

EDWARD BERNAYS
VISOKA ŠKOLA ZA KOMUNIKACIJSKI MENADŽMENT
PROPEDEUTIKA PSIHOTERAPIJE

**POREMEĆAJI PONAŠANJA KOD ODRASLIH – UZROCI I
POSLJEDICE**

SEMINARSKI RAD

Kolegij: Rehabilitacija

Student: Ivo Ivšac

Mentorica: Prof. dr. sc. Rea Fulgosi Masnjak

Zagreb, veljača 2022.

SADRŽAJ

UVOD.....	3
1. POREMEĆAJI PONAŠANJA OPĆENITO – KRATKI PRIKAZ.....	5
2. POREMEĆAJI PONAŠANJA KOD ODRASLIH – VRSTE POREMEĆAJA. MOGUĆI UZROCI I POSLJEDICE	9
2.1. ANKSIOZNI POREMEĆAJI.....	9
2.2. DISOCIJATIVNI POREMEĆAJI	10
2.3. OVISNOST O DROGAMA I LIJEKOVIMA.....	11
2.4. POREMEĆAJI PREHRANE.....	13
2.5. POREMEĆAJI RASPOLOŽENJA	15
2.6. POREMEĆAJI OSOBNOSTI.....	15
2.7. SHIZOFRENIJA I SRODNI POREMEĆAJI	17
2.8. POREMEĆAJI SPOLNOSTI	21
2.9. SOMATOFORMNI I UMIŠLJENI POREMEĆAJI	21
3. POREMEĆAJI PONAŠANJA ODRASLIH U UŽEM SMISLU	23
ZAKLJUČAK.....	25
POPIS LITERATURE	26
POPIS SLIKA.....	28

UVOD

Poremećaji ponašanja kod odraslih najčešće vuku svoje korijene iz ranog djetinjstva i mladosti, no ne mora to biti baš tako. U ovom ćemo radu opisati nekoliko najraširenijih poremećaja ponašanja kod odrasle populacije, njihovu vjerojatnu etiologiju (uzrok takvog ponašanja), liječenje, posljedice. O svakoj od tih poremećaja (abnormalnosti, bolesti) napisane su stotine knjiga i tisuće članaka, analiza i studija, no ovaj rad zahtijeva jednu sažetiju formu u kojem svaku od tih dijagnoza moramo u kraćim crtama – ovisno o bolesti – opisati.

Mogli smo ići linijom manjeg otpora, te se baviti tek malobrojnim poremećajima koje su specifične kod odrasle populacije (opisane u Medved, 2015: 270-274), no odlučili smo opisati *uglavnom sve* poremećaje, osim određenih iznimaka. U opisu poremećaja – a bavimo se, redom, anksioznim poremećajima, disocijativnim poremećajima, ovisnostima o drogama i lijekovima, potom poremećajima raspoloženja, prehrane, osobnosti, spolnosti, te različitim vrstama shizofrenije i somatoformnim (umišljenim) poremećajima – pažnju usmjerujemo na opis poremećaja, te njegov mogući uzrok i posljedice bolesti. Znanstvenici su tijekom desetljeća istraživanja svaki od navedenih poremećaja potom razvrstavali u više različitih podvrsta. Barem kratka elaboracija baš svakog registriranog poremećaja zahtijevala bi opseg rada od minimalno stotinu stranica. Odlučili smo stoga obraditi najpoznatije i najraširenije poremećaje (kod odraslih), te uzroke i posljedice navedenih poremećaja.

U radu su nam kao najrelevantnija svjetska literatura poslužila prevedena izdanja jastrebarske Naklade Slap (o čemu će biti riječi u sljedeća dva odlomka), potom tiskani i mrežni MSD priručnici iz dijagnostike i terapije („Za liječnike“, „Za pacijente“ i „Simptomi“), nekoliko znanstvenih članaka i udžbenika (*Psihologija* skupine autora iz 2015.) iz hrvatskih i svjetskih baza podataka cjelovitog teksta, te ostali izvori.

Posebno treba spomenuti čuveni *Uvod u psihologiju* dvoje Amerikanaca: psihologa Ernesta Hilgarda, te još uvijek živeće psihologinje, vitalne devedesettrogodišnje Rite L. Atkinson, čije je prvo izdanje ove knjige (puni naziv: *Atkinson & Hilgard's Introduction to Psychology*) izišlo davne 1953. U međuvremenu su se novim izdanjima (barem ih je petnaest kod američkih izdavača) u suautorstvu pridružili drugi cijenjeni znanstvenici, mlađe snage i vrsni stručnjaci u svojim područjima iz psihologije (Edward E. Smith, Susan Nolen-Hoeksema, Barbara L. Frederickson, Geoffrey R. Loftus, Daryl J. Bem i Stephen Maren). Za našu temu posebno su važna poglavlja 15 („Psihički poremećaji“), 16 („Liječenje psihičkih poremećaja“),

ali i mnoga druga (primjerice, u drugom se poglavlju raspravlja o biološkom temelju psihologije, u trećem o psihičkom razvoju, potom se govori o senzornim procesima, percepciji, svijesti, pamćenju, govoru, mišljenju, emocijama, stresu, inteligenciji, socijalnim utjecajima...). Sve se te teme posredno prožimaju kroz ona područja koja nas u ovome radu posebno zanimaju.

