vitalni dinamizmi kod ovih stanja su pojačani.

Depresija je oblik hipertimije, praćen povišenim neraspoloženjem i tugom, bez vidljivog razloga. Svi vitalni dinamizmi kod ovih bolesnika su u padu. Ovaj poremećaj može se naći manje-više kod svih oblika depresije.

Anksioznost je doživljaj vrlo neprijatne unutrašnje nelagodnosti, napetosti, strepnje, odnosno osjećanja unutrašnje ugroženosti.

Pacijent svoje doživljavanje najčešće opisuje kao neodređeni strah, tjeskobu, iščekivanje, slutnje da će se nešto loše desiti, njima i njihovoj rodbini.

To je nevezani, slobodno „lebdeći“, strah, čiji je uzrok u samoj ličnosti, a ne u spoljašnjem svijetu i on obuhvata ne samo čovjekovu sadašnjost, već dopire i do njegove budućnosti. Anksioznost (anksiozni strah) je neprijatan, jer se njime ne može upravljati, odnosno ne postoje racionalne odbrane od njega, pošto mu je uzrok nepoznat (u sferi nesvjesnog).

Neki govore da anksioznost treba razlikovati od tzv. „tjeskobne anticipacije“, u čijoj osnovi leže racionalni strahovi, tj. realne opasnosti koje prijete. Kod ove „normalne strepnje“, ili „normalne anksioznosti“, u svijesti postoji određeni razumljivi i objektivni razlozi koji je uzrokuju i može se shvatiti kao zaštitna emocionalna reakcija.

Anksioznost može biti normalna i patološka manifestacija.

Prema psihodinamskom učenju, anksioznost predstavlja izvornu ili osnovnu emociju, koja leži u osnovi svih ostalih emocionalnih poremećaja.

Po ovom konceptu, anksioznost se razvija zbog unutrašnje opasnosti (intrapsihičkog konflikta i nesporazuma). Izvor opasnosti je u nesvjesnom, i izazvan je pulzijama Ida koje teže zadovoljenju svojih potreba (seksualne i agresivne pulzije).

Anksioznost treba razlikovati od realnog straha, tj. normalne emocionalne reakcije, koja nastaje kada je ličnost objektivno izložena i ugrožena, i koja prestaje sa nestankom te opasnosti.

Anksioznost koja se sreća kod fobija, gdje postoji patološki strah od objektivno bezopasnih objekata, čega je i sam pacijent svjestan, treba prepoznati kao takvu. Tu strah prestaje udalžavanjem od tih objekata i situacija.

Anksioznost se može javiti u različitim oblicima u odnosu na njeno trajanje i dubinu.

Patološka anksioznost je intenzivnija i dublja, a može se javiti u atacima i relapsima. Ona se ispoljava u neurotskoj i psihotičnoj formi.

Anksioznost je praćena brojnim tjelesnim korelatima: tahikardija, prežnojanje, gušenje, mučnina, drhtavica, nestabilnost i drugo. Upravo svaki organ može učestvovati u ispoljavanju anksioznosti.

Kod psihotičnih bolesnika sretamo psihotičnu anksioznost, i ona je jedan od njihovih upečatljivih simptoma. Psihotična anksioznost zbog svoje dubine može da ugrozi i preplavi ego i da dovede do pojave psihotične simptomatologije.

U odnosu na intenzitet neki govore o blagoj, umjerenoj i visokoj anksioznosti.

Najintenzivnija anksioznost (strah) sreća se kod paničnih poremećaja.

Anksioznost se može javiti u formi akutne i tranzitorne reakcije.

Kod hronične forme, osoba stalno živi u stanju iščekivanja, neizvjesnosti, prijeteće opasnosti i slično. Neko je slikovito razlučio anksioznost i strah sljedećom opaskom: “Kod straha je aktuelne sadašnjost, a kod anksioznosti budućnost.”

Anksioznost se može javiti i kao karakteristika temperamenta. Te osobe su nervozne, lako se uzbuđuju, preosjetljive su na stimuluse i psihofiziološki reaktivnije od drugih.

Inače, korijene anksioznosti nalazimo u djetinjstvu i ona nastaje od nezadovoljenih potreba.

Anksioznost prate neprijatna osjećanja, radi čega osoba aktivira i brojne odbrambene akcije, koje po pravilu sačinjavaju mnoge od kliničkih manifestacija psihijatrijskih poremećaja. Iz tog razloga anksioznost nije reper za prepoznavanje ni za jedan entitet posebno, već predstavlja psihofiziološki signal opasnosti koja se može javiti kako u somatskim tako i u bolestima psihičkog porijekla.

Apatija (atimija) ili ravnodušnost znači gašenje ili odsustvo raspoloženja.

Bolesnik sa apatijom nije sposoban da emocionalni odgovor zbog deficita emocionalne energije. Ovaj poremećaj najčešće sriječemo kod nekih oblika shizofrenih psihoza.

Zaravnjenost afekta (atimija) ispoljava se karakterističnim siromaštvom emocionalne ekspresije, reaktivnosti i osjećanja. Kod tih bolesnika nalazimo nepromjenjivost izraza lica, smanjenje spontanij pokreta, redukciju izražajnih gestova, gubitak kontakta očima, nedostatak vokalne modulacije i drugo.

Afektivna neresponsivnost, podrazumijeva nesposobnost afektivnog reagovanja.

Afaktivno nereagovanje, kada osoba ne uspije da se nasmije, kada je za to podstaknuta, što se provjerava šalama koje izazivaju smijeh kod prisutnih osoba.

Kod tih osoba postoji nedostatak modulacije, tj. dok govori nema naglašavanja pojedinih djelova rečenice, kao što je to uobičajeno.

Iritabilnost neprijatno stanje kada osoba osjeća unutrašnju nelagodnost, koju kadkad prati otežana kontrola agresivnog ponašanja.

Agresija se opisuje kao skup specifičnih misli, osjećanja i aktivnosti, koje nastaju u slučaju zabrana ili prepreka na putu naših potreba i želja, čiji je cilj da uklone opstrukciju u cilju rasterećanje nagonskih pokretača.

Aleksitimija (grčki a: – bez, lexis – riječ, timija – raspoloženje) predstavlja redukovanu sposobnost ekspresije osjećanja, teškoću u identifikovanju i opsivanju osjećanja i pravljenja razlike između osjećanja i fizičkih senzacija. Ove osobe imaju smanjene kapacitete imagiacije. Aleksitimični poremećaj najčešće nalazimo kod psihofizioloških (psihosomatskih) poremećaja.

Emocionalna razdražljivost su stanja povišene emocionalne razdražljivosti ili povišene emocionalne uzbuđenosti, kada se na male i banalne povode neodložno reaguje.

Emocionalna labilnost (afektivna labilnost) se karakteriše ubrzanom smjenom emocija, recimo potištenosti i tuge u euforično raspoloženje.

Ova emocionalna stanja po pravilu su površna i kratko traju. Srijećemo ih kod djece, osoba ometenih u psihičkom razvoju, senilnih stanja i konverzivnih manifestacija.

Produženi afekt je stanje gdje se jedan afekt prolongira, traje duže nego obično, pa ni novi nadražaji ne mogu da utiču na njegovu izmjenu. Srijeće se kod više psihijatrijskih entiteta, ali najčešće kod nekih oblika poremećaja ličnosti, epileptičara i shizofrenih poremećaja.

Patološki afekt je burna emocionalna reakcija, gdje postoji velika disproporcija između povoda i afektivnog reagovanja. Ponašanje za vrijeme ove reakcije može biti brutalno, praćeno izlivom psihomotornog nemira i agresije, tipa ubistva, suicida, demoliranja i slično.

S pravom se ova afektivna reakcija naziva reakcija „kratkog spoja“ ili „kurečlus“. Ovaj poremećaj nalazimo kod epileptičara i poremećaja ličnosti. Praktično je uvijek praćen suženjem svijesti, te ima veliku značaj u forenzičkoj psihijatriji.

Kvalitativni poremećaji afekta

Ova grupa poremećaja se nalazi samo kod psihijatrijskih bolesnika.

Tu spadaju: *paratimija*, *paramimija* i *defekt emocionalne rezonance*.

Paratimija je nesklad između emocija i misli. Radi se o ideomotornoj disocijaciji, tj. rascjepu između kognitivnog i emocionalnog dijela ličnosti. Ovaj poremećaj nalazimo kod nekih oblika shizofrenih poremećaja (recimo bolesnik je obuzet tužnim mislima, a to manifestuje veselošću).

Paramimija je neusaglašenost emocionalno-mimičke ekspresije, što se ispoljava afektivno – mimičkom disocijacijom (bolesnik ima doživljaj radosti, a to manifestuje izrazom tužnog i plačnog lica).

Defekt emocionalnog odnosa se viđa kod teških duševnih poremećaja, kakvi su shizofreni procesi. Radi se o emocionalnoj krutosti i nesposobnosti bolesnika da svojim emocijama prati emocije druge osobe i obrnuto. Poznato je da emocije imaju „zaraznu“ moć (da se prenose sa jedne na drugu osobu). Ta moć kod defekta emocionalne rezonance je smanjena ili ugašena.

ISPITIVANJE EMOCIJA

Već u toku intervjua sa pacijentom, opservacije, kao i dodatnih informacija od pratnje bolesnika, možemo dobiti i opservirati dragocjene podatke za klinički utisak o aktuelnom emocionalnom životu pacijenta, kao i njegovom prethodnom emocionalnom status i emocionalnom ponašanju i reagovanju.

Značajna karakteristika emocija ispoljava se u tome što one dovode do fizioloških promjena u organizmu i brojnih spoljašnjih manifestacija. To je posebno očito kod emocija straha i gnjeva. U tim okolnostima lako se zapaža ubrzano disanje, lupanje srca, blijedilo, znojenje, sušnje usta, ukočenost mišića i drugo.

Pored toga dolazi do značajnih promjena u organizmu, kakve su varijacije šećera u krvi, promjene u metabolizmu, poremećaja peristaltike crijeva i slično. Navedene promjene odvijaju se neposredno pod aktivnošću neurovegetativnog sistema (simpatikusa i parasimpatikusa) i endokrinog sistema.

Takve manifestacije i njihova opservacija pomažu otkrivanju naših emocija, tajnih misli, potreba i želja.

Postoje poligrafski aparati, tzv. detektori laži putem kojih se mogu registrovati neke neurovegetativne manifestacije, kakva je emocionalno uzbuđenje.

Međutim, detektor laži registruje samo emocionalno uzbuđenje, te je njegova primjena ograničena, s obzirom da i sama činjenica da je neko okrivljen može da izazove emocionalno uzbuđenje.

Pored toga u upotrebi su i vibrografi koji mogu da registruju i mjere zvučne talase prilikom govora nekog lica.

Poznat je asocijativni test švajcarskog psihijatra Karla G. Junga, koji se ogleda u tome da se sasatavi lista neutralnih riječi i umetnu rizične (kritične) riječi, koje su u vezi aktuelnog (kritičnog) događaja za koji se lice sumnjiči.

U razvijenoj formi taj test izgleda ovako: od osumnjičene osobe se traži da tzv. stimulativnu riječ brzo asociira. Kada osoba odmah odgovara na neutralnu riječ, a uvijek pravi zastoje na kritičnim riječima, onda se može posumnjati da je ona upoznata sa događajem u vezi koga je podvrgnuta ispitivanju.

U nekim okolnostima praktikuje se narkoanalitičke metoda za detekciju emocija, kojom prilikom se intravenozno aplikuje mala doza barbiturata, koji dovodi do somnolencije i smanjene "cenzure" emocija.

U kliničkoj praksi za ispitivanje afektivnog reagovanja koristi se *metoda provokacije*.

Nju treba da koriste iskusni psihijatri, jer njeno korišćenje nosi i određene opasnosti.

U ovom slučaju bolesniku se uputi neka uvredljiva ili druga riječ, da bi se provjerilo kako će se on ponašati i reagovati. To može biti opasno i treba biti oprezan i obazriv pri izboru takvih pacijenata.

