

**Prof. dr Marko Munjiza**

## **PSIHOSOCIJALNE POSLEDICE MENTALNIH POREMEĆAJA\***

Već odavno se dobro zna da socijalna sredina može da bude uzrok pojave i toka psihijatrijskog poremećaja, ali ti isti poremećaji, takođe, mogu da deluju na okolinu. Psihijatrijski poremećaj može da postane jedan od značajnih činilaca koji može da utiče na društveni život i na pojavu invaliditeta. Ozbiljniju analizu socijalnih posledica psihijatrijskih poremećaja dao je pre 20-tak godina Robins i saradnici (Robins, LN et al, 1980) u svojoj knjizi "Društvene posledice psihijatrijskih bolesti". Posle toga usledilo je dosta istraživanja na ovu temu. Danas ovaj problem može da se razmatra iz nekoliko aspekata: 1. uticaj specifičnih psihijatrijskih poremećaja na pojedinca, porodicu, i 2. pogoršanje širih ekonomskih posledica po pojedinca i društvenu zajednicu. Kada je reč o pojedincu misli se pre svega na pogoršanje, onesposobljenost sa značajnim stepenom hendikepiranosti, efekat psihijatrijskog poremećaja na uslove života, izvor brojnih stresova i dr. Kod porodice posledice mogu da se odnose na celu porodicu, na dete, roditelje, bračnog partnera. Ekonomski značaj se odnosi na porast troškova i cenu koštanja i koristi kod lečenja, sudsko-psihijatrijskih i drugih problema.<sup>47, 42, 37, 8, 56, 38</sup>

### **I POSLEDICE PO POJEDINCA**

Treba na samom početku naglasiti postojanje brojnih konfuznih procenjivanja o prirodi mentalnih poremećaja. Kao i kod brojnih somatskih poremećaja, pojava psihijatrijskih simptoma može da dovede do smanjenja funkcija u svakodnevnom životu. Neki simptomi i znaci mogu da se odnose na smanjenje radne sposobnosti i socijalne efikasnosti i/ili kao iritabilnost i socijalna izolovanost. To znači da postoji preklapanje između dve vrste varijabli: simptomi i pogoršanja. Treba isto tako prihvatiti činjenicu da bolest i poremećaji mogu dovesti do smanjenja funkcija kao nešto odvojeno i/ili sekundarno. Svetska zdravstvena organizacija (SZO, 1980) u svojoj klasifikaciji "Pogoršanja, invalidnost i hendikepiranost" pokušava da da jasniju razliku između ovih pojmova koji se odnose na celu medicinu, a ne samo na psihijatrijske poremećaje. Najuprosćenija shema bi mogla da izgleda:<sup>58</sup>

#### **Bolest-pogoršanje-invalidnost-hendikepiranost**

Navedena shema i termini pokazali su se veoma korisnim u svakodnevnoj stručnoj praksi. Pogoršanje može da se shvati kao poremećaj strukture i/ili funkcije na nivou organa ili nekog sistema. Onesposobljenost je posledica umanjenja funkcije u smisli smanjenog funkcionalnog učinka

\*Ovaj tekst je objavljen kao članaka u knjizi: Kaličanin, P.: Psihijatrija-prevencija, Medicinski fakultet, Beograd, 2002

za i aktivnosti dotične osobe, što znači da se radi o poremećaju na nivou osobe. Hendikep je vezan za smetnje koje ličnost ima kao posledicu smanjenja funkcija i invalidnost. On održava poremećaj i kvalitet interakcije osobe sa okolinom i/ili njegovu nesposobnost da joj se prilagodi.

Psihijatrijski poremećaji, kao i somatske bolesti, izazivaju smanjenje (umanjenje) funkcija, invalidnost i hendikepiranost. Premda je to veoma očigledno, tek poslednjih 15-tak godina je svaka od njih povezana sa specifičnim psihijatrijskim poremećajima, kao na primer teška depresija, schizofrenija. Kuper je (Cooper JE, 1980)<sup>13</sup> među prvima dao prihvatljiv okvir za opis i klasifikaciju socijalnog invaliditeta kod psihijatrijskih poremećaja. Posle toga više autora se bavilo problemima specifične društvene invalidnosti kod schizofrenije.

Značajan podstrek dala je i SZO konstruisanjem skale za psihološka pogoršanja i umanjenja socijalnih funkcija kod psihijatrijskih poremećaja (PIRS skala) i preduzela je kolaborativnu studiju o umanjenju funkcija i invalidnosti kod schizofrenije. U konačnom izveštaju koga su prezentovali Sertorius i sar. (Sertorius N et al, 1986)<sup>46</sup> konstatuje se da od 8000 ispitanika kod 1937 osoba različitih kultura, i to pre svega onih iz manje industrijalizovanih društava, ima bolju prognozu. Kasnija istraživanja su utvrdila da je odnos između schizofrenih simptoma i smetnji funkcija neravnomeran i nije uopšte bio takav kako se pretpostavljalo. To pokazuje da se ljudi međusobno veoma razlikuju u stepenu smanjenja sposobnosti i pored rez na prvi pogled veoma sličnih simptoma bolesti i načinu kako reaguju na simptome i socijalne uslove. Ovi zaključci odgovaraju konceptu tzv. "socijalnog sloma" koji je razvio Gruenberg 1974. godine u kome opisuje socijalne posledice kod ozbiljnijih psiholoških poremećaja, njihov mogući uzrok i mogućnosti za njihovu prevenciju. Veće obraćanje pažnje stepenu invaliditeta kod psihijatrijskih poremećaja ima direktan značaj za procenu i tretman takvog pacijenta. Sve to govori da nije dovoljno uzimati u obzir samo simptome već treba u istoj meri obratiti pažnju na to kako osoba funkcioniše u svakodnevnom životu, u porodici, na poslu i u široj socijalnoj sredini.

Danas je sasvim jasno da nema linearne veze i odnosa između pojedinih simptoma i/ili bolesti i društvene onesposobljenosti. Međutim, još uvek nije dovoljno jasno koji su dodatni faktori u igri. Socijalna i lična iskustva imaju sigurno značajnu ulogu, kod individualnog pacijenta. Ovaj aspekt je korisno imati u vidu i uklopiti ga u plan tretmana i oporavka pacijenta. Dobri stavovi pacijenta prema svojim teškoćama imali su veoma značajnu ulogu u procesu tzv. industrijske rehabilitacije koja je bila veoma aktuelna u kliničkoj i socijalnoj psihijatriji krajem 60-tih i tokom 70-tih godina.<sup>55, 6, 8, 1, 2</sup> To je dovelo do otvaranja odeljenja za industrijsku rehabilitaciju, personalno osposobljavanje, socijalnu terapiju i rehabilitaciju u celini, otvaranje odeljenja za delimičnu hospitalizaciju (dnevne, noćne i vikend bolnice) širom sveta. Naša zemlja, takođe, značajno je bila uključena u taj proces počev od otvaranja navedenih odeljenja u okviru Psihijatrijske bolnice u Beogradu, Varteksa u Varaždinu, dovršavanje projekta ispitivanja rehabilitacionog potencijala kod psihijatrijskih bolesnika u saradnji sa Američkom vladom krajem 1972 godine, zamah terapijskih zajednica i konačno osnivanje i organizacija brojnih ustanova za čelu sa Zavodom za mentalno zdravlje u Beogradu.

Dobri pozitivni stavovi pacijenata prema svojim teškoćama ni danas nisu izgubili na svom značaju. Mnogi kliničari i ostalo osoblje veoma dobro znaju da neki pacijenti ostaju prijatni i pored

veoma očiglednog i ozbiljnog poremećaja i izraženog invaliditeta. Takvi pacijenti nastoje da napreduju i u interakciji sa drugima u bolnici i organizovanju svog života van bolnice. Sve navedeno logično nas vodi ka drugom pitanju: kako okolina reaguje na bolest i kakav je njen odnos prema pacijentu?

Brojna istraživanja ovog pitanja su od velike praktične koristi. Ovim problemima se posebno bavi psihijatrijska sociologija i to čini osnovu za socijalni tretman i preventivne strategije. U celini, neka zapažanja mogu biti veoma korisna (na pr. procena kvaliteta ekspresije emocija kod psihijatrijskih pacijenata i/ili članova njihovih porodica i primarnih grupa), dok neka druga mogu pojačati bolesne navike pacijenata kao što su favorizovanje i potenciranje sekundarnih i/ili tercijarnih dobiti od bolesti. Isto tako, neka mogu biti direktno patognomonična, sa jako izraženim emocijama koje mogu da vode čak i do recidiva kod schizofrenije, depresije i verovatno kod drugih poremećaja. Naime, udruženost visoke ekspresije emocija i nepovoljnih životnih događaja može dovesti do recidiva kod distimije, alkoholizma, somatiformnih poremećaja, anoreksije, bulimije, anksioznih poremećaja, kod nekih dečjih i adolescentnih poremećaja, afektivnih poremećaja, bolesti zavisnosti, suicidalnog i/ili parasuicidalnog ponašanja.<sup>28, 31, 40</sup>

## **I.1. Invaliditet izazvan mentalnim poremećajima**

Za procenu stepena invaliditeta još uvek je aktuelna klasifikacija koju je dala SZO početkom 80-tih godina. Ovde su definisane sledeće kategorije: Promene ponašanja, komunikacija, spretnost u celini, lična nega, kvalitet lokomotorike i dr. Ovde skoro podjednak značaj može da ima vrsta poremećaja i/ili životna dob. Tako će se kod starije osobe sa demencijom invaliditet pre manifestovati u ponašanju u smislu samosvesnosti, orijentacije, lične sigurnosti, posla i načina ponašanja unutar porodice. Kod disfazičnih i pacijenata sa kognitivnim poremećajima doći će prvenstveno do poremećaja komunikacija, zanemarivanja lične higijene i slično. Kod pacijenta sa izraženom depresijom postoji tendencija da manje komunicira, manje obraća pažnju na druge, smanjen je interes za ličnu higijenu i nije u stanju da rešava neke socijalne situacije. Osobe sa agorafobijom imaju uglavnom socijalni invaliditet. Navedene činjenice pored ostalog ukazuju i na postojeće nedostatke pomenute klasifikacije invaliditeta SZO. Ona sigurno nije dovoljno diferencirana da bi obuhvatila sve oblike invaliditeta koji se javljaju u nekim uobičajenim psihijatrijskim sindromima. To naravno ne umanjuje njen značaj, a odgovarajuće modifikacije zavisno od potreba i ciljeva su u potpunosti prihvatljive. Kada je reč o hendikepiranosti u pomenutoj Klasifikaciji oni su dati isto tako u više kategorija. Ilustracije radi to su: orijentacija, socijalna integracija, fizička samostalnost, ekonomska i socijalna samodovoljnost, mobilnost i dr. Vredno je pomenuti da navedeni priručnik sadrži desetostepene skale za definiciju i procenu svakog nivoa. Imajući u vidu sadržinu ovog poglavlja treba istaći da su za bolje razumevanje i evaluaciju posledica psihijatrijskih poremećaja posebno zanimljive skale za okupaciono i /ili socijalno funkcionisanje.