Druga važna knjiga je udžbenik za studente medicine (*Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*, 876 stranica), autora Geralda C. Davisona i Johna M. Nealea, Amerikanca i Kanadanina, sveučilišnih profesora i znanstvenika; i ta knjiga doživjela je mnogobrojna izdanja, te se smatra za obvezno štivo studentima psihologije i psihijatrije. Kroz četiri dijela, knjiga se bavi temeljnim pitanjima psihopatologije, duševnim poremećajima, razvojnim poremećajima tijekom cijeloga života te psihološkim intervencijama i pravnim i etičkim pitanjima. Svoje komentare i sugestije dali su, prema autorima, na desetke znanstvenica i znanstvenika diljem svijeta, stručnih recenzenata i komentatora, koji su poboljšavali knjigu iz izdanja u izdanje. Davison i Neale na kraju duhovito zaključuju kako „smo [zadržali] isti redoslijed autora kao i u prvom izdanju, a on je određen bacanjem novčića“ (Davison i ost., 2002: xii). Tko kaže da sveučilišni nastavnici iz psihopatologije nisi duhoviti!

I to bi bilo to od knjiga. Svaki pojedini poremećaj posjeduje svoju monografiju, članke i obrazloženja u popularnoj i znanstvenoj literaturi. Sad ćemo, u prvome poglavlju, izložiti kraći prikaz poremećaja ponašanja, u drugom ćemo opisati najpoznatije poremećaje, a u trećem prikazati one poremećaje ponašanja kod odraslih koje se javljaju isključivo u odabranoj populaciji. Rad ćemo završiti zaključkom.

1. POREMEĆAJI PONAŠANJA OPĆENITO – KRATKI PRIKAZ

Sintagmu *poremećaj ponašanja* možemo zamijeniti s jednom riječju koju psiholozi često rabe: *abnormalnost*. Takva abnormalnost u suprotnosti je s normalnošću; dakle, poremećaj je u suprotnosti s ne-poremećajem. Stanje ne-poremećenosti ili normalnosti bilo bi u svakodnevnom govoru (i mišljenju) lako definirati, no u psihologiji to nije tako jednostavno. Ipak, Atkinson i Hilgard (2007: 529) pokušavaju dati one osobine koje *normalna osoba* posjeduje u nešto većem stupnju nego osoba kojoj je dijagnosticiran određeni abnormalni poremećaj. Takva bi osoba tako imala prikladnu percepciju realnosti (realističnost u procjenjivanju vlastitih reakcija i ispravna percepcija drugih o nama), sposobnost voljne kontrole vlastitog ponašanja (kontrola preimpulzivnog ponašanja), visok stupanj prihvaćanja i samopoštovanja (dobro prilagođeni ljudi cijene vlastitu vrijednost i osjećaju se prihvaćenima, spontano reaguju u socijalnim situacijama), sposobnost uspostavljanja odnosa u kojima postoji naklonost (stvaranje bliskosti i zadovoljavajućih odnosa s drugim ljudima), te produktivnost (kvalitetna usmjerenost vlastitih sposobnosti u neku produktivnu aktivnost).

S druge strane, sve suprotno od navedenog spadalo bi u određenu vrstu poremećaja psihičke (psihofizičke) prirode. Svako ponašanje koje je neprilagođeno, tj. ako ima negativne učinke na zajednicu ili pojedinca, je abnormalno ili poremećeno (Atkinson i Hilgard, 2007: 528). U nekim društvima, neko ponašanje možemo prihvatiti kao normalno, dok u nekoj drugoj kulturi isto to ponašanje može biti nenormalno. Također se pri definiranju poremećaja uzima u obzir i statistička rijetkost, kao i osobna patnja (neke osobe mogu subjektivno osjećati bol ili tjeskobu, a ta tjeskoba može biti psihijatru jedini izvor ili simptom abnormalnosti). Davison i Neale (2002: 6-10) upotunjuju ove kriterije s nova dva: abnormalno ponašanje može biti *onesposobljenost ili teškoća u funkcioniranju* (osoba je zbog poremećaja nesposobna ostvariti neki cilj), te *neočekivanost* (mnogi oblici abnormalnog ponašanja neočekivani su odgovori na okolinske stresore).

U psihopatologiji i terapiji postoji nekoliko paradigmi ili teorija koje bi trebale objasniti poremećaje ponašanja. To su biološka paradigma, psihoanalitička paradigma, paradigma učenja, kognitivna paradigma i kombinacija ovih četiriju paradigmi (Davison i Neale, 2002: 31-63). U kraćim crtama opisat ćemo svaku od ovih paradigmi.