SVIJEST

Svijest je najsloženiji i najviši oblik psihičkog života čovjeka.

Ona je rezultat najsloženijih integrativnih procesa, te je ona najviši oblik funkcionalnosti. Samo čovjek ima privilegiju da posjeduje ovu psihičku funkciju. Ona se razvila tokom evolutivnog razvoja čovjeka, pri čemu su rad i društveno-istorijske okolnosti odigrali ključnu ulogu u njenom razvoju („rad je stvorio čovjeka“). Na hijerarhijskoj ljestvici razvoja psihičkih funkcija svijest je najmlađa među njima.

Svijest, kao najznačajnija kognitivno-energijska psihička funkcija, omogućuje jedinstvo funkcionisanja ostalih psihičkih funkcija. Svijest nam omogućava da objektivno procjenjujemo stvarnost, da je kreiramo i kritički se prema njoj odnosimo.

Pojam svijeti ima više različitih modaliteta. Sa fiziološkog aspekta to je stanje budnosti, njegov kvantitativni aspekt energetizacije. Drugi modalitet svijeti odnosi se na očuvanost prvog i sposobnost određivanja lične pozicije u okruženju.

U širem značenju koncept svijesti odnosi se na nivo receptivnosti organizma za stimulaciju, odnosno stanje budnosti organizma

Stanje budnosti kao kvantitativna dimenzija svijesti je osnova sveukupne aktivnosti centralnog nervnog sistema.

Nijesu poznate zone svijesti, već je ona aktivacija specifičnih sistema.

Kvalitativna strana svijesti tiče se sposobnosti orjetacije u odnosu na sebe i okružujući svijet (ličnost, prostor i vrijeme).

Dezintegracija integrativne funkcije svijesti, čiji se glavni modalitet odnosi na održavanje kontinuiranog kontakta sa sopsstvenom unutrašnjom strukturom i spoljašnjim svijetom može dovesti do depresonalizacije i derealizacije.

Termini „svijestan” i „svijest” koriste se da označe svjesnost o sebi i okolini.

Međitim, treba praviti razliku između „svijesti” koja označava budno stanje i „svijesti”, stanja u kojem je osoba svjesna nečega što se označava kao „svjesnost” (osnovno otjelotvorenje mog „selfa” – to sam ja u ovom času).

Govori se i o senzorigumu, koji podrazumijeva da je osoba ispravno orjentisana, ima jasna sjećanja i svjestan je prirode svog okruženja.

Doživljavanje sebe je složeniji proseg od doživljaja okoline i predmeta koji je čine. Po Jaspersu svijest ima tri ključne funkcije:

- objektivno doživljavanje sebe i svog identiteta (selfa, samog sebe),
- realno doživljavanje okružujuće stvarnosti i
- saznanje (svjesnost) o postojanju svoje svijesti.

To znači da je svijest produkt interakcije spoljašnjeg svijeta (stvarnosti) i unutrašnjeg, koji podrazumijeva naše Ja.

Postoji razlika između termina svijest i svjesnost. Svijest je opšta kategorija i tiče se elementarne psihe koja podliježe biološkim pravilima, dok je svjesnost viši nivo svijesti koji je nastao nadgradnjom i amalgamacijom društvenih, istorijskih i kulturnih procesa u toku čovjekovog razvoja.

Ponekad se brkaju pojmovi psiha i svijest. Psiha je širi pojam i odnosi se na svjesni i nesvjesni dio psihičkog života.

Nekomunikativnost i kontinuitet u odvijanju funkcija važna su svojstva normalne svijesti. Nekomunikativnost svijesti se odnosi na mišljenje da su naši doživljaji subjektivni i teško saznatljivi, te da je potrebno praćenje njihovog ponašanja i aktivnosti. Kontinuitet svijesti podrazumijeva njen neprekidni tok izuzev perioda spavanja.

Psihički život čovjeka sastoji se od svjesne i nesvjesne psihe. Iako je riječ o dva psihička entiteta, granica između njih je labava, te se sadržaji iz nesvjesne psihe prelivaju u svjesni dio i obrnuto, sadržaji iz svjesnog dijela psihe bivaju potisnuti u nesvjesni dio. To su složeni i dinamički procesi koji se odvijaju kod normalnih i mentalno obolje lih osoba, s tim što sadržaji iz nesvjesne psihe kod mentalno oboljelih osoba, zbog svoje eruptivnosti, i slabosti Ego granica, lakše prelaze u svjesni dio psihe, što se ispoljava na različite kliničke načine.

Kada govorimo o svijesti neki postavljaju pitanje koliko mentalnog života individue je svjesno. Zna se, da je još Freud tvrdio da je najveći dio čovjekovog mentalnog života pripada nesvjesnom i da je svijest svojstvo samo jednog malog dijela uma.

Um je ljudska sposobnost mišljenja, poimanja, razumijevanja i umjeća. U širem značenju, um jer skup ljudskih duhovnih moći, pa čak prevazilazi isključivu ljudsku sposobnost. U običnom govoru, um je sinonim za mudrost, pa se za mudrog čovjeka kaže da je uman. Um se takođe smatra odlikom mentalnog zdravlja čovjeka, koja ga razlikuje od mentalno oboljelog za koga se kaže da je „poremetio umom“, ili „, sišao sa uma“.

Neki smatraju da je svjesno ograničeni fragment uma i da je samo 5% našeg ponašanja pod uticajem svjesnog, dok je 95% pripada oblasti nesvjesnog.

Svjesno je sistem, gdje percepcije iz spoljašnjeg svijeta i tela se privode svijesti. *Podsvjesno* se sastoji od mentalnih procesa i sadržaja koji se mahom mogu dovesti u sferu svjesnog na način fokusirane pažnje. Ono ne postoji na rođenju, već se razvija paralelano sa razvojem Ega. Njegov zadatak je da održi branu potiskivanja, odnosno cenzuru želja i težnji.

Nesvjesno sadrži nesvjene saržaje koji nijesu pristupačni svesvesnom, zbog aktivnosti sila cenzure i potiskivanja.

Treba se podsjetiti da je Freud postulirao originalnu i respektovanu tezu o postojanju instanci psihe, što mu je poslužilo za eksplikaciju brojnih neurotičnih poremećaja, kao i njihov tretman (psihoanaliza).

Shodno njegovom učenju postoje tri segmenta ličnosti: *Ego (Ja)*, *Id (Ono)* i *Super – ego (Nad ja)*.

Ego je reprezentant svjesnog dijela ličnosti koji poznaje i prihvata realnost. Ego ima i nesvjesne sadržaje koji su potisnuti u nesvjesni dio psihe da ga ne bi uznemiravali.

Id je nesvjesni, nagonsko-instinktivni dio ličnosti koji ne poznaje realnost i koji funkcioniše po principima zadovoljstva.

Super – ego je zadužen da se brine o pravilima našeg ponašanja.

On je dijelom svjesna, dijelom nesvjesna formacija. Super-ego nastaje u toku djetinjstva, identifikacijom sa najbližim osobama iz okruženja.

Za kliničku praksu i svakodnevni rad dosta je u upotrebi psihijatrijska definicija (deskripcija) svijesti: ***svijest je sposobnost davanja tačnih podataka o sebi, drugim osobama oko nas, vremenu, prostoru i sredini u kojoj se nalazimo.*** Naznačeni pojmovi označavaju orijentaciju u psihijatrijskim pravcima. Ovu definiciju koristi i pravna medicina.

Orijentacija prema samom sebi (***autopsihička orijentacija***) podrazumijeva sposobnost osobe da daje vjerodostojne podatke o sebi (generalije i ostalo).

Orijentacija prema drugim licima (***alopsihička orijentacija***) tiče se sposobnosti prepoznavanja osoba i predmeta iz svog okruženja.

Vremenska orijentacija (***temporalna orijentacija***) odnosi se na sposobnost da se daju ispravni podaci o vremenu (da se navede datum, dan u sedmici, mjesec, godišnje doba, godina i drugo).

Orijentacija u prostoru (***spacijalna orijentacija***) vezana je za sposobnost davanja ispravnih podataka o mjestu: gdje se nalazimo, gdje se neki događaj desio i slično. Vremenska orijentacija i orijentacija u prostoru, po pravilu su u neposrednoj vezi, te imaju zajednički naziv ***temporospacijalna orijentacija***.

Ispravna i očuvana orijentacija u psihijatrijskim pravcima govori da se radi o očuvanoj ili pribranoj svijesti.

Medicinsko značenje svijesti, koje se koristi u somatskoj medicini, odnosi se na stanje budnosti (senzorijum).

U neuronaukama vlada mišljenje da je sjedište svijesti u diencefalonu, mezencefalonu, oblasti treće komore i retikularne formacije.

Sve te strukture tijesno su povezane sa korteksom, složenim vezama i mehanizmima.

Poremećaji svijesti

Razlikuju se *kvantitativni* i *kvalitativni* poremećaji svijesti.

Neki govori o poremećajima nivoa svijesti (kvantitativni poremećaji) i izmjenama stanja svijesti (kvalitativni poremećaji svijesti).

Kvantitativni poremećaji svijesti

Kvantitativni poremećaji svijesti se tiču sniženja nivoa budnosti i stepena kognitivnog funkcionisanja. Govori se i o povišenoj budnosti svijesti.

U kvantitativne popremećaje svijesti spadaju: *somnolencija*, *sopor* i *koma*.

Somnolencija je najlakši oblik pomućenja svijesti, koju prati patološka pospanost. Ovo stanje karakteriše usporenost psihomotorike, i pad kognitivnih funkcija.

Bolesnik se budi samo radi obavljanja fizioloških potreba.

Sopor je dublji stepen pomućenja svijesti, gdje se bolesnik samo na jake draži budi, a nakon prestanka djelovanja draži opet zapada u sopor.

Koma je najteži kvantitativni poremećaj svijesti, gdje dolazi do potpunog gubitka svijesti i prestanka psihičkog funkcionisanja. U slučajevima kome bolesnik ne reaguje ni na kakve draži, postoji arefleksija.

Vitalne funkcije, disanje i rad srca su očuvane.

Kvantitativni poremećaji svijesti javljaju se kod intoksikacija, tokso-infekcija, cerebrovaskularnih insulta itd.

Koma vigile (*akinetski mutizam*) nastaje kod dubokih lezija moždanog stablja, kada osoba izgleda da je budna, sa široko otvorenim očima, a u osnovi postoji duboki poremećaj svijesti.

Stanje povišene budnosti naziva se *agripnia*.

Kvalitativni poremećaji svijesti

Kvalitativni poremećaji svijesti odnose se na oštećenje svjesnosti i jasnosti svjesnih doživljaja. Poremećaji ovog tipa zahvataju ostale psihičke funkcije, pa i ličnost u cjelini. Kvalitativni poremećaji svijesti dijele se na: *konfuzno stanje*, *delirantno stanje*, *sumračno stanje*, *somnambulizam*, *fuiĝe*, *hipnotičko stanje*.

Konfuzno stanje je praćeno pomućenjem svijesti, dezorjenacijom, koja može biti potpuna ili djelimična. Ovaj poremećaj neki nazivaju pometenost, ili dezorijentacija. Kod tih stanja zapaža se poremećaj pažnje, pamćenja i reprodukcije, što se ispoljava u formi amnezije.

Bolesnik može biti psihomotorno trom ili uznemiren. Često puta srijećemo poremećaj mišljenja po sadržaju sa iluzijama, te paranoidnim elaboracijama stvarnosti.

Konfuzno stanje se najčešće razvija kod toksoinfekcija, usljed čega dolazi do disfunkcije mozga. Diferencijalno dijagnostički ovaj sindrom nekada nije lako razgraničiti od delirijuma.

Delirantno stanje je teži oblik pomućenja svijesti, gdje je zahvaćeno više psihičkih funkcija. Najizraženija je potpuna dezorijentacija.

Markantna karakteristika ovog poremećaja su perceptivne obmane, naročito u nivou čula vida, i čula dodira. Preceptivne obmane su intenzivne i zastrašujuće, što kod bolesnika stvara psihomotorni nemir, čak i agitiranost. Mogu se naći i paranoidne ideje proganjanja.