Kada je na pr. reč o nekim oblicima radne efikasnosti, može se navesti primer depresivne majke sa dvoje male dece koja teško održava kuću i brine o deci, ali ipak uspeva u tome (što odgovara 2. stepenu na navedenoj skali odnosno jednoj petini optimalnih mogućnosti). Skala za procenu stepena smanjenosti društvenih funkcija i teškoća u socijalnoj interakciji veoma je značajna za kliničku psihijatriju. Ona je, takođe, desetostepena skala i pokriva dijapazon od potpune socijalne integracije do alijenacije i/ili socijalne izolacije. Brojna klinička zapažanja i empirijska iskustva ukazuju da je ovaj oblik posledica psihijatrijskog poremećaja veoma čest i ozbiljan. Ponekad je teško zaključiti da li bolest više potencira tendenciju ka alijentaciji ili je više podstiče socijalna sredina zbog negativnog stava (iskustva iz leprozorijuma, malih, izolovanih ostrvskih zajednica sa nekim oblicima psihopatologije, iskustva iz perioda tzv. "moralne faze" tretmana u psihijatriji posle Pinela, stav prema obolelima od AIDS i dr.). Za bolje korišćenje navedene skale često će biti potrebno obraćanje veće pažnje na detalje o socijalnom efektu u braku i na kvalitet interakcije sa roditeljima, decom i drugim ličnostima iz okoline, a takođe odrediti i promene nastale od početka bolesti.<sup>55, 34, 58</sup> Zbog ograničenog prostora i potrebe da se skale samo pomenu i delimično ilustruje njihova upotrebljivost, čitaoca upućujemo na pomenutu klasifikaciju SZO.

## I.2. Efekti psihijatrijskog poremećaja na životne uslove

Kada jedna osoba postane psihijatrijski pacijent, to može imati značajan uticaj na mesto gde živi i ljude sa kojima kontaktira u svakodnevnom životu. To je danas i objašnjenje za inače već klasične socio-urbane i ekološke nalaze Farisa i Dunhama (Faris, REL and Dunham, HW, 1960) u njihovoj klasičnoj studiji iz 1939 i 1962 godine o velikom broju schizofrenih bolesnika u centralnim delovima Čikaga. Oni su svojim nalazima opovrgli hipotezu da je schizofrenija češća kod ekonomski siromašnijih slojeva stanovništva. Ovi rezultati i kasnije studije su jasno pokazale da zbog posledica bolesti dolazi do postepenog pada u statusu na socijalnoj lestvici. Većina bolesnika od schizofrenije se nalazi u nepovoljnoj gradskoj urbanoj zoni sa elementima segregacije. Nema sumnje da mentalni poremećaji, naročito kod starije populacije, vode promenama u socijalnim uslovima i načinu života. Kod ovog segmenta populacije, naročito sa organskim promenama, veoma je mali broj koji žive sami. Kombinacija bioloških i socijalnih hendikepa toliko je onesposobljavajuća da je veliki broj takvih osoba smešten u socijalne ustanove već u ranom periodu njihovog poremećaja. Kod ispitivanja količine tzv. socijalnog kontakta u zajednici utvrđeno je da velika izolacija nije najizraženija samo kod najtežih psihijatrijskih poremećaja. Uočeni blaži oblici izolacije prisutni su i kod osoba sa afektivnim i neurotskim poremećajima. Kada su u pitanju starije osobe koje žive kod svojih kuća i kod njih se zapažaju redukovani društveni kontakti u poređenju sa mladim odraslim osobama. Starije osobe naročito sa depresijom i/ili kognitivnim deficitom imaju apsolutno manje socijalne interakcije od zdravih. Nažalost, veoma je mali procenat starijih osoba koje imaju kontinuiranu institucionalnu negu i to samo 10% svih psihogerijatrijskih slučajeva i 5% sa psihozama (uglavnom sa demencijom). To znači da i danas u velikom broju zemalja većina starijih osoba sa ozbiljnom psihijatrijskom invalidnošću još žive u porodičnoj sredini, sa brojnim nepovoljnim implikacijama ove činjenice na takve porodice.

I danas je još otvoreno pitanje da li osobe sa mentalnim poremećajima više stvaraju neprijateljstvo od ostale populacije, odnosno ne zna se dovoljno o delovanju pojedinih nepovoljnih životnih događaja. Naročito je interesantna hipoteza da neke osobe privlače i/ili čak "izmamljuju" više životnih događaja nego druge. Imajući u vidu sadržinu ovog poglavlja treba istaći da su za bolje razumevanje i evaluaciju posledica psihijatrijskih poremećaja posebno zanimljive skale za okupaciono i/ili socijalno funkcionisanje. Većina takvih osoba je sigurno vulnerabilnija na specifične psihijatrijske poremećaje. Ovi problemi su više poznati kliničarima nego istraživačima iz socijalno-psihijatrijskih istraživanja. Kreitman (Kreitman N, 1980) zastupa tezu da neke osobe imaju veću vulnerabilnost da razviju psihijatrijske simptome pod stresom i da su neki od njih i sklonije da dožive taj stres. Naročito je česta povezanost neurotskih poremećaja sa životnim događajima. Ovo donekle objašnjava i činjenicu da socijalna okolina i iskustva pojedinca nisu potpuno nezavisni od stava i ponašanja osobe. Ljudi su do neke mere sami konstruktori i/ili stvaraoci svoje socijalne okoline. Brojnost nepovoljnih životnih događaja sigurno može biti veća kod osoba sa psihijatrijskim poremećajima. To je donekle posledica njihove premorbidne ličnosti, a delimično socijalna posledica samog psihijatrijskog poremećaja. Neki autori kao na pr. McGuffin i sar. (McGuffin P. et al., 1988) smatraju da je veće izlaganje nepovoljnim životnim događajima delimično i porodično

determinisano. Ova činjenica ima veoma značajne i kliničke implikacije u praksi. Korisnije je za psihijatra da sa pacijentom i njegovom porodicom smanji broj i/ili intenzitet nepovoljnih životnih događaja kada za to, naravno, postoji objektivna mogućnost, jer njihov kontinuirani uticaj može dovesti do recidiva i/ili hroničnosti simptoma. Možda je porodična terapija najpogodnija za to. Zanimljivo je da u veoma bogatoj stručnoj literaturi o životnim događajima, skoro da nema ni jednog istraživanja ni rada koje se odnosi na to kako smanjiti uticaj životnih događaja na mentalno zdravlje. Ovaj problem ostaje otvoren pre svega za preventivno orjentisane psihijatre.<sup>16, 32, 36, 7, 8, 34</sup>

### **I.3. Pacijentova primarna grupa**

Primarna grupa je preventivno sociološki i donekle psihološki pojam koji je u stručnu literaturu uveo sociolog Kuli (Cooley CH, 1909) u svojoj poznatoj studiji o socijalnoj organizaciji. Odnosi se na one osobe u socijalnom okruženju sa kojima postoji interakcija i obaveza. Za razliku od primarnih grupa, lična mreža se odnosi samo na one osobe s kojima pacijent ostvaruje samo interakcije. to znači da su tzv. lične mreže mnogo brojnije od primarnih grupa. Kada su u pitanju ove dve socijalne situacije s kojima se sreću pacijenti, vredno je napomenuti da u slučajevima minornog psihijatrijskog poremećaja kao što je na pr. neurotska depresija, odnosno distimija i stanje anksioznosti, postoji obilje podataka koji ukazuju da je u takvim situacijama primarna grupa smanjena po obimu i kvalitetu interakcije. Ovo potvrđuju klasične studije Brauna (Brown et al., 1978) o socijalnim klasama i depresijama žena. Oni konstatuju da depresivnim ženama nedostaju bliski susreti u neposrednoj okolini. Oni su istovremeno došli do podataka da među pacijentima koji traže pomoć kod lekara opšte medicine zbog psiholoških problema postoji takođe, smanjenje površnih i manje bliskih prijateljstava. Većina ovih pacijenata provodi najveći deo svog slobodnog vremena sa primarnom grupom.

Pacijenti imaju sve manje osoba sa kojima su bliski, skoro da više od polovine ima samo jednu blisku osobu. I prema toj jednoj osobi neprijatno su orjentisani. Naime, smatraju da im ta "glavna" osoba za koju su vezani pruža manje podrške nego što im je po njihovom mišljenju bilo potrebno. Oni su takođe, imali manje prijatelja i značajno manje društvenih kontakata van kuće. Kasnije su proveravani ovi stavovi sa skalom za merenje socijalnih interakcija i potvrđene su navedene činjenice, s tim što su bile izraženije kod neurotskih poremećaja nego kod hronične, retardirane depresije na primer. To znači da neki psihijatrijski poremećaji pod određenim uslovima mogu da imaju za posledicu traženje veće nege i/ili pažnje od članova primarne grupe. Da li je to posledica veće učestalosti sekundarne i/ili tercijarne dobiti od bolesti ili nečeg drugog, ostaje za sada bez dovoljno objašnjenja, pošto se to ne odnosi samo na neurotske poremećaje. Zapravo, već odavno se zna da kod mnogih psihijatrijskih poremećaja ponašanja može da "izmamljuje" veću negu i brigu od strane drugih i veća je učestalost ovih poremećaja kod osoba koje stalno misle da im nedostaje takva briga i podrška važnih, drugih osoba. Kao efekat kontinuiranog traženja veće brige, često puta simptomi i ponašanje mogu dovesti do izvesne korekcije primećenog nedostatka, ali za sada nepoznatu socijalnu i ličnu cenu koja sigurno nije mala. Ovo potvrđuju brojni slučajevi

parasuicidalnog ponašanja, neurotska depresija, odnosno distimični poremećaji i tzv. abnormalno bolesno ponašanje koje se često sreće u opštoj praksi i u bolnicama.

Ovde su navedeni samo neki psihijatrijski poremećaji. Nažalost, kada su u pitanju drugi, nenađeni psihijatrijski poremećaji, ima još manje informacija o socijalnim odnosima. Na primer kod schizofrenije, izgleda da je primarna grupa često puta premorbidno smanjena i da je pojava psihoze još više smanjuje. Kada je u pitanju društveni život schizofrenih bolesnika, najveći deo istraživanja se odnosi na efekte socijalne sredine na pojavu bolesti, a veoma malo na uticaj schizofrenije na primarnu grupu i/ili porodicu. Socioterapijski tretman schizofrenije, porodična terapija i druge socijalno-rehabilitacione i resocijalizacione metode sigurno su veoma korisne. Možda je problem za sada utvrđivanje pravih indikacija za ovakve vidove lečenja i rehabilitacije, jer insistiranjem da pacijent često puta treba da ostane u svojoj porodici, umesto da bude smešten u azilarne ustanove kada to bolest i njene sekvele zahtevaju, veliku štetu ima porodica, a minimalnu dobit sam pacijent. Ovo se ne odnosi samo na grupu schizofrenih pacijenata već i na neke druge kliničke entitete. Lična mreža i tzv. network (mrežna) terapija često su pogodni za intervenciju, ali ne i za one koji su u sindromu "okretnih vrata" (veći broj rehospitalizacija čak i u toku jedne godine) jer oni su često puta nefleksibilni i nestabilni kao pacijenti. Treba kritički sagledati dobit, korist, efikasnost nasuprot troškovima da se lična mreža schizofrenih pacijenata popravi po svaku cenu, pogotovu u situacijama gde postoje jake tendencije ka zatvaranju duševnih bolnica. Nepoznato je, ali se može pretpostaviti da se kod većeg broja otpuštenih pacijenata mogu očekivati i nepovoljni efekti na njihove primarne grupe i/ili porodice. Pored sagledavanja stanja otpuštenih pacijenata neophodno je proceniti sve patogene elemente i u pacijentovoj porodici i primarnoj grupi kao i njegovom najbližem socijalnom okruženju.<sup>6, 7, 13, 51, 34</sup>

