

Prof. dr Marko Munjiza

***,
Katedra za posle diplomске studije,
Medicinskog fakulteta u Beogradu,
Nastavna baza Institut za mentalno zdravlje
Beograd, Palmotićeve 37
Telefon 3307-571 (pre podne) i 3307-520 (sredom posle podne)
E-mail: munjiza@ptt.yu i imz@imh.yu***

**Predavanje za lekare na specijalizaciji iz psihijatrije i psihologije
na specijalizaciji iz medicinske psihologije šk. 2006/2007. godine**

VAŽNIJI PSIHIJATRIJSKI SINDROMI

Beograd, Novembar 2006.

SADRŽAJ

I Uvodni deo.....

II Podela psihijatrijskih sindroma ruskih autora iz kasnih 60-tih i tokom 70-tih godina XX veka.....

1. Sindrom pomućenja svesti.....
2. Emocionalni sindrom.....
3. Sindrom poremećaja percepcije.....
4. Sumanuti sindrom.....
5. Deluzioni sindromi.....
6. Sindrom mentalne nerazvijenosti (salbounnosti).....
7. Sindrom oštećenja kod difuznih destruktivnih procesa CNS-a.....
8. Neurotični sindrom.....
9. Sindromi vezani za poremećaje ličnosti.....
10. Sindrom pseudodemencije.....
11. Spazmotični sindrom.....
12. Akutni katatoni sindrom.....
13. Hronični halucinatorno-interpretativni sindrom.....

III Psihijatrijski simptomi i sindromi domaćih autora krajem 60-tih i tokom 70-tih godina XX veka.....

1. Organski psihosindrom.....
2. Demencija.....
3. Halucinoza.....
4. Paranoidni sindrom.....
5. Sindrom poremećenih motiva i nagona.....
6. Manični i depresivni sindrom.....
7. Katatoni sindrom.....
8. Atimohormični sindrom.....
9. Histrionično (histerični) sindrom.....
10. Neurastenični sindrom.....

IV Pregled važnijih psihijatrijskih sindroma prema DSM-IV.....

- A) Najčešći simptomi u obliku "tabelarnog " prikaza.....
1. Raspoloženje, afekti.....
 2. Ponašanje.....
 3. Spoznaje, shvatanje, kognicija.....
 4. Mišljenje, govor.....
 5. Sadržaj misli.....
 6. Smetnje opažanja, percepcije.....
 7. Obeležja ličnosti.....

8. Spavanje, uzimanje hrane, seksualitet.....

B) Abecedni redosled najvažnijih simptoma i nekih psihijatrijskih sindroma.....

V Ključni psihijatrijski sindromi u DSM-IV.....

1. Delirijum.....
2. Demencija.....
3. mnestički poremećaji.....
4. Velika depresivna epizoda.....
5. manična, hipomanična i euforična epizoda.....
6. Mešovita epizoda.....
7. Hipomanična epizoda.....
8. Panični napadi.....

VI Prikaz najvažnijih psihijatrijskih sindroma.....

1. Akutna psihotična anksioznost.....
2. Akutno konfuzno stanje (delirijum).....
3. Suicidalni sindrom.....
4. Posebni psihijatrijski sindromi kao klinički entiteti prema Flaherty J.A. i sar.....
5. Sindrom agresije.....
6. Sindrom "graničnog deteta" sa rizikom da postane psihotično u kasnoj adolescenciji i/ili srednjem životnom dobu.....
7. Psihijatrijski sindromi vezani za životno i generativno doba.....
8. Psihijatrijski sindromi kod somatskih i neuroloških oboljenja.....

VII Psihijatrijski sindromi uslovljeni psihotropnim i drugim lekovima.....

A) Sindromi uslovljeni sporednim dejstvima klasičnih i atipičnih antipsihotika i antidepresiva.....

1. Sporedna antidopaminergička dejstva.....
2. Distonija.....
3. Diskinezija uključujući i tardivnu diskineziju.....
4. Katatonija.....
5. Horea, tikovi uključujući i Tourett-ov sindrom.....
6. Sporedna antimuskarinska (H1) i anti alfa adrenergička dejstva.....
7. Maligni neuroleptički sindrom.....

B) Psihijatrijski sindromi uslovljeni drugim psihotropnim i ostalim lekovima...

VII L i t e r a t u r a.....

I Uvodni deo

U tekstu su navedeni važniji simptomi i sindromi u psihijatriji. Izlaganje je sistemativovano prema redosledu njihovog objavljivanja u stručnoj literaturi. Obuhvaćen je period od druge polovine prošlog veka do 2004.godine. Danas u praktičnoj psihijatriji razlikujemo u cilju boljeg upoznavanja: simptome bolesti, sindrome (grupe simptoma), slike bolesti i bolesti kao nozološke jedinice. 1. Simptomima ili znakovima bolesti, nazivamo pojedine poremećaje u sferi svesti, orijentacije, opažanja, shvatanja, mišljenja, inteligencije, emocija, nagona, volje; u sferi somatskog i posebno neurološkog. 2. U psihijatrijskim sindromima podrazumevamo grupu različitih simptoma koji se javljaju zajeno po određenoj zakonitosti i na taj način, imaju karakter određene tipičnosti. Sindromi zaslužuju da se na njih posebno osvrnemo, jer se čini, da je njihova povezanost određena ne samo anatomske, nego i patološkofiziološkim i patološkopsihološkim faktorima, od koji ni danas nisu poznati. 3. Slikama bolesti nazivamo određene grupe simptoma i sindroma, somatskih, psihičkih ili samo psihičkih koji se javljaju istovremeno u određenom trenutku, a podsećaju na psihijatrijsku nozološku jedinicu. Tako govorimo o schizofrenoj slici, koja se osim kod schizofrenije može javiti kod drugih bolesti, na pr. tumora, encefalitisa. 4. Težnjavakog lekara psihijatra, a i stručni zadata, da na osnovu simptoma, sindroma, slike bolesti postavi dijagnozu nekog poremećaja, nekog nozološkog entiteta u smislu sistemske specijalne psihijatrije, kako bi onda mogao odrediti prognozu i terapiju. U stručno-naučnim psihijatrijskim studijama nije to tako jednostavan problem. I danas se vode vrlo pažljive diskusije da li je današnja klasifikacija psihijatrijskih bolesti naučno opravdana. Mi danas ostajemo, iz praktičnih razloga u psihijatriji pri dosadašnjim, uobičajenim nozološkim jedinicama kako su definisane u ICD-10 ili u DSM-IV.

Sindrom je tipičan spreg kliničkih znakova, simptoma. Od sindroma i njihovog zakonitog smenjivanja oblikuje se klinička slika psihijatrijske bolesti

Sindromi i njihovo dosledno smenjivanje manifestuju osobenosti patoloških promena u delatnosti mozga i zakonomernost njihovog razvitka. Kliničkoj manifestaciji svake psihijatrijske bolesti svojstveno je preovladavanje jednih sindroma nad drugima i karakteristična zakonomernost njihovog smenjivanja.

Svim psihijatrijskim bolestima svojstvene su i raznovrsne individualne varijacije koje se odražavaju i u specifičnoj kliničkoj slici sindroma i u redosledu njihovog smenjivanja. Bez obzira na pomenute varijacije, tipičnost u prevladavanju pojedinih sindroma nad drugima i stereotipnost njihovog javljanja svojstveni su svakoj psihijatrijskoj bolesti i obično se održavaju dovoljno stabilno. Ovo poslednje i omogućava kliničku diferencijaciju i delimično klasifikaciju različitih psihijatrijskih poremećaja. pristup psihijatrijskim sindromima u ovom tekstu je pretežno fenomenološki bez posebnog osvrta na psihodinamski, sociodinamski ili neke druge modele koji su značajni za različite modele psihijatrijskih poremećaja i oboljenja.

II Podela psihijatrijskih sindroma ruskih autora iz kasnih 60-tih i tok 70-tih godina.

1) Sindromi pomućenja svesti:

a) Odvojenost od realnog sveta koja se izražava u nejasnoj percepciji okoline, otežanoj fiksciji ili u potpunoj nemogućnosti percepcije, *b) dezorijentacija* u vremenu, mestu i prema drugim osobama, *c) mišljenje* u većoj ili manjoj meri nepovezano, oštećeno ili potpuno isključeno pravilno rasudjivanje, *d) upamćivanje* tekućih događaja i subjektivnih doživljavanja je otežano. Sećanje o periodu pomućenju svesti ili je delimično ili potpuno odsutno. Za određivanje stanja pomućenja svesti odlučujući značaj ima utvrđivanje svih nabrojanih simptoma ukupno.

U sindrom pomućenja svesti spadaju: **1. somnolencija** (laki stepen somnolencije naziva se obnubilacija svesti), **2. delirantni sindrom**, **3. oniroidni sindrom** (obilje fantazija), **4. sindrom amencije** (nepovezanost i zbunjenost), **5. sumračni sindrom** (prekid toka svesti, gde se gubi potpuno sećanje, amnezija, a pod uticajem sumanutosti, halucinacija i afektivne napetosti u ovim stanjima se izvršavaju različiti opasni postupci).

2) Emocionalni sindromi:

1. Depresivni sindrom: potišteno raspoloženje, inhibicija motorike do stepena stupora, javljaju se depresivne sumanute ideje sa karakterom samooptuživanja i osećanja krivice, uznemirenost praćena panikom, strahom, bojažljivošću, verbigeracijom.

2. Manični sindrom: veselo povišeno raspoloženje, ubrzan tok misli, motorni nemir.

3. Mešani sindrom, bipolarni poremećaj: učešće pojedinih maničnih i depresivnih simptoma. Uvde neki autori ubrajaju anksiozno-depresivni sindrom, apatični sindrom. Emocionalne promene predstavljaju obaveznu komponentu svakog simptoma ili sindroma psihijatrijskog poremećaja.

3) Sindrom poremećaja percepcije

1. Sindrom halucinoze: prisustvo halucinacija bez izmenjenosti funkcije svesti. Halucinacije su često praćene strahom, motornim nemirom i ponekad "slikovitom" sumanutošću.

2. Sindrom derealizacije: bolesniku okolina izgleda promenjena, nerealna, poremećena je i percepcija prostora i vremena. U ovaj sindrom mogu se uključiti i sledeće pojave: metamorfopsija, marko i mikropsija, optička alestezija (kada izgleda da predmet nije tamo gde je), deja vue, deja vecu, jamais vu, optička bura (sve ono što ga okružuje nalazi se u burnom kretanju).

3. Sindrom depersonalizacije: poremećena svest o sebi (osećanje izmenjenosti Ja). U depersonalizaciju se ubrajaju samo naročiti poremećaji svesti o sebi, koji se odlikuju osećanjem unutrašnje promenjenosti svoga Ja, otudjenjem svojih misli, afekta i

delatnosti. Boesniku izgleda kao da ne postoji, kod njega se remeti percepcija telesne sheme.

4. Sindrom psihičkog automatizma: sličan je sindromu depersonalizacije. Karakteriše se time što se sva doživljavanja ne primaju kao svoja preživljavanja, osećanja, misli, aktivnosti, već nešto što se javlja neovisno od njega, bolesnika, voljom nekoga sa strane, koji se upliće u ličnost pacijenta. Ovde se ubraja automatsko mišljenje, primanje "glasova" često percipiranih kao eho sopstvenih misli. Javlja se bez pomućenja svesti, ide sa sumanutošću proganjanja i uticaja, pseudohalucinacijama sa osećanjem ovladavanja i otkrivenosti. Znaci ovog sindroma su različiti-**asocijativni automatizam**, prisilne misli, prisilne slike, uverenje da drugi znaju njegove misli, prisilno prekidanje misli, prisilna sećanja, ozvučenje sopstvenih misli, pretvaranje misli u unutrašnji govor. Bolesnici misaono opšte sa progoniteljima, vode sa njima diskusije, protestuju, dobijaju odgovore u vidu bezvučnih misli, unutrašnjih glasova. Ovde spadaju i pseudohalucinacije i otudjenje emocija.

Cenestopatski automatizam se izražava u raznovrsnim krajnje neprijatnim osećanjima koji su praćeni sa osećanjima da su specijalno izazvani sa ciljem uticaja na bolesnika.

Kinestetski automatizam-otudjenost pokreta i radnji. Svi pokreti i sve aktivnosti se ne ostvaruju po sopstvenoj volji već kao rezultat uticaja sa strane. U taj oblik automatizma spadaju i verbalne motorne pseudohalucinacije, tj izvršenje govornog akta pod uticajem sa strane.

Sve pojave psihičkog automatizma su obično praćene sistematizovanom sumanutošću proganjanja i uticaja.

4) Sumanuti sindromi

1. Paranoidni sindrom: Karakteriše se razvijanjem sistematizovane sumanutosti pri jasnoj svesti i odsutnosti halucinacija.

2. Parafreni sindrom: sistematizovan sumanutost proganjanja i uticaja sa fantastičnim idejama veličine. Uz ovo je javljaju poremećaji percepcije i spora dezintegracija psihe.

3. Halucinatorno-paranoidni sindrom: odlikuje se prisustvom poremećaja percepcije koji daju materijal za sumanutu interpretaciju okoline, za sumanutost uticaja i proganjanja. Sama sumanutost nema sistematizovani karakter. Najčešći je kod schizofrenije, ali se javlja i kod organskih i simptomatskih psihoza.

4. Sindrom Cotard-a (Kotarov sindrom): odlikuje se izrazitim depresivnim i hipohondričnim nihilističkim sumanutim idejama grešnosti, propasti sebe i sveta.

5. Hipohondrični sindrom: Može da ima različite oblike. Opsesivna hipohondrija -osećaj da će se razboleti od neizlečivih bolesti. Depresivna hipohondrija-postojanje beznadežne ubedjenosti u postojanje teške bolesti što je praćeno sniženim raspoloženjem. Paranoidna hipohondrija-neosporno ubedjenje da se boluje od neizlečive bolesti što je praćeno čitavim nizom "dokaza". Mnogi od navedenih sindroma iz ove grupe u evoluciji bolesti se smenjuju sukcesivno. Ova činjenica govori o zajedničkom patogenizmu. Zajedno sa tim zapaža se izvesna zakonomernost u specifičnostima kliničke slike svih navedenih sindroma: što je intenzivnija, polimorfija, pojava cenestopatija, halucinacija, pseudohalucinacija i drugih fenomena psihičkog automatizma, utoliko je formiranje sumanutosti manje.

5) Deluzioni sindromi

1.**Stupor**: psihogeni, organski, depresivni, shizofreni.

2.**Akinezija**: razlikuje se od stupora time što su isključeni samo voljni pokreti, pri stimulaciji sa strane bolesnici se pokreću.

3.**Hiperkinezija**: Nemotivisano motorno uzbuđenje koje ima prisilni karakter.

4.**Katatoni sindrom**: spajanje hiperkineznih i stuporoznih simptoma (negativizam, mutizam, katalepsija, eholalija, ehopraksija, grimasiranje, stereotipija, impulsivne radnje). Poremećaj psihomotorike je pri tome pretežno ekstrapirmidnog karaktera, vezan za psihičke poremećaje (dezintegracija aktivnih funkcija i mišljenja).

6) Sindromi mentalne nerazvijenosti(subnormalnosti)

1.**Mentalna retardacija (oligofrenije)**: Nedovoljno razvijena psiha a ne njena destrukcija kao kod demencije. Za mentalnu retaradciju važne su još dve osobine:osustvo progredijentnosti, i ne samo nerazvijenost psihe već često i organizma.Uobičajena je podela na pet stepeni: blaga,umerena. teška,duboka i mentalna retardacija neoznačene težine.ili klasična podela na: umerena, debilnost; srednja.imbecilnost i teška, idiotija i kretenizam. Navedeni stepeni mentalne retardacije obuhvataju sve moguće prelaze od najtežih slučajeva skoro potpunog osustva psihičkih funkcija do stanja bliskih normalni, na pr.fiziološka tupost.