Opisano stanje delirijuma, klinički predstavlja njegovu razvijenu i floridnu formu. Međutim, delirijum se često razvija postepeno u formi prodromalnog (pre-delirantnog) stadijuma, koji prate blaži znaci i simptomi delirijuma, kada bolesnik prepoznaje realnost.

Kliničke manifestacije delirijuma najizraženije su u večernjim i noćnim satima. Bolesnik je razdražljiv, uplašen, često agitiran, nekad agresivan, govori nepovezano i nelogično. Ovo stanje praćeno je nizom neurovegetativnih manifestacija i poremećaja, naročito drhtanjem, crvenilom lica, znojenjem, ubrzanim radom srca i drugo.

Sumračno stanje je naglo nastali poremećaj svijesti, koji može trajati različito, od nekoliko minuta do nekoliko dana. Klinički se karakteriše suženjem svijesti, perceptivnim obmanama, intenzivnim strahom, konfuzijom, dezorijentacijom, otežanom kontrolom impulsa, nekada agresivnošću i brutalnim ponašanjem. Bolesnik doživljava stvarnost fragmentarno, kao da gleda kroz uzanu cijev. Sumračno stanje se obično završava terminalnim snom. Za to vrijeme kod bolesnika postoji amnezija.

Ovaj poremećaj srijeće se kod epilepsije, nekih oblika poremećaja ličnosti, hysterije, patološkog nاپitog stanja, i u stanjima intenzivnih afekata.

Somnambulizam (mjesečarstvo) je oblik disocirane svijesti, gdje postoji parcijalna budnost i parcijalna motorička aktivnost. Naziv mjesečarstvo je vjerovatno vezan za vjerovanje da Mjesec ima neke veze za ovakvo ponašanje, pošto osobe noću ustaju i tumaraju. Ovaj oblik automatskog ponašanja može se ispoljiti govorom u snu i nekim drugim bizarnim ponašanjem. Obično ga nalazimo kod epileptičara, nekih neurotičnih stanja i kod djece gdje maturacija mozga nije završena.

Fuge (poriomanija) su besciljna lutanja ili bjekstva, koja nastaju kod izmijenjene svijesti. Kod pacijenata koji zapadaju u ovakva stanja za taj period postoji amnezija. Može se desiti da se osoba udalji od kuće više kilometara, čak da otputuje nekim prevoznim sredstvom u drugo mjesto, i da, kada se stanje svijesti normalizuje, zbunjeno upita kako je tamo stigla. Za sve to vrijeme ponašanje ne mora bitno odstupati od konvencionalnog.

Hipnotično stanje je vještački oblik sužene svijesti koji nastaje putem sugestije i određenih metoda kojima je ovladao hipnotizer.

Ovaj oblik sužene svijesti prolazi kroz tri stadijuma: katalepsiju, letargiju i somnambulizam. Hipnotisana osoba za vrijeme hipnoze kontaktira sa spoljašnjim svijetom samo preko hipnotizera. Iako je u stanju sužene svijesti, osoba prepoznaje osnovne principe stvarnosti.

Blackouts pomračenje, sretamo kod alkoholizma, drugih intoksikacija i povreda glave. Radi se o amneziji koja može trajati različito dugo, kada za ovaj period osoba nema sjećanja, a može obavljati uobičajene poslove.

Disocijacija je rascjep između stvari koje su uobičajeno blisko povezane (ponašanje, misli, osjećanja). To je stanje sužene svijesti, koje služi nesvjesnim ciljevima i obično je praćeno selektivnom amnezijom.

Disocijativni poremećaj identiteta nastaje kod osoba koje su u djetinjstvu na razne načine zlostavljana, gdje se jedna ili više odvojenih ličnosti smjenjuju u svijest, kada predstavljaju vid odbrana od neprijatnih traumatskih iskustava.

Disocijativni poremećaj identiteta ranije je nosio naziv višestruka ličnost.

Ganzer-ov sindrom je specifično stanje izmjene svijesti, kada pacijent odgovara na pitanje, dajući približne odgovore ($2 + 2 = 3$ ili $2 + 2 = 5$ i slično). Tu još sretamo pseudohalucinacije, konverzivne fenomene, amneziju u druge kliničke manifestacije. Mahom se javlja u zatvorskim uslovima i kod osuđenika.

Poremećaj selfa tiče se činjenice da osnovne komponente svjesnosti o sebi uključuju realnost i integritete selfa, kontinuitet selfa, granice selfa i aktivnosti selfa. Ostale komponente selfa uključuju tjelesnu shemu i različite samoprocjene.

Naznačeni osnovni elementi svjesnosti o sebi mogu se javiti kod veoma različitih poremećaja.

Depersonalizacija je izmjena doživljaja i svjesnosti sebe, što dovodi do osjećanja nestvarnosti, otuđenosti i odvojenosti od sopstvenog tijela, doživljaja sebe kao nekog tuđeg (pacijent čak ne prihvata svoje ime i prezime (doživljava se kao robot).

Derealizacija je kavlitativna forma poremećaja svijesti, slična depresonalizaciji, gdje osoba (subjekt) doživljava da je stvarnost nestvarna. Kod tog doživljaja okolina i širi prostor u kome se nalazi osoba izgledaju kao nestvarni, bezlično, izvještačeno. Prolazne epizode depresonalizacije i derealizacije možemo naći i kod normalnih ljudi, tokom umora kao i u stresnim okolnostima (žalost, saznanje o teškoj bolesti i drugo).

Ekstatično stanje svijesti prate karakteristike sumračnog stanja i proširenja svijesti, gdje se brišu granice vremena i prostora, sa predstavom jedinstva svega postojećeg, zbog čega ga neki obilježavaju kao *stanje kosmičke svijesti*.

Ima autora koji u poremećaje svijesti u širem smislu ubrajaju fenomene kakvi su: *transformacija ličnosti*, *autizam* i *tranzivitizam*, kao posebne poremećaje svjesnosti.

ISPITIVANJE FUNKCIJE SVIJESTI

Svijest kao najznačajnija kognitivna funkcija omogućava jedinstvo funkcionisanja ostalih psihičkih funkcija. Kao najmlađa psihička funkcija, svijest je proizvod najsloženijih integrativnih procesa i rezultat je sveukupne mentalne aktivnosti i sinteze više modaliteta psihičkog funkcionisanja.

Otuda potiče i pravilo u medicini da u svakom kontaktu sa bolesnikom, bilo da se radi o tjelesnoj bolesti ili psihijatrijskoj, obavezno treba obratiti pažnju i ispitati stanje svijesti bolesnika. Nema medicinskog dokumenta, a da u njemu nije opisano stanje svijesti bolesnika. U ostalom to bi bila neoprostiva stručna greška (vitium artis!).

Svijest čovjeku omogućava da komunicira sa okolinom, da prima utiske iz spoljašnjeg svijeta i da na taj način prepoznaje i stvara realitet.

U kliničkom, psihijatrijskom smislu, normalnost svijesti se procjenjuje kroz sposobnost pojedinca (pacijenta) da daje ispravne podatke o sebi, osobama koje se nalaze u njegovoj neposrednoj okolini, da umije da procijeni vrijeme i prepoznaje (identifikuje) mjesto gdje se nalazi.

Radi se o autopsihičkoj, alopsihičkoj i spaciotemporalnoj orijentaciji – osnovnim pravcima psihijatrijske orijentacije.

Autopsihička orijentacija podrazumijeva sposobnost bolesnika da daje ispravne podatke o sebi. To su podaci koji su vezani za generalije, a koje možemo dobiti prilikom intevjuisanja bolesnika (uzimanja autoanamneze): ime i prezime, kada je i gdje rođen, školska sprema, obrazovanje, zaposlenost, bračno stanje, imena članova familije i drugo.

Alopsihička orijentacija ili orijentacija prema ličnostima tiče se sposobnosti osobe da daje tačne podatke imena poznatih lica koja se nalaze u njegovoj najbližoj okolini.

To su po pravilu imena lica koja prate bolesnika, imena članova rodbine, medicinskog personala, svog ljekara i slično.

Spaciotemporalna orijentacija odnosi se na orijentaciju u prostoru u vremenu, tj. prostorno – vremensku orijentaciju.

Te podatke možemo procijenti već u toku razgovora i prijema pacijenta. Prostorna orijentacije podrazumijeva da pacijent zna: mjesto gdje se nalazi (grad, dio grada), kako se naziva ustanova u kojoj je doveden?

Pitanja vezana za orijentaciju u vremenu treba saobraziti bolesnikovom socij-profesionalnom statusu i naravano, vrsti i kliničkim manifestacija njegove bolesti.

Siromašne podatke o vremenskoj orijentaciji dobićemo kod bolesnika koji pokazuju znake intelektualnog deficita (ologofrenija i demencija), kao i kod nekih oblika shizofrenije.

Treba biti obazriv kada se ta pitanja postavljaju paranoidnim bolesnicima, zbog njihove sumnjičavosti, kadkada i hostilnosti. Potom kod osoba niske tolerancije na frsutacije (premećaj ličnosti) i drugo.

Ispitivanje funkcija svijesti značajno je forenezičkoj medicini, kao i kod ispitivanja vremenske orijentacije, traži se od pacijenta da direktno odgovori ime dana mjeseca i godine.

Ispitivanje funkcije svijesti ima poseban značaj u forenezičkoj psihijatriji, kao i u brojnim urgentnim stanjima.

Obzirom na brojne varijetete poremećaja svijesti kave su pored ostalih de-presonalizacija (kada osoba misli da ona to više nije) i derealizacija (izmijenila se okolina), može se pitati dali misli kad kad da se izmijenila, da je to neka druga, nepoznata, udvojena ličnost slično, da li se promijenila okolina?

VOLJA I VOLJNE DJELATNOSTI

Neki autori negiraju autentičnost ove psihičke funkcije, te je povezuju sa aktivnostima drugih psihičkih funkcija (percepcije, mišljenja itd.). Ipak, prevalira stanovište da je volja posebna i osobena psihička funkcija koja pripada grupi složenih konativnih funkcija.

Jaspers govori o voljnim djelatnostima kada se te djelatnosti realizuju, u protivnom te su radnje lišene svjesne voljne aktivnosti.

Poznato je, da sve što čovjek radi zahtijeva određenu ideju, plan, namjeru i naravno energiju za njihovu realizaciju. Korjeni te snage leže u snazi i energiji koju stvaraju i posjeduju nagoni, kojima smisao daje svjesni dio ličnosti, odnosno psihička energija koju *Ja* ulaže da bi realizovalo svoje želje.

Volja kao slobodna i normalna aktivnost podrazumijeva nezavisnost od ne-svjesnih potreba i aktivnosti. Sloboda volje podrazumijeva odgovoran odnos prema djelatnostima koje činimo. To je pretpostavka za valjano personalno i kolektivno (društveno) funkcionisanje.

Volja se može definisati kao čovjekova sposobnost da usmjeri psihičku energiju u realizaciji određenog svjesno postavljenog cilja.

Ta energija se odnosi i na voljnu sposobnost da se kontrolišu ili odbace nepoželjne i neprijatne želje.

U širem smislu, volja je takav akt kojem prethodi ideja o tom aktu, koji je određen tom idejom, te prema tome volja predstavlja ideomotorni akt.

Integrativna aktivnost i očuvanost svijesti predpostavke su za odvijanje voljne djelatnosti, koja prdstavlja samo čovjeku svojstven modalitet funkcionisanja.

Volja i voljna djelatnost je proces koji se odvija fazno i rezultat je borbe vitalnih i socijalnih motiva koji stvaraju *želju*. Dalja borba motiva koju kontroliše i kanališe svjesno *Ja* predstavlja fazu koja se naziva *namjera*. Treća faza je *odluka*, što podrazumijeva da se prešlo na realizaciju želje i namjere, kada govorimo o volji, voljnoj aktivnosti.

Znači, volja je suptilni proces koji nastaje integracijom motivaciono-emocionalnih i drugih konativnih funkcija, čije radnje vode određenom cilju.