## **II POSLEDICE ZA PORODICU**

### **II.1. Porodica kao celina**

Rana, ali vrlo uticajna studija Klauzena i Jarova (Clausen, JA and Yarrow MR, 1955) pružila je detaljnu analizu negativnih uticaja bolesti na porodicu i to na uzorku od nekoliko desetina porodica koje su imale schizofrenog člana. Oni su rekonstruisali prirodu i obim stresa na članove porodice od trenutka kada su se javili prvi simptomi bolesti. I kasnije studije su skoncentrisane na ozbiljnije psihijatrijske bolesti, i to na one pacijente i njihove porodice koji su se preventivno lečili u zajednici (Wing, 1974, Kaličanin, 1975, Milosavljević, 1985, Kecmanović, 1989 i dr.), koje su bile posvećene socijalnom i interpersonalnom uticaju schizofrenije na porodicu. Skoro sva istraživanja ubedljivo potvrđuju da su sve mere ukazivale na povećano opterećenje i to više u porodici nego u široj socijalnoj sredini. Kada su u pitanju manji psihijatrijski poremećaji i stepen opterećenja u službama društvene zajednice, može se zaključiti, da su mlađi, neurotski pacijenti, iako ne preterano ozbiljan teret, nastavili godinama da zadaju probleme prvenstveno svojim porodicama. Kada je reč o psihosocijalnoj ceni življenja sa psihološkim poremećenim članom porodice, nesumljivo je

potvrđeno da postoji veoma izražen stresogeni efekat koji je često prisutan tokom dužeg vremenskog perioda. Međutim, ni ovde ne treba zanemariti činjenicu da i članovi porodice koji su već anksiozni ili depresivni mogu svoje stanje da pripisuju ponašanju drugih. Ako je samo jedna osoba od ukućana psihijatrijski loše ona može biti izvor takvog objašnjenja. Izvesne manje rezerve na ove stavove mogu se staviti i zbog činjenice da kod ispitivanja različitih kliničkih serija treba imati na umu da samo manji broj svih vrsta psihijatrijskog morbiditeta dospeva do psihijatrijskih službi. Isto tako patnja, tuga i/ili nevolja rođaka može biti važan faktor u pacijentovim žalbama.

Treba imati u vidu činjenicu da neke porodice imaju naglašenu tendenciju uveličavanja simptoma rođaka koji govore o značajnom subjektivnom trpljenju i spremnije traže pomoć profesionalnih osoba. Ređe srećemo porodice, što ne znači da ih nema mnogo, koje su sa sličnim opterećenjem, ali koje manje doživljavaju stanje distresa (patnje, tuge, nevolje) zbog bolesnog člana porodice i ne traže pomoć specijaliste. Relativno je značenje “tereta” kojeg navode članovi porodice pacijenata. Trebalo bi da znači da jedna ili više osoba u kući “čini više od svog dela”, njene aktivnosti van porodice su smanjene i oni doživljavaju veći ili manji nivo stresa. Na prvom mestu se navode materijalne, finansijske teškoće kad je jedan član porodice bolestan.

Zatim stav rođaka prema bolesti i bolesnoj osobi je važan aspekt ovog problema, zato što je često vrlo bolan. Često u kontaktu sa pacijentom sa gubitkom volje i interesovanja, taj stav sadrži ljutnju, mržnju, odbacivanje uz osećanje krivice. Više puta to i biva preloman tačka kada se porodica odlučuje da traži pomoć. Ova činjenica ubedljivo potencira značaj dostupnosti i sveobuhvatnosti psihijatrijske službe njenim korisnicima važnost pokretnih psihijatrijskih ekipa i posebno službi za kućno psihijatrijsko lečenje. Upravo u trenutku kada porodica traži pomoć, simptomi i ponašanje koje najviše opterećuje su tada jasno izraženi.

Često se u praksi sreće da ponavljanje pitanja ili hipohondrične žalbe mogu biti krajnje zamarajuće. Zapaženo je da otvoreno agresivno ili socijalno zbunjujuće ponašanje ne mora uvek da izazove najveći teret. Kliničari dosta dobro znaju za opterećenje koje pacijentovi simptomi ostavljaju na porodicu, ali je ipak mali broj psihijatarata koji su spremni da pomognu takvim porodicama na profesionalan, brz i efikasan način. Ipak bi trebalo imati u vidu da članovi porodice nemaju potrebna prethodna znanja, a pogotovu ne specijalnu edukaciju kao profesionalci, da izlaze na kraj sa ptološkim ponašanjem, da su oni stalno na “dužnosti” u kući a da im njihov odnos sa pacijentom ne dozvoljava da ostanu neutralni i emocionalno neangažovani.

Ostaje ipak činjenica da i pored dobre edukacije, psihijatri često ne pomažu porodicama koje traže savete i imaju predrasude o “dobrim” i “lošim” porodicama. Ova pitanja su veoma važna kada se ima u vidu tendencija ka daljnjem područstvu psihijatrijske službe i njeno otvaranje prema zajednici (velika ekspanzija dnevnih bolnica, razvijanje vanbolničkih institucija, kućno lečenje, terenska služba i dr.).<sup>56, 28, 38, 30, 27, 14</sup> Sada su korisne brojne studije u svetu gde se članovima porodice nude programi za obuku kako da se ponašaju i kako da razrešavaju situacije kada imaju bolesnog člana u porodici.

U Australiji se već duže vreme drže kursevi za porodice starijih ljudi sa demencijom o kojima oni brihu kod kuće. Svi dosadašnji rezultati jasno ukazuju na veliku korist ovakvih programa za mentalno zdravlje članova porodice pacijenata. U Engleskoj su napravili veoma prikladan

priručnik za rođake i porodice osoba sa ozbiljnim afektivnim i schizofrenim poremećajima koji je već doživeo dva izdanja u periodu 1988/96 (Kuipers L and Bebbington P, 1997).<sup>33</sup> Ovi autori tretiraju celokupno pitanje života sa mentalno bolesnom osobom, zatim kako pomoći pacijentu i kako zaštititi svoje mentalno zdravlje.

## II.2. Efekat bolesti na dete

Već odavno se zna da bolestan roditelj predstavlja faktor rizika za psihijatrijski morbiditet kod dece. Rater (Rutter), poznati dečji i adolescentni psihijatar u svetu, dao je najveći doprinos na ovom polju poslednjih tridesetak godina. Ovaj autor je našao da je morbiditet u vidu neurotskih smetnji i poremećaja ponašanja, povećan kod dece čiji je jedan od roditelja imao ozbiljniji mentalni poremećaj, ali da je efekat, takođe, bio vidljiv i kada je roditelj imao i hroničnu somatsku bolest. Povećan rizik psihijatrijskog poremećaja za decu bolesnih roditelja je povezan na više načina: genetska transmisija, putem bioloških i fizičkih efekata na fetus i preko porodične sredine (Rutter, 1987).<sup>44</sup> Genetski efekti nisu specifični. Inače, povećanje stope psihijatrijskih poremećaja kod dece su nađene kod roditelja koji boluju od schizofrenije, depresije, alkoholizma, sa poremećajima ponašanja, ali morbiditet je heterogen.

Kada je u pitanju alkohol i duvan, čija je zloupotreba u velikom porastu u celom svetu, već odavno je poznat tzv. alkoholni fetalni sindrom, kao direktna posledica teratogenog uticaja alkohola. Kod korisnika droga (opijuma na pr.) poznato je da su deca pod rizikom od psihijatrijskih poremećaja. Ponekad je to više posledica lošeg funkcionisanja majke, a manje direktnog delovanja droge. Porodična sredina ima takođe veoma značajan uticaj na detetovo mentalno zdravlje. Tokom 60-tih godina smatralo se da je efekat bolesti na dete veći kada su se simptomi roditelja direktno uticali i delovali na dete, na primer kad se sumanuti poremećaji psihotičnog roditelja odnose na dete ili kada dete mora da učestvuje u kompulsivnim i/ili ritualnim radnjama roditelja. Kasnije prospektivna studija tokom 70-tih godina nešto je promenila ove stavove. Zapravo navedene situacije su nešto ređe. Umesto toga, najčešći patogeni uticaj je izlaganje agresivnom i neprijateljskom ponašanju roditelja. Efekti porodične nesloge i/ili disharmonije kao faktora rizika se određuju uglavnom njegovom jačinom i učestalošću. Što se tiče razdvojenih porodica, Rater zaključuje, da odvajanje deteta od roditelja nije toliko bitno koliko brojni stresovi koji ga prate i porodične nesloge koje mu prethode i prate ulazak deteta u alternativno vaspitanje i preuzimanje starateljstva sada samo jednog roditelja.<sup>45, 44, 15</sup>

Prilikom tretmana roditelja sa mentalnim poremećajima, kliničari bi trebalo da obrate pažnju na tri stvari: 1) u kojoj meri je poremećaj vezan za porodičnu neslogu, 2) prisutnost i stepen negativnih osećanja prema bilo kom detetu i 3) pogoršanje i/ili umanjeње roditeljskog nagona. danas je sasvim dobro poznata činjenica i da su mala deca takođe svesna sukoba i napetosti među roditeljima, što se ranije inače negiralo. Treba pomoći roditeljima da smanje svoja neprijateljska osećanja kako se ona ne bi odrazila na njihovu decu i da oni poboljšaju svoju roditeljsku funkciju. Zdravog roditelja treba podstaći i pomoći mu da se više brine o deci. I danas je otvoreno pitanje da li majci u puerperalnoj i/ili ranoj postpartalnoj psihozi treba poveriti ili ne brigu o svojoj bebi. Rater sa

pravom kaže da mi još uvek ne znamo da li bebe pate što su izložene ozbiljno bolesnim majkama. Ova dilema u osnovi je veoma složena, jer je poznato da dete koje raste bez jednog roditelja nosi šest puta veći rizik da oboli tokom života od depresije, a ukoliko ga podiže i neguje bolestan roditelj isto tako je veliki rizik ali za sada nije numerički definisan.

### **II.2.1. Individualne razlike u reakcijama dece**

Rater je pre deset godina proučavao varijabilnost u reakcijama dece koja imaju jednog bolesnog roditelja. Utvrđeno je da manje od jedne polovine njih razvijaju neki mentalni poremećaj. Karakteristike i kontekst roditeljeve bolesti igraju značajnu ulogu u određivanju morbiditeta kod dece. On je značajno manji ukoliko je roditeljeva bolest blaga, kratkotrajna, nije povezana sa porodičnom neslogom, sa sukobima u porodici, pogoršavanjima roditeljstva i razvoda. Osobine deteta su, takođe, veoma važne. Dečaci imaju povećanu vulnerabilnost iz razloga koji još uvek nisu poznati. Poznato je da roditelji lakše stupaju u konflikt pred svojim sinovima nego kćerkama. Dečaci imaju tendenciju da na sukobe reaguju agresivnijim ponašanjem, a devojčice emocionalnim stresom. Isto tako veći je stepen upućene kritike dečacima, što još više komplikuje teškoće s kojima se oni suočavaju. Razlike u temperamentu kod oba pola su svakako važne determinante morbiditeta kod dece. Zaštitni, protektivni faktori su pre svega dobar odnos sa jednim i/ili oba roditelja pre bolesti roditelja, postojanje emocionalne podrške zdravog roditelja, najboljeg prijatelja, jako samopoštovanje kod deteta i postojanje niza sposobnosti za rešavanje problema. Kada je u pitanju rad sa mentalno bolesnim roditeljima, važno je obratiti pažnju na reakcije dece i to radije nego na priče roditelja ili drugih osoba. Zatim treba obratiti pažnju na interakciju roditelj-dete, da bi se bolje sagledalo kako je dete reagovalo i kako su na to reagovali sami roditelji. Kliničar treba da ima u vidu porodicu kao celinu, uključujući i druge rođake i porodične prijatelje. Porodica je još uvek najpozitivniji resurs za koji obično nema zadovoljavajuće zamene.