Biološka paradigma pretpostavlja da je određeni poremećaj ponašanja (bilo u odraslih, što je naša tema, bilo u djece) uzrokovan nekim organskim nedostatkom. Tako primjerice naslijeđe

(genetski faktor) često predodređuje osobu za shizofreniju, depresija može biti rezultat nedostatka u uobičajenim procesima prijenosa živčanih impulsa, anksioznost može proizlaziti iz nedostataka u autonomnom živčanom sustavu, neke druge mentalne bolesti mogu imati svoju etiologiju u moždanim strukturama, itd. Jasno, oni koji smatraju biološku osnovu za vodeću u uzrokovanju poremećaja, također smatraju da se osoba može liječiti isključivo biološkim putem, odnosno dodavanjem određenih supstanci u organizam, kako bi se biokemijska neravnoteža organizma nivelirala.¹

Psihoanalitička paradigma poznata nam je još od Sigmunda Freuda. Prema toj teoriji, proces potiskivanja i neki drugi nesvjesni procesi – koji se mogu kretati još od ranog djetinjstva – etiologiju različitih mentalnih poremećaja pronalaze u nesvjesnome i ranom pacijentovu životu. Današnji nasljedovatelji ove tradicije pažnju usmjeravaju na svjesne ego funkcije, manje na nesvjesno.

Paradigma učenja naziva se još bihevioralna paradigma. Ova teorija drži da se odstupajuće ponašanje razvilo uvjetovanjima (klasičnim, operantnim), ili pak modeliranjem. Ova je teorija bila popularna početkom prošlog stoljeća, kad su mnogi psiholozi obavljali različita ispitivanja uvjetovanosti ponašanja kod životinja. Modeliranje se pak razvilo u drugoj pol. 20. st., kad su znanstvenici eksperimentirali s djecom (primjerice, benigni eksperiment s djecom koja se boje psa analogno se mogao „prebaciti“ na mogućnost stjecanja abnormalnog ponašanja). Recimo, dijete čiji roditelji imaju fobiju od žohara (a tko nema), može razviti sličan obrazac fobije (Davison i Neale, 2002: 52).

Kognitivna paradigma usmjerena je na to kako ljudi strukturiraju svoja iskustva, kako ih osmišljavaju. Radi se o raširenoj i prihvaćenoj teoriji među mnogim psiholozima. Prema njima, glavni faktori abnormalnosti su određene sheme i iracionalne interpretacije oboljelog.

¹ Usp. o biološkim temeljima psihologije također Atkinson i Hilgard (2007: 30-63). Autori se ovdje posebno ne bave biološkom etiologijom poremećaja ponašanja, no neka njihova potpoglavlja u ovome poglavlju knjige fundamentalna su za razumijevanje ove teme. Jasni slikovni prikazi neurona, neurotransmitera, mozga i ledne moždine, kao i prikazi živoga mozga kroz CT, PET i MRI uređaje, zorno nam pokazuju na povezanost mozga, živaca, razmišljanja i radnjâ. Autori u novijim izdanjima (tako i u ovome hrvatskom) u svakom poglavlju daju tzv. „prijelomno istraživanje“ koje je rezultat najnovijih spoznaja. Ovdje nas upućuju (str. 46) na nova saznanja u razvijanju *novog mozga*. Pitaju se je li anatomija živčanog sustava uistinu statička i nepromjenjiva, te pokazuju na negativan odgovor. Prije se smatralo da rađanje novih neurona – naročito u odrasloj dobi – nije moguće, no sad se zna da je to uslijed određenih mentalnih napora, poput učenja, moguće. Mozak je prilagodljiv, *plastičan*. Nadalje, za našu temu (v. str. 60/61) posebno je bitan dio gdje autori suprotstavljaju različita mišljenja o nekoj diskutabilnoj temi. Tako Russell Geen sa Columbije suprotstavlja svoje mišljenje o agresivnom ponašanju kao socijalno utemeljenom Rowellu Huesmannu sa Sveučilišta Michigan, koji smatra da je poremećaj agresije kod ljudi isključivo utemeljen biološki. Usp. sl. o ovoj temi najrecentnije istraživanje u Lebowitz, M. S., Appelbaum, P. S. (2019). Biomedical Explanations of Psychopathology and Their Implications for Attitudes and Beliefs About Mental Disorders. *Annual review of clinical psychology*, 15, 555–577. Dostupno na: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095416> (30.1.2022.)

Postoji na kraju paradigma pod nazivom dijateza-stres. Ona je zapravo tek prijedlog paradigme, koja obuhvaća biološke, psihološke i socijalne faktore u etiologiji bolesti. U središtu teorije je interakcija između dispozicije prema poremećaju (dijateza) i objektivnih životnih nedaća (stres). Radi se o konstitucionalnoj dispoziciji za određeni poremećaj čije uzroke ne nalazimo u jednom segmentu, već u više njih istovremeno. No dijateza neke osobe prema, primjerice, alkoholizmu, shizofreniji ili poremećaju spolnosti ne znači apriori da će ta osoba postati alkoholičar, shizofrenik ili da će imati poremećen seksualni život. No određeni vanjski stres, događaj (*stressor*), može „probuditi“ bolest. Taj podražaj može biti biološki ili psihološki (Davison i Neale, 2002: 60/61).