7) Sindromi oštećenja kod difiznih destruktivnih procesa CNS-a

1.Sindrom demencije

Demencija se izražava u slabljenju mišljenja i pamćenja,u oskudnosti materijala psihe i njene produktivnosti sa progredijentnim tokom sa izuzetkom pseudodemencija. Smanjenje intelektualnog deficita smanjuje sposobnost kritičnosti prema samom sebi, svojoj bolesti, tako i prema okolini. Ponekad se demencija fenomenološki može prikazivati izrazitijom, težom, nego što jeste kao posledica nadovezivanja dopunskih faktora (poremećaj svesti, afektiviteta i sl.). Reverzibilnost tih faktora dovodi do popravljanja kliničke slike demencije. U Engleskoj se smatra za ozbiljnu stručnu grešku u koliko osobi sa demencijom ne dajemo i antidepresivnu terapiju u trajanju od najmanje šest meseci.

2.**Amnestički sindro**: karakteriše se oslabljenom sposobnošću upamćivanja, dezorganizacijom i konfabulacijama pri relativnoj očuvanosti mišljenja, ličnosti i očuvanosti ponašanja bolesnika. Karakterističan je za Koraskovljevu psihozu i senilna oboljenja.

8) Neurotski sindromi

Neurotski sindromi se odlikuju time što kod njih ne postoje formalni psihotični poremećaji, već se radi o astenizaciji psihe, afektivnim poremećajima i različitim vegetativnim simptomima.

1.Hipohondrični sindrom: preuveličavanjem stvarnih ili zamišljenih oboljenja, pri čemu se sva pažnja pacijenta koncentriše na osećanje u ovim i onim delovima tela i celokupno ponašanje se brigom za svoje zdravlje.

2.Opsesivni sindrom: Povezivanje opsesivnih misli, straha i radnji.

3.Astenički sindrom: Izražava se razdražljivom slabošću sa povišenom osetljivošću i zamorljivošću, sniženim raspoloženjem i nizom somatskih poremećaja vezanih za vegetativne disfunkcije.

9) Sindromi vezani za poremećaje ličnost

Karakterišu se disharmonijom psihičkih svojstava i neadekvatnošću reakcije na spoljne stimulse, usled čega se izvitoperuje ponašanje u većoj ili manjoj meri i otežava aktivno prilagođavanje subjektima okolne sredine. U suštini radi se o amnormalnim varijantama ličnosti. Ne radi se o destruktivnim procesima koji se mogu odrediti patoanatomski, njima takodje nisu svojstveni psihotični fenomeni sem kada dodje do dekompenzacije i dezintergracije ličnosti pacijenta. Odgovarajuće osobenosti ličnosti postoje u datom subjektu u većem ili manjem stepenu u toku celog života, pošto su te osobenosti, karakteristike svojstva karaktera, tj strukture ličnosti. Medjutim, osobenosti poremećaja ličnosti, njihova disharmoničnost, maladaptivnost i neadekvatnost reakcija menjaju se i kolebaju u toku života u zavisnosti od socijalnih i drugih faktora.

10) Sindrom pseudodemencije

Ovaj sindrom odlikuje se sključenjem intelektualne aktivnosti koja podseća na saboumnost dubokog stepena. Boesnici ne znaju svoje ime, koliko im je godina, koliko imaju ruku, prstiju, tzv.sindrom približnih odgovora. Obično na pitanja daju besmislene odgovore. Ne poznaju predmete i ne mogu da se služe, koriste s njima. Odbijaju da hodaju, stoje, često padaju u stanje stupora.leže čuteći i nepokretno. Od hrane se ne odriću i čisti su. Mimika je jednolična, na ubode ne reaguju. Pseudodemencija može biti dugotrajna i prekida se posle promene situacije.

Pseudodemencija i slična stanja izražavaju biološko-primitivne reakcije i instiktivno bekstvo od nepovoljnih i ugrožavajućih situacija.

11) Spazmodični sindromi

Napadi se nazivaju paroksizmalno nastupajuća i brzo prolazeća patološka stanja sa pomućenjem svesti čak i do potpunog gubitka i grčevima ili drugim automatskim pokretima. Ovde spadaju:Veliki, grand mal napad, Parcijalni epileptički napad, Djeksonovi napadi, Narkolepsija, Kataliptički napadi, Histrionični napadi.

12) Akutni katatoni sindrom

Akutni katatoni sindrom fenomenološki može da se manifestuje u jednoj od kliničkih formi: katatoni stupor i katatono uzbuđenje, odnosno katatona pomama. U katatonom

stuporu motorna aktivnost bolesnika je potpuno ili delimično zakočena. Oni dugo zadržavaju jedan, često bizaran položaj, pa ako im se to dozvoli, danima mogu da leže u krevetu, sede, čuće ili stoje tako da svojom neporetnošću i beživotnim izgledom liče na spomenike. Kao posledica dugotrajnog stajanja često se pojavljuju edemi, poremećaji u perifernoj cirkulaciji, negativizam, veoma čest simptom katatonog stupora može da se manifestuje u nekoliko kliničkih oblika: spoljni negativizam, tj odbijanje svake sugestije sa strane, unutrašnji negativizam ili zauzimanje suprotnog stava od onoga što se bolesniku sugerise, aktivni negativizam, tj aktivno suprostavljanje svemu onome što se od bolesnika traži da učini i pasivan negativizam koji se ispoljava kao nesaradnja ili krutost. Katatonoa pomama se manifestuje ekstremnim psihomotornim nemirom, neorganizovanom hiperaktivnošću, koja često ugrožava bolesnika i druge osobe iz njegove okoline. Bolesnik je izrazito logoroičan, disiranog misaonog toka, više udara, razbija, ruši i slično. Postojanje katatonog sindroma nije patognomonično samo za katatonu schizofreniju. Simptomi vezani za katatoni sindrom mogu se videti i kod drugih oblika schizofrenih psihoza, kao i kod drugih psihijatrijskih poremećaja kao na primer organska oboljenja CNS-a, simptomatskih psihoza, hroničnih organskih psihosindroma, epileptičnih stanja, histrioničnih stanja, zatim kod mentalno retardiranih osoba, zatim kod pacijenata pod dejstvom visoko potentnih neuroleptika, steroida i sl. Posebno je interesantan tzv. pseudokatatoni stupor. Ovaj reaktivni poremećaj veoma lični na reflex imobilizacije (refleks "umrtvljenja"), ali je znatno dužeg trajanja od njega. Klinička slika je veoma slična sindromu sch stupora, katatonom sindromu, pošto praktično sadrži sve njegove naprednavedne komponente: stupor, negativizam, stereotipije, ehopraksiju, eholaliju, motornu docilnost i sl. Medjutim ovde je mimika živahnapogled je bistar, odaje punu svesnost i bistrine, javljaju se mnogi demostarativni postupci (naravno u prisustvu lekara), dobija se utisak da bolesnik pažljivo prati razgovor o njemu, vegetativni poremećaji nisu ispoljeni u onom obliku kao kod pravog katatonog sindroma. Sličnost sa pravim katatonim sindromom predstavlja ozbiljan problem u razgraničavanju i često zahteva pažljivo opserviranje bolesnika.

Brojni su lekovi i psihoaktivne supstance koji mogu izazvati koatatoni sindrom: allopurinol, baclofen, apstinencijalni sindrom kod benzodijazepina, cikloserine, cocain, disulfiram, flufenazin, loxapine, piperazin, prochlorperazin

13) Hronični halucinatorno-interpretativni sindrom

Ovaj sindrom vezan je za istraživanja Krepelina i njegovih saradnika. Pošto su izdvojili paranoju i za taj termin zadržali su slučajeve koje karakterišu podmucao tok, nepovoljna prognoza i stalno prisustvo sumanutih ideja, izdvojen je jedan klinički entitet koji se po svom toku, prisustvu halucinacija i mnoštva interpretativnih sumanutih ideja i sti nisu mogli svrstati u shizofreniju ni paranoju, poremećaj je nazvan parafrenijom. Kasnije su francuski autori dali druge brojne nazive ovom kliničkom entitetu od kojih je najčešći delirijum. U našoj svakodnevnoj kliničkoj praksi i dalje se često susrećemo sa ovim psihopatološkim sindromom. Ostaje i dalje otvoreno pitanje o kakvom je psihijatrijskom sindromu reč, da li o nekom posebnom obliku schizofrenije koja se javlja u kasnijoj životnoj dobi ili o atipičnom obliku paranoje. U brojnim komparacijama kliničkih slika schizofrenije i paranoje izveden je prihvatljiv klinički zaključak: hronični halucinatorno- sumanuti sindrom karakterišu različite ekspanzivne sumanute ideje gde kliničkom slikom uz njih dominiraju i perceptivni poremećaji. Ovaj relativno nepotpun i koncizan zaključak ima višestruki klinički značaj, pre svega za izbor odgovarajuće psihofarmkoterapije sa dobro organizovanom psihoterapijom i socioterapijom.

III Psihijatrijski simptomi i sindromi domaćih autora krajem 60-tih i tokom 70-tih godina

1. Organski psihosindrom

Još je Eugen Bleuler navodio tri vrste psihičkih poremećaja uslovljenim telesnim oštećenjima: a) psihopatološke posledice teških akutnih cerebralnih ili drugih somatskih bolesti (akutni egzogeni reakcioni tip po Bonheferu, 1904), b) psihopatološke posledice difuznog hroničnog moždanog oštećenja (psihoorganski sindrom u užem smislu), c) psihopatološke posledice lokalnog hroničnog moždanog oštećenja (lokalni moždani organski sindrom).

ad a) Egzogeni reakcioni tip Bonhwffer je zapazio, da različiti činioci izazivaju slične ili gotovo slične psihopatološke simptome ili sindrome. a s druge strane je zabeležio, da i jednake nokse mogu izazvati vrlo različite psihopatološke slike. Nazvao je psihopatološke reakcije akutnim egzogenim reakcionim tipovima pri čemu težina simptoma zavisi od intenziteta delovanja pojedinih činilaca, od njene lokalizacije i slično. Danas delimo te tipove reagovanja na dve grupe: akutne i hronične. Akutne imaju najčešće delirantne, amentne, halucinatorne, katatone i slike slične stanjima konfuzije. Hronične imaju karakter Korsakovljeve sindrom (amnestički sindrom). Bonheferova zapažanja i danas su aktuelna i pokrivaju veliku oblast kliničke psihijatrije u obliku reaktivnih poremećaja.

ad b) i c) Psihoorganske sindrome kod difuznog i lokalnog procesa mozga nije simptomatološki lako izdiferencirati. Kod opšteg psihoorganskog sindroma postoji problem upamćivanja svežih doživljaja, osiromašenje mišljenja, teškoće shvatanja i pažnje, afektivna labilnost. Organski psihosindrom javlja se pri različitim poremećajima CNS-a: tumori, demijelizacionih bolesti, kod trauma mozga, akutna stanja anoksije i sl.

U zavisnosti od lokalizacije moždane lezije u praksi se najčešće sreću sledeći moždani organski psihosindromi: frontalni moždani sindrom (inhibicija motiva i nagona, smanjenje inicijative i volje, gubitak intelektualnih sposobnosti), sindrom moždanog stabla (inhibicija nagona i afekta, osustvo pažnje i impulsivnost), medjumoždani sindrom (inhibicija elementarnih nagona, gubitak energije, umor, depresija, pospanost, gubitak afekta i dr.) i endokrini psihosindromi (poremećaj nagona, motiva-glad, žedj, potreba topline i hladnoće, sna, pokreta, seksualni nagon i sl.). O ovom sindromu bit će još reči u poglavlju o akutnom konfuznom sindromu.

2. Demencija

Ovde se radi o mentalnom deficitu sa gubitkom rasudjivanja i kritike, shvatanja, pamćenja, upamćivanja i sećanja, gubitak inventara znanja, etičkog shvatanja.

3. Halucinoza

Halucinoza je takodje sindrom od praktične vrednosti. Radi se o akustičnim halucinacijama pri potpunoj svesti, povezanih većinom sa anksioznošću i strahom i eventualno sa sumanutim idejama. Najčešće se javlja kod hronične intoksikacije alkoholom, redje kod neuroluesu, reaktivno kod zatvorenika i na nenormalnu situaciju uopšte. Poseban oblik halucinoza srećemo kod naglavih i glavih osoba, koje često pripadaju paranoidnoj schizofreniji.

4. Paranoidni sindrom

Ovaj sindrom relativno je čest. Njemu pripadaju paranoidne sumanute ideje proganjanja, sistematizovane ili nesistematizovane, pri jasnoj svesti sa ili bez obmana percepcije. Paranoidni sindrom srećemo kod brojnih psihijatrijskih poremećaja i oboljenja. Tako, pre svega kod paranoidne schizofrenije, parafrenije i paranoje, kod reaktivnih i endogenih depresija, kod moždanih organskih psihosindroma, kod hroničnih cerebralnih intoksikacija (ljubomora alkoholičara, paranoidne sumanutosti zavisnika od kokaina) i kao moguća reakcija zatvorenika.

5. Sindrom poremećenih motiva i nagona

Ovde posebno dolazi do izražaja siromaštvo ili gubitak ili inhibicija nagona i motiva. Ovaj sindrom se javlja kod endogenih unipolarnih depresija. Neraspoloženje i tuga ne moraju uvek biti izražene, te sindrom podseća na organski frontalni ili diencefalični sindrom. Kod frontalnog sindroma još postoji nekritičnost, **nereaktivnost**, ukočenost i nevidljivost.

6. O maničnom i depresivnom sindromu bit će više reči kod maničnog i depresivnog i psihomotornog stanja. Inače, oba sindroma su od velike praktične važnosti.

7. Katatoni sindrom

Katatoni sindrom će u narednim poglavljima biti detaljnije objašnjeno. Sindrom nastaje primarno kao psihomotorno uzbuđenje ili kao psihomotorna inhibiranost, zakočenost (posebno stanje je stupor), koji se javlja bez poremećene svesti naročito kod schizofrenije i depresije, kod demencije. Kod poremećaja svesti katatoni sindrom javlja se kod raznih intoksikacija i infektivnih bolesti, kod epileptičke sumanutosti i nekih drugih organskih moždanih oštećenja. Katatoni sindrom u obliku stupora može se javiti i reaktivno.

8. Atimohormični sindrom

Atimohormični sindrom čini suštinu nekih schizofrenih poremećaja i to pre svega hebefrene forme. Ovde dolazi do slabljenja ili osustva instiktivnih i afektivnih životnih dinamizama. To se posebno manifestuje u nezainteresovanosti, inertnosti, emocionalnoj indiferentnosti sa čestim periodima nemotivisanih burnih uzbuđenja, koja se smenjuju sa periodima plašljivosti i depresije. Veoma često se na podlozi tih osnovnih simptoma atimohormičnog sindroma nadovezuju i mnogi drugi sekundarni simptomi, povremena delirantna stanja (neki globalni stavovi tela, koji dosta liče na katatone poremećaje pa se pogrešno oglašavaju katatonim sindromom), zatim poremećaj asocijacija ideja (što dovodi do vrlo teškog poremećaja mišljenja po obliku u vidu teško inkoharentnog mišljenja pa sve do "salate od reči"). Postepeno dolazi i do intelektualnog propadanja. U razvijenom obliku atimohormičnog sindroma postoje vrlo žive akustične halucinacije, za koje se veruje da često imaju simboličan karakter. Takodje su moguće i optičke halucinacije. U poslednje vreme ovaj sindrom je manje aktuelan u kliničkoj psihopatologiji pošto je došlo do podele nekih schizofrenih simptoma i sindroma na grupu tzv. floridnih i negativnih simptoma. medjutim, u kliničkoj praksi simptomi vezani za atimohormični sindrom često se sreću i ne mogu samo da se svedu na hipobulično i schizodepresivno stanje.

9. Histrionični (histerični) sindrom

Ovaj sindrom sastoji se iz sklonosti ka tendencioznim i/ili svrsishodnim psihogenim reakcijama. Ta sklonost je izraz neurotske konfliktne situacije, postoji kod osoba koje pokazuju polusvesnu tendenciju da se prikažu bolesnim radi dobijanja određene rente, odštete ili pomoći. Histrionični sindrom može biti nadgradnja (superpozicija) kod organskih bolesti, pa je zatno neophodan oprez kliničara pri evaluaciji ovog sindroma. Simptomatologija histrioničnog sindroma je veoma polimorfna i obimna i njoj će biti još reči u pogavlju o drugim neurotskim sindromima.