### **II.3. Efekat na roditelje**

Negativan efekat detetove bolesti na roditelje najmanje je izučavan sa aspekta posledica psihijatrijskog oboljenja. Ako dete ili adolescent ima dugotrajni psihijatrijski poremećaj, to je očigledno hroničan stres i nevolja za roditelje, braću i sestre i celu porodicu. Sam negativan uticaj zavisi od brojnih činilaca: prirode samog oboljenja, abnormalnosti ponašanja, socijalni i lični resursi drugih članova porodice, kvalitet odnosa među samim roditeljima i kvalitet premorbidnog odnosa sa mladom osobom, tj. bolesnim detetom. Većina kliničara je dobro upoznata sa stepenom patnje, krivicom, tendencijom ka stalnom preispitivanju i prebacivanju roditelja čija su deca obolela od depresije, poremećaja ponašanja, psihoza i zavisnosti od droga i/ili alkohola. Međutim, veoma malo se zna o obrascima kao što je reakcija roditelja, njihovih posledica na porodicu i/ili bračni život, kao i njihova ljudska i psihosocijalna efikasnost u dužem vremenskom periodu. U ovakvim situacijama veoma često se sreću veoma zatvorene porodice sa veoma malim socijalnim interakcijama, postoji naglašena tendencija ka "hermetičkom" zatvaranju od "ostalog" sveta i drugo. Pored svega toga,

roditelji ne tako retko i sami imaju svoju konstitucionalnu vulnerabilnost koja još više komplikuje situaciju, kao kad je jedan roditelj sklon depresiji i/ili alkoholizmu.

Najbolje informacije do sada se odnose na uticaj bolesti deteta na porodice koje imaju ozbiljno mentalno retardirano dete u kući. Danski autori su najviše istraživali ovaj problem. Tako Dupontova (Dupont, A., 1986) navodi da su roditelji u proseku provodili sedam sati dnevno, sedam dana u nedelji u nezi, negovanju, nadzoru, radu i rehabilitaciji svoje dece. Kod 80% njenih serija san roditelja je bio ozbiljno poremećen. Kulturne aktivnosti i potrebe roditelja bile su sužene kod 87%, zatim 77% su imali ograničene kontakte sa prijateljima, a 59% su prestali da koriste godišnje odmore, putovanja i sl. Čak i kod dve trećine porodica, pored roditelja, braća i sestre su učestvovali u velikoj meri u nezi ozbiljno retardiranog deteta.

Slična zapažanja utvrđena su i na Novom Zelandu, gde je takođe proučavano mentalno zdravlje i socijalni odnosi roditelja dece sa ozbiljnim fizičkim ili mentalnim stepenom hendikepiranosti. Ovo ispitivanje je utrdilo da je briga o hendikepiranom detetu imala veći uticaj na mentalno zdravlje majki nego očeva. Interesantno je da se kvalitet i obim ličnih odnosa nije bitnije razlikovao od istog kod majki normalne dece. Dobro je poznata činjenica da je stepen simbiotičkog odnosa između roditelja i mentalno retardiranog deteta veoma veliki. To se najbolje vidi u situacijama kada se takva deca smeštaju u ustanove socijalne zaštite u cilju rehabilitacije i osposobljavanja. Pošto su roditelji prethodno prošli brojna medicinska ispitivanja i pretrage kod specijalista različitih profila, uložili mnogo vremena, strpljenja i strepnje, pri smeštaju svog deteta u inače, korisne socijalne ustanove, oni doživljavaju najrazličitije vrste stresova, ozbiljne reaktivne depresije. To takođe ukazuje na činjenicu da se ovim roditeljima pruža nedovoljna psihosocijalna i psihološka pomoć od utvrđivanja dijagnoze kod deteta pa nadalje.

Neki drugi psihijatrijski poremećaji, nasuprot mentalnoj retardaciji ili ozbiljnom fizičkom hendikepu, mogu isto tako da zahtevaju više fizičkih i vremenskih zahteva od roditelja. Ima razloga da je psihološki stres još više izražen i da je opšta "sloboda" porodičnog života veoma ograničena. Ovo je veoma bogato i zahvalno područje istraživanja i svakodnevnog kliničkog rada svih profila zaposlenih u oblasti zaštite mentalnog zdravlja. Ono se može višestruko upotrebiti za pomoć ovakvim porodicama. Izgleda da naročito majke snose najveći deo tereta.<sup>15, 8, 43, 33</sup>

#### **II.4. Efekat bolesti na supružnike**

Do sada su najintenzivnije izučavani supružnici osoba sa neurotskim poremećajima i to mnogo više nego sa drugim vrstama psihijatrijskih poremećaja. Komparativne studije sa zdravima, pokazuju da su supružnici pacijenata imali veću nervozu i više fizičkih i psiholoških simptoma nego kontrole istog pola. Sa dužinom trajanja braka povećava se neurotičnost supružnika i psihološki simptomi su takođe bili prevalentniji. Međuodnos i korelacija između stepena neuroze kod supružnika se povećavala sa trajanjem braka kod parova pacijenata uz značajno smanjenje u kontrolnim grupama. Interakcija kod neurotskih pacijenata bračnih parova znatno je manja i više izolovana nego kod kontrola. Veoma su velike razlike u obimu socijalnih aktivnosti, Pacijenti i njihovi supružnici su imali manje interakcije sa osobama van porodice.

Kretman i sar. (Kreitmann i sar. 1980) tokom 70-tih godina nastavili su svoje započeto, već navedeno istraživanje o posledicama neurotskog poremećaja na supružnike. U odnosu na normalne bračne partnere kod ispitanika utvrđeno je: 1) brakove pacijenata karakteriše više vremena za lični kontakt, 2) žene pacijenata muškaraca imaju manje interakcija u socijalnim kontaktima i siromašniju socijalnu integraciju, 3) kod žena pacijenata nema progresivnog povećanja socijalnih aktivnosti sa dužinom bračnog života i 4) pretpostavlja se da je negativan uticaj veći kada su simptomi supružnika hronični, nego kada su samo povremeno prisutni, kao na pr. kod rekurentnog depresivnog poremećaja. Navedeni podaci, kao i niz drugih kliničkih i empirijskih zapažanja snažno sugerišu da neurotski poremećaj kod bračnog partnera ima negativan uticaj na drugog i da može znatno da suzi socijalne interakcije van kuće koje bi mogle da imaju povoljno dejstvo na mentalno zdravlje.<sup>36, 2, 12</sup>

### **III SUDSKO-PSIHIJATRSKE POSLEDICE**

#### **PSIHIJATRIJSKIH POREMEĆAJA**

Sudska psihijatrija u svom osnovnom obliku može da se shvati kao primena opšte psihijatrije na ljude koji su na neki način umešani u sudski proces (Guan S, 1986). Ovde se prvenstveno misli na odnos mentalnog poremećaja i zločina, odnosno krivičnog dela. Za neku zemlju i/ili društvenu zajednicu može se proceniti mogući broj osoba sa psihijatrijskim poremećajima, računajući u to i osobe hendikepirane ozbiljnijim poremećajem ličnosti i odrediti broj osoba u psihijatrijskim bolnicama i u zatvorima. Međutim, nije moguće preciznije izračunati broj osoba koje su počinile krivična dela u određenom periodu vremena, jer mnoge od njih nisu ne samo otkrivene, nego i još manje proglašene krivim. U najboljem slučaju možemo znati za broj osoba koje su na suđenju, od kojih su neke proglašene krivim. U literaturi nema dovoljno podataka o proceni raširenosti psihijatrijskih poremećaja kod ove poslednje grupe i očigledno je da nje ne može ni biti za mnogo veći populaciju osoba koje su izvršile krivično delo ali nisu sudskim putem gonjene. Prema nekim nepotpunim podacima pretpostavlja se da se 30% osoba u zatvorima mogu smatrati psihijatrijskim slučajevima. Globalna stopa kriminaliteta među psihijatrijskim pacijentima iznosi oko 4% i verovatno nije veća nego u opštoj populaciji. Što se tiče nasilja, nema preciznijih podataka da su psihijatrijski pacijenti procentualno agresivniji nego opšta populacija. Zbog svog socijalnog značaja i ublažavanja posledica psihijatrijskih poremećaja koji su udruženi sa kriminogenim ponašanjem, danas se sudska psihijatrija intenzivno razvija i trening i edukacija je posebno važan deo obuke mladih psihijatara i drugih radnika u oblasti mentalnog zdravlja. Kada je reč o socijalnim konsekvencama i posledicama psihijatrijskih bolesnika u zatvorima bez obzira da li je reč o meri čuvanja i lečenja i/ili o istražnom postupku, ovde se otvaraju brojna pitanja uticaja ovih stanja na supružnike i porodice, efekat zatvora za njih same, socijalna okolina u zatvorima i kazneno-popravnim domovima i socijalna komponenta prevencije u celini.<sup>22, 57</sup>

#### IV DRUŠTVENE POSLEDICE

Mentalni poremećaji su često puta izraz i posledica društvenih neusklađenosti. Međutim, oni sa svoje strane u povratnom dejstvu izazivaju niz nepovoljnih situacija u društvenoj zajednici. Ovaj proces veoma je složen i dinamičan i nikako ne bi mogao da se svede samo na jednu od dveju međuzavisnih komponenti. Neposredan efekat mentalnih poremećaja ličnosti je njihov udeo u socijalnim dezorganizacijama i dezintegracijama, premda one nisu samo uzrokovane mentalnim poremećajima pojedinaca, nego nizom ekonomskih, socijalnih i drugih činilca. Samo delimično pomenute dezorganizacije društvene sredine zavise od društvene uloge mentalno poremećenih ličnosti i od njihove brojnosti. Ona se najviše manifestuje na nivou porodica, radne i donekle uže socijalne sredine (Lemert ED, 1961).<sup>35</sup> Danas je dobro poznato da mentalno obolele ličnosti sačinjavaju i veliki deo sociopatskih grupacija kao što su kriminalci, maloletnički prestupnici, prostitutke, kockari, alkoholičari, skitnice i drugi psihosocijalni poremećaji, koji se proučavaju kao posebne socijalno-patološke pojave. I u ovom slučaju nisu samo mentalni poremećaji uzrok navedenih grupno-patoloških pojava, ali psihijatrijski poremećaji čine značajan deo u ovim grupacijama, kao što pokazuju istraživanja u socijalnoj patologiji (Bastide R, 1965, Javkovljević V, 1967, Radulović D, 1987). Kada je reč o društvenim posledicama, treba istaći da mentalni poremećaji doprinose nizu ekonomskih gubitaka u društvu i u manjuim društvenim grupacijama kojima psihijatrijski bolesnici pripadaju. Ekonomski gubici uslovljeni su s jedne strane izostancima s posla, s druge strane društvenim troškovima vezanim za lečenje i negu mentalnih poremećaja. Ovo se podjednako odnosi na zemlje sa socijalizovanom zdravstvenom zaštitom, kao i u zapadnoevropskim zemljama i SAD. Mentalni poremećaji, takođe, uzrokuju veliki broj drugih posledičnih oboljenja organizama; različiti psihosomatski i somatoformni poremećaji, traumatizam na poslu i kod kuće, saobraćajni udesi, alkoholizam, zloupotreba drugih psihoaktivnih supstanci i sl, koja se često neopravdano nazivaju bolestima civilizacije. Kao što je neosporna izvesna društvena uslovljenost nekih psihijatrijskih poremećaja, tako su i neke od navedenih posledica na sličan način uzročno-posledično povezane.