Različite psihijatrijske udruge i zavodi diljem svijeta vrlo slično, a opet ne jednako, razvrstavaju različite vrste poremećaja i mentalnih bolesti. Vjerojatno najrelevantniji je *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* Američke psihijatrijske udruge.² Najnoviji DSM („Petica“: DSM-V) na ukupno 992 stranice objavljen je 2013. (do revidiranog petog izdanja iz 2021. nije se moglo, barem ne legalno), a rezultat je „a massive undertaking that involved hundreds of people working toward a common goal over a 12-year process“ (DMS-V, 2013: 5). Osim ovog sustava klasifikacije, možemo se konzultirati i s MKB-10 (*Deseta revizija Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema*), u kojoj se fokusiramo na blok F00-F99, pogl. V, u kojem su klasificirani mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja.³

U međuvremenu je počela vrijediti *Jedanaesta revizija MKB-a* (od 1. siječnja 2022.), a Talijanka Paola Bucci je u svom članku iz 2016., „Beta verzija MKB-11 poglavlja o mentalnim i ponašajnim poremećajima“,⁴ predvidjela određene promjene u klasifikaciji mentalnih bolesti.

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5. (2013). American Psychiatric Association. Fifth edition. Washington D. C., London, England: American Psychiatric Publishing. Dostupno na: <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20-%20DSM-5%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf> (2.2.2022.). Znakovito je da se DMS-IV i DMS-V razlikuju u činjenici da su neki poremećaji drugačije klasificirani, neki su izbačeni iz klasifikacije, a drugi uvršteni. Takve razlike u psihijatrijskoj dijagnostici i statistici rezultat su novih znanja, dugotrajnih promišljanja, istraživanja na više lokacija i na velikom uzorku, te zaključaka.

³ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) je medicinska klasifikacija bolesti, simptoma i abnormalnosti Svjetske zdravstvene organizacije. Više u: Mediatelly. MKB-10. Dostupno na: <https://mediatelly.co/hr/icd> (2.2.2022.)

⁴ Bucci, P. (2016). Beta verzija MKB-11 poglavlja o mentalnim i ponašajnim poremećajima. *Socijalna psihijatrija*, 44 (1), 86-88. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/159047> (2.2.2022.)

Tako bi u novu klasifikacijsku shemu trebale biti uvrštene nove skupine poremećaja, povezane sa stresom, „uključujući nove kategorije kompleksnog posttraumatskog poremećaja i produljenog poremećaja žalovanja, kao i detaljno revidirane kategorije poremećaja prilagodbe“ (Bucci, 2016: 86), potom su revidirane i pojednostavljene definicije i podtipovi poremećaja ličnosti, te je u poremećaj kontrole nagona uključeno patološko kockanje i poremećaj kompulzivnog seksualnog ponašanja. Sintagma „mentalna retardacija“ više se ne koristi (zamjenjuje ju „poremećaji intelektualnog razvoja“). Itd.

Slične promjene reflektirale su se i na DMS-V (u odnosu na DSM-IV). Kako, naime, piše Goran Arbanas (2014: 93), „DSM-5, za razliku od DSM-IV, nudi poremećaje u *novom* razvojno-kronološkom slijedu, te podjelu na internalizirajuću i eksternalizirajuću grupu poremećaja. Mentalna retardacija (pod novim nazivom intelektualna onesposobljenost) i poremećaji ličnosti vraćeni su pod psihičke poremećaje⁵ u užem smislu... Od drugih većih promjena u odnosu na DSM-IV može se navesti izdvajanje opsesivno-kompulzivnog i srodnih poremećaja od anksioznih poremećaja, napuštanje podjele na zlorabu psihoaktivnih tvari i ovisnost o njima, te promjenu naziva i klasifikacije demencija... [Neka stanja] nisu ušla u popis poremećaja (npr. ovisnost o internetskim igrama, ovisnost o seksu, kompleksno žalovanje), druga jesu (npr. nakupljajući poremećaj).“

Kao što vidimo, oba ova standarda – i *DSM-V* i *MKB-10* – vrlo su komplementarna, uglavnom se nadopunjuju i relevantna su za sve ustanove u cijelome svijetu. Uostalom, za pretpostaviti je da su vodeći stručnjaci surađivali na oba ova klasifikacijska sustava u psihijatriji i psihologiji.⁶ Naš odabir u sljedećem poglavlju možda je mogao neke poremećaje izostaviti, a druge uvrstiti, no smatramo da će i ovakav odabir biti relevantan i iznijeti odgovarajuće rezultate.