Iako je korjen volje u nagonском životu, ona je prevashodno svjesni proces koji nalazimo samo kod homo sapiensa. Volja kao svjesna aktivnost svijesti, omogućava čovjeku da bira i usmjerava svoje aktivnosti i djelatnosti, da bira svoj slobodni i sopstveni put. Na formiranje volje znatno su uticali društveni uticaji, te ona važi za najmlađu psihičku funkciju.

Manifestacije volje imaju izrazito personalna svojstva, koja su uslovljavana brojnim psihičkim i fiziološkim činiocima.

U odnosu na to da li se određene radnje odvijaju pod kontrolom svijesti, treba razlikovati *voljne* i *nevoljne* radnje.

Nevoljne radnje su automatizmi, refleksne radnje, nevoljni pokreti koje sriječemo kod psihotičara i nekih neuroloških poremećaja.

Voljne radnje su proces koji, kao što je ranije kazano, ima faze kroz koje prolazi – želju, namjeru i odluku, koje su rezultat čovjekove svijesti.

Poremećaji volje mogu se manifestovati na razne načine. U odnosu na kliničke aspekte, poremećaji volje i voljne djelatnosti mogu se ispoljiti kroz kvantitativnu dimenziju.

Poremećaji volje

U kvantitativne poremećaje volje spadaju: *hipobulija*, *abulija*, *impulsivnost*, *sugestibilnost*, *ambivalencija* i *ambitendencija*, *katatoni poremećaji*, *prisilne radnje (kompulsije)*, *katatoni stupor*, *katalepsija*, *mutizam*, *negativizam*, *psihomotorni nemir*, *eholalija*, *ehopraksija*, *manirizam*, *docilnost (automatska poslušnost)* i *stereotipije*.

Hipobulija ili slabost volje je stanje koje prati sniženje volje, voljnih aktivnosti i dinamizama. To stanje nalazimo i kod mentalno normalnih osoba, kod zamora, nespavanja itd. Ovu pojavu u kliničkoj praksi sriječemo manje-više kod svih neurotičnih stanja, a posljedica su intrapsihičkog konflikta i borbe različitih motiva, na šta se troši velika energija. Slabost volje čest je simptom kod bolesti zavisnosti, somnolencije i raznih oblika intoksikacija.

Abulija je stanje koje karakteriše gašenje svih voljnih dinamizama, nastalih zbog manjka energije i motiva za voljne aktivnosti.

Gašenje volje nalazimo kod duševnih poremećaja tipa depresije, shizofrenih psihoza, tj. „anhormičkog sindroma“, nekih oblika poremećaja ličnosti („bevoljne psihopate“), mentalno retardiranih osoba i slično.

Impulsivnost ili impulsivne radnje su aktivnosti koje su lišene voljne kontrole i racionalnog mišljenja. Impulsivnost je praćena povišenom unutrašnjom tenzijom, koja traži odušak i realizaciju, koja teži zadovoljenju. U takve radnje se ubrajaju: impuls za krađom (kleptomanija), piromanija (impulsi za podmetanje požara), patološko kockanje i drugo. Neka samoubistva i ubistva koja sriječemo kod epileptičara, shizofrenih bolesnika i psihopata ubrajaju se u impulsivne radnje.

Sugestibilnost je olako i nekritičko prihvatanje tuđih stavova i naloga. Ova pojava često se viđa kod djece, koja još nijesu mentalno i socijalno zrela, te nemaju kritički i logični sud o stvarnosti. Sugestibilnost je pojava koja se srijeće kod

zdravih ljudi u određenim okolnostima i u odnosu na neke osobe. Psihijatrijski entiteti kod kojih je ovaj poremećaj zastupljen su hebefrena forma shizofrenije, stanja koja pokazuju znake zastoja u psihičkom razvoju i neki oblici histeričnih poremećaja.

Ambivalencija i ambitencija se još nazivaju kolebljivost volje, a javljaju se kao posljedica konfrontacije suprotnih motiva, što dotičnu osobu inhibira i čini neodlučnom za voljne aktivnosti. Ova pojava često senalazi kod bolesnikakoji boluju od shizofrenije, nekih afektivnih poremećaja i neuroza opsesivno – kompulsivne ekspresije.

Katatonni poremećaji su skup više psihomotornih poremećaja, koje karakteriše parcijalna ili potpuna pasivnost u sferi voljnih aktivnosti. Katatona forma shizofrenije se uzima kao paradigma koja je praćena katatonim fenomenima.

Najčešći katatonni poremećaji su: *katatonni stupor, katalepsija, negativizam, stereotipije, ehopatija, manirovanost (bizarnost), mutizam, psihomotorni nemir, impulsivne radnje, katatona mahnitost (pomama) i prisilne radnje.*

Katatonni stupor je stanje u kojem je bolesnik lišen bilo kakve voljne aktivnosti.

Ovi bolesnici mogu dugo da se zadržavaju u jednom položaju, a da pri tome ne osjećaju zamor u mišićima i tijelu. Inače, takvi bolesnici su svjesni i mogu da prate događaje iz okruženja, ali na njih ne reaguju. Katatonni stupor, pored toga što se viđa kod kkatatone shizofrenije, može se javiti i kao reakcija na neki provocirajući događaj, u formi histereičnog stupora, depresivnog stupora (koji nema mišićne ukočenosti, koja je tipična za katatonistupor) i epileptičnog stupora.

Bolesnika u katatonom stuporu treba posebno pratiti i adekvatno tretirati.

Naime, ovi bolesnici mogu da se „otkoče“, postanu iznenada uznemireni i agitirani, čak da upadnu u katatonu pomamu, kada mogu biti opasni i agresivni.

Katalepsija se mahom javlja u sklopu katatonog sindroma, a karakteriše je ukočenost mišića, oskudnost pokreta i pasivno držanje tijela ili dijela tijela u pasivni položaj.

Bolesnik ne osjeća zamor, te može da provede sate u tom položaju. Termin potiče od riječi *katatenio* – zategnut i *leptein* – oduzet. Ovdje još spadaju fenomen „psihičkog jastuka“, kada bolesnici u krevetu glavu drže povijenu naprijed kao da drže glavu na jastuku. Potom, postoji fenomen voštane savitljivosti (fkesibilitas cera), gdje bolesnikovo tijelo (ruke i noge) može da se postavi u neprirodni položaj i tako ostane satima, bez osjećaja zamora.

Negativizam se može manifestovati u aktivnoj i pasivnoj formi.

U aktivnoj formi riječ je o pacijentovom opiranju izvršenju naloga, kada se postupa suprotno od zadatog naloga. Pasivni negativizam se ispoljava tako

da pacijent ne čini predviđene naloge. Ova pojava se inače viđa u svakodnevnom životu u vidu tzv. “tvrdoglavosti“, zatim kod djece. Međutim, on je propratni znak kod nekih oblika shizofrenije.

Stereotipije predstavljaju neuobičajeno i nesvrshodno ponavljanje neke radnje, pokreta, misli, govora i slično. Obično se javlja u sklopu katatonog sindroma.

Ehopatija su poremećaji voljne djelatnosti, koji se sastoje u repetitiji tuđih riječi (*eholalija*), radnji (*ehopraksija*) i slično.

Manirovanost (bizarnost) se ogleda u upadljivosti ponašanja, koje je izvješteno i odudara od svakodnevne konvencije. Često je riječ o prepotenciji, izvještačenosti u ponašanju i maniru sa namjerom da se postigne neki efekat, koji treba kod osobe da zakloni neki problem (kompleks). Bizarnost se može sresti i kod nepsihotičnih stanja. Kao psihopatološki fenomen najviše se srijeće u kompleksu simptoma shizofrenih poremećaja.

Mutizam nastaje u okviru katatonog sindroma, a predstavlja odbijanje verbalnog kontakta bolesnika. Može se javiti kod depresija i nekih psihotičnih stanja koja su praćena perceptivnim obmanama – tipa poruka i naloga da čuti.

Psihomotorni nemir je stanje povišene motorne aktivnosti i uzbuđensti, što vidimo kod velikog broja psihijatrijskih poremećaja. Takvi bolesnici puno pričaju, stalno su u pokretu, viču, svađaju se, dovikuju, praktično se ponašaju nekritički i veoma upadljivo. Psihomotorni nemir može se javiti u obliku hiperkinetskih radnji, tikova, raznih vidova agresije i slično.

Postoji i obrnuta situacija, kada je smanjena motorna i kognitivna aktivnost kada govorimo o (bradikinezija, hipokinezija) uisporenim pokretima, njihovom odsustvu (akinezija) i smanjenju napetosti mišića (hipotonija).

Smanjena motorna aktivnost prisutna je kod više psihijatrijskih poremećaja (depresije, shizofrenija i slično), što se kvalifikuje kao motorna retardacija – usporenost.

Impulsivne radnje su oblik motornih reakcija koje se odvijaju neposredno nakon djelovanja draži, bez oklijevanja. Neko ih naziva “reakcije kratkog spoja“, što vidamo kod stanja patološkog afekta.

Prisilne radnje (kompulsije) su necjelishodne besmislene i stereotipne radnje koje se uporno ponavljaju mimo volje pacijenta. Bolesnik svjesno doživljava ove poremećaje, ali na njih ne može uticati u smislu da ih zaustavi. To kod njega stvara psihičku napetost i nervozu. Kada se prisilna radnja realizuje, bolesnik doživljava olakšanje. Ovaj poremećaj srijeće se kod opsesivno – kompulsivnih poremećaja.

Katatona mahnitost (pomama) praćena je ekstremnom uzbuđenošću, bijesom, agresivnošću i destruktivnim ponašanjem bolesnika.

Docilnost (automatska poslušnost) se odnosi na poremećaj voljne djelatnosti koji se srijeće kod shizofrenih pacijenata, a ispoljava se kao što i sam naziv kaže u automatskoj i apsolutnoj poslušnosti u izvršavanju naloga.

Neki u poremećaje volje ubrajaju i *konverzivne reakcije*, koje predstavljaju nefiziološke, funkcionalne, psihogene poremećaje senzornih (sljepilo, gluvoća, anestazija, analagezija i slično) i motornih funkcija (pareze, paralize, ataksija, afonija). Klasičan primjer za konverzivne manifestacije je tzv. globus hystericus, kada pacijent ne može ili otežano guta.

ISPITIVANJE VOLJE

Ispitivanje ove psihičke funkcije može nekada biti delikatno. Inače, na stanje volje i voljne djelatnosti umnogome utiču ostale psihičke funkcije, kao i opšte stanje mentalnog zdravlja. Voljna aktivnost je posebno kompromitovana u stanjima: alkoholisanosti, intoksikacije, umora, nespavanja, pospanosti, nekih emotivnih stanja, tjelesnih bolesti i drugo.

I ovu psihičku funkciju po pravilu ispitujemo u toku objektivnog pregleda bolesnika.

Mnogi maniri i ponašanje bolesnika, posebno podaci iz anamneze ukazuju na voljne djelatnosti ispitanika.

Iz podataka koje nam pacijenti daju u toku psihijatrijskog pregleda možemo dobiti podatke o njihovom nesnalaženju, otežanoj adaptaciji i funkcionisanju, što može biti posljedica slabosti volje i voljne djelatnosti. Tako sretamo pacijente koji nam saopštavaju kako su često mijenjali školu, posao, radno mjesto, zanimanje i slično, a da za to nije bilo opravdanih razloga.

Neuspjesi u školi, na radnom mjestu, mogu biti indikativni kada se radi o osobama slabijih voljnih kapaciteta, iako su im drugi kapaciteti očuvani.

Hipobuliju i abuliju, inače najčešće kvantitativne poremećaje volje, lako zapažamo već u toku opservacije i pregleda bolesnika. To je naročito karakteristično za depresivne bolesnike, koji su ćutljivi, utučeni, preplavljeni lošim pesimističkim i suicidalnim mislima, koji sjede ili leže zamišljeni i utonuli u te misli i turobno raspoloženje. Oni se teško pomjeraju, odbijaju hranu, ne vode računa o toaleti, samo uzdišu.