10. Neurastenični sindrom

Pod ovim sindromom podrazumeva se često stanje iscrpljenosti, povećana razdražljivost, osećaj umora, rasejanosti, zaboravnosti, nemogućnost koncentracije, glavobolja. Ranije se smatralo da je neurastenija posledica nagle industrijalizacije i urbanizacije u određenoj sredini. Tokom 90-tih godina prošlog veka ponovo je povećano interesovanje istraživača za ovaj sindrom. Etiološki činioci značajno su prošireni i ne isključuje se i organska komponenta ovog sindroma. Ranije se smatralo da je neurastenija posledica nagle industrijalizacije i urbanizacije u određenoj sredini. Tokom 90-tih godina prošlog veka ponovo je povećano interesovanje istraživača za ovaj sindrom. Etiološki činioci značajno su prošireni i ne isključuje se i organska komponenta ovog sindroma. Doduše, i ranije se smatralo da neurastencija može izazvar moždane funkcionalne slabosti posle opštih bolesti (tifus, pegavac, malarija i drugo), nekog moždanog oštećenja (trauma) ili dugotrajnijeg telesnog i psihičkog zamora, duge nesanice, anemije, ili možda neurastenični sindrom može biti početna manifestacija organskog moždanog poremećaja (arterioskleroza sa multinifarktnom demencijom).

IV PREGLED VAŽNIJIH PSIHIJATRIJSKIH SINDROMA PREMA DSM-IV (udruženje američkih psihijatara, 1994)

A) Najčešći simptomi u obliku "tabelarnog" prikaza

1. Raspoloženje-afekti: anhedonija, anksioznost, apatija, depresivno raspoloženje, nestabilne emocije, povišeno raspoloženje, euforija, razdražljivost, zaravljene, suženje ograničene emocije, psihomotorna agitacija-nemir, psihomotorna usporenost, namerno izazvano povraćanje, samopoverdjujuće ponašanje, suicidalne ideje i pokušaji, smanjenje energije ili umor, snažno dezorganizovano ponašanje.

2. Ponašanje: agresivno, antisocijalno, izbegavajuće, katatonija, nekritičko, oblačenje odeće suprotnog pola, nenormalne socijalne igre u detinjstvu, ograničeno odlaženje od kuće, povišene socijalne, radne ili seksualne aktivnosti, prekomerno uzimanje hrane u navratima,

3. Spoznaja, shvatanje, kognicija: neodlučnost, nesposobnost održavanja pažnje, slaba koncentracija, oštećeno rasudjivanje, oštećenje apstraktnog mišljenja, oštećenje pamćenja, rastrojenost.

4. Mišljenje-govor: beg ideja, dezorganizovani govor-nesuvislost, impulsivna potreba da se govori, teškoće govora.

5.Sadržaj misli: grandioznost, paranoidne ili paranoične ideje, perzistentne smetnje identiteta, suicidalne ideje, pokušaji, sumanutosti, ponovljena laganja, perzistentne smetnje identiteta, socijalna izolacija.

6.Smetnje opažanja-percepcije: depersonalizacija, derealizacija, halucinacije.

7.Obeležja ličnosti: iskorišćavanje, zloupotreba u međuljudskim odnosima, neosetljivost na osećanja drugih ljudi

8.Spavanje, uzimanje hrane, seksualnost: dobijanje na težini, gubitak na težini, hipersomnija, nesanica, namerno izazvano povraćanje, seksualne smetnje, problemi sa apetitom.

B) Abecedni redosled najvažnijih simptoma i nekih psihijatrijskih sindroma

1.Agresivno ponašanje, 2.Anhedonija, 3.Anksioznost, 4.Antisocijalno ponašanje, 5.Apatija, 6.Beg ideja, 6.Depersonalizacija i derealizacija, 7.Depresivno raspoloženje, 8. Dezorganizovani govor, 9.Dobijanje na težini, 10. Grandioznost, 11.Gubitak na težini, 12 .Halucinacije, 13.Hipersomnija, 14. Iskorišćavanje u međuljudskim odnosima, 15. Izbegavajuće ponašanje, 16. Katatonija, 17. Nekritično druženje, 18. Neodlučnost, 19.Neosetljivost na osećanja drugih ljudi, 20. Nesanica, 21. Nesposobnost održavanja pažnje-slaba koncentracija, 22. Nestabilne emocije, 23.Oblačenje odeće suprotnog pola, 24.Odsutnost igara ili nenormalne socijalne igre u dečijoj igraji, 25. Ograničeno odlaženje od kuće, 26. Patološko laganje, 27.Oštećeno rasudjivanje, 28.Oštećenje apstraktnog mišljenja, 29. Oštećenje pamćenja, 30. Paranoidne ideje, 31. Perzistentne smetnje identiteta, 32. Potreba da se govori, 33. Povišene radne, socijalne ili seksualne aktivnosti, 34.Povišeno raspoloženje i euforija, 35. Prekomerni abuzusi hrane, 36. Psihomotorna agitacija, nemir, 37. Psihomotorna usporenost, 38. Rasejanost, 39. Razdražljivost, 40. Namerno izazvano povraćanje, 41. Samopoverdjujuće ponašanje, 42. Suicidalne ideje ili pokušaji, 43. Seksualne smetnje, 44. Smanjenje energije ili umor, 45. Snažno dezorganizovano ponašanje, 46. Socijalna izolacija, 47. Sumanutost, 48. Teškoće govora, 49. Telesne tegobe bez opšteg zdravstvenog stanja koje bi ih objasnilo, 50. Zaravljene, aplatirane, sužene ograničene emocije.

Kalpal HI i Sadock BJ u svom sveobuhvatnom psihijatrijskom udžbeniku iz psihijatrije navode ukupno 360 simptoma i znakova koji se sreću u psihopatologiji koji mogu biti ispoljeni kao pojedinačni ili u obliku pojedinih sindroma. Svi ovi simptomi se uglavnom nalaze i u drugim vodećim udžbenicima iz psihijatrije u odgovarajućim poglavljima i/ili indeksu pojmova.

Svaki od navedenih simptoma koji ponekad imaju obeležje i psihijatrijskih sindroma mogu se sresti kod većeg broja psihijatrijskih poremećaja i oboljenja. Na primer poslednji simptom u navedenom spisku, tj. zaravljenje, nivelisane (sužene) ograničene emocije sreću se kod sledećih psihijatrijskih poremećaja: akutni stresni poremećaj, demencija, distimični poremećaj, intoksikacija sa psihoaktivnim supstancama ili u stanju apstinencijalne krize na njih, opsesivno-kompulsivni poremećaj ličnosti, posttraumatski stresni poremećaj, promena ličnosti zbog opšteg zdravstvenog stanja, shizofrenija, schizoidni poremećaj ličnosti, shizotipalni poremećaj ličnosti, velika depresivna epizoda.

V KLJUČNI PSIHIJATRIJSKI SINDROMI U DSAM-IV

1.Delirijum: intoksikacija PAS, delirijum u toku apstinencijalne krize na PAS.delirijum multiple etiologije, delirijum zbog opšteg zdravstvenog stanja.

2.Demencija: Alzheimerovog tipa, višestruka multipla etiologija, kog HIV infekcija, Creutzfeldt-Jakobove bolesti, parkinsonizam, pickova bolest, traume glave, perzistentna demencija uslovljena PAS supstancama, vaskularna demencija.

3.Amnestički poremećaj: zbog opšteg zdravstvenog stanja, zloupotreba PAS.

4.Velika depresivna epizoda: bipolarni afektivni poremećaj tip I i II, demencija sa depresivnim raspoloženjem, poremećaj raspoloženja uslovljen PAS supstancama, poremećaji raspoloženja zbog opšteg zdravstvenog stanja, shizoafektivni poremećaj, schizofrenija, sumanuti poremećaji, veliki depresivni poremećaj. Od lekova koji mogu usloviti veliku depresivnu epizodu navode se:alpozolam, bromazepam, chlorazepat, lorazepam, apstinencijalni sindrom kod benzodijazepina, buspiron, disulfiram, flumazenil, fluoxetin sa potenciranjem suicidalnih ideacija, flufenazin depot,nortriptilin, SSIRs sa asociranosti sa suicidalnim rizikom, tertrabenazin, zuclopenthixol, carbamazepine, clobazan, clonazepam, ethosuximid, lamotriin, levetiracitam, phenobarbital, topiramat, vigabatrin, amantadin, antiholinergici, levodopa, amiodaron, beta-blokatori, acebutol, atenolol, metoprolol, nadolol, propranolol, blokatori kalcijumskih kanala, felodipin, nicardipin, nifedipin, clonidin, diltiazem, enalaprilhidralazin, inositol, lisinopril, metildopa, procainamid, quinapril, quinidin, streptokinaza, cimetidin, famotidin, metoclopramid, omeprazol, ranitidinsulfalazin, diflunisal, etodolac, flurbriprofen, ibuprofen, indometacin, nabilon, nalbuphin, naproxen, pentazocin, sulindac, tramadol, anti-tbc lekovi, cephradine, chloramphenicol, ciprofloxacin, clotrimazol, co-trimoxazol, dapson, griseofulvin, interferon alfa, paroxetin, metronidazol, piperazin, primaquin, sulfonamid, amonophilin, ephedrin, flunisolid, theofphilin. Iz grupe citostatika značajan efekat na pojavu depresivnosti imaju sledeći lekovi: mithramycin, octreotid, plicamycin, tamoxifen, triamcinnolon. Od steroidnih lekova pažnju privlače: dexametazon, methyltestosteron, prednizolon, prednison, stanozolol. Iz grugih farmaceutski grupa navode se sledeći lekovi: allopurinol, anestetički agensi, astemizol, baclofen, botulinski toksin u ampulama za parenteralnu primenu, apstinencijalni sindrom na kofein, cholesterol-lowering supstance, grupa statina na primercinnarazin, clomiphen, dugotrajna upotreba preparata codeina, danazol, diphenoxylat, etretinat, transdermalna primena fentanyla, isotretinoin, ondasteronkombinacije oralnih kontraceptiva, organofosfati, phenilpranolamin, pravastatin,progesteroni, rouaccutan, simvastatin, tamoxifentrimeprazine i xylometazolin kod dece.

5. Manična,hipoomanična i euforična epizoda: bipolarni poremećaj tip I zloupotreba PAS, poremećeno opšte zdravstveno stanje, shizoafektivni poremećaj. Ovde takodje veoma velika grupa lekova može da se javi kao mogući etiološki faktor ovog psihijatrijskog sindroma. Na prom mestu je indukovana manična epizoda različitim antidepressivima. Posebno veliki rizik nose SSRI, bupropion. Kod tricikličnih preparata rizik se kreće oko 50%, zatim slede amitriptilin u ordiniranoj terapiji ili kod naglog nrgovog prekida u vidu apstinencijalnog sindroma, amoxapin, bupropion, clomipramin, citolopram sa silbutraminom, dezipramin u terapiji ili kao apstinencijalni sindrom kod naglog obustavljanja ovog leka, fluoxetin, flupentixol, fluoxamin, imipramin kao uključen lek ili u vidu apstinencijalnog sindroma, isocarboxazid u toku terapije ili kao apstinencijalni sindrom, maprotilin, mianserin, mirtazepam sam ili u kombinaciji sa sertalinom, fluoxetinom ili u vidu apstinencijalnog sindroma, nefazadon, paroxetin,

phenelazine, quetiapin, reboxetin, sertalinetrazodon ili njegov apstinencijalni sindrom, triptofan sa MAOI, venlafaxin. Njihov redosled ukazuje na visinu rizika za hipomanični ili manični sindrom sve do venlafaxina koji ima najniži navedeni rizik. Od ostalih psihofarmaka posebno se navode :alprozalam, apstinencijalni sindrom kod benzodijazepina, bupropion, buspiron, disulfiram, feniluramin, litium sa triciklicima, intoksikacija litiumom, apstinencijalni sindrom na lorazepam midazolam sa elementima euforije, olanzapin, risperion ili njegov apstinencijalni sindrom, ziprasidon. Od antikonvulzivnih i antiparkinsoničnih preparata navode se: carbamazepin ili njegov apstinencijalni sindrom, clonazepam, ethosuximid, gabapeptin, phenobarbital, topiramet, valprovat, vigabatrin, amantadin, bromokriptin, levodopa, levodopa sa carbidopom i procylidin.

Iz grupe kardiovaskularnih lekova posebno se navode sledeći preparati: captopril, clonidin ili njegov apstinencijalni sindrom, digoksin, diltiazem, hidralazin, apstinencijalni sindrom metildope, procainadid, propranolol ili njegov apstinencijalni sindrom. Iz grupe analgetika, stereoida i preparata za gastroenterologiju navode se: buprenorphin, kodein sa paracetamolom, indometacin, nefopam IM, pentazocin, cimetidin, metoclopramid, ranitidin IM, ACTH, beclometason, beclomethasonaerosol, kortikosteroidi, kortizon, dexamethason, hhydrocortizon, prednizon, testosterontriam, triamcinolon. Od antiinfektivnih lekova navode se sledeći preparati: anti Tbc preparati, chloroquin, clarithromycin, dapson, predoziranje efavirezena, izonijazid, mepacrin, zidovudin. Od ostalih lekova navode se: alimemazin-trimeprazin, aminophilin, baclofen i njegov apstinencijalni sindrom, bromid, calcium IV, cyclizin, cyclosporin, cyproheptadin, decongestant, dextromethrophan, i njegoza zloupotreba u obliku abuzusa, dihydroepiandrosteron, ginseng, herbal remedies, alfa interferon, manizol, nikotinski apstinencijalni sindrom, omega-3-fatty kiselina, procarbamin, salbutamol sam ili sa citalopramom, thyriod, tramadol, triptorelin, triiodothyronin, yonhibin.

6.Mešovita epizoda: bipolarni poremećaj tip I, zloupotreba PAS, izmenjeno opšte zdravstveno stanje, shizoafektivni poremećaj.

7.Hipomanična epizoda: bipolarni poremećaj tip II, ciklotimni poremećaj, zloupotreba PAS, poremećaj raspoloženja zbog opšteg zdravstvenog stanja.

8.Panični napadi: anksiozni poremećaj zbog zloupotrebe PAS, narušeno opšte zdravstveno stanje, anksioznost zbog separacije, opsesivno-kompulsivni poremećaj, panični poremećaj sa i bez agorafobije, poremećaji prilagođavanja sa anksioznošću, posttraumatski stresni poremećaj, socijalna fobija, specifična fobija. Relativno je velika raširenost paničnih poremećaja i prevalencija se kreće u rasponu od 2,0 do 4,7%. Veliki broj autora smatra da su tipični panični napadi akutni tranzitorni psihotični poremećaji, odnosno da su to stanja straha koje se obično definiše kao stanje užasa. Za kliničare je važno da prepoznaju prodromalne simptome paničnog napada. Oboleli navode da su i pojave napada panike osećali neke prolazne neodređene simptome straha i napetosti, koji su bili vrlo neprijatni za njih, ali su oni brzo prolazili i ostajali nezapaženi. To se najčešće javljalo u stanjima fizičkog umora i iscrpljenosti ili su bili intoksicirani kofeinom, alkoholom, premoreni dugim i napornim radom i slično. Najčešći prodromalni simptomi su: lupanje srca, tahikardija, osećaj nedostatka vazduha praćeno strahom od gušenja, laka glavobolja, vrtoglavica, osećaj iznenadnog straha, napetosti, opšta malaksalost i slabost, hladni i vlažni dlanovi i slično. Takodje su brojni lekovi koji mogu provocirati napade paničnog sindroma: alprozalan, amfetamin, buspiron, citalopram, apstinencijalni sindrom

na clobazam, clozapim, flumazenil, fluoxetin sam ili u kombinaciji sa buspironom, naltrexon, olanazapin, topiramatom, trazodon. Od drugih lekova navode se aspartam u većim dozama, carvediol, co-trimoxazol, oralni laktati, oximetazolin, phenylephrin, sibutramin, sodium lactat, steroidi, sumatriptan i yohimbin.