⁵ Takvi psihički poremećaji nisu izdvojeni iz Os II kao u DMS-IV. Inače, Os II označava kategoriju poremećaja ličnosti. Ostali „osovi“ su: Os I = Klinički sindromi – klasični poremećaji poput anksioznosti, shizofrenije, zlorabe opojnih sredstava... Poremećaji na ovoj osi su opisani hijerarhijski. Svaka skupina poremećaja grana se u specifičnije poremećaje. Os III = Tjelesna i medicinska stanja – tu se opisuje sve relevantno što bi moglo utjecati na mentalno stanje osobe. Os IV = Psihosocijalni i okolinski faktori bitni za mentalno funkcioniranje. Os V = Predstavlja procjenu opće razine funkcioniranja – procjena se daje od 0 do 100. Svih pet „osi“ uključene su u DMS-IV, dok se to u DSM-V ipak promijenilo.

⁶ O razlikama između DSM-a i MKB-a pisali su mnogi autori. Ovdje spominjemo tek Michaela B. Firsta i Drewa Westena, koji se detaljno bave klasifikacijom mentalnih bolesti u članku iz 2009., „Classification for clinical practice: How to make ICD and DSM better able to serve clinicians“. U njemu se autori čude da ima vrlo malo istraživanja, na svjetskoj razini, o tome kako zapravo liječnici koriste ova dva sustava u svojoj kliničkoj praksi. Njihov je prijedlog provođenje sveobuhvatnih istraživanja kako bi se utvrdilo kako se DMS i MKB koriste na terenu, te da se potom identificiraju ona područja koja traže određene izmjene u oba sustava. Također predlažu neka nove dijagnostičke postupke (o tome v. više na str. 479/480).

2. POREMEĆAJI PONAŠANJA KOD ODRASLIH – VRSTE POREMEĆAJA. MOGUĆI UZROCI I POSLJEDICE

U poglavlju su obrađeni oni poremećaji koji se često pojavljuju kod odrasle populacije. Ipak, mnogi od njih prisutni su i kod djece. Oni poremećaji koji su specifikum djetinjstva nisu obrađeni. No, vidjet ćemo kako su uzroci mnogih poremećaja u odrasle populacije upravo u djetinjstvu, tako da teško možemo stvarati podjelu na *poremećaje u djetinjstvu* i *poremećaje kod odraslih*. Ta podjela ipak postoji, a razlozi za to dani su u sljedećim odlomcima.

2.1. ANKSIOZNI POREMEĆAJI

Svakodnevno čujemo u formalnim i neformalnim razgovorima kako se netko žali da je „anksiozan“, da se osjeća „anksiozno“, i sl. Radi se o osjećaju straha ili tjeskobe. Ono je emocionalni i tjelesni odgovor na određenu ili neodređenu prepoznatljivu opasnost iz okoliša. Za osobe koje su *anksiozne*, to stanje je vrlo uznemirujuće i neugodno. Neki ljudi u određenoj situaciji mogu osjetiti neugodu, dok drugi u toj istoj situaciji ne. Anksioznost je manje povezana s točnim vremenom nastanka opasnosti; može se pojaviti u očekivanju opasnosti ili trajati nakon što je opasnost prošla ili se pojaviti bez jasne opasnosti. Anksioznost je često praćena tjelesnim promjenama i ponašanjima koja nalikuju onima izazvanima strahom. Treba reći da su anksiozni poremećaji najčešći od svih skupina psihijatrijskih poremećaja (MSD-10, 2010; DSM-V, 2013: 189/190; Begić i ost., 2015: 183-198; Davison i Neale, 2002: 149-190; Atkinson i Hilgard, 2007: 498-501, 533-541).

Na određeni način, anksioznost je odgovor tijela na neku nepredviđenu situaciju. Primjerice, važan roditeljski sastanak na kojem će se govoriti o tvojem djetetu ili iznenadni šefov telefonski poziv u subotu popodne sigurno nisu ugodne, uobičajene situacije. U takvim nam momentima anksiozno stanje pomaže prebroditi takve situacije (smirenost, opreznost). Međutim, iznad određene granice, anksioznost dovodi do disfunkcije i nepotrebne patnje. U tom trenutku anksioznost predstavlja lošu adaptaciju, pa se smatra poremećajem. Mnogi ljudi pate od prevelike anksioznosti, no to zanemaruju, ne liječe i ne obaziru se. Ili ih je čak sram tog stanja. Anksioznost se može pojaviti iznenada (panika) ili postupno (tijekom više minuta, sati ili dana). Može trajati od nekoliko sekundi do nekoliko godina. Izraženost anksioznosti se

proteže od jedva prepoznatljive potištenosti do potpune panike. Sposobnost podnošenja određene razine anksioznosti se od osobe do osobe razlikuje.

Uzroci anksioznih poremećaja nisu u potpunosti jasni. Obuhvaćaju mentalne i tjelesne čimbenike. Anksioznost se može javiti iznenada, a pretpostavlja se da je to reakcija na sve moguće vrste stresora. Neke tjelesne bolesti (hipertireoza, feokromocitom, hiperkorticizam, zatajenja srca, aritmija, astma, KOPB) mogu neposredno izazvati anksioznost. Drugi tjelesni uzroci obuhvaćaju primjenu lijekova. Učinci kortikosteroida, kokaina, amfetamina i kofeina mogu oponašati anksiozne poremećaje. Anksioznost može dovesti do depresije, a mogu postojati istodobno. Ako je anksioznost vrlo uznemirujuća i ometa funkcioniranje, te ne prestaje sama od sebe nakon nekoliko dana, postoji anksiozni poremećaj koji treba liječiti. Moguće je da je netko anksiozan zbog obiteljske anamneze, kroz naučeno ponašanje ili iz nekog trećeg, nejasnog uzroka.