Mentalni poremećaji takođe uslovljavaju niz neposrednih poremećaja u sferi međuljudskih odnosa. Usled toga dolazi do brojnih stanja napetosti i/ili povlačenja. Poremećeni odnosi su još značajniji između dve generacije, roditelja i dece, starijih i mlađih. Oni dovode do daljnjeg pogoršanja neposrednih posledica, koje mogu da se manifestuju poremećenom socijalizacijom mladih i njihovom povćanom predispozicijom za mentalni poremećaj. Istovremeno se javlja i povratni negativni efekat u vidu intenziviranja poremećaja kod starijih osoba, tako da se krug uzroka i posledica sve više komplikuje. Mentalni poremećaji uslovljavaju pored navedenog i ona stanja ćovekovog otuđenja koja se karakterišu dosadom, besmislenošću i/ili ravnodušnošću sa anhedonijom kao tipićnom posledicom depresivnih stanja kod adolescentne populacije. Tu se može uključiti i

jedan oblik "robotizacije" koju je veoma dobro opisao From (Fromm E, 1965). Iako je ovaj autor ova stanja smatrao mentalnim poremećajima, ipak je danas opravdanije da se ona shvataju kao njihove posledice, koje su uslovljene i opštom društvenom situacijom u kojoj ljudi u jednom društvu žive i njihovo reagovanje na takvu situaciju. Zapravo, dolazi do tzv. patološkog konformizma koji uslovljava dalje posledice opštesocijalnog tipa.<sup>5, 27, 41</sup>

Kada je reč o socijalnim i društvenim posledicama psihijatrijskih poremećaja treba imati u vidu i drugu dimenziju ovog problema. Reč je o neposrednim i nepovoljnim društvenim reakcijama na ove poremećaje: sažaljenje, strah, odbacivanje, odbojnost, mržnja, ljutnja do neopravdanog etiketiranja mentalno obolele osobe. One nisu uvek proporcionalne stepenu, količini i vidljivosti devijacija i patologije koja se može očekivati kod nekih psihijatrijskih oboljenja i poremećaja. Ovde treba dodati određene oblike stigmi, mitologije, odbacivanja i segregacije. Nažalost, u nekim sredinama i danas se neformalna društvena reakcija proširuje i nepotrebno formalizuje u rutinske procedure i nekih društvenih institucija sa određenim ingerencijama sa kažnjavanjem i/ili izolovanjem sa neargumentovanim objašnjenjima da je reč o resocijalizaciji, rehabilitaciji i sl., a u pitanju je viševjekovni strah i odbacivanje.

Ovaj drugi aspekt socijalne reakcije se posebno odnosi na neke politike, političare, administratore i profesionalne osobe od karijere koji su odgovorni za strukturu društva službe za prevenciju, lečenje i uopšte za izlaženjem na kraj sa socijalno nepoželjnim i etiketiranim kao devijanti, premda je reč o poremećajima i bolestima u sferi mentalnog zdravlja ljudi. Prvobitne Lamertove teorije iz ranih 50-tih godina ovog veka (Edwin Lamert, 1951) o primarnoj i sekundarnoj devijaciji uticale su kasnije na više generacija urbanih sociologa, koji su sa svoje strane izvršili moćan uticaj na način na koji su se razvijale službe za mentalno obolele ljude tokom 60-tih i 70-tih godina ovog veka. Od svega je najneprijatnija teorija postavljanja etiketa, po kojoj posledice mentalnih poremećaja zavise ne toliko od uobičajenih faktora odgovornih za bolest, koliko od socijalnog dodeljivanja same etikete.

Ova negativna društvena stigmatizacija psihijatrijskih oboljenja dovela je do brojnih negativnih stavova prema mentalnim poremećajima ne samo kod laika već i kod nekih profesionalnih grupa (Kecmanović D, 1976, Popović M, Opalić P, Marković M. i sar., 1986), uz različite kulturološke varijacije, ali uglavnom sa negativnim predznakom. To je donekle omelo pozitivne tendencije nekih istraživača (Wing JK, 1975, 1989) da se bolje diferenciraju razlike u stepenu samopouzdanja kod neurotskih poremećaja, psihoza, depresija i više pomogne onima sa pozitivnim stavovima jer su oni pokazali više šanse da se zaposle i/ili nastave započeto školovanje uprkos svom oštećenju.

Poboljšanja kod trećine pacijenata u procesu industrijske rehabilitacije u velikom broju takvih centara, uključujući i našu zemlju, demantuju sociološku orijentaciju u neosnovanom etiketiranju mentalnih poremećaja. Tome ide u prilog i jedna hipoteza, koja se sada proverava, je da mešanje pojedinaca sa ozbiljnim oštećenjima, ali koji ipak imaju realno samopouzdanje u uspeh, značajno je pomoglo i onima koji nemaju taj stepen samopouzdanja da promene svoj stav. Ovo se najbolje vidi u velikim otvorenim socioterapijskim grupama i ranijim terapijskim zajednicama na otvorenim psihijatrijskim odeljenjima i u dnevnim bolnicama.<sup>31, 40, 56, 54, 55</sup>

## V SOCIJALNE POSLEDICE OZBILJNIH I HRONIČNIH PSIHIJATRIJSKIH POREMEĆAJA

U dosadašnjem izlaganju dato je dosta odgovora na ovo poslednje pitanje. Veoma je teško kvalitativno i kvantitativno nabrojati sve moguće sekvele i socijalne i društvene posledice brojnih psihijatrijskih poremećaja, oboljenja i poremećaja ponašanja koja su zvanično uvrštena u sve vodeće psihijatrijske klasifikacije, posebno u ICD-10 i DSM-IV. I pored nesumnjivog napretka u navedenim klasifikacijama, one su i danas prilično teorijske, sa malo podataka o etiološkoj pozadini brojnih poremećaja. Premda su dati solidni dijagnostički kriterijumi i naročito primena pete osovine u DSM-IV koja evaluira socijalnu, psihološku, profesionalnu, porodičnu i ličnu efikasnost, ipak nisu dovoljni da se na celovit način sagledaju sve moguće posledice psihijatrijskih poremećaja. Često puta ostaje dilema da li neko stanje predstavlja simptom i/ili posledicu, da li dostignuto poboljšanje ima kvalitet premorbidne ličnosti. Često puta teško je razgraničiti da li je neko stanje uzrok i/ili posledica bolesti.

Za potpuno ovog poglavlja korisna je klasifikacija ICD-10 koja sadrži veliki broj različitih kliničkih entiteta i podentiteta. U tekstu je data relativno gruba podela psihijatrijskih oboljenja na nekoliko većih kategorija sa taksativnim nabrojanjem mogućih posledica.

1. Kada je reč o organskim mentalnim poremećajima, uključujući i simptomatske, treba istaći da naročito subakutne i hronične forme nisu uvek primarni psihijatrijski poremećaji, već i oni sami predstavljaju posledicu drugih psihijatrijskih i/ili somatskih oboljenja. Njih karakteriše progredijentan tok sa značajnim kognitivnim deficitima, zatim veoma ozbiljna deterioracija ličnosti na intelektualnom, emocionalnom i voljno-nagonskom planu. Sve to vodi u veoma brojnu i heterogenu grupu demencija koje predstavljaju veoma ozbiljan ne samo klinički, već i socijalni i društveni problem.

Neadekvatno su institucionalno zbrinuti, porodice trpe brojne materijalne, emocionalne i druge probleme u njihovoj nezi. Društvena zajednica preko sistema socijalnih ustanova i društvenih fondova znatno manje pruža ovim pacijentima od očekivanog. U SAD na primer za psihogerijatrijsku populaciju i naročito za osobe sa različitim vrstama subakutnog i hroničnog psihoorganskog sindroma izdvaja oko 9000 US dolara po osobi. Socijalno-medicinska dimenzija ovih poremećaja veoma je ozbiljna, složena i svako pojedinačno nabrojanje brojnih problema samo iz ove sfere oduzelo bi dosta prostora. Ovome treba dodati stepen angažmana i brojne stresove svake vrste i članova njihovih porodica.

2. Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja zbog upotrebe psihoaktivnih supstanci predstavljaju još složeniji problem sa aspekta posledica od prethodne grupe psihijatrijskih poremećaja. Reč je pre svega o mladim osobama, u najproduktivnijem periodu života, gde specifična premorbidna struktura ličnosti sa veoma naglašenom emocionalnom nestabilnošću, pri postojećoj mladalačkoj radoznalosti i iz drugih razloga, često puta kreće na "put bez jasnog cilja i povratka" sa

brojnim i nesagledivim posledicama takvog ponašanja. Čak i segment populacije sa povremenim abuzusima psihoaktivnih supstanci i tzv. narkofilija može da stvori veliki broj problema i posledica.

Osobe iz ove grupe poremećaja sa manifestnim znacima psihološke, metaboličke i fizičke zavisnosti, predstavljaju najrizičniju grupu u smislu brojnih neželjenih pojava i različitih vrsta posledica. Pošto kod narkomanija u užem smislu reči nema dovoljno podataka iz dužih, vremenskih serija, otuda su i epidemiološki podaci o ovom problemima nedovoljno poznati. Ono što se već danas zna iz različitih izvora podataka jasno ukazuje da je reč o problemu koji ima pandemijske razmere. Kod alkoholizma, nikotinizma i nekih drugih oblika zavisnosti, situacija je isto tako složena.

SZO na poslednjoj međunarodnoj konferenciji o cost/benefit analizi bolesti zavisnosti, jasno ukazuje na veoma ozbiljne posledice alkoholizma i posebno nikotinizma i to pre svega u nedovoljno razvijenim zemljama sveta. Duvanska industrija i društvena zajednica veoma malo izdvaja sredstava za multicentrična istraživanja lečenja, rehabilitacije i prevencije u odnosu na ogroman profit koji ostvaruje. U narednih 20 godina to će biti najozbiljniji problem u oblasti mentalnog zdravlja u svetu (Costa De Silva, 1997).<sup>14</sup>

**3.** Kada je reč o schizofreniji, schizotipskim poremećajima i poremećajima sa sumanutošću, još u vreme Krepelinske ere (Kraepelin E, 1896) zapaženo je da kod značajnog procenta schizofrenih psihoza dolazi do veoma ozbiljnih posledica u vidu tzv. demencije prekoks, odnosno tzv. schizofrene demencije. Tokom ovog veka zapažena je veoma velika promena u patoplastici velikog broja psihijatrijskih poremećaja, posebno u grupi schizofrenih psihoza. Sve je manji broj katatonih i drugih oblika poremećaja u korist velikog broja poremećaja sa dominacijom sumanutih, odnosno paranoidnih formi (Tusang T, 1995, Kecmanović D, 1998, Sartorius N, 1989). Inače, po svojoj tipičnoj formi schizofrenija se sastoji u postepenoj, stalnoj derterioraciji celokupne ličnosti bolesnika. Campbell (Henderson D i sar. 1951) je analizirajući schizofreno propadanje i brojne posledice takvog procesa, došao do zaključka da je to schizofreno "polaganje oružja" pošto životni izazovi izgledaju i suviše opasnim. Majer (Meyer, 1900) je na osnovu pažljivog proučavanja bolesnika, naročito njihove istorije bolesti iz vremena pre nego što su njihova rodbina i prijatelji uočili bolesti, tzv. laička dijagnoza koja se nažalost i danas često zanemaruje, zaključio da je schizofrenija završna posledica akumulacije pogrešnih navika reagovanja. Ovaj uzročno-posledični odnos aktuelan je i danas, pošto je često puta teško razdvojiti neki etiološki faktor, stepen izraženosti pojedinih simptoma i/ili posledica procesnog toka same bolesti. Grupa francuskih autora uvela je u stručnu terminologiju atimohormični sindrom kod grupe schizofrenih psihoza, kao posledica višestruke deterioracije i dezintegracije ličnosti pacijenta, što predstavlja više izražene posledice bolesti nego njenu aktuelnu kliničku sliku.