U koliko su zadovoljeni dijagnostički kriterijumi za neki od navedenih psihijatrijskih sindroma jedan od sledećih odrednica može se navesti posle dijagnoze i to: blag, umeren ili težak. U koliko dijagnostički kriterijumi više ne zadovoljavaju, odnosno nismo u mogućnosti da sa sigurnošću potvrdimo postojanje nekog sindroma možemo koristiti sledeće odrednice: u delimičnoj remisiji, u potpunoj remisiji, podatak prisutan samo kao anamnestički.

VI PRIKAZ NAJVAŽNIJIH PSIHIJATRIJSKIH SINDROMA

1. Akutna psihotična anksioznost

Termin "psihotična anksioznost" je čest i može se reći uobičajen u svakodnevnoj kliničkoj praksi, ali je u stručnoj literaturi malo zastupljen. Najčešće se vezuje na schizofreniju, involutivnu melanholiju i endogene depresije. Ovaj oblik anksioznosti ne nalazi se praktično ni u jednoj oficijelnoj klasifikaciji kao na pr. DSM-IV ili u ICD-10. U praksi postoje mnoge skale za fenomenološko određivanje neurotske anksioznosti, za razliku od anksioznosti kod psihotičnih pacijenata. Činjenica je da se kod 65% psihotičnih pacijenata sreće anksioznost različite težine i oblika. U doživljajnom pogledu psihotična anksioznost uvek ima značanje ugrožavanja same mogućnosti individualne egzistencije pacijenta. Duboku, iskonsku potrebu za realnošću, za dokazima u pogledu postojanja realnosti akutno anksiozan psihotični pacijent pokušava zadovoljiti na najrazličitije načine. Nekada na izrazito regresivnom nivou: brutalnom destrukcijom, uništavanjem materijalnih dobara, predmeta. Brojni su lekovi i PAS koji mogu podstaći anksioznost i agitaciju. kao najčešći navode se sledeći lekovi: 1. grupa psihotropnih lekova: apstinencijalni sindrom kod benzodijazepina, bromokriptin, carbamazepin, chlormetiazol, citalopram, dexamfetamin, fluoxetin, manzidol, moclobemid, olanazapin, paroxetin, phenobarbital i drugi barbiturati, risperidon, rivastigmin, termazepam, triazolam, triciklici, npr. amitriptilin. Od antikonvulziva posebno se ističu: carbamazepin, klonazepam, ethosuximid, gabapeptin, apstinencijalni sindrom kod gabapeptina, lamotrigin i vigabatrin. Od antiparkinsonika navodi se atropin, levodopa. Iz grupe gastrointestinalnih, antiremunatičnih i kardiovaskularnih lekova navode se: famotidin, mesalazin, nizatidin, omeprazol, doxazosin, metildopa, nicardipine, ibuprofen, indometacin, mefenamična kiselina, naproxen, nefepam, pentazocin. Lista drugih grupa lekova takodje je veoma široka: amantadin, aminofilin, baclofen, intoksikacija bizmutom, injekcije botulinskog toksina, deksametazon i drugi glukokortikoidi, transdermalni fentanyl, flumazenil, flunisolid, izonijazid, levotiroksin, mefloquin, metiltestosteron, morfin, naltrexon, neostigmin, phenilnephren, piperazin, prednizon, pseudoefedrin, piridostigmin, salbutamol, streptokinaza, teofilin, yohimbin. Ovde želimo da prikazemo skalu za procenu psihotične anksioznosti francuskih autora (O. Blin, M. Azorin, Y. Lecrubier A, .Souch i J. Fondarac od 1998. godine). Skala sadrži 18 ajtema i čini je intenzite numerisan od 0-6: 0-nikakav intenzitet, 2-jak, 3-značajan i 6-veoma jak intenzitet. Simptomi se mogu označavati i međubrojevima (1,3 ili 5). Za svaki ajtem treba da da globalnu ocenu mišljenja. ocenjivanje treba odrediti prema aktuelnoj simptomatologiji pacijenta posmatranoj u toku razgovora i za tri poslednja dana pre intervjuja. Kada se dobije ocena svih ajtema, ukupan skor dibija se prostim zbirom, a

ocena varira od 0-108 bodova. Tako skor od 34 može se smatrati psihotičnim i anksioznim

Prikaz skale za ocenu psihotične anksioznosti

(Prevod sa Francuskog jezika: Mr sci Dr Marica Lazarević, Norveška)

Skala služi kao što je već navedeno za ocenu psihotične anksioznosti kod pacijenata u tri poslednja tri dana. Za svaki ajtem upisuju se u odgovorajuću kolonu stepena koji odgovara onom što bolesnik izražava ili intenzitet negovog ponašanja. Svaki ajtem se numeriše od 0 do 6 poena. Četiri vrednosti su predložene kao mogući vodić (0,2,4,6), a za medjustepne se se upisuju u predvidjene medjukolone.

1.Neuvidjavnost u bolest

Pacijent ne prihvata patološki karakter postojećeg straha i morbidnost simptoma
0-nema,2-jako,4-značajno,6-izuzetno jako

2.Derealizacija

Utisak nerealnosti spoljašnjeg sveta.Izmenjena percepcija okoline.
0,2,4,6.

3.Depersonalizacija fizička

Utisak nerealnosti,fizičkih promena,metamorfoza pojedinih delova tela.Gubitak telesne sheme.
0,2,4,6.

4.Depersonalizacija psihička

Utisak da se više nije isti,ne osećati se kao "neko",biti drugačiji nego ranije.
0,2,4,6.

5.Nemogućnost izražavanja straha

Neizrecivost,teškoća verbalizacije,nesposobnost izražavanja i uobličavanja sadržaja.
0,2,4,6.

6.Inhibicija mišljenja

Blokada,smanjenje i usporeno razmišljanje i percepcije
0,2,4,6.

7.Zbunjenost

Teškoća razumevanja celokupne situacije u odnosu na sebe i okolinu,neshvatanje konteksta.
0,2,4,6.

8.Kounikacija,prenošenje straha na ispitivača

Strah pacijenta se prenosi na ispitivača,na poimanje straha kod samog ispitivača,na poimanje straha kod samog ispitivača. osećanje straha kod ispitivača.
0,2,4,6.

9.Reaktivnost na okruženje

Osetljivost na spoljašnje događaje.
0,2,4,6.

10. Evolucija straha u tri poslednja dana

0-jedna jedina kriza, 2-fluktuirajući strah, 4-kontinuiran strah, 6-paraksizmi straha na kontinuiranoj osnovi.

11. Motorna inhibicija

Reakcija zaustavljanja. Kočenje fizičkih aktivnosti. Smanjenje reaktivnosti na spoljašnje stimulse.

0,2,4,6.

12. Karakter mučnog afektivnog osećanja kod pacijenta

Mučnina usled afekta straha.

0,2,4,6.

13. Autoagresivnost

Verbalna ili fizička. Mučenje tela, samopovredjivanje, pokušaj samoubistva

0,2,4,6.

14. Osustvo kontrole straha

Strah preplavljuje svest bolesnika

0,2,4,6.

15. Heteroagresivnost

Verbalna ili fizička. Hostilnost, neprijateljstvo ka okolini

0,2,4,6.

16. Agitacija

Nekorisna hiperaktivnost, nekoordinisana, neadekvatna

0,2,4,6.

17. Autentičnost

0,2,4,6.

18. Opšte vrednovanje straha od ispitivača

0,2,4,6

Napomene: 1. Vrednovanje, evaluaciju, ocenjivanje ajtema skale je radilo 16 kliničkih psihijatarata i psihijatarata sa univerziteta, jednom nedeljno se raspravljalo o procenama i tekućim dilemama. Pilot istraživanje uradjeno je i u Odseku za psihoze dnevne bolnice IZMZ i skala je standardizovana za našu populaciju.

2. Izdvojeni elementi-ajtemi mogu se grupisati u pet podklasa, podgrupa: karakteristike svojstvene anksioznosti psihotičnih, percepcija anksioznosti od okoline ili kliničara, posledice u ponašanju kod anksioznih pokazatelja sumanutih tema, evolucija u vremenu, tj. tok anksioznosti.

Nekoliko kliničkih ispitivanja navedene skale i to pomoću faktorske analize pokazalo je da se u ukupnom varijabilitetu mogu izdvojiti četiri faktora sa 50%, 18%, 17% i 10% varijanse ili odstupanja.

a) Prvi faktor (50%) varijabiliteta grupiše ajteme koji karakterišu svajstva psihotičnog straha i koji definišu klasičnu psihozu. Ovaj faktor ocenjuje težinu simptomatologije i na ovoj osovini se nalaze pacijenti sa najjačom anksioznošću. Ovu prvu osovinu

čine:neuidjavnost(nekritičnost) u bolest, derealizacija, depersonalizacija fizička i psihička, nekomunikativnost, inhibicija mišljenja, zbunjenost, komunikacija sa okolinom, osustvo deklanširajućeg faktora.

b)Drugi faktor(18%) grupiše ajteme koji ukazuju na evoluciju anksioznosti u vremenu, toku.Ovu drugu osovinu čine:evolucija(tok),motorna inhibicija,mučno osećanje afekta.

c)Treći faktor(17%) vrednuje dimenziju autoagresivnosti i osustvo savladavanja strah.Vodeći simptomi, odnosno ajtemi iz prikazane skale su:autoagresivnost i nedostatak kontrole strah.

d)Četvrti faktor(10%) vrednuje dimenziju heteroagresivnosti povezanu sa uznemirenošću-agitacijom. Ovo poslednju osovinu čine:heteroagresivnost i agitacija. Prikazana skala i jedna studija u kojoj je primenjena faktorska analiza upućuje na zaključak da ova skala ima četiri osovine:

1. Intenzitet ili ozbiljnost simptomatologije,

2.evoluciju u vremenu,odnosno tok anksioznosti,

3. autoagresivnost i

4. heteroagresivnost

Na pomenutoj prvoj osovini: ozbiljnosti simptomatologije suprostavljaju se neurotično i psihotično, tj.jasna je razlika ali bez specifične dimenzije psihotične anksioznosti. U celini skala veoma dobro ilustruje homogenost navedenih ajtema u njoj i to:neuidjavnost u bolest, derealizacija, fizička i psihička depersonalizacija, nekomunikativnost, inhibicija mišljenja, zbunjenost, komunikacija sa okolinom, osustvo deklanširajućih faktora,evolucija anksioznosti, motorna inhibicija, mučno afektivno stanje i osustvo kontrole straha. Nedeostatak homogenosti je nadjen za sledeće ajteme: autoagresivnost, heteroagresivnost i agitaciju. Neki autori su skloni mišljenju da ovi ajtemi nemaju patološko značanje kao strah, da je potrebno duže vreme kontakta sa pacijentom za njihovu procenu. Ovoj skali za procenu psihotične anksioznosti je posvećeno nešto više prostora u ovom izlaganju pošto procena psihotične anksioznosti predstavlja veliki problem za mladje specijaliste psihijatra i donkle pruža mogućnost za objašnjenje zašto je za oko dve trećine psihotičnih pacijenata potrebno uključivanje anksiolitika uz uobičajenu antipsihotičnu terapiju. Drugi razlog je što je to kompletna skala za evaluaciju anksioznosti kod psihotičnih pacijenata do koje smo došli u raspoloživoj stručnoj literaturi.

2.Akutno konfuzno stanje (delirantni sindrom)

Sindrom akutnog konfuznog stanja veoma je čest u kliničkoj psihijatriji i to ne samo kod simptomatskih psihoza i akutnog moždanog psihosindroma. Ovaj sindrom veoma često se sreće u velikom broju drugih akutnih kliničkih grana (koronarne jedinice, centri za opkotine, urgentna traumatologija, jedinice za operaciju katarakte, centri za hemodijalizu, populacija neurogerijatrijskih i psihogerijatrijskih bolesnika sa demencijom, centri za intoksikacije, osobe u apstinencijalnom sindroma na PAS, delirijum zbog lošeg opšteg zdravstvenog stanja, bolesnici sa multiplom etiologijom koja je praćena sa akutnim konfuznim stanjem). U lijazon, odnosno konsultativnoj psihijatriji najčešći je sindrom i retko je sam po sebi primaran problem već je reč o sekundarnom poremećaju u navedenim oblastima urgentne i kliničke medicine. Za razliku od delirijuma,odnosno akutnog konfuznog stanja treba imati u više drugih psihijatrijskih simptoma i sindroma u cilju adekvatne diferencijalne dijagnoze. Tako za razliku od delirijuma druga stanja karakteriše relativno stabilan ili postepeni progredijaći tok, obično je duže po trajanju,sposobnost održavanja pažnje nije oštećeno. Epizoda delirijuma, odnosno akutnog konfuznog stanja može se javiti pre i tokom demencije.

Delirijum uzrokovan PAS ili u vreme apstinencije od istih supstanci može se dijagnostikovati i prihvatiti kao siguran samo ako su smetne prenaplašene prema onome što se očekuje od PAS. Pošto su uz pomućenje svesti najvažniji simptomi vezani za perceptivne poremećaje (iluzije i halucinacije) u okviru psihotičnih sindroma nema poremećaja svesti i kognitivnog deficita. Sličan stav važi i za diferenciranje halucinatornog sindroma i sumanutosti kod psihotičnih poremećaja i psihotičnih afektivnih poremećaja, zatim kod stanja agitacije u maničnom, velikom depresivnom sindromu.

I ako početak akutnog konfuznog stanja može da bude nagao, obično se razvija u toku nekoliko časova do nekoliko dana. Stoga je važno uočiti predelirantni sindrom, odnosno prodromalnu fazu koju karakterišu simptomi kao što su malaksalost, košmari, povećana anksioznost, hipervigilnost, glavobolja ili žalbe da je osobi "loše". Kada dodje do progresije delirijuma javljaju se izraženiji poremećaji: **a) bolesnik pati** od smanjenog pamćenja za blisku prošlost, plitkog ili labalnog afekta, teškoće da zadrži pažnju i obmane; **b) dalje pogoršanje** karakteriše se iluzijama ili pravim halucinacijama, najčešće vizuelnim, sumanutim idejama, dezorijentacijom i to prvo u pogledu vremena, zatim mesta i na kraju prema sebi. Na ovom stepenu razvoja ovog sindroma moguća je i pojava aleksije, disfazije, apraksije ili agnozije kao deo kortikalne disfunkcije. Disgrafija je posebno važna kao rani, senzitivni nalaz; **c) poremećaji ponašanja** su različiti. neki bolesnici su mirni i povučeni, dok su drugi "aktivni" izvlače intravenske aparate, katetere, lutaju okolinom. Nagli prelazi iz jednog nivoa u drugi su česti. Najkarakterističnije su dnevne fluktuacije u nivou aktivnosti. Stanje bolesnika se pogoršava uveče i noću, "sindrom zalaska sunca"; **d) ishod:** većina bolesnika koji prežive osnovno medicinsko stanje oporavljaju se od delirijuma za nekoliko dana ili nedelja i ako se može sresti trajna kognitivna disfunkcija ili zadržavanje psihotičnih ideacija. Važno je naglasiti da vreme potrebo za oporavak zavisi od uzroka i ranog lečenja i da normalni rezultati laboratorijskih analiza ne predstavljaju garanciju da je došlo do oporavka mozga. Kada je reč o diferencijalnoj dijagnozi delirijuma, odnosno akutnog konfuznog sindroma treba imati u vidu sledeće poremećaje: demencije, depresije, katatoniju i delirijum izazvan umišljenom bolešću ili simulacijom. Akutno konfuzno stanje, odnosno delirantni sindrom veoma često uslovljen je i medikamentoznom terapijom. Ovde navodimo najčešće lekove kao mogući etiološki faktor: amfetamin, antiholinergici, barbiturati, benzodijazepini, bromidi, butorofenoni, kanabis, klometiazol, naglo obustavljanje clozapina, kokain, dietilpropion, disulfiram, fluoksetin, litium, MAOIs, meprobamat, mianserin, paroksetin, phenelazin, fenotijazini, risperidon, trazodon, triciklici, viloxazin. Ovde se ističe i značaj apstinencijalnog sindroma kod sledećih lekova i PAS: alkohol, barbiturati, benzodijazepini, klometiazol, nikotin. Od antikonvulzanata i antiparkinsonika: poseban značaj imaju: barbiturati, carbamazepine, ethosyimid, phenitoin, primidon, sodium valproat, amantadin, antiholinergici, bromokriptin, levodopa, lysudril, methixene, pregolid, selegilin. Od kardiovaskularnih i antirematičnih lekova ističemo: aminodaron, amilorid, beta blokatori, atenolol, clonidine, digoxin, disopyramid, diuretici, hydralazin, lidokain, metildopa, mexilitin, prokainamid, spirnolakton, intoksikacija aspirinom, fenoprofen, ibuprofen, indometacin, nalbulphin, naproxen, narkotici, papaveretum, salicilati, sulindak, tramadol. Od antiholinergika navode se antiparkinsonici, atropin i kapi hemotropina za oči, transdermalna primena skopolamina, Od antibiotika zbog dijareje i dehidracije značajno mesto pripada: acikloviru, cefalosporinima, chloramphenikolu, chlorokvinu, ciprofloxacinu, clartihromicinu, cikloserinu, izonijazidu, mefloquinu, penicilinu, rafamicinu, streptomycinu i sulfonadidi. Od drugih brojnih lekova poseban značaj imaju: adrenokortikotropin, aminofilin, baclofen, cafein, cimetidin,

kortikosteroidi, cikloserin, doxapram, famotidin, ganciklovir, hidroksihloroquin, hipoglihemiци, lodoform, interferon, metilprednizolon, misoprostol, nabilon, nalbufin, penilpropanolamine, piperazin, ranitidin, teofilin i triamicinolo

Skala za dijagnostiku i evaluaciju akutnog konfuznog stanja
(prevod sa engleskog jezika Dr Bojana Pejušković)

Aneks Tabela 1. *Instrument za metod procene konfuznosti*

Akutni početak

1. Postoji li dokaz akutne promene u mentalnom statusu od pacijentovog standardnog stanja?

Nepažnja

2. A. Da li je pacijent imao teškoće da fokusira pažnju, na primer, da li lako gubi pažnju ili ima problem da prati razgovor?