Najvažnije vrste anksioznih poremećaja su fobije, generalizirani anksiozni poremećaj, opsesivno-kompulzivni poremećaj, napadi panike i panični poremećaj, stresni poremećaj, akutni stresni poremećaj i posttraumatski stresni poremećaj.

2.2. DISOCIJATIVNI POREMEĆAJI

Odrasle osobe mogu imati jedan specifičan poremećaj, uzrokovan prevelikim stresom, koji je pak posljedica neke traume ili unutarnjih sukoba i frustracija. Manifestira se disocijativnim poremećajem sjećanja, prisjećanja, percepcije, svjesnosti, identiteta. Takve osobe mogu potpuno zaboraviti niz normalnog ponašanja tijekom nekoliko minuta ili sati. Nadalje, one mogu osjetiti manjak određenog vremenskog razdoblja u svom doživljaju. Naime, *disocijacija* prekida kontinuitet svijesti o sebi i sjećanja na životne događaje. Kad je sjećanje slabo integrirano, postoji disocijativna amnezija. Često uz fragmentirano sjećanje dolazi i kriza identiteta. Stručnjaci su ovakvu vrstu poremećaja podijelili na nekoliko različitih dijagnoza, a to su disocijativna fuga, disocijativni poremećaj identiteta, disocijativna amnezija i depersonalizacijski poremećaj (MSD-10, 2010; DSM-V, 2013; Begić i ost., 2015: 212 i d.; Davison i Neale, 2002: 207-215; Atkinson i Hilgard, 2007: 560).

2.3. OVISNOST O DROGAMA I LIJEKOVIMA

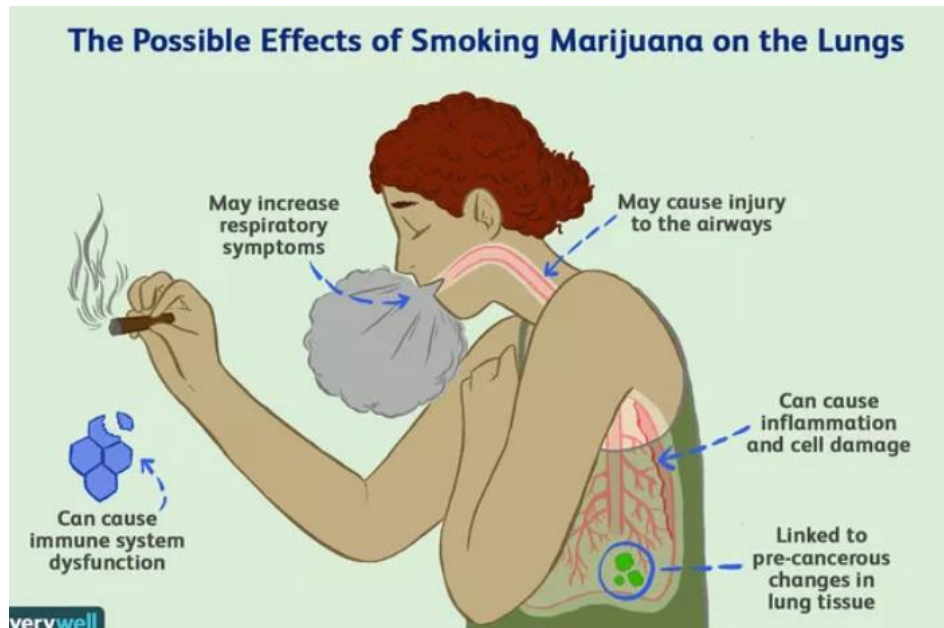
Ovisnost o lijekovima i drogama specifikum je odrasle, „zrelije“ populacije. Doduše, i djeca mogu biti ovisna o drogama i lijekovima, no to je ipak rjeđe. Postoji cijeli niz bolesti koji spadaju u ovu skupinu poremećaja. Uzimanje određenih supstanci kod ovisnika ima za cilj ugodu, smirenje ili podizanje raspoloženja. Osobe mogu biti psihološki ovisnici i (ili) fizički ovisnici. Uzimanje droge i lijekova u količinama koje nisu preporučljive obuhvaća eksperimentalnu ili rekreacijsku uporabu tvari koja je obično nezakonita. Ne mora značiti da je svatko tko uzima neku (nezakonitu) drogu ovisnik. Isto tako, alkohol – piće koje se slobodno prodaje – može uključivati i ovisnost i zlorabu. Nadalje, zloraba lijekova koji se propisuju na recept i nezakonitih droga javlja se u svim društveno–ekonomskim skupinama, jednako među nižim obrazovnim slojevima, kao i osobama s visokom stručnom spremom i dobrim radnim mjestima (MSD-10, 2010; DSM-V, 2013; Davison i Neale, 2002: 333-384).