Danas u velikom broju psihijatrijskih stacionarnih ustanova srećemo sve više pacijenata sa elementima atimohormičnog sindroma i/ili drugih ozbiljnih socijalnih posledica, koji su primarniji uzrok za analizarni tip tretmana nego izražena subakutna i hronična psihopatologija karakteristična za grupu schizofrenih psihoza. To je i razlog da nije došlo do očekivane deakumulacije schizofrenih u psihijatrijskim bolnicama. I danas schizofreni bolesnici zauzimaju oko 50% svih psihijatrijskih postelja u ovim ustanovama (Kaličanin P, 1975), Wing K, 1993). I pored toga, treba istaći činjenicu

da su psihijatrijske hospitalizacije znatno skraćene poslednjih četrdesetak godina zahvaljujući uviđenju savremenih psihofarmaka, drugih metoda u lečenju i rehabilitaciji i većoj saradnji sa porodicom.

Kada su u pitanju neka kliničko-epidemiološka sagledavanja uzroka i posledica schizofrenije (Faris REL and Dunham HW, 1939, 1969, Kaličanin P, 1975, Kecmanović D, 1976) kao i veliki broj drugih autora, stavljaju u međusobnu vezu i/ili suprotnosti dve veoma poznate teorije o socijalnoj uslovljenosti schizofrenije; tzv. "Orgin" i "drift" hipoteze.

Prva hipoteza, primera radi, ističe veći broj schizofrenih bolesnika u prenaseljenim urbanim sredinama tvrdeći da je faktor siromaštva i socijalne bede jedan od mogućih uzorka schizofrenih psihoza. Druga navedena hipoteza pretpostavlja da schizofrenija nije učestalija u ovim područjima, već da schizofreni bolesnici u svom predkliničkom i postkliničkom stadijumu, kao jako mobilne osobe, teže da se kreću ka socijalnim područjima gde je inače najveća mobilnost stanovništva i gde je najizraženija socijalna dezorganizacija.

Mnogobrojna epidemiološka istraživanja, koja su izvedena do danas u raznim delovima sveta, nisu odgovorila kojoj od ove dve hipoteze treba dati prednost (Tusang M, 1995, WHO, 1986, Kaličanin P, 1997, Munjiza M, 1992). Sve više ima dokaza u korist "Drift" hipoteze, tj. da socijalne, psihološke i druge posledice kod schizofrenije uslovljavaju sve naglašenije pomeranje obolelih na socijalnoj lestvici u pravcu siromašnijih socijalnih klasa i njihovog ličnog socijalnog i ekonomskog propadanja kao posledice hroniciteta bolesti sa brojnim postpsihotičnim sekvelama. Savremena klasifikacija grupe schizofrenih psihoza i dihotomija u osnovnoj simptomatologiji na tzv. pozitivne i negativne simptome kod schizofrenije u osnovi se zasniva na Blojlerovim shvatanjima (Bleuler E, 1911).

Ovaj autor uvodi u stručnu literaturu četiri vodeća simptoma tzv. "4A sindroma" (asocijativni poremećaj, autizam, afektivni nesklad, ambivalencija i/ili ambitendencija). Neki autori ovoj listi kardinalnih simptoma dodaju i druge simptome (anhormija - nagonsko-voljni deficit, atimija - afektivni deficit, apragmatizam - promene u životnom stilu i intrapsihička ataksija - neuklađene psihičke funkcije). I ovde ostaje dilema da li je reč o simptomima u okviru kliničke slike i/ili posledicama bolesti. Kada je reč o grupi schizofrenih psihoza sve više se ukazuje na brojnu pridruženu psihopatologiju u vidu komorbiditeta.

Od svih poremećaja najviše se raspravlja o depresivnim sindromima i schizofreniji (Jašović-Gašić M i sar., 1997). Tzv. postschizofrena depresija sigurno spada u grupu ozbiljnih posledica. Za druge oblike depresivnih poremećaja i schizofrene psihoze ne bi se moglo eksplicitno tvrditi da je reč samo o posledicama osnovne bolesti.

Ukoliko se ovaj problem sagledava sa aspekta suicida kod schizofrenije (oko 13%) onda su u pitanju veoma ozbiljne posledice osnovne bolesti. Rezidualni oblik schizofrenije sa brojnim defekt-simptomima (mišljenje, percepcija, afektivni život, deficit u socijalnom i profesionalnom funkcionisanju) (Ilanković N i sar, 1998) takođe više spadaju u grupu posledica procesnog toka bolesti.

Pored opštepsiholoških (emocionalno0nagonska i asocijativna deterioracija) i socijalnih posledica (soicjalna izolacija, apragmatizam) u poslednje vreme sve više se ukazuje i na druge posledice grupe schizofrenih psihoza. reč je o znatnim oštećenjima kognitivnih funkcija, govora i posebno motorike i neke druge neurološke posledice bolesti (Ilanković N i sar. 1998). Kao što je došlo do znatno veće prevalencije paranoidnog oblika schizofrenije na račun drugih kliničkih entiteta, tako je, na sreću suprotno nekadašnjim shvatanjima danas relativno manji procenat schizofrenije koji teče hronično - kontinuirano sa progresivnom deterioracijom ličnosti do tzv. "schizofrene demencije". Međutim, to izgleda ne utiče bitnije na učestalost hospitalizma kod većeg broja pacijenata. Reč je o specifičnoj posledici ne samo grupe schizofrenih pacijenata nego i drugih poremećaja i odnosi se na preteranu zavisnost pacijenata od institucije, veliki stepen registrovanog ponašanja do zanemarivanja najelementarnijih ličnih i socijalnih obaveza, do gubitka odnosa prema stvarnosti. Kada je u pitanju socijalni tok i ishod schizofrenije i drugih psihoza iz ove grupe (poremećaji sa sumanutošću) sa aspekta mogućih posledica treba naglasiti da su i danas aktuelni problemi vezani za antisocijalno ponašanje jednog dela pcijenata.<sup>46,56,33,4,50,30,23,9,25</sup>

Ono može da se manifestuje na različite načine (verbalna agresija - pretnje, svađe i dr., nanošenje lakših telesnih povreda, seksualni delikti, nanošenje materijalne štete, teške povrede drugih lica, kriminogeno ponašanje i sl.). U višegodišnjoj studiji izvedenoj u našoj zemlji (Kaličanin P, 1975)<sup>28</sup> ukazuje se da je pre početka zvaničnog lečenja, odnosno ključne hospitalizacije, oko 25% pacijenata ispoljavalo antisocijalno ponašanje i to najčešće u obliku verbalne agresije. Na kraju ispitivanja bilo je 11% bolesnika sa antisocijalnim ponašanjem.

Studija je pokazala da je dobra saradnja sa članovima porodice bila važan činilac u suzbijanju i/ili ublažavanju antisocijalnog ponašanja. Članovi porodice ispoljili su različitu toleranciju prema ovom obliku ponašanja i posledica bolesti svojih obolelih članova. Tolerancija je bila izrazito visoka kod roditelja i znatno niža kod bračnih partnera, naročito muškaraca. Kad je reč o socijalnoj sredini nisu registrovana česta burna reagovanja sa zahtevima□za hospitalizaciju. Navedeni podaci se odnose na kraj 60-tih i početak 70-tih godina. Danas je znatno veći broj burnih reakcija uže i šire socijalne sredine sa ili bez zahteva za prisilnom hospitalizacijom.

Ovde se postavlja pitanje da li je došlo do značajnije promene stavova uže i šire socijalne sredine prema schizofrenim bolesnicima. U odnosu na period od pre nekoliko vekova kada je stav socijalne sredine prema duševnim bolesnicima bio krajnje negativan i okrutan sa tendencijom ka izolaciji po svaku cenu, preko reformi vezanih za Pinela u 18 veku, i kasnije kroz tzv. "moralnu fazu" psihijatrije do danas, došlo je do značajnijih promena ali ne ravnomerno u pojedinim delovima sveta. Sama psihijatrija dala je značajan doprinos u tome. Stepence od duševne bolnice do društvene zajednice vodile su iznutra. Osnivanje dnevnih bolnica, zaštitnih radionica, otvoreni grupni klubovi pacijenata, pregledi kod kuće pre prijema u bolnice, redovne posthospitalne dispanzerske kontrole, bolja saradnja s porodicom, skraćivanje perioda samih hospitalizacija sa sindromom "otvorenih i/ili okretnih" vrata i druge mere koje je preduzimala klinička i socijalna psihijatrija pokazale su se efikasnim.

Pitanje je da li socijalna reakcija na ozbiljne mentalne bolesti kakva je i schizofrenija, uključujući i društvene strukture i funkcionisanje brojnih socijalnih službi pored psihijatrije da se

time bave i njen uticaj na stepen onesposobljenosti obolelih nema tako decidan i pozitivan odgovor. Današnja struktura i organizacija službi se različitim kapacitetima i prednostima, koje omogućavaju kompetentnije porodično, radno i lično funkcionisanje obolelih, bila bi adekvatna zamena za raniji sistem koji je bio zasnovan na velikim bolnicama krajem prošlog i u prvoj polovini ovog veka. Da bi se stvorio takav sistem potrebno je da društvena zajednica uloži bar isto toliko napora i sredstava kao kada su građene velike bolnice u drugoj polovini 19. veka (Wing K, 1995).<sup>55</sup>

4. Kada su u pitanju afektivni poremećaji reč je o veoma heterogenoj grupi sa visokom incidencijom i rizikom od još većeg broja novo obolelih u narednom periodu. Stoga posledice ovih poremećaja imaju veoma veliki negativni socijalni i društveni efekat kako za pojedinca, tako i porodicu i društvenu zajednicu u celini. Najnegativnije posledice depresivnih poremećaja je relativno visok rizik od suicida i/ili pokušaja samoubistva, zatim veliki gubitak socijalnih i interpersonalnih sposobnosti kod pacijenata. Pored toga ništa manji značaj nemaju velika učestalost emocionalnih, kognitivnih i vegetativnih poremećaja kao posledica različitih oblika depresivnih poremećaja. Ovome svakako treba dodati veliki procenat obolelih sa smanjenim individualnim radnim kapacitetom. Samo kod distimije kao hroničnog oblika depresija posledica smanjene produktivnosti iznose oko 9 biliona US dolara godišnje u SAD. Problemi i posledice su učestalije i izraženije kod rekurentnih depresivnih osoba i češći su kod žena nego muškaraca, zatim kod distimije udružene sa depresijom naročito kod mlađih osoba.