Ne sada, ni u jednom trenutku tokom razgovora.

Sada, ponekad tokom razgovora, ali srednje izraženo.

Sada, ponekad tokom razgovora, u znatnoj meri.

Neodređeno.

B. (ako je sada ili ako je abnormalno) Da li je takvo ponašanje fluktuiralo tokom razgovora, tj. imalo tendenciju da se pojavljuje i nestaje ili biva manje ili više izraženo?

Da.

Ne.

Neodređeno.

Nije primenljivo.

C. (ako je sada ili ako je abnormalno) Molimo opišite to ponašanje:

Dezorganizovano mišljenje

3. Da li je pacijentovo mišljenje dezorganizovano ili inkoherentno, kao isprekidana i irelevantna konverzacija, nejasan ili nelogičan tok ideja ili nepredvidivo prebacivanje sa jedne na drugu temu?

Izmenjen nivo svesti

4. Kako biste ukupno mogli proceniti pacijentov nivo svesti?

Živahan (normalno).

Budan (previše živahan, preosetljiv na sredinske stimulse, lako se uplaši).

Letargičan (pospan, lako se budi).

Stupor (teško se budi).

Koma (ne budi se).

Neodređeno.

Dezorijentacija

5. Da li je pacijent bio dezorijentisan u bilo kom momentu tokom razgovora, na primer, da li je mislio da je on ili ona bio negde drugo a ne u bolnici, koristio pogrešan krevet ili pogrešno procenjivao doba dana?

Oslabljenost memorije

6. Da li je pacijent demonstrirao bilo koji problem pamćenja tokom razgovora, kao nesposobnost da upamti događaje u bolnici ili teškoću da zapamti instrukcije?

Poremećaji percepcije

7. Da li je pacijent imao bilo kakav dokaz poremećaja percepcije, kao na primer, halucinacije, privide ili pogrešne interpretacije (kao mišljenje da se nešto pomeralo kada to nije)?

Psihomotorna uznemirenost

8. Deo 1.

Da li je pacijent, u bilo koje doba tokom razgovora, imao neuobičajeno povišen nivo motorne aktivnosti, kao uznemirenost, «čupkanje posteljine», lupkanje prstima ili nagle promene položaja?

Psihomotorna retardacija

8. Deo 2.

Da li je pacijent, u bilo koje doba tokom razgovora imao neuobičajeno smanjen nivo motorne aktivnosti, kao tromost, zurenje u prostor, stajanje u istom oložaju duže vreme ili veoma sporo pomeranje?

Poremećen ciklus spavanje-budnost

9. Da li je pacijent imao dokaze poremećaja ritma spavanje-budnost, kao izražena dnevna pospanost sa insomnijom noću?

*Pitanja koja su navedena pod ovim naslovom su ponovljena za svaki naslov gde su primenjiva.

Aneks Tabela 2. Metod procene konfuznosti (CAM) *Diagnostički Algoritam*

Tačka 1. Akutni početak i fluktuirajući tok

Ovaj podatak se je obično dobija od članova porodice ili sestre i pokazuje se pozitivnim odgovorima na sledeća pitanja: Postoji li dokaz akutne promene u mentalnom statusu od pacijentovog standardnog stanja? Da li je (abnormalno) to ponašanje fluktuiralo tokom razgovora, tako da pokazuje tendenciju da se pojavljuje i nestaje ili biva manje ili više izraženo?

Tačka 2. Nepažnja

Ovaj podatak se vidi preko pozitivnih odgovora na sledeća pitanja: Da li je pacijent imao teškoću fokusiranja pažnje, na primer, da li lako gubi pažnju ili ima problem da prati razgovor?

Tačka 3. Dezorganizovano mišljenje

Ovaj podatak se vidi preko pozitivnih odgovora na sledeća pitanja: Da li je pacijentovo mišljenje dezorganizovano ili inkoherentno, kao isprekidano i irelevantna konverzacija, nejasan ili nelogičan tok ideja ili nepredvidivo prebacivanje sa jedne na drugu temu?

Tačka 4. Izmenjen nivo svesti

Ovaj podatak se pokazuje kroz sve odgovore osim "živahan" na sledeća pitanja: Kako biste ukupno procenili pacijentov nivo svesti? (živahan [normalno], budan [previše živahan], letargičan [pospan, lako se probudi], stupor [teško se budi] ili koma (ne budi se)).

* Da bi se dijagnostifikovao delirijum putem Metoda za procenu konfuznosti potrebno je prisustvo karakteristika 1 i 2 i bilo 3 ili 4.

3. Suicidalni sindrom

Lekar ima ključnu ulogu u identifikaciji i lečenju suicidalnog bolesnika. Ispitivanja pokazuju da je 75% bolesnika pre izvršenog suicida se javljalo lekaru unutar šest meseci od svoje smrti. Ovaj problem je tema posebnog predavanja. Stoga će se ovde navesti samo neke činjenice i teze koje određuje ovaj sindrom. U etiološkom pogledu navode se tri grupe faktora i to: **1. socijalni faktori** (suicid usled rastrojstva, altruističko i egoistično samoubistvo), **2. biološki faktori**, **3. psihološki faktori** (impulsivnost, zavisnost, nerealna očekivanja), **4. porodična anamneza**. kada je reč o faktorima rizika takodje, treba istaći tri grupe pitanja i to: **a) dugotrajni faktori** (psihijatrijski poremećaji i to pre svega depresije, alkoholizam, schizofrenija, neki oblici poremećaja ličnosti, medicinska anamneza, prethodni pokušaji suicida, demografski faktori; **b) akutni faktori** (raspad ljubavne veze ili drugi značajan gubitak, promena u medicinskom stanju, početak ili prekid uzimanja psihotropnih lekova, alkohol ili intoksikacija hemijskim sredstvima, povećana beznadežnost, saopštavanje namere drugim osobama, naglo poboljšanje depresivnog stanja i **c) Schneiderman-ov smrtnosni trougao** (samomržnja usled osećanja krivice ili niskog samopoštovanja, stanje ekstremne agitiranosti u kome je osoba napeta i ne misli jasno, sužavanje intelektualnih moći, ili tunnelsko vidjenje koje onemogućuje osobu da misli o bilo čemu drugom osim o neposrednoj situaciji). Druge bitne činjenice o suicidalnosti kao što je evaluacija bolesnika, tehnike vođenja intervjua, procena i eliminacija rizika, lečenje i ishod izlaze iz okvira ovog predavanja.

4. Posebni psihijatrijski sindromi kao klinički entiteti prema Flaherty, J.A. i sar.

- a) Kratkotrajne reaktivne psihoze
- b) Psihogeni amnezija
- c) Psihogeni fuga
- d) Poremećaji multiple ličnosti
- e) Lažni poremećaji sa psihološkim simptomima
- f) Lažni poremećaji sa fizičkim simptomima
- g) Psihološki faktori koji utiču na fizičku bolest

5. Sindrom agresije

Čini se da je sa kategorijama, tj terminima i pojmovima agresije, agresivnosti i agrsivitet isti ili vrlo sličan slučaj, kao što je i sa nekim drugim kategorijama sa kojima se u psihijatrijskoj teoriji i praksi manipulise. Čini se da se pomentuti termini previše slobodno, elastično, pa i proizvoljno upotrebljavaju. Za ove termine, kao i brojne druge koji se koriste u kliničkoj psihijatriji nameće se veća potreba za njihovo bolje semantičko značenje i lingvistička konfiguracija. Kada su u pitanju pojmovi agresija, agresivnost i agrsivitet treba istaći da reč agresivnost označava trajnu osobinu ili stanje ličnosti, te bi je trebalo shvatiti kao crtu ličnosti, tj. skup oblika ponašanja i tendencija delatnosti koji su realitvno postojani i koji medjusobno visoko koreliraju. Reč agresija trebalo pre shvatiti kao ispoljavanje agresivnosti u odredjenom vremenskom intervalu. Reč agrsivitet čini se da ne implicira trajnost ispoljavanja agresivnog ponašanja. Na osnovu analize većeg broja stručnih publikacija uključujući i neke doktorske teze iz ove oblasti u kojima se upotrebljavaju termini agresija i agresivnost, kao i na osnovu ličnog razmišljanja o upotrebljivosti ovih reči u kliničkoj praksi, čini nam se da se ovi termini najčešće upotrebljavaju u sledećim semantičkim značenjima: 1. u smislu manje ili više ustaljene tendencije ka insistiranju, nastojanju na realizaciji sopstvenih interesa ili ciljeva uprkos protivljenju drugih. Ovo značenje se poklapa sa zančenjem termina "zdrava, begžnigna agresivnost", koji neki autori upotrebljavaju (M. Levine), ili sa značenjem termina "borbenost" (W. McDougal); 2. U smislu incijative i incijativnosti, pri čemu ovaj termin ima slično semantičko značenje kao i u prvom navedenom značenju, s tim što ovaj termin ne implicira suprostavljanje drugih pri insistiranju i nastojanju na realizaciji sopstvenih interesa ili ciljeva; 3. U smislu tendencije za dominacijom, tendencije za dominacijom u socijalnoj grupi. Ovo značenje se poklapa sa značenjem crte ličnosti koja se označava kao sklonost ka dominiranju; 4. U smislu tendencije ka preduzimljivosti, energičnosti i uopšte aktivnosti, čime se izjednačuje, ili dobrim delom prepokriva pojmom opšta ctra ličnosti, izvorna crta ličnosti ili aspekti ili faktori ličnostikoji se označava kao aktivnost i 5. U smislu tendencije za destruktivnošću, tj. mutilacijom ili razaranju drugih osoba ili objekata ili samog sebe. Način shvatanja i tumačenja ovih pojmova često zavisi od sistema vrednosti odredjenog pojedinca, grupe, kolektiva, jedinice, zajednice, klase, klžulture, sukulture i sl kako aktuelno tako i perspektivno. Za psihijatriju i psihologiju je veoma važno da se insistira na stručno-naučnom odredjivanju upotrebne vrednosti reči agresija i agresivnost, iz mnogo razloga, a u prvom redu iz dva osnovna: 1. Psihijatrija je medicinska stručna i naučna disciplina, te pojmovi kojima ona manipulise treba da budu pristupačni ne samo opisivanju nego i merenje i precizno definisanje (kao što smo za primer naveli psihotičnu anksioznost i akutno konfuzno stanje) i 2. testiranje agresije i agresivnosti zavisi od shvatanja njihovog značenja. S obzirom na različita pojmovna značenja ovih termina, u nekim slučajevima bi agresiju trebalo ublažavati, lečiti i prevenirati, a u nekim slučajevima bi je trebalo unapredjivati, favorizovati. Klinički je zanimljiva i ontološka podela agresije i to na: agresiju u igri koja je slučajna, odbrambena, afirmativna, instrumentalna koja je slična afirmativnoj agresiji, agresija pohlepe, intencionana, systemska, komformistička, revolucionarna, desktruktivna, narcistička, autoagresiva, heteroagresivna agresija i dr. Za humanu agresiju su od posebne važnosti iritabilna i instrumentalizovana. Ova prva može da se izazove frustracijom, depreivacijom, bolom i uopšte širokim spektrom draži. Instrumentalizovana agr.sa desktruktivnim ponašanjem pretežno predstavlja naučeni

obrazac ponašanja. One se međusobno svakako ne isključuju. Veoma su zanimljivi biološki korelati sindroma agresivnosti. U koliko dolazi do agresije bez spoljnjih činilaca uzrok tome možeda leži u promenama unutrašnje sredine neurološki relevantnih struktura (disfunkcija temporoličbičkih struktura dominantne hemisfere npr. temporalna epilepsija, posencefalitična stanja, tumori slepočnog i frontalnog režnja i hipotalamusa), zatim zbog neurohormonalnih(npr. vrednosti testosterona pod uslovima delovanja socijalnih faktora, premenstrualna faza kod žena), neurohemijskih (nivo serotonina i biohemijskih promena (npr. nivo glikemije) i neurofizioloških promena sa patološki izmenjenim EEG nalazom. Naravno da uvek treba da se ima u vidu i značaj kulture za razumevanje zdravog, moralno adaptivnog ponašanja.

5.1. Sindrom autoagresija

Autoagresija se ispoljava na psihičkom planu patnjom, a na telesnom planu bolom, povredom: sakaćenjem ili samouništenjem. Ukoliko autoagresiju shvatimo kao derivatom kazne , onda je agresija prema telu arhaična forma samokažnjavanja. Transformacija kazne u razne vidove autoagresije se dešava uporedo sa diferenciranjem i formiranjem Ja i Na-ja funkcija. Prosesima introjekcije, identifikacije i apstrakcije kazna se postepeno transformiše , ustupa mesto strahu od kazne i najzad su ustanovljeni savest i osećanje krivice koji su u svom delovanju oslobođeni okvira prostora i vremena. Otada kontrolu, suzbijanje i kažnjavanje antisocijalnih postupaka preuzimaju instance unutar ličnosti. Proces se odvijaju u nesvesnom, pa potisikivanjem i fiksacijijama u toku evolucije mogu izgubiti vezu sa realnošću i u svom ponašanju se ponašati arhaično i iracionalno. Agresija usmerena ka sebi može delovati na psihičkom planu (patnja), psihosomatskom (depresija i mazohizam) ili biti usmerena pretežno prema telu ili pojedinim delovima tela (suicid, saopovredjivanje, automutilacijom). Naravno najdrastičniji i najakutniji vid autoagresije je suicid. Mnogo češće je: delovanje kontinuirano i hronično (postepeno samouništvavanje zloupotrebom droga, alkohola, neurotske forme autoagresije, asketizam, psihosomatske bolesti). Ponekad se odigrava u atacima (svesno stavljanje "glave u torbu", nesvesno prouzrokovani udesi, sklonost podvrgavanju hiruškim intervencijama, abuzusi lekova i dr).