Slika 1. Ilustracija hipija kako puši marihuanu iz rekreacije

Rekreacijska uporaba tvari sve je više dio zapadne kulture, premda se obično ne kažnjava, a onima koji te tvari uzimaju povremeno, u manjim dozama, uglavnom ne šteti. Mnoge takve droge su uglavnom uzete iz prirode, poput opijuma, alkohola, marihuane, kofeina, koke, halucinogenih gljiva, cvijeća. One sadrže mješavinu psihoaktivnih sastojaka u relativno

niskoj koncentraciji i nisu izdvojeni psihoaktivni spojevi. Rekreativne tvari se najčešće uzimaju na usta ili se udišu. Uzimanje ovih tvari putem injekcije otežava predviđanje i nadziranje željenih i neželjenih učinaka. Rekreativna uporaba je često praćena ritualizacijom, uz niz određenih pravila, te se rijetko izvodi pojedinačno. Većina takvih droga su psihostimulansi ili halucinogeni kojima je cilj postizanja *visoke* ili promijenjene svjesnosti.



Slika 2. Mogući učinci pušenja marihuane na pluća

Način na koji se ovisnosti razvijaju ovisi o vrsti supstance koja se uzima, o količini uzimane tvari, psihofizičkom stanju pojedinca, itd. Psihološke osobine korisnika i dostupnost tvari određuju izbor psihoaktivne tvari, ali i način i učestalost primjene. Čimbenici koji dovode do sve veće uporabe i ovisnosti i navikavanja mogu obuhvaćati pritisak vršnjaka ili skupine, emocionalnu uznemirenost koja se simptomatski ublažava specifičnim učincima tvari, tugu, društveno otuđenje i okolišni stres. Čak i sâmi liječnici mogu nehotice utjecati na štetnu uporabu psihoaktivnih lijekova, propisujući ih pretjerano velikodušno bolesnicima pod stresom! Često se susrećemo s doktorima opće prakse koji su „bombardirani“ zahtjevima za *normabelima*, antidepresivima i sličnim ublažavajućim legalnim tvarima od strane osoba koji zloupotrebljavaju njihovu velikodušnost u izdavanju recepata.

Osobe kojima trebaju određeni stimulansi kako bi „prebrodili dan“, mogu postati ovisnicima iz različitih razloga. Neki su depresivci, neki nesretni u ljubavi, neki se ne mogu

suočiti sa stvarnošću, neki se žele uklopiti u društvo, neki imaju shizoidne osobine, neki potiskuju svoju seksualnu želju, neki bježe od disfunkcionalne obitelji, većina drogama i lijekovima ublažava privremenu anksioznost ili depresiju nastalu uslijed osobnih kriza, pritisaka, tragedija. Većina ovisnika uz droge zloupotrebljava i alkohol, te ih se zbog predoziranja, nepoželjnih reakcija ili tegoba uslijed apstinencije može više puta hospitalizirati (MSD-10, 2010; DSM-V, 2013; Begić i ost., 2015: 103-141).

Najpoznatije ovisnosti su one koje se tiču prekomjerne uporabe alkohola i svih vrsta opijata, no tu su još i Wernickeova encefalopatija, Korsakoffljeva psihoza, Marchiafava-bignamijeva bolest, ovisnost o amfetaminima, uporaba anaboličkih steroida, potom ovisnost o anksioliticima i sedativima, o kokainu, o gama hidrosibutiratu, ovisnost o halucinogenima i o ketaminu, vrlo popularna ovisnost o marihuani (biljka kanabisa; posebna je tema legalizacija ove biljke u medicinske svrhe), zatim ovisnost o metilendioksimetamfetaminu, o otapalima, itd.

2.4. POREMEĆAJI PREHRANE

Poremećaji prehrane vrlo su česti u adolescenciji, no javljaju se i među starijom populacijom, pa ih iz tog razloga uvrštavamo na ovaj popis. Poremećaji prehrane vrlo se često dijele u tri glavne skupine, a to su *anoreksija nervoza*, *bulimija nervoza* i *prejedanje*.

Diktat medija učinio je svoje. Anoreksija nervoza obilježena je neumornim nastojanjem da se bude „lijep“, mršav, vitak. Radi se o bolesnom strahu od debljine, odbijanjem održavanja minimalne normalne tjelesne težine, te amenorejom (izostanak menstruacije). Uzrok ovakvog poremećaja vjerojatno se nalaze u društvu i obitelji. Mnogi bolesnici pripadaju srednjim ili gornjim društvenim slojevima; sitničavi su, kompulzivni i inteligentni, te imaju vrlo visoka mjerila postizanja uspjeha. Unatoč tome što mnogi ovom poremećaju ne daju preveliku pažnju, ovaj poremećaj – ako se ne liječi te ako je osoba opsjednuta svojim stanjem – može biti iznimno opasan; može dovesti čak do smrti.