Slično zapažanje možemo sresti i kod nekih shizofrenih bolesnika, koji su autistični, s tim što kod njih mogu biti prisutni i katatoni fenomeni ili katalepsija.

Zanimljiv je fenomen “psihički jastuk” gdje vidimo kako bolesnik bizarno drži glavu duže vremena u ležećem položaju odignutu od podloge, a da pri tome ne osjeća umor.

Nekada vidimo bolesnike kako repetiraju radnje drugih ljudi (ehopraksija) ili ponavljaju (eholalija) tuđe riječi.

Negativizam je poremećaj volje koji se sreća i kod mentalno zdravih osoba. Može da bude pasivan i aktivan. Tu osobinu često sretamo kod djece. Ova pojava se viđa u svakodnevnom životu u vidu tzv. “tvrdoglavosti”.

Voljna djelatnost nije samo svjesna usmjerenost i aktivnost, radi postizanja određenog cilja (socijalno prihvatljivog racionalnog), već i psihička energija koja je potrebna da se kontrolišu ili odbace nepoželjne i neprijatne želje.

U tom smislu može se kazati da osobe koje boluju od alkoholizma ili abuzusa psihoaktivnih supstanci, pokazuju znake slabosti volje, te nesposobnosti i manjku volje da se odupru negativnim impulsima i motivima zadovoljenja štetnih poriva.

**PRILOZI –
DIJAGNOSTIČKI INSTRUMENTI**

SKICA ISTORIJE BOLESTI

Istorija bolesti psihijatrijskog bolesnika predstavlja upitnik kojega egzaminator popunjava (ispisuje) kada pred sobom ima psihijatrijski slučaj. U osnovi, to je najvažniji i nezaobilazni instrument koji se koristi prilikom eksploracija psihijatrijskih pacijenata.

Istorija bolesti ima više komponenata.

Generalije

Generalije se tiču osnovnih podataka o bolesniku: prezime i ime bolesnika, godina rođenja i mjesto, zanimanje (radna organizacija), školska sprema, bračno stanje, broj djece, adresa stanovanja.

Ko upućuje pacijenta(?): izabrani ljekar, dolazi samoinicijativno, uz nagovor, hitna služba, prisilno i slično.

Hronološkim redom pregledati prethodne psihijatrijske tretmane u psihijatrijskim ustanovama: datum prijema ili otpusta (u slučaju stacionarnog tretmana), psihijatrijske tretmane u centrima za mentalno zdravlje, učestalost prijema, ambulantnih pregleda, dijagnoza, terapija, remisije bolesti i njeni recidivi.

Način dolaska pacijenta u psihijatrijsku ustanovu, vezan je za okolnosti pod kojim dolazi: dobrovoljni dolazak na pregled, dobrovoljna hospitalizacija, uz nagovor i ubjeđivanje, prinuda uz asistenciju policije, po nalogu suda i hitne pomoći.

Anamneza

Anamneza se odnosi na prikupljanje podataka koje daje sam pacijent (*autoanamneza*) i podataka koje daju druga lica (*heteroanamneza*).

Autoanamnestički podaci su validni ako ih saopštavaju nepsihotični bolesnici (neurotičari), dok za ostale slučajeve pored autoanamneze koristi se i heteroanamneza.

Potrebno je identifikovati osobu koja daje podatke o pacijentu: starost, zanimanje, srodstvo, odnos prema pacijentu. Na taj način provjerava se pouzdanost heteroanamnestičkih podataka.

Glavne tegobe

Tegobe treba nabrojati, 2 – 3 osnovne, i to onim redom kako ih pacijent svojim riječima saopštava. Nakada je dozvoljeno da se saopšti i više tegoba, čak i da se saopšte u nekoliko rečenica.

Sadašnja bolest

Ovaj dio anamneze podrazumijeva po mogućnosti tačne podatke o pojavi prvih znakova i simptoma bolesti, tok i istoriju bolesti, evoluciju poremećaja ili problema, zbog kojih se bolesnik obraća za liječenje. Treba prvo tražiti opis prvih simptoma. Kod slučajeva koji se prvi put jave sa određenim problemima i simptomima, tj. prvom psihijatrijskom pregledu, onda sa tim treba i započeti ispitivanje sadašnje bolesti. Treba se interesovati kada su se javili prvi simptomi bolesti, kakva je bila dinamika i priroda njihovog početka (naglo, postepeno). Važno je dobiti podatke o egzogenim tj. precipitirajućim okolnostima, značajnim životnim događanjima ili problemima. Ukoliko se nađu navedene okolnosti, njih treba podrobno notirati. Znamo da tjelesne bolesti, abuzus psihoaktivnih supstanci i alkoholizam, su česti precipitirajući činioci, koji dovode do psihičkih poremećaja, što treba registrovati. Psihičke traume i stres često su provokatori emocionalnih poremećaja.

Treba obratiti pažnju na spavanje, apetit bolesnika, njegov odnos sa sredinom, stav prema uobičajenim aktivnostima, izmjene ponašanja i slično.

Poželjno je opisati evoluciju simptoma bolesti, registrovati sve simptome, što je od velikog značaja kod postavljanja diferencijalne dijagnoze sadašnje bolesti. Pri tome treba koristiti dijagnostičke kriterijume MKB – 10.

Treba zabilježiti sve vidove tretmana koje je pacijent obavio, potom notirati medikamente koje je koristio, njihove doze i vrijeme koliko je lijek korišćen, utiske o efektima lijeka (poželjnim i nepoželjnim).

Interesovati se za stav porodice prema bolesniku, njegovoj bolesti i liječenju.

Ranija istorija bolesti

Ovaj dio istorije bolesti odnosi se na istoriju psihijatrijskog poremećaja i ličnu anamnezu.

Istorija psihijatrijskog poremećaja podrazumijeva razmatranje prethodnog toka bolesti, kao i njihov tretman. Naznačiti da li je tok bolesti akutan, njegovu detaljnu simptomatologiju i ponašanje pacijenta. Ako je hospitalizacija ponovna, opisati stanje u intervalu između pojedinih hospitalizacija, tj. stanje remisije, da li je potpuna ili nepotpuna, te da li je terapija uzimana redovno i po savjetu psihijatra.

Treba kod pacijenata sa hroničnim tokom oboljenja opisati karakteristike i simptome bolesti detaljno, uključujući sve psihijatrijske hospitalizacije, odnosno godine kada se simptomatologija prvi put javila.

Ranije epizode bolesti (recidive) treba opisati hronološki, njihovu dužinu trajanja, sličnosti ili razlike u simptomatologiji i drugim kliničkim karakteristikama. Poželjno je od rodbine ili prijatelja bolesnika zatražiti podatke o njegovoj ranijoj bolesti, pogotovo ukoliko sjećanja pacijenta na prethodnu bolest nijesu dovoljna ili ubjedljiva.

Lična anamneza

Lična istorija podrazumijeva niz pitanja počev od trudnoće majke, nošenja ploda, željenosti djeteta, pa do reda rođenja djeteta. Treba tražiti podatke o porođaju majke (eventualnim problemima), donesenosti ploda, intervencijama u toku porođaja, da li je dijete nakon rođenja zaplakalo, da li je oživljavano, da li je imalo žuticu i druga zapažanja.

Notirati način ishrane, dojenje, napredovanje, rani psihomotorni razvoj (kada je prohodalo, progovorilo, sticanje navika, ljutnja, zacjenjivanje i drugo).

Interesovati se i podrobno opisati predškolsko doba koje se tiče perioda od 2-7 godine, kvalitet adaptacije u ranom djetinjstvu. Treba opisati svako upadljivo ponašanje koje se javlja u tom životnom uzrastu: noćne more, nekontrolisano

mokrenje u krevetu, učestala buđenja, strahovi, sisanje prstiju, grickanje noktiju, tikovi, mucanje, nastupi bijesa, problemi sa hranom, odnosi sa braćom, ljubomora, igra i druženje sa djecom. Detaljno opisati odnos prema roditeljima i drugim značajnim figurama. Opisati rani psihoseksualni razvoj.

Školsko doba, podrazumijeva period od 7 do 12 i od 12 do 18 godine života.

Treba opisati period od početka do završetka školovanja: stav prema školi, uspjeh postignut u školi, vanškolska interesovanja. Intersovati se za probleme vezane za nasilje nad djecom. Prva seksualna iskustva. Potom pitati za nastavak školovanja, izbor fakulteta, motivacija za studije (lično interesovanje, nagovor, želja roditelja). Problemi i prekid u školovanju, mijenjanje studija. Odnos među drugovima prijateljima, stav prema nastavnicima, razonoda, hobi. Pitati za upotrebu alkohola psihoaktivnih supstanci i da li se koristi duvan.

Nakon završenog školovanja, mnogi zasnivaju radni odnos, pa se treba interesovati za zanimanje, zaposlenje, radno mjesto, uslove rada, adaptaciju i profesionalno funkcionisanje. Interesovati se za dužinu radnog staža, da li radi na određeno, po ugovoru u privatnoj ili društvenoj firmi, mobingu na poslu i slično. Visina ličnog dohotka, socijalna i ekonomska pozicija. Dalji planovi i ambicije vezani za profesiju i posao.

Takođe se interesovati da li je boravio u vojsci, adaptaciju i iskustvo u njoj.

Premorbidna ličnost

Ovaj segment istorije bolesti tiče se više svojstava ličnosti pacijenta, a prije svega njegov karakter, norme ponašanja, stavove, sposobnosti, interesovanja i temperament. Pobrojana svojstva ličnosti determinišu ekstrovertnost ili (i) introvertnost, značajne prediktore u nastanku nekih mentalnih oboljenja. Anamneza vezana za premorbidnu ličnost odnosi se na pitanja koja se tiču ponašanja osobe prije nastanka bolesti.

Karakter se tiče sljedećih svojstava: osjetljiv, timidan (stidljiv), rezervisan, sumnjičav, razdražljiv, impulsivan, egocentričan, ljubomoran, pedantan, nervozan, intro i ekstrovertan.

Norme se odnose na više svojstava ličnosti: moralnost, religioznost, društveni nazori, ekonomske, estetke i druge.

Stavovi su vezani za držanje prema sebi, drugima, zdravlju, sopstvenom tijelu.

Sposobnosti mogu biti intelektualne, psihomotorne i senzorne.

Interesovanja – aktivnosti.

Temperament predstavlja dinamiku i način emocionalnog raspoloženja, kao i način angažovanja psihičke energije u odvijanju svih ostalih psihičkih procesa (opažanja, pamćenja, mišljenja i drugo). Tu još spadaju kontrola jakih emocija, strpljenje, energija, inicijativa i slično.

Kakvog je bio temperamenta u odnosu na sport, umjetnost i hobi.

Porodična anamneza

Porodična anamneza tiče se članova porodice bolesnika. U ovom slučaju obavezno se pita da li su roditelji živi i zdravi (mentalno i tjelesno zdravlje).

Opisati karakteristike roditelja. Treba se interesovati za porodičnu atmosferu roditelja od sklapanja braka pa nadalje. Naznačiti intraporodične odnose (pozitivni – negativni). Funkcionisanje porodice i njen društveni položaj.

Interesovati se za godine starosti i zanimanje roditelja, braće i sestara, obrazovanje i zanimanje pacijentovog potomstva.

Nije na odmet napraviti porodično stablo, gdje treba uključiti roditelje, očeve i roditelje majke, braću, sestre i djecu.

Ako se dobiju podaci da neko od prvostepenih rođaka ima istoriju duševnog poremećaja, treba je notirati, kao i podatke o njegovom liječenju, hospitalizacijama, toku i ishodu liječenja. Isto tako treba pitati da li ima mentalnih poremećaja kod „dalje rodbine“ odnosno daljih krvnih srodnika.

Podaci o mentalnoj bolesti u porodici upućuju na hereditarnu opterećenost, što je u psihijatriji značajan podatak kada je u pitanju detekcija duševne bolesti. Posebno se treba osvrnuti na korišćenje alkohola, droga, „tablete za smirenje“, da li se neko javljao psihijatru, da li je bilo pokušaja ili izvršenih samoubistava i homicida u bližoj i daljoj rodbini.