5.1. Sindrom agresija i pojedini nozološki klinički entiteti

Naravno za kliničare su važni i neki drugi aspekti agresije kao i psihodinamika autoagresije. Ovde ilustracije navodima neke psihopatološke sindrome koji su udruženi sa mogućnošću agresije: 1. Paranoidnost i agresija, naročito kada paranoidno mišljenje oblikuje strategiju ponašanja a njegovo glavno oružje je agresija. 2. Halucinatorna doživljavanja i agresija, 3. Različiti putevi somatizacije agresije koji se najčešće odvijaju preko različitih mehanizama: percepcija imaginarne opasnosti- hronično vegetativno razdraženje-prebacivanje svog cilja-zaobilaženje Ega- svom težinom se sručuje na svoju somu proizvođeći- destrukciju u vidu telesnog oštećenja. 4. Seksualnost i agresija posebno u slučajevima impotencije, 5. Agresija u individualnoj i grupnoj (psiho)terapiji , 6. Agresija kod pojedinih nozoloških, kliničkih entiteta (grupa shizofrenih, bipolarnih afektivnih, hroničnih prezistentnih paranoidnih i paranoičnih sumanutih psihoza, sumračna stanja i pojava patološkog afekta, pojedini epileptični poremećaji, intoksikacije, pojedini poremećaji ličnosti i itd.

U poslednje vreme dosta se diskutuje o agresivnosti i lekarskom pozivu koji ne proističe samo iz nedovoljnog poznavanja profesionalnog stresa, dobrog razumevanja transfera, kontratransfera, empatije, neverbalne komunikacije, acting-out ponašanja, sindroma unutrašnjeg sagorevanja (tzv "Born-out sindrom"), motivi izbora poziva,

visokg procenta depresivnosti naročito tokom prvih nekoliko godina profesionalne aktivnosti već sigurno i zbog brojnih drugih razloga, što izlazi iz okvira ovog izlaganja.

6.Sindrom "graničnog detetata" sa rizikom da postane psihotično u kasnoj adolescenciji i/ili srednjem životnom dobu

Pojam "graničnog deteta" pojavio se u literaturi pre oko 45 godina. Bergam i Escalua (1949) daju opis pet slučajeva dece sa neujednačenom i neuobičajenom vizuelnom, auditivnom i taktilnom osetljivošću i sa neujednačenošću u kognitivnom razvoju. Rudolf Eksfein(1954) koristi termin "Schizofrenoidan". Mišljenja smo da na osnovu brojnih kliničkih opservacija da se može zaključiti da dijagnoza sindroma "GRANIČNO DETE" obuhvata heterogenu grupu simptoma koji se međusobno preklapaju što dovodi do raznih psihijatrijskih oboljenja u odraslom dobu. Sam ishod može da bude različit: dete može da bude na "putu da postane"schizofreno,manično-depresivno, da prevaziđe te simptome i udje u normalan tok života, da razvije antisocijalno ponašanje, delikvenciju i da zadrži etiketu graničan kroz ceo život.

Kada je u pitanju mogućnost da se razvije shizofrenija kod dečaka u prepsihotičnom periodu srećemo nesocijalnu agresiju, postoji sekundarna evidencija unutrašnjih konflikata, preterana inhibicija i depresivnost. Kod devojčica ispoljava se preterana senzitivnost, konfuznost, introverzija.za oba pola zajednička karakterisrika je smrt roditelja ili bliskih rodjaka, ozbiljan organski hendikep, krajnja emocionalna nestabilnost.karakteristične su perinatalne komplikacije ito do 60% sa neurološkim disfunkcijama. Značajna je i premorbidna schizoidna premorbidna ličnost kod rodjaka. Kod ove grupe dece preovladjuje pretežno nizak IQ, slab profesionalni uspeh (neuspeh u školi). Izražena je takodje sklonost ka adiktivnom ponašanju. Neke od prospektivnih studija koje su uradjene poslednjih godina (Danska longitudinalna studija,studije u Švedskoj, Velikoj britaniji i dr.) ukazuju na brojne rizične faktore: genetski naboj, trudnoća i komplikacije pri porodjaju,labilna shema autonomnog reagovanja. Posebno se ističe značaj akušerskih i neonatalnih komplikacija sa blažim neurološkim znacima. Ovde se mogu dodati i nezrelost u motornim funkcijama. Kao posebno važni neurološki deficiti ističu se problem pažnje, niski rezultati na testovima neuropsihološkog razvoja, problemi ponašanja u periodu rane adolescencije i disfunkcija p a ž n j e kao najvažniji znak preschizofrenog sindroma. Kao **mogući dijagnostički kriterijumi sindroma graničnog deteta za preschizofreni ili schizofreni poremećaj** navode se sledeći činioci: 1.poremećeni međjuljudski odnosi, 2.poremećen doživljaj realnosti, 3.panična anksioznost, 4.impulsivnost, 5.simptomi slični neurotskim, 6.abnormalni razvoj. Zatim slede, 7. motorni poremećaji, 8.autoerotizam, fetišizam, 9.specifične karakterne crte, 10.histrionično funkcionisanje, 11.osećanje usamljenosti i nostalgije, 12.promene raspoloženja, 13.halucinacije, 14.neadekvatan afekat, 15.čudno-nastrano ponašanje, 16.čudan govor, 17.poremećaj identiteta, 18.loše rasudjivanje, 19.pozitivnsa porodična anamneza mentalnih bolesti..Vredi naglasiti da stepen pouzdanosti kod osam nezavisnih istraživača za prvih šest navedenih varijabli iznosi 86-100%varijabli, a od sedmog do dvanestog pitanja ova podudarnost je manja i kreće se od 14-43%.

Kada su u pitanju **afektivne psihoze** koji imaju etiologiju u sindromu graničnog deteta i ovde treba istaći teško genetsko opterećenje, intenzivno i nepovoljno iskustvo okoline. Opšti zaključci za predmanično-depresivni sindrom ukazuje na sledeće faktore: pozitivna porodična anamneza, na WISU veći verbalni IQ od manipulativnog sa velikim neslaganjem i neujednočenosti u podtestovima, depresivno raspoloženje, problemi u ponašanju, učenju i ili hiperaktivnost. Konstitucionalno i vulnerabilno pod stresom mora

da ispoljava "embrionalnu" verziju kliničkih simptoma afektivne psihoze (krajnja neobazrivost, hiperaktivnost, poremećen san, logoroičnost, povećano magijsko razmišljanje kao poricanje društvenih i ili školskih obaveza.

Faktori okoline za pojavu sindroma "graničnog deteta"

Beta Rank (1949) prvi put je opisala decu sa atipičnim razvojem. Nvodi se važna uloga majke kada dete dodje u stanje izrazitog emocionalnog lišavanja. Veoma je važan odnos prema stvarima i internoj strukturi (zaustavljen razvoj u fazi separacije-individuacije) kada obično dete počimlje da razlikuje sebe od majčine figure. Posebno se ističe važnost depresije mame u ranim godinama sa velikim uticajem na diferencijaciju između samog sebe i objekta. Poseban morbogeni uticaj ima i porodični život.

7. Psihijatrijski sindromi vezani za životno i generativno doba

Psihijatrijski simptomi i sindromi značajno se razlikuju u dečije, adolescentnom i starijem životnom dobu od tzv. adultnog, srednjeg životnog doba. Razlog za ovu su različiti stepeni emocionalne zrelosti, niovu stabilnosti i zrelosti ličnosti, slabljenje kognitivnih funkcija kod starije populacije i slično. Kada je reč o generativnom dobu kod žena ovde se javljaju značajne neuroendokrine, psihosocijalne, psihološke i/ili biološke promene koje mogu značajno uticati na njihovo mentalno zdravlje. Nije slučajno protekla decenija posvećena mentalnom zdravlju žena. U ovom poglavlju biće navedeni samo neki ozbiljniji psihijatrijski sindromi. Iz razumljivih razloga nećemo se baviti brojnim neurotskim sindromima, poremećajima ličnosti, zloupotrebe različitih psihoaktivnih supstanci, kriznim i stresnim situacijama, premenstrualnom napetošću kod žena i dr.

VII SINDROMI USLOVLJENI SPOREDNIM DEJSTVIMA KLASIČNIH I ATIPIČNIH ANTIPSIHOTIKA I ANTIDEPRESIVA

a) sporedna antidopaminergična dejstva

Ovaj sindrom nastaje kao posledica vezivanja antipsihotika za dopaminske receptore u nigrostrijatnom dopaminskom putu i manifestuju se kao ekstrapiramidni nuzefekti u koji spadaju: distonija, akatizija, parkinsonizam, tardivna (kasna) diskinezija i maligni neuroleptički sindrom. U koliko je izraženiji uticaj antipsihotika na povećano lučenje prolaktina tada se neželjena dejstva ispoljavaju kao: galaktoreja, ginekomastija, menstrualna i seksualna disfunkcija. Ovi simptomi su korektno opisani u svim raspoloživim udžbenicima iz psihijatrije, psihofarmakoterapije i ili u priručnicima iz urgentne psihijatrije. U poslednje vreme u literaturi se navodi pojava ovih simptoma, odnosno sindroma i kod primene antipsihotika novije generacije iz grupe tzv. "atipičnih" antipsihotika. Pojam atipičan antipsihotik sve manje ima stručno i kliničko opravdanje, jer se zapravo radi o antipsihotičnim lekovima koji su relativno solidnu efikasnost sve više pokazuju i brojne neželjene pojave u koje spadaju napred navedeni neki simptomi.

Na osnovu brojnih iskustava i raspoložive literature može se izvesti opšti zaključak za sve navedene simptome i sindrome koji su posledica primene antipsihotika, da je najbolji lek njihova prevencija. Ona se ispoljava u stalnom preispitivanju potrebe za antipsihoticima, u stalnoj opservaciji pacijenata i registraciji prvih simptoma bilo kog navedenog sindroma iz ove podgrupe, kao i u izbegavanju kad je to moguće upotrebe antiholinergika kao i antipsihotika sa većom sposobnošću za holinergičke receptore. Ovo posebno važi kada je u pitanju tardivna diskinezija. U etiologiji **psudoparkinsonizma** (koga karakteriše akinezija, tremor i rigiditet) mogu da učestvuju i brojni drugi lekovi i PAS sem antipsihotične terapije. Ovde navodimo više različitih grupa medikamenata: amoxapin, bromokriptin, bupropion, clozapin, zloupotreba kokaina, dexamfetamin, donepezil, fluoksetin i njegov apstinencijalni sindrom, dugotrajni tretam litijumom, MAOIs, predoziranje olanzapinom, paroksetin, prochlorperazin, risperidon, sertalin, sertalin sa oxycodonom, SSRIIs kod 2% pacijenata, trazodon, triciklici, carbamazepin, lamotrigrin, valproat, fenoprofen, flurbiprofen, ibuprofen, indometacin, mefenamična kiselina, nabilon, pethidin i drugi opoidi, sulinadac, aminodaron, b)akazija (nekontrolisani nemir pacijenta, koji je u stalnom pokretu, uz osećanje unutrašnje napetost i slično, može da se javi od 6 do 60 dana od uvođenja leka). Sem brojnih antipsihotika u javljanju akatizije mogu da učestvuju i mnogi drugi lekovi: alimenazin, alprozalam, amoxapsin, trifluperazin, haloperidol, chlorpromazin, tiodidazin, buspiron, citalopram, clozapin sa 6% incidencije, fluoksetin, fluoxamin, imipramin, litium, lorazepam, mianserin, mirtrazepam, olanzapin, paroksetin, prochlorperazin, promazin, risperidon sam ili u kombinaciji sa levopromazinom, sertralin, triciklici, venlafaxin kod naglog prekida, zucolopenthixol, diltiazem, alfa interferon, levodopa, apstinencijalni sindrom na melatonin, metoclopiramid, ondesteron, prochlorperazin i verapamil.

b)Distonija

Simptomi se javljaju prvih dana po aplikaciji antipsihotika, najčešće unutar prva 72 sata. Karakteriše se nevoljnim abnormalnim pokretima poprečnoprugastih mišića nastalih kao rezultat poremećenog tonusa. One mogu biti fokalne, kada zahvataju samo pojedine delove tela, i segmentalne kada su zahvaćeni veći delovi tela). U javljanju distonija učestvuje veliki broj različitih lekova: amoxapin, benztropin, bupropion, buspiron, carbamazepin, clozapin naročito kod njegovog naglog prekida. apst. sindrom na kokain ili njegovu zloupotrebu, disulfiram, fluoksetin, flupentoxiol decanoat, loxapin, midazolam, mirtrazepam, olanzepam, paroksetin, phenelizin, prochlorperazin, risperidon, sertalin, tiagabin, triciklici, venlafaxin, zucloperenthixol, alimermazin, amidaron, azapropazon, diphenhydramin, domperidon, ergotamin, indometacin, metoclopiramid, nifedipin, penicillamin, prochlorperazin, promerthazin, propofol, propranololsumatriptin i verapamil.

c)Diskinezija uključujući i tardivnu diskineziju

Kinička slika diskinezija i tardivne diskinezije veoma je bogata i u glavnom se odnosi na muskulaturu tri sistema: buko-lingvo-mastikatornu, orofacijalnu i horeoatetozne pokrete trupa i udova. Najčešći su sledeći simptomi: tikovi, grimase, blefarospazam, treptanje, podrhtavanje gornje usne, pućenje, pokreti slični sisanju, lateralni pokreti vilice, imaginarno žvakanje, lateralni pokreti jezika, retrokolis, tortikolis, brojanje prstiju i pokreti kao da se broji novac, pokreti ramena i kuka, atetoidni pokreti udova, cupkanje u mestu, fleksije u zglobovima, poremećaji ravnoteže uz vidno zanošenje. Siptomatologija je veoma bogata, ali se retko javlja kompletna kod istog pacijenta. S obzirom da je tardivna diskinezija veoma opasna komplikacija neuroleptičke terapije, potrebno je stalno opserviranje i registrovanje prvih simptoma, kako bi se odmah terapijski reagovalo). Ovde se uključuje veliki broj delova koji mogu usloviti sindrom diskinezije:

amoxapin, benzotropin, bupropion, buspiron, clomipramin, clozapim i njegovo naglo obustavljanje, donepenzil, doxepin, diphenhydramin, fluoksetin, fluoxamin, fluoksetin sa manjim dozama neuroleptika, flupentixol, gabapeptin, haloperidol u mnogim slučajevima, litium, loxapin, metoclopramid, olanazapin, phenitoin, pimozid sa 35% incidencije, quetiapin, risperidon, rasperidon u kombinaciji sa citalopramom, sulpirid, venlafaxin i ziprasidon.

d) Katatonija

Katona simptomatologija nije isključivo vezana za shizofreniju, već se javlja i kod drugih psihijatrijskih poremećaja. Za hitnu psihijatriju od značaja je katatoni stupor i katatono uzbudjenje. Stupor predstavlja sindrom u kome je motorna aktivnost pacijenta u potpunosti zakočena. Takav pacijent satima, pa i danima, zauzima određeni položaj koji je često zdravom čoveku neudoban i u kome ne bi mogao da izdrži ni kraće vreme. Uz poremećaj u mišičnoj aktivnosti, za vreme trajanja stuporoznog sindroma, za vreme njegovog trajanja, prateći simptom je i negativizam, najčešće ispoljen kao pružanje pasivnog ili, čak, aktivnog otpora intervenciji sa strane. Stuporozni pacijent je uz već navedeno i mutističan. Iz ovog stanja pacijent bilo spontano ili pod uticajem farmakoterapije može postepeno da izidje, ili što je mnogo češći slučaj, iz stupora naglo ulazi u stanje katatone pomame. Ovo stanje se karakteriše psihomotornom uzbudjenošću i ogromnom agresivnošću uz snažno afektivno reagovanje u obliku jarosti. Kod ovog bolesnika dominiraju unutrašnje snage, i obično ova katatona pomama nije uzrokovana spoljnim uzrocima već je isključivo vodjena impulsivnim radnjama. u praksi se obično opisuje periodična (gde se smenjuju recidivi stupora i katatonog uzbudjenja) i smrtna katatonija). Ozbiljnost ovog sindroma čini i značajna njegova reverzibilnost koja nastanje zbog moguće razlike u dozama primenjenih lekova, njihove vrste i dužine ordiniranja istih). I kod ovog sindroma brojni su lekovi koji mogu da dovedu kod katatonog sindroma :allopurinol, baclofen, apstinencijalni sindrom na benzodijazepin, prvenstveno lok one pogrupa koji imaju veoma kratak polužvot, buspiron, clozapim, cycloserin, zavisnost na kokain, disulfiram, pluphenazin, loxipion, epiduralna primena morfina, phenelazin sa haloperdolom, piperazin, prochlorperazin.