Afektivni poremećaji bez obzira na težinu i dužinu trajanja, pored navedenih posledica mogu da dovedu do česte pojave tzv. postdepresivnog poremećaja ličnosti, potenciranja paranoidne simptomatologije, veće zloupotrebe i abuzusa alkohola i/ili drugih psihoaktivnih supstanci. Takođe može doći do veće prevalencije drugih somatskih poremećaja. Već od ranije je poznata veća korelacija i međusobna uzročno-posledična povezanost između depresija i respiratornih infekcija posebno u oblasti gornjih disajnih puteva.<sup>10, 11, 26, 35.</sup>

5. Neurotski poremećaji povezani ili ne sa stresom i somatoformni poremećaji predstavljaju veoma brojnu patologiju i veoma su prisutni u svim oblastima psihološke medicine, psihijatrije i opšte medicine. I za njih važi donekle kao i za schizofreniju da je tokom ovog veka došlo do značajne promene u kliničkim manifestacijama. Za razliku od ranijih oblika gde su dominirali različiti oblici konverzivnih, disocijativnih i neurasteničkih formi neurotskih poremećaja, danas preovlađuju različiti oblici anksioznosti uključujući i panične napade, fobični poremećaji, zatim opsesivno-kompulzivni poremećaji, različite vrste stesa i posttraumatskih stresnih poremećaja (PTSD) i drugo.

U psihijatrijskoj praksi češće se sreću hronificirane forme sa brojnom pridruženom psihopatologijom u obliku komorbiditeta (dodatne somatske bolesti kod 50% i upadljivi socijalni problemi kod 30% neurotskih pacijenata) sa naglašenim sekundarnim i tercijarnim dobitima od bolesti. To ne samo da otežava prognozu već i predviđenje vrste i učestalosti brojnih socijalnih i drugih posledica.

Iako bi bilo pogrešno poistovetiti česte odlaske lekaru sa neurozom, brojna istraživanja su pokazala da je broj pacijenata sa hroničnim i/ili rekurentnim neurotskim tegobama veći nego što pokazuju izveštaji lekara opšte medicine. Ti pacijenti predstavljaju veliko opterećenje za medicinsku

službu jer su stope njihovih specijalističkih pregleda i/ili bolničkih prijema veće od prosečnih. Broj zvanično nesposobnih zbog različitih neurotskih poremećaja stalno raste ukoliko se meri procentom apsentizma kod lekarskih komisija. Žena je tri puta više nego muškaraca, što predstavlja tipičan odnos kod hroničnih neurotskih poremećaja u opštoj medicini, a od kliničkih entiteta anksiozne i depresivne neuroze i stresni poremećaji zajedno čine četiri petine svih bolesti, pri čemu su prve češće kod muškaraca, a druge kod žena.

Ono što bitno izdvaja takozvanog hroničnog neurotskog pacijenta od ostalih je manje priroda njegove reakcije, a više učestalost i upornost kojom se ona ispoljava, posebno kada su u pitanju anksioznost i depresija. Neki drugi oblici neurotskih poremećaja: kompulsivni, fobični ili hipohondrijski čine manji deo svih slučajeva koji traže pomoć. Često težinu kliničke slike više zavisi od stepena socijalnog poremećaja nego primarne psihopatologije. Kao parametri socijalnih aspekata hroničnih neurotskih poremećaja najčešće se koriste: prihodi, uslovi življenja, društvenost i društveni kontakti, personalne interakcije, zaposlenost i roditeljstvo.

U odnosu na zdravu populaciju i/ili pacijente sa somatskim tegobama, skoro svi navedeni parametri nekoliko puta su izraženiji kvalitativno i naročito kvantitativno kod neurotskih pacijenata. Sve to jasno ukazuje na veoma ozbiljnu individualnu, interpersonalnu, socijalnu, profesionalnu, porodičnu i bračnu disfunkciju kod hroničnih neurotskih pacijenata uvidu posledica osnovnog poremećaja. U odnosu na zdravu populaciju dolazi do značajne redukcije svih navedenih varijabli. Zbirna procena u vidu materijalnih uslova, socijalnog ponašanja i zadovoljstvo ulogom i/ili položajem je redukovana od 30 do 63%. Ovde nisu uključeni problemi, odnosno posledice vezane za sekundarnu i/ili tercijarnu dobit od bolesti koja je inače veoma naglašena kod ove kategorije psihijatrijskih pacijenata.

Kod hroničnih neurotskih pacijenata jedna od najčešćih posledica je pojava drugog psihijatrijskog poremećaja, posebno depresivnih reakcija, što ne mora uvek da bude posledica uvida u svoje stanje. Kod hipohondrije depresivnost se sreće kod 80% pacijenata, a za obsesivno-kompulsivne i fobične poremećaje depresija se javlja kod 50% obolelih.<sup>12</sup>

**6.** Kada je reč o stresnim poremećajima i stanjima koja karakterišu PTSD veoma često se sreće značajno sniženje interesovanja, poremećaj socijalnih i profesionalnih funkcija. Zatim sledi osećanje beznadežnosti, gubitak poverenja i neočekivanje podrške od porodice, bračnog partnera, (Kaplan HI et al, 1996). Kod hronične forma sreću se slične posledice, što je i logično jer se već navedene prolongiraju i usložnjavaju. Napominjemo da su one detaljnije obradjene u drugim poglavljima ove knjige.

Ovde posebno ističemo narušeno socijalno i profesionalno funkcionisanje i često nesposobnost za obavljanje najelementarnijih poslova iz oblasti lične higijene i/ili drugih elementarnih svakodnevnih aktivnosti. Psihosocijalne posledice nesreća različitih vrsta i težine mogu se podeliti na grupu neposrednih reakcija na katastrofični događaj, zatim emocionalne reakcije posle "događaja". Neposredne reakcije odražavaju najužasnije dimenzije nesreće sa veoma velikim traumatskim iskustvom bespomoćnosti, beznadežnosti, odvajanja, ambivalencije između pružanja pomoći drugima i/ili borbe za sopstveno preživljavanje. Visoku prevalenciju imaju i maladaptivne reakcije u vreme trajanja nesreće u obliku straha, nekontrolisanog bekstva, grupna panika.

O učestalosti panike u elementarnim katastrofama podeljena su mišljenja, sem za mesta gde se nalazi mnogo ljudi (podzemne železnice, vozovi, višespratne zgrade, gde je velika verovatnoća za češću pojavu panike). Kada su u pitanju emocionalne reakcije posle katastrofičnog događaja, nesreće, postoje mnogobrojne i međusobno različite emocionalne reakcije. U početku mnogi ljudi nisu sposobni da ispolje nikakva osećanja ili za izvesno vreme osećaju radost i olakšanje sa pozitivnim nabojem što su preživeli. Posle toga slede reakcije na stres, koje su obično kratkotrajne i mogu imati normalnu reakciju na traumatsko iskustvo. Uobičajene reakcije posle nesreće uključuju intenzivno osećanje anksioznosti koje može biti udruženo sa flashback-om i/ili opsesivnim vraćanjem preživljenog događaja, sadržaja ili zastrašujućim sećanjima, poremećaji sna, reakcije izbegavanja. Navedene psihosocijalne posledice mogu se smenjivati sa emotivnom prazninom, pasivnošću i reakcijama izbegavanja. Ove i druge reakcije mogu biti normalne u prvih nekoliko nedelja. Ako se te reakcije održe u znatnom stepenu duže od nekoliko nedelja one predstavljaju posttraumatski stresni poremećaj (PTSD). Kod nekih osoba navedeni simptomi mogu se javiti tek posle nekoliko meseci ili kasnije. (WHO, 1992).<sup>26, 17, 27</sup>

7. Kada je reč o specifičnim psihosocijalnim posledicama koje prate nesreće mogu da budu u vidu individualnih reakcija i nešto ređe da imaju masovan karakter. U prvom redu javlja se emocionalna reakcija žalosti koja uključuje tugu, setu, bol, jad, očaj, ljutnju i čežnju za izgubljenim. Ponekad žalost može postati hronična i emocionalna reakcija se može komplikovati do nivoa teške depresije. Socijalnopatološke manifestacije kao reakcija na nesreću podrazumevaju ekscesivnu konzumaciju alkohola i/ili droga, socijalno povlačenje, teškoće u prilagođavanju sa interpersonalnim problemima. Mogući su porodični sukobi i/ili problemi, hiperprotektivan stav prema deci ili nasilje u porodici. Za većinu porodica i pojedinaca psihopatološke manifestacije su prolazne, a samo kod manjeg broja sporije prolaze i/ili postaju hronični.

Naravno da ima i primera da umesto socijalne patologije i dezorganizacije i sloma zajednice može da dođe do poboljšanog socijalnog funkcionisanja. Sekundarni psihosocijalni stresovi javljaju se kao posledica migracije, života u kampovima, gubitka posla i dr. Najnegativnija posledica je razorenost porodica naročito na malu decu koja nisu u pratnji odraslih. Najrizičnije grupe su i izrazito vulnerabilne osobe. Ovde se misli na različite oblike premorbidne vulnerabilnosti koja je obično prediktor za razvoj PTSD (WHO, 1992). Vulnerabilnost može da bude psihološka, neurofiziološka, psihofiziološka, genetska. Posebno vulnerabilne grupe smatraju se deca, starije osobe, trudnice, rekonvalescenti, neki oblici poremećaja ličnosti i dr.

8. Prevalencija poremećaja ličnosti i ponašanja odraslih kreće se od 10 do 13% u opštoj populaciji. Radi se o veoma heterogenoj grupi sa velikim brojem kliničkih entiteta i podentiteta. Zajednička karakteristika cele grupe je maladaptivno ponašanje koje se u celini prepoznaje u doba mladalaštva, adolescencije i/ili ranije i koje se nastavlja kroz veći deo odraslog doba. Ovde se ne radi o psihijatrijskoj bolesti u užem smislu reči, već o stanju. Ima pretpostavki da se radi o usporenom, pre svega emocionalnom razvoju. Kao najčešće posledice javljaju se dezintegracija ličnosti i/ili dekompenzacija u vidu različitih psihijatrijskih poremećaja, pošto ova grupa predstavlja veoma vulnerabilnu populaciju sa visokim rizikom od dekompenzacije. Nije reč samo o tzv. višku simptoma, već o pojavi različitih prepsihotičnih i/ili psihotičnih sindroma. Druga veoma velika

grupa posledica ove grupe poremećaja je pre svega kriminogeno ponašanje. Ovo se odnosi posebno na podgrupu sa asocijalnim, antisocijalnim ponašanjem i/ili brojnim seksualnim devijacijama. Ništa manji problem ne predstavlja zloupotreba i abuzusi alkohola i/ili droga sa pojavom različitih vrsta bolesti zavisnosti.