Provjeriti da li ima nasilja u porodici (nasilja nad suprugom).

Interesovati se za socijalnu poziciju članova bliže rodbine, obrazovnom stanju, socijalnom i kulturnom porijeklu.

Socijalna anamneza

U socijalnoj anamnezi treba se interesovati za socijalni poziciju pacijenta, što se odnosi na bračni status, zanimanje i prihode supružnika. Treba navesti mjesto stanovanja, uslove stanovanja (dobar ili loš komfor). Interesovati se za karakteristike i osobine članova porodice koji žive zajedno sa pacijentom. Treba

registrovati socijalnu podršku pacijenta, ako je ima, potom navike, što se odnosi na alkoholizam, pušenje i zloupotrebu droga.

Medicinska istorija bolesti

Ovaj dio istorije bolesti podrazumijeva opšti somatski aspekt zdravlja, kako u ranijem periodu tako i sada, što zahtijeva internistički pregled po sistemima, eventualne tjelesne povrede, hirurške intervencije, alergiju, korišćenje raznih lijekova.

Posebno treba obratiti pažnju na povrede glave, glavobolje, neurološke is-pade, pojava ekstrapiramidnih znakova, konvulzije i drugo.

PSIHIČKI STATUS

Psihički status podrazumijeva objektivizaciju sadržaja intervjua koji je obavljen sa pacijentom. On omogućava finalizaciju utiska o mentalnom stanju, testira hipoteze koje se javljaju u toku intervjua i vodi ka uspostavljanju dijagnoze bolesti pacijenta.

Psihički status ima više elemenata.

Spoljašnji izgled

On se tiče opšte impresije, spoljašnjeg izgleda i ponašanja bolesnika, načina odijevanja, urednosti i evaluacije psihičkih funkcija.

Opisati da li izgled bolesnika odgovara njegovim godinama (izgleda stariji ili mlađi).

Registrovati upadljivost ako se u nečemu manifestuje.

Notirati saradljivost, ljutnju, hostilnost i podozrivost.

Važan je kontakt sa okolinom.

Motorna aktivnost

Registrovati gestove, mimičku ekspresiju i ostale motorne aktivnosti (povećana, agitovana ili smanjena aktivnost).

Prirodnost i neusklađenost u ponašanju, govoru. Obratiti pažnju na ponašanje u smislu prisustva, stereotipija, bizarnost, napetost, nestrpljivost, usporenost, oklijevanje i slično. Registrovati značenje i smisao pokreta. Zabilježiti nevoljne radnje i pokrete. Da li je pacijent spreman za saradnju. Kakvi su odgovori, direktni ili indirektni, smisleni, nelogični (navesti karakteristične primjere).

Svijest – orijentacija

Ispitivanje svijesti se odnosi na njegov kvantitativni i kvalitativni aspekt (poremećaj).

Orijentacija prema sopstvenom identitetu, prema drugim ličnostima, orijentacija u vremenu i prostoru, osnovne su varijable ispravne orijentacije pacijenta. Poremećaji orijentacije su česta pojava kod psihijatrijskih pacijenata. Ona se može javiti u formi dezorijentacije, nepotpune orijentacije, povremene ili stalne dezorijentacije. Orijetacija se provjerava neposrednim pitanjima pacijentu – koji je dan, datum, godina, vrijeme, mjesto na kojem se pacijent trenutno nalazi i drugo.

Pažnja

Pažnja se ispituje tokom intervjuja i tiče se njene aktivne i pasivne komponente. Može se provjeriti preko testa računanja, a najčešće se koristi Burdonov test, kojom prilikom se pacijentu zada da precrta jedno isto slovo u datom tekstu. Može se koristiti i tahistoskopski metod, koji podrazumijeva ekspaniranje brojeva, slova ili riječi, nakon čega ih pacijent ponavlja onako kako ih je zapamtio. Mogu se improvizovati neki testovi, recimo da se kaže ispitaniku da nabroji pet stvari koje počinju slovom r.

Percepcija (opažanje)

Treba obratiti pažnju na ove poremećaje i notirati sve njihove oblike.

Perceptivni poremećaji upućuju na ozbiljnu i floridnu psihijatrijsku simptomatologiju. Najčešće se javljaju akustičke halucinacije, kao nenormalna senzorna percepcija bez prisustva objektivne draži.

Pored slušnih, postoje još vidne, taktilne, olfaktivne, visceralne i druge halucinacije.

Kod pojave glasova pitati odakle glasovi dolaze, jesu li poruke prijatne ili neprijatne. Veoma neprijatni glasovi sa imperativnim porukama („Ubi se! i slično) zahtijevaju posebnu pažnju i terapijsku intervenciju kod tih pacijenata.

Hipnogogne i hipnapompne halucinacije nijesu patognomične za psihijatrijske slučajeve.

Kod stanja straha i delirijuma česta pojava perceptivnih poremećaja su iluzije, kada imamo krivu (karikaturalnu) promjenu (doživljaj) objekata, stvari i predmeta.

Mišljenje

Poremećaji mišljenja mogu biti po formi i po sadržaju. Formalni poremećaj mišljenja tiče se dinamike izlaganja ispitanika.

Direktna procjena mišljenja nije ostvariva. Ritam govora pacijenta može biti normalan, usporen ili ubrzan i on može da ukaže na poremećaj mišljenja po formi. Treba voditi računa da li je govor pacijenta logičan uz ciljanu predstavu, ili ga remeti neki formalni poremećaj (recimo inkohherentnost, osiromašenje misaonog toka).

Posebnu pažnju treba posvetiti procjeni prisustva precijenjenih i sumanutih ideja. Pri tome treba odrediti njihovu strukturu, mehanizam nastanka i sadržaj. Provjeriti misaone preokupacije, te stav prema okolini i način interpretiranja stvarnosti i događaja u okruženju.

Raspoloženje i afekat

O raspoloženju i afektu često se može suditi na osnovu izgleda i ponašanja čovjeka (facijalna ekspresija). Naravno da je važno zabilježiti i neposredni stav i odgovor ispitanika. Raspoloženje inače reflektuje relativno trajan i ujednačen emocionalni stav.

Pacijentovo raspoloženje može biti normalno (eutimično), euforično, anksiozno ili iritabilno.

Afekat je emocionalni odgovor (reakcija) koji je podstaknut nekim stimulusom. Afekat pokazuje na koji način pacijent reflektuje svoje emocije na druge osobe. U toku intervjuja to se sve da zapaziti, kroz provokativna ili šaljiva pitanja, što se može primijetiti na pacijentovu facijalnu ekspresiju.

Afekt se ispoljava kao adekvatan (odgovarajući) zaravnjen, ili neadekvatan.

Zarav njen afekat sretamo kod nekih shizofrenih bolesnika, kada je vrlo slab emocionalni eho (odgovor), dok je neodgovarajući afekat onaj koji nastaje kada pacijentov emocionalni odgovor nije usklađen sa sadržajem razgovora (iznenadni smijeh, bez razloga).

Skladnost i adekvatnost emocionalnog odgovora ispitanika, na stimulse ispitivača naziva se odgovarajući afekat ili uspostavljena afektiva rezonanca.

Pamćenje

Pamćenje je složen proces kojega čine tri modaliteta – ultrakratko, kratkotrajno i dugotrajno pamćenje. Pri eksploraciji pamćenja potrebno je obratiti pažnju na sva tri modaliteta pojedinačno i ukupne sposobnosti pamćenja ispitanika.

Ultrakratko pamćenje označava sposobnost trenutnog upamćivanja informacija. Ispituje se tako što se od ispitanika traži da odmah ponovi seriju od nekoliko (najmanje tri) nezavisnih informacija. Primjeri mogu biti raznovrsni i iz svakodnevlja: plava boja, ime doktora Jovan, a adresa je ulica Omladinskih brigada. Od ispitanika se zahtijeva da ih odmah ponovi. Ukoliko se pokažu problemi u reprodukciji pacijentu se ponovi isti zadatak. Ako se desi da ni ovog puta ispitanik ne može da ponovi zadatak, kao ni nakon više pokušaja, taj podatak se registruje u istoriji bolesti.

Nakon 3-5 minuta pacijentu se saopšti da ponovi zadate informacije, pa ako u tome uspije govorimo da je njegovo kratkotrajno pamćenje očuvano.

Dugotrajno pamćenje provjeravamo tako što od pacijenta tražimo da se prisjeti ranijih događaja (od prije nekoliko dana, nedjelje, mjeseci i godina).

Znači, pamćenje može biti oštećeno za novije i starije događaje. I jedno i drugo znaci su zaboravnosti i mentalnog poremećaja (deficita).

Inteligencija

Ova psihička funkcija može se ispitivati na više načina i testova inteligencije. Psihijatri nezaobilazno koriste mali klinički test inteligencije koji se sastoji od serije testova:

- *opšta informisanost*
- *računanje*
- *sposobnost čitanja*
- *apstrakcija*

– rasuđivanje i uvid

Opšta informisanost i znanja zavise od životne dobi, te školske spreme i sociokulturnog statusa ispitanika. Može se pitati da ispitanik nabroji gradove na primorju, jezera u republici, najviše planine, države u okruženju, važne političke stranke, političke lidere, značajnije istorijske događaje iz prošlosti i slično, događaje iz kulturnog i sportskog života zemlje i svijeta. Ispitivanje treba prilagoditi obrazovanju pacijenta.

Računanje

Ovaj test mahom započinjemo tzv. testom oduzimanja 7. Pacijentu se zada da oduzme 7 od 100, potom 7 od sljedećeg broja, do najmanje još pet oduzimanja. Može se koristiti i neki drugi test, odnosno strategija oduzimanja, ukoliko se prethodni rješava sa lakoćom i rutinom.

Računanje se može provjeravati i jednostavnije, pošto svakodnevno u trgovini trošimo novac, pa je potrebno prije trgovine, a i nakon nje izračunati koliko smo novca potrošili, odnosno uštedjeli. I u ovom slučaju zadatke treba prilagoditi obrazovnom nivou ispitivača.

Sposobnost čitanja i pisanja

U ovom slučaju pacijentu se da neki tekst, po mogućnosti jednostavniji i od njega zahtijeva da ga glasno čita. Nakon toga od pacijenta se traži da napiše nekoliko rečenica po ličnom ili ispitivačevom izboru.

I ovom prilikom treba voditi računa o ispitivačevom obrazovnom i kulturnom statusu.

Apstrakcija

Apstrakcija je jedna od operacija mišljenja, a njeno ispitivanje služi jednovremeno i za procjenjivanje intelektualnih kapaciteta.

Najčešća metoda procjene apstrakcije pacijenta jeste interpretacija poslovice: „Ko rano rani dvije sreće grabi“ ili „Ko drugome jamu kopa sam u nju pada“.

Može se pitati da pacijent kaže ono što je zajedničko za dva pojma (npr. čamac i brod, olovka i naliv-pero, jabuka i kruška). Ili kakva je sličnost između automobila i štapa.

Rasuđivanje i uvid

Ovdje se procjenjuju kapaciteti pacijenta da realno sagleda svoju bolest, te druge probleme sa kojima se suočava. Ispitanik se može direktno pitati da li je duševno obolio, i šta misli koja bi to mogla biti bolest, da li osjeća potrebu za liječenjem.

Rasuđivanje ima kompleksnije značenje te ga je teže ispitati. Međutim, u toku intervjua i ispitivanja psihičkih funkcija možemo steći utisak o ispitanikovom rasuđivanju, pragmatičnosti životnog postupanja, funkcionisanju, životnim uspjesima ili neuspjesima. Može se pacijent i pitati da prokomentariše neka dešavanja: „Ako nađete na bespomoćnu osobu koja zapomaže, šta ćete uraditi“ i slično.

Nagonski život

Kod ispitivanja ove funkcije pacijent se neposredno pita o apetitu, prohtjevima u jelu i slično. Treba pitati i o seksualnom životu i njegovom upražnjavanju. Posebno treba obratiti pažnju na depresivne bolesnike i opasnosti koje ova bolest nosi u smislu suicidalnih preokupacija ili radnji.