e) Horea, tikovi uključujući i Tourettov sindrom

Ovi sindromi dobro su opisani u kliničkoj psihijatriji, neurologiji, dečijoj i adolescentnoj psihijatriji. Ovde, takodje, dolaze u obir različite grupe lekova: amoxapin, hronični abuzusi lekova, benzhexol, chlorpromazin, zloupotreba kokaina, donepezil, fluoksetin, haloperidol u mnogo slučajeva, lamotrigin sa phenitoinom, metadon, methylphenidat, mianserin, oralni kontraceptivi, paroxetin, phenitoin, risperidon, sulpirid, valproat, anabolični steroidi, cimetidin, cyclizin, dienosterol, metoclopramid, oralni kontraceptiviranitidin, amfetamin, stanazol, methandrostenolol, testosteron iz grpe androgenih steroida, carbamazepin, clozapim, dexamfetamin, lamotrigin, methylphenidate, ofloxacin, pemolin, prekid risperidonatoridazin sa methylphenid .Ovde nisu posebno naglašeni lekovi koji su registrovani u našoj zemlji. S obzirom da mnogi pacijenti nabavljaju lekove u inostranstvu ili preko domaćih privatnih apoteka.

f) Sporedna antihistaminska (H1) i anti -alfa-adrenergička dejstva

Ovde se javlja pojačana sedacija, hipotenzija, porast telesne težine (histaminski efekti). Takodje su veoma izraženi i sledeći simptomi: hipotenzija, vrtoglavica, refleksna

tahikardija (anti-alfa-1-adrenergično dejstvo). Od svih navedenih efekata u kliničkoj praksi najznačajnija je hipertenzija i to ortostatskog tipa. Najizraženija je kod pacijenata kod kojih je uvedena terapija, traje kraće vreme, a zatim nastaje adaptacija.

g) Neuroleptički maligni sindrom

Neuroleptički maligni sindrom predstavlja retku komplikaciju antipsihotične terapije, veoma je ozbiljna komplikacija sa dosta visokim rizikom od fatalnog, smrtnog ishoda. Slični opisi javljaju se u psihijatrijskoj literaturi i pre upotrebe antipsihotične terapije pod različitim nazivima, "smrtna katatonija", "letalna katatonija" i sl. Do ovog sindroma dolazi usled preturbacije u funkcionisanju dopaminergičkog sistema. Ovaj stav nameće i zaključak da osim primene antipsihotika postoji mogućnost da je nastanak ovog sindroma vezan i za samo schizofreno oboljenje, ali i za maniju i depresiju. Ovaj sindrom registrovan je i kod parkinsonizma i u slučajevima kada su im bili uključeni dopaminski agonisti, koje su u poslednje vreme duže uzimali. Procenjuje se da je incidencija ovog sindroma oko 0,5% od svih tretiranih bolesnika antipsihoticima. U kliničkoj slici dominiraju sledeći simptomi: visoka temperatura, mišićna rigidnost, poremećaji vegetativnih funkcija, stupor, tahipnea, koma. Naglo povećanje postojeće doze često prethodi sindromu i može se smatrati bazičnim činiocem. U literaturi se haloperidol okrivljuje kao lek odgovornim za pojavu ovog sindroma, mada treba podvući i činjenicu da haloperidol najčešće ordinirani antipsihotik. U nekim najnovijim psihofarmakološkim publikacijama navode se drugi lekovi koji mogu dovesti do malignog neuroleptičkog sindroma. Najčešće se navode: amoxsapiin sam ili sa litijumom, clomimipramin, deziimipramin, phenelazin, trimipramin, venlafaxin sa trifluoperazinom, bromperidol sa donepezilom, clozapin sa risperidonom, chlorpromazin, flupentixol, flufenazin, halopridol sa olanazapiinom, litijum sa amoxapiinom, litijum sa risperidonom, loxapin, olanazapin, olanazapin sa levopromazinom, promazin, quetiapin, risperidon sa haloperidolom, tioridazin, zuclopenthixol, alimemazin, amantadin, antiholinergički apstinencijalni sindrom, apstinencijalni sindrom carbamazepina, ganciclovir, iron, levodopa i njen apstinencijalni sindrom, litijum, methylphenidat, metoclopramid, oralni kontraceptivi.

h) Serotoninski sindrom

Serotoninski sindrom čini polimorfna mešavina simptoma neuromuskularnog, neurološkog, gastrointestinalnog i vegetativnog sindroma i vezan je za primenu klasičnih antidepresiva i lekova novije generacije iz ove grupe. Prevalenca učestalosti ovog sindroma za seroxat-paroksetin i triciklične preparate kreće oko 3%, što praktično znači da nema bitnije razlike u učestalosti između pomenutih lekova. "Zimelidinski sindrom", inače dosta sličan serotoninskom, sastoji se od groznice, ataksije, mialgije, raša i promene vrednosti hepatičkih enzima. On je vezan pre svega za upotrebu leka zimelidina, koji je ujedno prvi sintetički 5HT inhibitor i danas se koristi kao hipnotik, a ne za grupu SSRIs antidepresiva. Obično se radi o preosetljivosti organizma na zimelidin, a ne na SSRIs lekove. Serotoninski sistem dolazi u žižu interesovanja posle velikog broja studija kod obolelih od ne samo od depresije već i od schizofrenije i to posle pronalaska niza subtipova serotonergičkih receptora. Među mnogobrojnim agonistima i antagonistima serotonergičkih receptora klinički relevantni su sledeći: 5-HT₁, 5-HT₂ agonisti i 5-HT₃ antagonisti. Kao mogući etiološki faktori navodi se više grupa lekova i to: amitriptilin, clomipramin, niže doze citaloprama, dexfenfluramin, dothiepin u velikim dozama, fluoksetin, fluoxamin, sa umerenijim simptomima čak kod 43% pacijenata, mirtrazepin, nefazodon, paroksetin, sertalin u manjim dozama, predoziranje takodje sa sertalinom, trazodon, venlafaxin naročito u stanjima predoziranosti, SSRIs u istovremenoj

kombinaciji sa MAOI, citaklopram sa buspironom, citalopram sa moclobemidom, istovremene prekomerne doze fluoksetina-moclobemida i cloimipramina, fluoxetin sa buspironom, fluoxetin sa carbamazepinom, fluoxetin sa litiumom, fluoxetin sa mirtrazepinom, fluoxetin sa moclobemidom, fluoxetin sa nefazodonom, fluoxetin sa paroxetinom, fluoxetin sa parstelinom, fluoxetin sa sertalinom, fluoxetin sa tramadolom, fluoxetin sa trazodonom, fluoxetin sa venlafaxinom, paroxetin sa litiumom, paroxetin sa moclobemidom, paroxetin sa nefazodonom, paroxetin sa risperidonom, paroxetin sa tramadolom, paroxetin sa trazodonom, sertalin sa amytriptilinom, sertalin sa dolasetronom, sertalin sa eritomicinom, sertalin sa linezolidom, sertalin sa metoclopramidom, sertalin sa phenelizinom, sertalin sa tramadolom, sertaline sa tranlycyprominom, sertalin sa buspironom i loxapinom, MAOIs sa triciklicima, phenelazin sa clomoimipraminom, phenelazin sa dextromethorphanom, phenelazin sa venlafaxinom, tranlycyprominom i venlafaxinom. Veižoma su zanimljive i sledeće kombinacije: mirtrazepam sa tramadolom i olanazapinom, moclobemida sa cloimipraminom, moclobemid sa cloimipraminom, moclobemid sa pethidinom, nortryptilin sa selegininom, St Johns worts sa buspironom, trazodon sa amitryptilinom, trazodon sa nefazodonom, venlafaxin sa amitryptilinom, venlafaxin sa dexamphetaminom, venlafaxin sa metoclopramidom, venlafaxin sa mirtrazepinom, venlafaxin sa trazodonom, venlafaxin sa selegillinom i St Johns wort-om.

VIII PSIHIJATRIJSKI SINDROMI USLOVLJENI PSIHOTROPNIM I DRUGIM LEKOVIMA

O ovim sindromima uglavnom je bilo više reči u poglavljima gde su prikazana neželjena dejstva različitih grupa lekova u koje sigurno spadaju i neuropsihoparmaci. Sigurno je da postoje i drugi psihijatrijski simptomi i sindromi koji se takodje sreću u kliničkoj praksi. mnogi od njih su tzv. jatrogeni simptomi i sindromi. Dobro je poznato da kortikosteroidni mogu izazvati različite poremećaje. takodje su dobro poznati depresivni simptomi kod primene antihipertenzivnih lekova, U poslednje vreme više se preporučuje primena manjih doza antidepressiva umesto anksiolitika u kombinaciji sa antihipertenzivima. Kada je reč o jatrogenim simptomima i sindromima u kliničkoj praksi se pre svega sreću anksioznost, strah, depresivno raspoloženje. Institucionalna neuroza i/ili tzv hospitalizam u velikoj meri je jatrogenog porekla. U komplikacije psihijatrijske terapije u "užem" smislu spadaju sledeći simptomi i sindromi: 1. pospanost i ošamućenost, 2. poroduženi san, 3. hipotenzija, 3. tahikardija, 5. vertiginozne smetnje, 6. konfuzno-delirantn ponašanje, 7. paroksizmale diskinezije, 8. neuroleptički sindrom (medikamentozni parkinsonizam), 9. maligni neuroleptički sindrom, 10 anemija, 11. opstipacija, 12. retencija urina, 13. granulocitopenija i agranulocitoza, 14. ikterus, 15. pogoršanje i 16. konvulzivne krize.

1. Psihijatrijski sindromi kod kojih je indikovana psihijatrijska hospitalizacija

Kod svakog psihijatrijskog oboljenja pažljivim pregledkom pacijenta, znanjem i iskustvom lekara može se konstatovati da veći broj simptoma koji se u okviru psihijatrije označavaju sitintagmom "*psihopatološki fenomeni*" Njihvo postojanje u međusobnoj komunikaciji od više njih od posebnog je značaja o domošenju odluke o upućivanju takvog pacijenta na bolničko lečenje. Medjutim, i pojedinačno svaki od dalje navedenih sindroma i simptoma može da bude dovoljan razlog sam po sebi po sebi za hospitalizaciju bolesnika. Pošto je o većini njih bilo dovoljno reči u dosadašnjem

izlaganju, ovde ćemo ih samo ukratko nabrojati. To su pre svega sledeći sindromi: 1. opšti psihomotorni nemir, 2. psihotična anksioznost (strah), 3. agresivni pacijenti, 4. impulsivnost, 5. suicidalnost, 6. logoreja, 7. disocijacija mišljenja, 8. sumanute ideje (ekspanzivne ideje, depresivne ideje, neosnovane ideje patološke ljubomore, interpretativne ideje, hipohondrične ideje i dr.), 9. doživljavanje halucinatornih fenomena i iluzija, 10. euforija, 11. depresivno raspoloženje, 12. autizam, 13. stupor, 14. poremećaji orijentacije, kvantitativni poremećaji svesti, 16. status epilepticus, 17. feonemi derealizacije i depersonalizacije i 18. u svim drugim slučajevima kada lekar proceni da psihičko stanje bolesnika predstavlja opasnost po njega, njegovu okolinu i ili imovinu. U koliko pacijent i njegova porodica odbije predloženu hospitalizaciju iz bilo kog razloga lekar je obavezan, potrebno je da lekar upiše u karton pacijenta i po mogućnosti da to uradi i administrativno lice koje vodi dispanzerske protokole bolesnika u odgovarajućoj rubrici "primedba" ili slično. Nije dovoljno da se upiše "odbija bolničko lečenje", kao što je to praksa sa somatskim bolesnicima, već treba upisati ime i prezime najodgovornijeg lica među pratiocima i njegov rodbinski ili drugi odnos prema bolesniku (komšija, prijatelj, socijalni radnik i sl). takvom bolesniku treba izdati uput za bolničko lečenje. Ove se dosta često postavlja i pitanje tzv. uputne dijagnoze. U koliko pacijent poseduje odgovarajuću medicinsku dokumentaciju o dosadašnjem lečenju preporučuje se da navedene *nozološku dijagnozu* koja predstavlja precizian dijagnostički stav prema ICD-10. U koliko pacijent ne poseduje odgovarajuću medicinsku dokumentaciju, lekar je obavezan da navedenu sindromsku dijagnozu pacijenta. Sindromska dijagnoza manje je precizna od nozološke dijagnoze, i obuhvaća šire područje psihijatrije, ali sa terapijskog aspekta u potpunosti zadovoljava čak i u bolničkim uslovima. u ovom slučaju dijagnostički stav se formira na osnovu glavnog, tj. vodećeg sindroma psihoze, što predstavlja relativno lakši zadatak koji se može obaviti i u uslovima dispanzerskog rada. Treba navesti da pojam "psychosis acuta" predstavlja najširi pojam iz koga se ne može zaključiti ništa drugo sem da se radi o akutnom duševnom oboljenju. Ovakva dijagnostička klasifikacija nije nedopustiva u kliničkoj psihijatriji kada je reč o prvom dijagnostičkom utisku i pri nemogućnosti da se lekar opredeli u pravcu nozološke i sindromske dijagnoze. Sem toga, ovakva dijagnostička klasifikacija može se koristiti ne samo kod prve pojave akutnih simptoma nekog duševnog oboljenja već važi i za sve akutne egzacerbacije kod višegodišnjeg postojanja psihoze, praktično kod svakog novog šuba. U ovom slučaju lekar se može opredeliti i za dijagnozu *psychosis recidivans*.