Ovde je takođe veliki broj prekršilaca javnog reda, kriminogeno ponašanje, delikvencija, prostitucija i drugi psihosocijalni poremećaji. Sve to može da nastane kao posledica slabe kohezivnosti ličnosti i njene adekvatne integracije koja se može proceniti na osnovu sposobnosti ličnosti da postigne i oštira ambicije i ciljeve, predstave o sebi, da reguliše napetost i odnose sa drugim osobama, sa gubitkom sposobnosti osećanja krivice, problemima identiteta i dr. Pošto se radi o fragilnim i labilnim ličnostima, često su eophodne i druge osobe da bi se uspostavio i održao nesiguran osećaj o sebi. Kod ove kategorije pacijenata veoma je slaba profesionalna efikasnost i veoma niska radna produktivnost. Neki oblici poremećaja ličnosti, naročito graničnog poremećaja veoma često se sreću panični napadi i to do 50% slučajeva ima primarne i/ili sekundarne atake panike (McGlasham T, 1985, Stone M, 1980, Švrakić L, 1989). isto tako veoma često se sreće parasuicid suicidalno ponašanje i drugi oblici bihevioralnih poremećaja (Wykws T and Hurry J, 1991).<sup>36, 48, 3</sup>

Sigurno je da ovim poglavljem nisu mogli biti obuhvaćeni svi psihijatrijski poremećaji i oboljenja posebno u odnosu na pojedine dobne grupe, kao ni po fenomenološkom i entitetskom principu. Cilj je bio da se ukaže na najčešće posledice pre svega ozbiljnih i/ili trajnih psihijatrijskih poremećaja. Nije slučajno izostavljena velika grupa poremećaja psihološkog razvoja, zatim poremećaja ponašanja i emocija sa početkom u detinjstvu i adolescenciji kao ni tzv. druga stanja iz ICD-10 koja su često povezana sa mentalnim poremećajima i poremećajima ponašanja. Ovo je veoma važno područje kliničke psihijatrije i obuhvata u najvećoj meri dečiju i adolescentnu psihijatriju. Da bi se bolje sagledale posledice i konsekvence u celini nekog psihijatrijskog poremećaja, od autora se pre svega očekuje solidno poznavanje odgovorajućih poremećaja i empirijsko iskustvo. To sigurno bolje znaju i više razumeju stručnjaci iz psihijatrije razvojnog doba.<sup>7, 10, 2, 34</sup>

\*

\*

\*

Program edukacije i trenig iz kliničke psihijatrije u velikom broju zemalja veoma je deficitaran za bolje razumevanju socijalne i psihološke dimenzije mentalnih poremećaja. Mlađe generacije psihijatra imau veoma malo iskustva u solidnom vođenju intervjuua bilo da je reč o dijagnostičkom, terapijskom ili prognostičkom. Mnogo se vremena gubi na savladavanju fenomenoloških aspekata pojedinih poremećaja, premda se klinička psihijatrija i pojedini entiteti najbolje upoznaju u kontaktu sa pacijentima. Psihijatri po prirodi svoje profesije veoma malo znaju o primarnoj prevenciji, a i o preventivnoj psihijatrij. Ono što se od njih očekuje jeste dobro poznavanje tzv. sekundarne prevencije, tj. rano otkrivanje, dijagnostikovanje i tretman pojedinih oboljenja i poremećaja. Timje će se u značajnoj meri otkloniti i/ili ublažiti brojne posledice tih istih poremećaja.

Ovo ne bi trebalo da se isključivo prepusti tercijarnoj prevenciji koja ima pre svega rehabilitacionu ulogu. Danas je težište na poboljšanju kvaliteta života pacijenata i smanjivanju onesposobljenosti, invalidnosti i hendikepiranosti. Nažalost, u literaturi nema mnogo validnih instrumenata s kojima bi ovo moglo da se prati i evaluira efikasnost primenjenih metoda. Klasifikacija SZO o invaliditetu je suviše uopštena i samo donekle može da se primeni u psihijatriji. Za procenu socijalnih posledica kod depresije na primer, veoma uspešno se koristi modifikovana globalna skala sposobnosti (GAFS) kojom se procenjuju: psihološka, socijalna, porodična i radna efikasnost. I druge skale ili strukturisani intervju uključuju procenu psihosocijalne, psihološke, porodične i radne efikasnosti. Neke skale uz navedeno, koriste i liste nepovoljnih životnih događaja.<sup>49</sup>

## LITERATURA

### LITERATURA ZA PSIHOSOCIJALNE POSLEDICE PSIHIJATRIJSKIH POREMEĆAJA KAO PSIHOPATOLOŠKIH SINDROMA

- Clausen JA and Yarrow MR (1955): Paths to the mental hospital, *Journal of Social Issues*, 2:25-32
- Andrews G et al (1985): The economic cost of schizophrenia, *Archives of General Psychiatry*, 42: 537-434
- Arey S and Warheit GJ (1980): Psychosocial cost of living with psychologically disturbed family members, In: Robins LN et al (eds by) *The social consequences of psychiatric illness*, Brunner Mazel, New York, 158-175
- Barton R (1966): *Institutional neurosis*, Wright, Bristol
- Bartrop RW and Porritt D (1988): Biological sequelae of adverse experiences, In: Henderson AS and Burrows GD (eds by) *Handbook of social psychiatry*, Elsevier, Amsterdam
- Bastide R (1965): *Sociologie des maladies mentales*, Flammarion, Paris
- Brown GW and Harris T (1986): Stressor, vulnerability and depression: a question of replication, *Psychological Medicine*, 16:739-44
- Brown GW and Harris T (1987): *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*, Tavistock, London
- Brown GW et al (1958): The post hospital adjustment of chronic mental patients, *Lancet*, 2: 685-9
- Campbell (citat prema Henderson D i sar, *ibid* 30)
- Cooley CH (1987): *Social organization: A study of the larger mind*, C. Scribner's Sons, New York. 1909 (cit, prema Milanović V. *Sociologija*, Službeni list, III dopunjeno izdanje)
- Cooper B (1972): Clinical and social aspects of chronic neurosis, *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, London, 65:509-512
- Cooper JE (1980): The description and classification of social disability by means of a taxonomic hierarchy, *Acta Psychiat. Scand.*, 62, (suppl. 285): 140-6
- Coste de Silva JA (1997): The Economics of mental disorders, alcohol and drug addiction, *Fourth workshop on cost and assessment in psychiatry*, Venecija, 14-16.03.
- Dupont A (1986): Socio-psychiatric aspects of the young severely mentally retarded and family, *Brit. J. of Psychiatry*, 148: 227-34
- Faris REL and Dunham HW (1960): *Mental disorders in urban areas. An ecological study of schizophrenia and other psychoses*, Hafner, New York
- Flaherty AJ, Channon AR i Davis MJ (1992): *Psihijatrija (Dijagnoza i terapija)*, Savremena administracija DD, Beograd (prevod Langeov klinički priručnik).
- Franco K et al (1995): The added costs of depression to medical care, *Farmaco-Economics*, 7: 284-291.

From E (1963): Zdravo društvo, Rad, Beograd (prevod),.

Greenberg PE et al (1993): The economic burden of depression in 1990, J Clin. Psychiatry, 54:405-418.,

Gunderson JG and Moscher LR (1975): The cost of schizophrenia, Am J of Psychiatry, 132: 01-6.,

Gunn J (1986): Education and forensic psychiatry, Canadian Journal of Psychiatry, 31: 273-80.,

Henderson D i Gillespie RD : Psihijatrija, Medicinska knjiga, Beograd, (prevod),1950.,

Henderson M (1995): Differential cost of treatment of depression with SSRI Human Psychopharmacol. 10: S195-S197.,

Ilinković N i Ilinković V (1998): Restaurativna psihijatrija, Medicinski fakultet Beograd, 57-65.,

Institut za mentalno zdravlje, Beograd (1993): Psihosocijalne posledice nesreća (prevencija i vođenje), IZMZ, Beograd.,

Jakovljević V (1960): Doprinis proučavanju sociopshiogeneze neurotičnih poremećaja ličnosti, Sociologija, Br 2-3, Beograd.,

Kaličanin P (1975): Primena epidemiološkog metoda u psihijatriji (Epidemiološki aspekti shizofrenije u Beogradu), Institut za stručno usavršavanje i specijalizaciju zdrav. radnika, Beograd.,

Kaplan HI and Benjamin S (1986) : Synpsis of pschiatry, Wilkiams and Wilkinson, Baltimore.,

Kecmanović D (1975): Socijalna psihijatrija, Svjetlost, Sarajevo

Kecmanović D (1989): Psihijatrija, Svjetlost Sarajevo i Medicinska knjiga Beograd, Tom II.,

Kreitman N (1980): Introduction to the consequence of psychiatric disorder for life stress and interpersonal relationships, In: The social consequence of psychiatric illnes, Robins LN, Clayton PJ and Wing JK (eds), Brunner Mazel, New York, 135-140

Kuipers E and Bebbington P (1997): Living with mental illness, A condror book Souvenir Press Ltd, 74-123

Leff JP (1991): The relevance of psychosocial risk factors for treatment and prevention, In:Social psychiatry (Theory, emthodology and practice) Ed by Bebbington PE, Transaction Publishers, 247-264

Lemart ED (1968): Mental disorders (in: Social Pathology) Mc Graw-Hill (cit. prema Jakovljević: Uvod u socijalnu patologiju, Naučna knjiga Beograd,1976.,

McGuffin P et al (1998): The Camberwell Collaborative Depression Study III. Depression and adversity in the relatives of depressed probands, Br.J. of Psychiatry

Michels R (1992): The cost of schizophrenia, Royal society of medicine services Ltd. and Janssen Pharmaceutical, London

Milosavljević P (1978): Porodica schizofrenog bolesnika, Publikacije Instituta za mentalno zdravlje, Beograd

Morić-Petrović S (1987): Psihijatrija, Medicinska knjiga Beograd-Zagreb.,

Popović M, Opalić P, Marković M i sar. (1986): Stavovi prema psihijatrijskoj bolesti, Naučna knjiga, Beograd

Radulović D (1987): Prostitucija u Jugoslaviji, Filip Višnjić, Beograd

Robins LN, Clayton PJ and Wing JK (eds) (1980): The social consequences of psychiatric illness, Brunner Mazel, New York

Romans-Clarkson SE et al (1986): Impact of a handicapped child on mentaln helath of parents, Br. Medical Journal, 293: 1395-7

Rutter M (1966): Children of sick parents: An environmental and psychiatric study, Maudlesy Monograph, No 16, Oxford University Press

Rutter M and Quinton D (1984): Parental psychiatric diosrder: effect on children, Psychological Medicine, 14: 853-80

Sartorius N et al (1986): Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures, Pcyhological Medicine, 16: 909-28

Shepherd M (1983): The psychosocial maritx of psychiatry, collected papers, Tavistock, London.,

Švrakić D (1989): Poremećaji ličnosti, U: Kecmanović D (urednik) Psihijatrija, Svjetlost Sarajevo i Medicinska knjiga Beograd

Tompson C (1989): The Instruments of psychiatric research, John Wiley and Sons

Tusang MT et al (1995): Textbook in psychiatric epidemiology, Wiley-Liss

Von Kroff M et al (1992): Disability and depression among high utilizers of health care. A longitudinal analysis, Arch Gen Psychiatry 49:91-100

Wells KB et al (1989): Detection of depressive disorder for patients receiving prepaid off fee-for-service care, JAMA, 262:3298-3302

Wilkin D (1979): Caring for the mentally handicapped child, Croom Helm, London

Wing JK (1973): The social context of schizophrenai, Am J of Psychiatry, 135: 1333-9

Wing JK (1993): Social consequences of severe and persistent psychiatric disorders, In: Principles of social psychiatry, Bhugra D and Leff J (eds), Blackwell scientific publication,s Oxford, 400-411

Wing JK and Brown GW (1970): Institutionalism and schizophrenia, Cambridge University Press.,

World Health Organization (1977): Forensic psychiatry. Report of a working group, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

World Helath Organization (1980): International classification of impariments, disabilites, and hadicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease. World Health Organization, Geneva