Volja

Volju ispitujemo pitanjima koja se odnose na životne aktivnosti i planove pacijenta. Pri tome treba razlikovati standardne društveno prihvatljive od društveno i etički neprihvatljivih aktivnosti. Treba zapaziti snagu i jačinu volje u smislu kontrole i kočenja društveno neprihvatljivih aktivnosti. Tako recimo, osobe koje zloupotrebljavaju alkoholna pića i droge imaju slabu volju i voljnu aktivnost.

Pacijent se pita – možete li što da radite, koje poslove. Opšti izgled i neposredna okolina često mogu da ukažu na voljne aktivnosti pacijenta. Pitati ga da li održava ličnu higijenu i slično?

Treba ispitati sugestibilnost, što je česta pojava kod djece, i dementnih osoba. Ima li impulsivne radnje.

Opšti somatski status

U ovom slučaju treba bolesnika pregledati (internistički) po organima i sistemima, shodno ustaljenom medicinskom modelu. Poželjno je da se pacijenti suprotnog pola pregledaju u prisustvu nekog od medicinskog personala.

Neurološki status

Ovdje pacijenta treba podvrgnuti standardnom neurološkom pregledu, konstatovati eventualni neurološki poremećaj, a posebno da bi se pronašla eventualna veza između neurološkog i psihijatrijskog oboljenja.

Privremeni psihijatrijski utisak

Treba kliničkim jezikom konstatovati sve važne poremećaje psihičkih funkcija koje su zapažene kod ličnosti ispitanika. Voditi računa o psihijatrijskom hereditetu, premorbidnim karakteristikama ličnosti, potom notirati neadekvatne sociopsihološke okolnosti koje su uticale i utiču na bolesnika. Zabilježiti početak bolesti (nagao, postepen), evolutivnost mentalnog poremećaja (proces ili stanje), psihoze ili neuroze.

Kliničar treba da registruje svoj dijagnostički utisak shodno kriterijumima MKB – 10. Kada nijesmo sigurni u dijagnostički utisak, i kada nam predstoje još neka ispitivanja opredjeljujemo se za *radnu dijagnozu*.

U tom slučaju treba napraviti proširenu diferencijalno – dijagnostičku listu.

Plan dopunskog ispitivanja

Plan dopunskog ispitivanja može se započeti rekonstrukcijom i provjerom prethodnih dijagnostičkih utisaka i procedura. Sljedeći korak podrazumijeva korišćenje dodatnih (dopunskih) kliničkih i laboratorijskih testova, koji će omogućiti pouzdanije postavljanje dijagnoze.

Program liječenja

Program liječenja slijedi nakon verifikacije bolesti i postavljanja definitivnog dijagnostičkog utiska. On podrazumijeva farmakološki tretman, psihoterapijsko liječenje (notirati koji oblik psihoterapije), socioprofesionalne metode liječenja i rehabilitacije, bračno savjetovanje i drugo.

REJTING SKALE

U psihijatriji je već odavno aktuelno pitanje što objektivnije procjene psihopatoloških entiteta, što je uslovalo pronalazak brojnih instrumenata koji se danas koriste za kliničku procjenu.

Razvoj metodoloških pristupa u liječenju duševnih poremećaja, gdje spadaju farmakoterapijske i psihoterapijske metode, zahtijevaju objektivizaciju ne samo psihičkih poremećaja, ujednačavanje terapijskih pristupa, već i validnu procjenu postignutih rezultata.

Minulo je vrijeme kada je za postavljanje psihijatrijske dijagnoze bio dovoljan samo psihijatrijski intervju (anamneza).

Savremena psihijatrija je daleko zahtjevnija, te su danas u upotrebi brojni instrumenti koji se koriste u razne svrhe u ovoj disciplini, koja ide rame uz rame sa drugim medicinskim granama.

Najčešće korišćeni instrumenti kliničke procjene u psihijatriji su: standardizovani intervju, skale kliničke procjene, razni upitnici, lista simptoma i druga široka paleta dijagnostičkih instrumenata.

Danas se često u kliničkoj praksi i procjeni koriste razne skale koje su konstruisane za brzu procjenu i evaluaciju brojnih specifičnih psihopatoloških fenomena. One naročito dobro dođu kada je potrebno procijeniti promjene u bolesnikovom statusu, posredstvom rejtingovanja (procjene) koje se ponavlja tokom vremena u određenim vremenskim intervalima (najčešće se rade nedjeljni intervali). Ovdje su prezentovane sheme: Bekova skala za procjenu depresivnosti, Hamiltonova skala za procjenu depresivnosti (HAMD), Bekov upitnik za anksioznost (BAI) i Mala skala za procjenu mentalnog stanja (MMSE).

Bekova skala za procjenu depresivnosti

Skala služi za verifikaciju kognitivne simptomatologije depresije. Ujedno, to je najčeće upotrebljavana skala za procjenu depresije. Može se koristiti i kod nepsihijatrijskih slučajeva ukoliko se pretpostavlja depresivnost, kao i kod normalne populacije. Procjena stanja može se vršiti nedjeljno (rejtingovanje). Skalu ispunjava ispitivač.

Uputstvo: Upitnik sadrži 21 grupu pitanja. Pažljivo pročitajte pitanja i odaberite odgovore koji najbolje opisuju vaše stanje, odnosno kako se osjećate u zadnje dvije sedmice, uključujući i današnji dan. Zaokružite broj pored odgovora. Ako više odgovora opisuje vaše stanje, zaokružite onaj sa najvećim brojem. Budite oprezni, nemojte zaokruživati više odgovora u istoj grupi pitanja.

0 *Ne osjećam se tužno*

1 Osjećam se tužno

2 Osjećam se tužno sve vrijeme i ne mogu se trgnuti iz toga

3 Tako sam žalostan ili nesrećan da to više ne mogu podnijeti

0 *Nisam posebno obeshrabren u pogledu budućnosti*

1 Obeshrabren sam u pogledu budućnosti

2 Osjećam da se nemam čemu radovati

3 Osjećam da je budućnost beznadežna i da se stvari ne mogu popraviti

0 *Osjećam da sam uspješna osoba*

1 Osjećam se neuspješnim od prosječnog čovjeka

2 Kada sagledam unazad lični život, vidim samo mnogo neuspjeha

3 Kao osoba osjećam sa kao potpuni promašaj

0 *Neke mi stvari i dalje čine zadovoljstvo kao i ranije*

1 Ne uživam više u nekim stvarima kao ranije

2 Više mi gotovo ništa ne donosi pravo zadovoljstvo

3 Ništa mi ne može prichiniti zadovoljstvo i sve mi je dosadno

0 *Ne osjećam se posebno krivim*

1 Dobar dio vremena osjećam krivicu

2 Većinom se osjećam krivim

3 Sve vrijeme se osjećam krivim

0 *Ne mislim da sam kažnjen*

1 Osjećam da sam možda kažnjen

2 Očekujem da ću možda biti kažnjen

3 Osjećam da mi je ovo kazna

0 *Nisam razočaran sobom*

1 Razočaran sam sobom

2 Gadim se sam sebi

3 Mrzim sebe

0 *Ne osjećam se gore nego bilo ko drugi*

1 Kritičan sam prema sebi zbog svojih slabosti ili grešaka

2 Sve vrijeme se okrivljujem zbog svojih grešaka

3 Krivim sebe za sve loše što se dogodi

0 *Uopšte ne pomišljam na samoubistvo*

1 Pomišljam na samoubistvo, ali ne bih ga počinio

2 Volio bih se ubiti

3 Ubio bih se da imam priliku

0 *Ne plačem više nego obično*

1 Sada plačem više nego ranije

2 Sada stalno plačem

3 Ranije sam mogao plakati, ali sada više ne mogu plakati čak i kada to želim

0 *Više se ljutim nego ikad*

1 Lakše se razljutim nego ranije

2 Sada se sve vrijeme ljutim

3 Više me uopšte ne ljute stvari koje su me ranije ljutile

0 *Nisam izgubio zanimanje za druge ljude*

1 Drugi me ljudi zanimaju manje nego ranije

2 Uglavnom sam izgubio zanimanje za druge ljude

3 Izgubio sam svako zanimanje za druge ljude

0 *Odluke donosim dobro kao i uvijek prije*

1 Odlazem donošenje odluka više nego ranije

2 Teže mi je donositi odluke nego ranije

3 Uopšte više ne mogu odlučivati

0 *Ne mislim da izgledam išta gore nego uvijek*

1 Bojim se da izgledam staro ili nepoželjno

2 Osjećam da su se u mom izgledu dogodile promjene koje me čine nepri-
vlačnim

3 Mislim da tužno izgledam

0 *Mogu raditi jednako dobro kao i prije*

1 Moram uložiti poseban napor da bih počeo nešto raditi

2 Moram se vrlo puno tjerati da bilo što uradim

3 Uopšte ne mogu raditi

0 *Spavam dobro kao i obično*

1 Ne spavam dobro kao prije

2 Budim se sat – dva ranije nego obično i teško mi je ponovo zaspati

3 Budim se nekoliko sati ranije nego prije i više ne mogu zaspati

0 *Ne umaram se više nego obično*

- 1 Umaram se lakše nego prije
- 2 Ako bilo što uradim, umorim se
- 3 Preumoran sam da bih bilo šta uradio

0 *Nemam slabiji apetit nego obično*

- 1 Nemam više tako dobar apetit kao prije
- 2 Apetit mi je sada mnogo slabiji
- 3 Uopšte više nemam apetita

0 *Nisam mnogo smršao – ako sam uopšte smršao*

- 1 Izgubio sam više od 2 kilograma
- 2 Izgubio sam više od 5 kilograma
- 3 Izgubio sam više od 7 kilograma

0 *Zdravlje me ne zabrinjava više nego obično*

- 1 Brinem zbog fizioloških smetnji kao što su bolovi, ili nervoza želuca ili zatvor
- 2 Vrlo sam zabrinut zbog zdravstvenih problema i teško mi je razmišljati o drugim stvarima
- 3 Tako sam zabrinut zbog zdravstvenih problema da više ni o čemu drugome ne mogu razmišljati

0 *U posljednje vrijeme nisam primijetio da se moje zanimanje za seks promijenilo*

- 1 Seks me zanima manje nego ranije
- 2 Jako sam izgubio zanimanje za seks
- 3 Potpuno sam izgubio zanimanje za seks

Skor Bekove skale za procjenu depresivnosti

11 bodova.....Nema depresije

12-19 bodova.....Blaga depresija

20-26 bodova.....Umjerena depresija

> 26 bodova.....Teška depresija

Hamiltonova skala za procjenu depresivnosti

Hamiltonova skala za procjenu depresivnosti primjenjuje se vrlo široko i ona je postala nezaobilazan instrument u svakodnevnom radu psihijatra.

Jednovremeno ona je standard za procjenu vrijednosti ostalih skala u mjerenju depresivnosti. Ova skala ne služi za dijagnostiku depresije, već za kvantifikovanje intenziteta simptoma kod već postavljene dijagnoze bolesti. Ona ima dvije verzije. Jedna ima 17, a druga 21 temu. Popunjava je ispitivač.