IX PSIHIJATRIJSKI SINDROMI KAO POSLEDICA OPŠTERG ZDRAVSTVENOG STANJA

Psihijatrijski poremećaji zbog opšteg zdravstvenog stanja karakterističan je po prisutnosti psihičkih simptoma za koje se smatra da su neposredno fiziološki uzrokovani opštim zdravstvenim stanjem. *Termin opšte zdravstveno stanje* odnosi se na stanja koja su navedena izvan šestog "F" poglavlja Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja u ICD-10. Održavanje razlike između psihijatrijskih poremećaja i opšteg zdravstvenog stanja koje ne implicira da postoje temeljne razlike u njihovoj konceptualizaciji, da mentalni poremećaji u vezi sa fizičkim ili biološkim faktorima ili procesima ili da opšter zdravstveno stanje nije u vezi s bihevioralnim ili psihosocijalnim faktorima ili procesima. Cilj pravljenja razlike između psihijatrijskih poremećaja i opšteg zdravstvenog stanja služi da se podrži osnovni cilj vezan za evaluaciju i da se pronadje kratki termin za poboljšanje komunikacije među stručnjacima koji pružaju zdravstvenu uslugu. Medjutim, u kliničkoj praksi očekuje se korišćenje određeniije određeniije terminologije

za identifikovanje određenih stanja. Kada je reč o psihijatrijskim sindromima i opštem zdravstvenom stanju u ovom poglavlju želimo da naglasimo samo tri vrste ovakvih poremećaja: 1. Katatoni poremećaj zbog opšteg zdravstvenog stanja, 2. Promena ličnosti zbog opšteg zdravstvenog stanja i 3 bliže neodređen mentalni poremećaj koji je u vezi sa opštim zdravstvenim stanjem. Sve oficijelne psihijatrijske klasifikacije, npr. DSM-IV i/ili ICD-10 uglavnom su tako sadržajno organizovani da skrenu pažnju kliničarima na to razmatraju ove poremećaje kao zbog definisanja nekog poremećaja tako i zbog diferencijalne dijagnoze. Ovde navodimo zbog ilustracije određeni broj poremećaja koji su nastali kao direktna posledica promene opšteg zdravstvenog stanja: 1. Delirijum zbog opšteg zdravstvenog stanja, 2. Demencija zbog opšteg zdravstvenog stanja, 3. Amnestički poremećaj zbog opšteg zdravstvenog stanja, 4. Psihoteični poremećaji zbog opšteg zdravstvenog stanja, 5. Poremećaji raspoloženja zbog opšteg zdravstvenog stanja, 6. Anksiozni poremećaji zbog opšteg zdravstvenog stanja, 7. Seksualne smetnje zbog opšteg zdravstvenog stanja i 8. Poremećaji spavanja zbog lošeg opšteg zdravstvenog stanja. Kao zajednički dijagnostički kriterijumi za napred navedene psihijatrijske poremećaje koji su u vezi sa opštim zdravstvenim stanjem posebno se ističu: a) postojanje dokazala iz anamneze, somatskog pregleda i laboratorijskih nalaza da su ovi poremećaji neposredno fiziološki uzrokovani opštim zdravstvenim stanjem, b) ovaj poremećaj se ne može bolje i sigurnije pripisati nekom drugom mentalnom poremećaju. Ovde obavezno treba isključiti primarni poremećaj i mentalnog poremećaja zbog zloupotrebe psihoaktivnih supstanci. Često je veoma teško isključiti mogućnost primarnog psihijatrijskog poremećaja jer se kod osoba sa primarnim mentalnim poremećajem često istovremeno javljaju određena zdravstvena stanja koja ne izazivaju psihičke simptome posredstvom neposrednih fizioloških mehanizama. treba istaći da mogu da postoje brojne druge veze između psihičkih poremećaja i opšteg zdravstvenog stanja: opšte zdravstveno stanje može dovesti do egzacerbacije simptoma ili komplikovati lečenje psihijatrijskog poremećaja, zatim ove pojave mogu biti povezane nefiziološkim mehanizama, ili istovremena pojava može biti samo slučajna koincidencija. Npr. kada je početak simptoma depresije ubrzan opštim zdravstvenim stanjem koje se ponaša kao psihosocijalni stresorni faktor, a nije rezultat neposrednog fiziološkog uticaja opšteg zdravstvenog stanja, dijagnoza bi glasila- Veliki depresivni poremećaj ili poremećaj prilagodjavanja sa depresivnim raspoloženjem. Kao što je već navedeno ovde ćemo dati kraći osvrt samo na tri psihijatrijska sindroma koji su u vezi sa opštim zdravstvenim stanjem.

1. Katatoni poremećaj (organski katatoni poremećaj) zbog opšteg zdravstvenog stanja

Za ove sindrome se smatra da su uzorčno-posledično fiziološki uslovljeni opštim zdravstvenim stanjem. Vodeći simptomi kod ovog sindroma su: morotna usporenost, eholalija, ehopraksija. Poremećaji motorike mogu se manifestovati katalepsijom (fleksibilis cerea, voštana savitljivost) ili stupor. Ovaj poremećaj čini besciljno i sa spoljnim uticajima nemaju veze. Takodje se može pojaviti ekstremni negativizam koji se manifestuje otporom prema svim nalogima ili zauzimanje krutog, rigidnog držanja pri pokušaju da se porenju. Specifičnost voljnih pokreta manifestuje se voljnim zauzimanjem čudnih, bizarnih položaja tela ili izvodjenje raznih grimasa. Eholalija je patološko, papagajsko i jasno besmisleno ponavljanje reči ili fraza koje je izgovorila neka druga osoba. Slična je situacija i sa ehopraksijom gde se vidja ponavljanje tuđih pokreta. Brojni su somatski poremećaji, naročito neurološka oboljenja, koja mogu dovesti do katatonog sindroma: neoplazme, traume glave, cerebrovaskularne bolesti, encefaliti,

zatim metabolički poremećaji (hiperkalcemija, hepatična encefalopatija, homocistinurija, dijabetička ketocidoza).

2. Promene ličnosti (Organski poremećaj ličnosti i/ili organski poremećaj sa emocionalnom labilnošću) zbog opšteg zdravstvenog stanja

Bitna obeležja ovog poremećaja su stalni poremećaj ličnosti koji su neposredno uslovljeni fiziološkim uticajem opšteg zdravstvenog stanja. Sama promena ličnosti predstavlja promenu od prethodnog karakterističnog modela ličnosti. Kod dece se ova promena manifestuje kao izražena devijantnost od normalnog razvoja nego kao promena stabilnog modela ličnosti. Ovaj poremećaj pored kliničkih smetnji manifestuje se i u oštećenju u društvenom, profesionalnom i drugim oblastima funkcionisanja. Uobičajeni simptomi su: afektivna nestabilnost, slaba kontrola impulsa, ispadi agresije i/ili besa koji nisu u skladu s bilo kojim spoljnim psihostresorom, jaka apatija, nepoverenje, paranoidne ideje. Obično se navodi za ove poremećaje izraz "osoba koja svoja". Klinička slika u velikoj meri zavisi od prirode i lokalizacije patološkog procesa. Npr. povreda frontalnog režnja može izazvati simptome kao što su nedostatak sposobnosti procene ili predviđavanja, provokativnost, dezinhibicija i euforija. Udari na desnoj hemisferi često dovode do promena ličnosti praćenih unilateralnim prostornim zanemarivanjem, anozognozijom (nesposobnost osobe da prepozna fizičke ili funkcionalne nedostatke kao što je postojanje hemipareze), motornom nestabilnošću ili drugim neurološkim ispadima. Odredjena promena ličnosti može se specifikovati navodeći simptome koji preovladjuju u kliničkoj slici: labilni tip, neinhbirani tip, agresivni tip, apatični tip, paranoidni tip, kombinovani, drugi i neodredjeni tip poremećaja.

Različita neurološka i druga opšte zdravstvena stanja mogu biti uzrok organske promene ličnosti . Ovde prvom redu dolaze u obzir neoplazme CNS-a, traume glave, cerebrovaskularne bolesti, hatingtonova horeja, epilepsija, neuroinfekcije, HIV, endokrini poremećaji (hipotireoidizam, hipo i hiper adrenokroticizam), zatim autoimuna stanja uz uključivanje CNS (sistemski lupus eritemetodes).

3. Neodredjeni mentalni poremećaji zbog opšteg zdravstvenog stanja

IX UMEŠTO ZAKLJUČKA

Poznavanje psihijatrijskih sindroma od posebne je važnosti i koristi za specijalanta i specijalstu psihijatra, jer mu olakšava da se mnogo lakše snadje u postavljanju dijagnoze psihijatrijske bolesti ili poremećaja ponašanja. Osim toga, poznavanje važnijih psihijatrijskih simptoma i sindroma omogućavaju psihijatru da dobije jasniju sliku pri proučavanju različitih aspekata psihijatrijske bolesti. Da bi se olje razumeli pojedini psihijatrijski sindromi i njihova etiopatogeneza, neophodno je dobro poznavanje osnovnih principa medicinske psihologije i kliničke psihopatologije, strukture ličnosti, zatim dobro poznavanje tehnike dijagnostičkog intervjua i formulisanja psihičkog statusa. Neki kliničari sve više koriste polustrukturisane intervjue i/ili proverene rajting skale u dijagnostici. ovo se može svakako smatrati korisnim, ali treba istaći da je još uvek nezamenjiv klinički instrument odnos lekar- pacijent.

U ovom tekstu sigurno nisu obuhvaćeni svi relevantni psihijatrijski sindromi. Možda i predložena struktura izloženog teksta nije najprihvatljivija. Verovatno bi bilo bolje da su oni klasifikovani po važnijim područjima kliničke psihijatrije i prema redosledu koji je dat u savremenim klasifikacijama kao na primer ICD-10 ili DSM-IV. I pored toga može

se pretpostaviti da će ovaj tekst biti od koristi u savladavanju osnovnih principa i načela kliničke psihopatologije. Svi navedeni simptomi i sindromi u ovom tekstu uglavnom su fenomenološki izloženi. To ne isključuje mogućnost i drugih pristupa ovim poremećajima i to pre svega psihodinamskom i sociodinamskom modelu. Isto tako nisu navodjeni ni najelementarniji principi tretmana i prevencije. U nekim sindromima navedene su grupe različitih lekova kao mogući etiološki činioci. To se pre svega odnosi na simptome i sindrome koji su direktno uslovljeni određenim lekovima i njihovo nabranje obuhvata period 2003 i 2004. godine. Dati su uglavnom generički nazivi i većina od njih registrovana je i u našoj zemlji poslednjih nekoliko godina. Vredi istaći podatak da se tokom prošle i ove godine ispituje ukupno dvadesetak novih psihofarmaka u svetu. Neki od ovih lekova su već registrovani u drugim zemljama, kod nekih su završna multicentrična klinička ispitivanja, a kod nekih se već izvode postmarketinške studije. Oni će svakako biti od koristi u tretmanu većine navedenih simptoma i sindroma, ali je veći problem nedovoljno kliničko iskustvo i nedovoljno poznata neželjena dejstva tih lekova.

Na kraju želim da izrazim zahvalnost Mr sci med Dr Marici Lazarević i Dr Bojani Pejušković za prevode skala za procenu psihotične anksioznosti i za procenu i evaluaciju akutnog konfuznog stanja. Takođe se zahvaljujem Dr Srdjanu Bokonjiću, Šefu Odeka za depresije Dnevne bolnice IZMZ kao iskusnom kliničaru na brojnim usmenim sugestijama u vezi kliničke psihopatologije.

X L I T E R A T U R A

1. American Psychiatric Association: Dijagnostički i Statistički Priručnik za Mentalne Bolesti (DSM-IV), Objavljeno od strane Američke Psihiatrijske Asocijacije, Washington, DC, 1994.,
2. Adler, A.: Individualna psihologija, Matica srpska, Novi Sad, 1984.,
3. Arieti, S. and all.: Handbook of Psychiatry, Basis Book, 2-ed. New York, 1974.,
4. Berger, J.: Klinička psihologija, Nolit, Beograd, 1990.,
5. Bazire Stephen: Psychotropic Drug Directory, The professionals pocket handbook & aide memoire, Fivepin Publishing Limited, 2003.,
6. Caran N.: Granični slučaj, Naučna knjiga, Beograd, 1983.,
7. Centar za psihoterapiju i psihosomatiku KBC "Dedinje": Seminar o agresiji, Beograd, 23-24. marta 1976, Zbornik radova, Dokumenta 1979, Galenika, Beograd, 1979.,
8. Vidović, D.: Psihijatrija sa medicinskom psihologijom, Astra, Kragujevac, 1998.,
9. Desimitović, V.: Medicinska psihologija sa osnovama psihopatologije, Naučna knjiga, Beograd, 1997.,
10. Erić, L.J.: Panična stanja, Medicinska knjiga Bograd-Zagreb, 1989.,
11. Djukić-Dejanović, S. Milošević, S. Milošević, S. Milošević: Uvod u kliničku psihijatriju, Medicinski Fakultet, Kragujevac, 1999.
12. Rusel Davis: An introduction to Psychopathology, Oxford University Press, 1984.,
13. Ferty, A., Joseph i sar.: Psihijatrija, Langeov priručnik, Savremena administracija Beograd, 1992.,
14. Laser, J.: Opća psihopatologija, Narodne novine, Zagreb, 1963.,
15. Frst B. Michael Frances Allen i Pincus Alan Harold: DSM-IV Priručnik za diferencijalnu dijagnostiku, Naklada Slap. Jastrebarsko, 1997.,
16. Jakulić, S., Bjelogričić, M i Marković, R.: Neuroleptički maligni sindrom, Srpski arhiv, 117;231-239, 1989.,
17. Jakulić, S.: Urgentna psihijatrija, Srempublik, Beograd, 1994.,

18. Hamilton M.: Fish-s Clinical Psychopathology, Signs and symptoms in Psychiatry, John Wright and Sons,Bristol,1974.
19. Henderson D. i Gillespie R.D. :Udžbenik psihijatrije, (prevod sa engleskog), Medicinska knjiga Beograd-Zagreb,1951.,
20. Jaspers,K.: Opšta psihopatologija, Prosveta i Savremena administracija, Beograd,1978.,
21. Jeftić.D.: Sudska psihopatologija, II preradjeno i dopunjeno izdanje, Medicinska knjiga Beograd-Zagreb, 1960.,
22. From,A.: Understating Senile Dementie,Croom Helem,London,1987.,
23. Kaličanin,P: Psihijatrija, Velarta, Beograd, 1997.,
24. Kecmanović,D: (ur.) Psihijatrija, Medicinska knjiga Beograd-Zagreb i Svijetlost Sarajevo, Tom I,1989.
25. KecmanovićD, Loga S.i Cerić.I: Urgentna stanja u psihijatriji, Medicinska knjiga Beograd-Zagreb, 1985.,
26. KrbikovO.V.,Ozereckin,N.I.,Popov,E.A.: Udžbenik psihiatri, Medgiz, Moskva, 1958, Prevod dr Zoran Vuković. Psihijatrijska bolnica, Beograd, 1964.,
27. Kstenbaum,J.Clarice: The Borderline Child at Risk for Major Psychiatrc Disoreds in Adult Life.Raven Press, 1977.
28. Knežević A i Popov I.: Opšta psihopatologija, Medicinski fakultet, Novi Sad, 1995.,
29. Kaplan,H and Sadock,B.: The Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6th (eds).Williams and Wilkins,Baltimore,1996.,
30. LopašićR., Betlhein,S.i Dogan S :Psihijatrija, Medicinska knjiga Beograd-Zagreb, 1959.,
31. Milovanović D i Šternić M.: Uvod u kliničku psihijatriju, Osnovni principi psihijatrijske dijagnostike i osnovni principi psihijatrijskog veštaćenja, Medicinski fakultet u Bogradu i RO za grafičku i izdavačku delatnost "Zaječar", 1981.,
32. Muačević,V i sar.Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 1995.
33. MacKinson,A., Roger,Yusfy C.Stuart: Principle of the Psychiatric Evaluation, J.B.Lippincott Company, Philadelphia, USA, 1991.,
34. Loga S (ur.): Klinička psihijatrija, Medicinski fakulteti Sarajevo i Tuzla, 1999.,
35. LopašićR, Betlheim,S., Dogan,D.: Psihijatrija, Medicinska knjiga Beograd-Zagreb, 1959.,
35. Marić.J.: Klinička psihijatrija.9-to preradjeno i dopunjeno izdanje, Megraf, Beograd,2005.,
- 36 .Maxemen Jerrold,S.: Estantial Psychopathology, W.W.Narton Company, New York-London,1986.
37. Morić-Petrović,S. (ur) Psihijatrija, Medicinska knjiga Beograd-Zagreb,drugo preštampano izdanje, 1988.
- 38 .Poro,A.: Enciklopedija psihijatrije, Nolit, Beograd, 1990.,
39. Sharon,K.Inouye,Christopher,H van Duck,Cathy,A.et all.: Clarifying Confusion:The Confusion Assessment Method,A New method for Detection of Delirium, Annals of Internal Medicine,113;941-948,1990.,
- 40 .Stoiljković,S.: Psihijatrija sa medicinskom psihologijom, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb,1975.,
- 41.Timotijević.I. i Paunović,V.R.Instrumenti kliničke procene u psihijatriji,Naučna knjiga,Beograd,1992.,
42. Turer,P. and Streinberg,D.: Models for Mental Disorders, Conceptual Models in Psychiatry, John Wiley and Sons,1987.,

43. Vesel, J.: Medicinska psihologija sa psihopatologijom, Viša medicinska škola, Beograd, 1990.,
44. Vujić, V.: Medicinska psihologija i opšta psihopatologija, I deo. Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1956.,
45. Zec, N.: Osnovi medicinske psihologije i psihopatologije, Zavod za izdavanje udžbenika, Sarajevo, 1971.
46. Wong et al.: Psychiatric adverse effects of anticonvulsant and other drugs, CNS Drugs, 8:492-509, 1997.
47. Munjiza M: Akutne i hronične psihoze u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, Elit-Medica, Beograd, XVI+132, Beograd, 2005.,
48. Popović P i Djordjević J: Praktični priručnik iz psihijatrije, Elit-Medica, Beograd, 1997.,