1. Depresivno raspoloženje

(beznadežnost, bespomoćnost, bezvrijednost)

0 Odsutan

1 Utučenost, pesimizam, beznade

2 Povremeno plakanje

3 Često plakanje

4 Izražavanje ovog stanja u svojoj verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji

2. Osjećaj krivice

0 Odsutan

1 Samoprijekor, osjećaj da je iznevjerio ljude

2 Ideje krivice i stalno razmišljanje o ranijim greškama i propustima

3 Sadašnja bolest je kazna

4 Čuje optužujuće ili osuđujuće glasove

3. *Samoubilački porivi*

0 Nisu prisutni

1 Osjeća da život nije vrijedan življenja

2 Želja za smrću i umiranjem

3 Samoubilačke misli ili držanja

4 Samoubilački pokušaji

4. *Smetnje uspavljivanja*

0 Nisu prisutne

1 Povremene smetnje uspavljivanja (uspavljivanje duže od ½ sata)

2 Stalne smetnje uspavljivanja

5. *Smetnje spavanja*

0 Nisu prisutne

1 Žali se na nemir i isprekidan san

2 Budi se i ustaje noću (ustajanje zbog mokrenja se isključuje)

6. *Jutarnje smetnje spavanja*

0 Nisu prisutne

1 Budi se rano ali ponovo zaspi

2 Budi se rano ali bez ponovnog uspavljivanja

7. *Rad i aktivnost*

0 Bez poteškoća

1 Misli i osjećaj nesposobnosti za aktivnost: posao ili hobi

2 Gubitak interesovanja za aktivnosti: posao ili hobi, osjeća da se mora prisiljavati

3 Smanjenje vremena utrošenog na rad i aktivnosti, pad radnog učinka

4 Prestanak rada zbog sadašnje bolesti

8. *Psihomotorna inhibicija (usporenost misli i govora, smetnje koncentracije, smanjena motorička aktivnost)*

- 0 Uredno mišljenje i govor
- 1 Blago usporenje
- 2 Očito usporenje
- 3 Teško izvođenje intervjua
- 4 Stupor

9. *Agitacija*

- 0 Odsutna
- 1 Nervoza (nemir)
- 2 Poigravanja, igranje kosom, očigledna uznemirenost
- 3 Ne može mirno da sjedi, kreće se
- 4 Stiskanje ruku, grickanje noktiju, usana

10. *Psihički strah*

- 0 Nije prisutan
- 1 Unutrašnja napetost i razdražljivost
- 2 Zabrinutost oko sitnica
- 3 Izraz uplašivosti u govoru ili licu
- 4 Izražavanje straha i bez pitanja

11. *Strah tjelesni (suva usta, nadutost, probavne smetnje, prolivi, grčevi, lupanje srca, glavobolja, hiperventilacija, uzdisanje, češće mokrenje, znojenje)*

- 0 Nije prisutan
- 1 Neznatan
- 2 Umjeren
- 3 Jak
- 4 Onesposobljuje bolesnika

12. *Gastrointestinalni simptomi*

- 0 Nisu prisutni
- 1 Gubitak apetita ali jede bez nagovaranja
- 2 Otežano jede bez njegovanja osoblja

13. *Opšti tjelesni simptomi*

- 0 Nisu prisutni
- 1 Osjećaj težine ili bola u udovima, leđima ili glavi, gubitak tjelesne snage ili lako zamaranje
- 2 Bilo kakav jasan gore naveden simptom označiti sa 2

14. *Genitalni simptomi (gubitak libida, menstrualni poremećaji)*

- 0 Nisu prisutni
- 1 Umjereni
- 2 Jako izraženi

15. *Hipohondrijski simptomi*

- 0 Nisu prisutni
- 1 Pojačano tjelesno samoposmatranje
- 2 Zabrinutost za zdravlje
- 3 Česte pritužbe na smetnje, traženje pomoći
- 4 Hipohondrijska sumanutost

16. *Gubitak tjelesne težine*

- 0 Nema gubitka
- 1 Lagani ili vjerovatni gubitak
- 2 Izraženi i veliki gubitak na težini

17. Uvid u bolest

0 Uviđa da je depresivan ili bolestan

1 Uviđa bolest, ali je pripisuje prehrani, klimi, prenapornom radu, nedovoljnom odmoru, infekciji itd.

2 Negira postojanje bolesti

Skor Hamiltonove skale za procjenu depresivnosti

0 – 6bez depresije

7 – 17blaga depresija

18 – 24.....umjerena depresija

21 i više.....teška depresija

Bekov upitnik za anksioznost (BAI)

Ovaj upitnik za anksioznost spada u jedan od tri najčešće korišćena upitnika za mjerenje anksioznosti. Upitnik se sastoji od 21 pitanja koja se odnose na simptome opšte anksioznosti. Pacijenti treba da odgovore na svako pitanje procjenjujući intenzitet simptoma u rasponu 0 – 3. Zbir svih odgovora (maksimalno 63) predstavlja intenzitet simptoma opšte anksioznosti.

Ovaj instrument ne služi za dijagnozu anksionih poremećaja. On se koristi zajedno sa kliničkim intervjuom za prepoznavanje blažih formi anksioznosti, koje se javljaju samostalno ili u sklopu drugih psihijatrijskih entiteta, zatim kod praćenja monitoringa tretmana, ocjenu ishoda liječenja i drugo.

Shema upitnika

1. Utrnulost (neosjetljivost na trnjenje) ili trnjenje 0 1 2 3

2. Osjećanje vreline 0 1 2 3

3. Nesigurnost u nogama 0 1 2 3

4. Nemogućnost da se opustite 0 1 2 3

5. Strah da će se dogoditi najgore 0 1 2 3

6. Vrtoglavica ili omaglica 0 1 2 3

7. Lupanje ili ubrzan rad srca 0 1 2 3

8. Nestabilnost 0 1 2 3

9. Užasnutost 0 1 2 3
10. Nervoza 0 1 2 3
11. Osjećanje da ćete se ugušiti 0 1 2 3
12. Drhtanje ruku 0 1 2 3
13. Osjećanje da se tresete 0 1 2 3
14. Strah od gubitka kontrole 0 1 2 3
15. Teškoće u disanju 0 1 2 3
16. Strah od umiranja 0 1 2 3
17. Preplašenost 0 1 2 3
18. Loše varenje ili smetnje sa stomakom 0 1 2 3
19. Nesvjestica 0 1 2 3
20. Crvenilo lica 0 1 2 3
21. Znojenje (koje nije izazvano vrućinom) 0 1 2 3

Skor Bekovog upitnika za anksioznost

0 = uopšte nije bilo prisutno

1 = malo izraženo ili rijetko

2 = mnogo izraženo ili često

3 = veoma mnogo izraženo, bilo je skoro nepodnošljivo

Mala skala procjene mentalnog stanja (MMSE)

Ova kratka rejting skala služi za kvantitativno mjerenje orijentacije, memorije, računanja, kao i drugih aspekata procjene mentalnog statusa.

Ona je u širokoj upotrebi kao jednostavna i brza metoda za provjeru poremećaja kognitivnih funkcija (demencije) u gerijatrijskoj populaciji. Skala sadrži 11 pitanja. Ona se popunjava u kratkom vremenskom periodu, ali i ne mora da je vremenski limitirana. Njen maksimalni skor poena je 30.

Pitanja

Orijentacija Vrijeme Skor

- 1 Koja je ovo godina ? 10 sekundi /1
 - a. Koje je godišnje doba? 10 sekundi /1
 - b. Koji je mjesec ? 10 sekundi /1
 - c. Koji je danas datum? 10 sekundi /1
 - d. Koji je danas dan u nedjelji? 10 sekundi /1
- 2 U kojoj smo mi državi? 10 sekundi /1
 - a. U kojoj smo mi provinciji (kraju) 10 sekundi /1
 - b. U kojem smo gradu? 10 sekundi /1
 - c. U kući – u kojoj ulici se nalazi ova kuća?
U ustanovi – koje je ime ove ustanove 10 sekundi /1
 - d. U kući – u kojoj sobi se nalazimo?
U ustanovi – na kojem smo spratu? 10 sekundi /1

Upamćivanje

3. Recite: sada ću da imenujem 3 predmeta.
Kada završim, želim da ih vi ponovite.
Zapamtite ih, jer ću vas za nekoliko minuta pitati da ih opet nabrojite.
Kažite lopta/automobil/ čovjek 20 sekundi /3
4. Spelujte riječi „SVIJET“ (world)
Sada je spelujte unazad 30 sekundi /5
5. Koja tri predmeta sam imenovao prije? 10 sekundi /3

Jezik

6. Pokažite prstom na vaš ručni sat i pitajte kako se taj predmet zove ? 10 sekundi /1
7. Pokažite olovku i pitajte kako se taj predmet zove? 10 sekundi /1
8. Želim da ponovite ovu rečenicu:
Nema ako, i ili ali (ne postoje) 10 sekundi /1
9. Recite: Pročitajte riječi sa ovog papira i uradite to što je napisano. Dajte mu papir gdje je napisano „ Zatvorite oči“.
U slučaju da ne zatvori oči, ponovite do tri puta.
Dajte poen samo ako zatvori oči. 10 sekundi /1

10. Dajte osobi papir i olovku i recite joj da napiše bilo koju rečenicu koja ima potpun smisao (nisu bitne gramatičke greške, samo da rečenica ima smisla) 30 sekundi /1

11. Postavite ovaj crtež, gumicu i olovku i recite osobi da ga precrta



1 minut /1

Dozvolite da pokuša nekoliko puta i dajte poen samo ako figura koja je dobijena ukrštanjem ova dva petougla ima četiri ugla.

Skor male skale za procjenu demencije

26 – 30 normalno stanje

20 – 25 blago oštećenje memorije (blaga demencija)

10 – 19 srednje (umjereno) oštećenje memorije

0 – 9 teško oštećenje memorije (teška demencija)

Ukupan skor testa / 30.

LITERATURA

1. DAMJANOVIĆ A., POZNANOVIĆ– TOTIĆ S.: PRAKTIKUM IZ PSIHIJATRIJE, UNIVERZITET U BEOGRADU, MEDICINSKI FAKULTET, LIBRI MEDIKORUM, BEOGRAD, 2010.
2. ĐUKIĆ – DEJANOVIĆ S., MILOVANOVIĆEV UVOD U KLINIČKU PSIHIJATRIJU, KRAGUJEVAC, 1999.
3. FAJGEL S.: PSIHOMETRIJA (TREĆE DOPUNJENO IZDANJE), CENTAR ZA PRIMIJENJENU PSIHLOGIJU, BEOGRAD 2009.
4. GOLDER MICHEL/ RICHARD MAYOU/ JOHN GEDES PSIHIJATRIJA III IZDANJE, DATASTATUS, BEOGRAD 2009.
5. JASPERS K.: OPŠTA PSIHOPATOLOGIJA, PROSVETA , BEOGRAD, 1990.
6. JAŠOVIĆ – GAŠIĆ M.: PSIHICKE FUNKCIJE I NJIHOVI POREMEĆAJI (PSIHIJATRIJA ZA STOMATOLOGE), J. POTIĆ (UR.) MEDICINSKA KNJIGA BEOGRAD, 1992.
7. JAŠOVIĆ – GAŠIĆ M. ,LEČIĆ – TOŠEVSKI D.: PSIHIJATRIJA, MEDICINSKI FAKULTET, BEOGRAD 2007.
8. KALIČANIN P., ERCEGOVAC V. D.: PSIHIJATRIJA – DIJAGNOSTIKA, MEDICINSKI FAKULTET U BEOGRADU, 2001.

9. KAPLAN H, SADOCK B. TYPICAL SIGNS AND SYMPTOMS OF PSYCHIATRIC ILLNESS. U: COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHIATRY / VI. H. KAPLAN, B.SADOCK (EDS.) WILLIAMS, BALTIMORE / LONDON 1995, 535 – 544.
10. PEKOVIĆ M.: PSIHIJARIJA, UNIVERZITET CRNE GORE, MEDICINSKI FAKULTET, PODGORICA , 2010.
11. ROT N.: OPŠTA PSIHOPATOLOGIJA (TOM II), ZAVOD ZA NASTAVU, BEOGRAD, 2010.
12. VESEL J. MEDICINSKA PSIHOLOGIJA, SA PSIHOPATOLOGIJOM VIŠA MEDICINSKA ŠKOLA, BEOGRAD, 1983.
13. TIMOTIJEVIĆ I., PAUNOVIĆ V.: INSTRUMENTI KLINIČKE PROCENE U PSIHIJARIJI, INSTITUT ZA MENTALNO ZDRAVLJE BEOGRAD 2003.
14. VUJIĆ V. F.: MEDICINSKA PSIHOLOGIJA I OPŠTA PSIHOPATOLOGIJA, MEDICINSKA KNJIGA BEOGRAD – ZAGREB 1952.