Drugi poremećaj prehrane je bulimija nervoza. Karakterizirana je napadima prejedanja nakon kojeg slijedi izazvano povraćanje, zloraba laksativa ili diuretika, naporno vježbanje ili gladovanje. Bulimija nervoza pogađa uglavnom nesigurnije adolescentice i mlade žene, no ni starije osobe nisu imune. One su trajno i pretjerano zabrinute za oblik i težinu tijela. Međutim,

za razliku od bolesnica s anoreksijom nervozom, one s bulimijom nervozom su obično normalne težine. Većina simptoma i tjelesnih komplikacija nastaje uslijed čišćenja tijela. Izazvano povraćanje dovodi do erozije zubne cakline prednjih zuba i bezbolnog povećanja žlijezda slinovnica. Ponekad dolazi do teških poremećaja tekućine i elektrolita, osobito do hipokalijemije. Vrlo rijetko tijekom prejedanja dolazi do rupture želuca ili pucanja jednjaka, vodeći do po život opasnih komplikacija. Zbog dugotrajne zlorabe sirupa *ipekakuane* za izazivanje povraćanja, može doći do kardiomiopatije. Bolesnice s bulimijom nervozom su svjesnije svog stanja i osjećaju zbog njega krivnju jače od onih s anoreksijom nervozom te će češće priznati svoje strahove kada ih ispituje suosjećajni liječnik. One su također i manje introvertirane i sklonije impulzivnom ponašanju, zlorabi droga i alkohola te neskrivenoj depresiji. Bolest se uglavnom liječi psihoterapijom i farmakoterapijom.



Slika 3. Žene normalne težine često vide sebe u potpuno iskrivljenom svjetlu

Naposljetku, poremećaj prejedanja je obilježen prejedanjem nakon kojeg ne slijedi neprimjereno kompenzatorno ponašanje (povraćanje). Ovaj je poremećaj čest u odrasle populacije, te može dovesti do ozbiljnih zdravstvenih problema. Većina gojaznih osoba koje se prejedaju su depresivne. Većina (pregojaznih) ljudi liječi se uobičajenim programima za mršavljenje. Zanimljivo je da su nekim osobama s poremećajem prejedanja pomogle grupe za samopomoć koje svoj uzor vide u grupama kao što su *Anonimni alkoholičari*. Zašto se mnogi ljudi prejedaju, pitanje je za dužu raspravu, no etiologija može biti slična kao u bolesnika koji pate od anksioznosti i disocijativnosti (MSD-10, 2010; Begić i ost., 2015: 225-231).

2.5. POREMEĆAJI RASPOLOŽENJA

Poremećaji raspoloženja česti su kod svake osobe. Dije se na *depresivne poremećaje*, *bipolarne poremećaje* i *ciklotimične poremećaje*. Općenito, radi se o emocionalnim poremećajima koji se sastoje od duljih razdoblja pretjerane tuge, veselja ili oboje. Tuga je općenita reakcija na poraz, razočarenje i druge obeshrabrujuće situacije. Radost je općenita reakcija na uspjeh, postignuća i druge ohrabrujuće situacije. Žalost, oblik tuge, smatra se normalnom emocionalnom reakcijom na gubitak. Žalovanje se odnosi specifično na emocionalni odgovor na smrt voljene osobe. Poremećaj raspoloženja se dijagnosticira kada je tuga prejako izražena, traje dulje nego što se može očekivati s obzirom na uzročni događaj, ili nastaje bez razloga. Tada tuga prelazi u depresiju, a preizražena radost u maniju. Depresivni poremećaji su obilježeni depresijom, a bipolarni poremećaji su obilježeni različitim kombinacijama depresije i manije.

Uzroci depresivnog poremećaja mogu biti genetski, društveni (teške životne okolnosti), biokemijski (poremećaj neuroendokrine regulacije), a liječenje je psihoterapijsko i medikamentno. Uzroci bipolarnog poremećaja su nejasniji od depresivnog poremećaja, no teorija je da genetika igra vodeću ulogu. Govori se i o poremećenoj regulaciji serotonina i noradrenalina. Ova se bolest liječi ambulantno. Na kraju, ciklotimični poremećaji obilježeni su hipomanijom i kraćim depresivnim napadima koji traju nekoliko dana, imaju nepravilan tijek i lakši su od bipolarnog poremećaja. Svatko od nas poznaje osobe koje uvijek negdje „jure“, nametljivi su, glasni, prepuni energije i akcije, skloni naglim promjenama raspoloženja. Sad znamo ono što smo slutili oduvijek: da, to je ipak dijagnoza (MSD-10, 2010; Begić i ost., 2015: 160-182; Davison i Neale, 2002: 260 i d.; Atkinson i Hilgard, 2007: 541-549).

2.6. POREMEĆAJI OSOBNOSTI

Postoji cijeli niz poremećaja osobnosti kod odraslih. Sama sintagma nam ukazuje na ponašanje takve osobe i njenu / njegovu funkcionalnost u svijetu: takve osobe pate zbog drugačijeg, presubjektivnog, iskrivljenog pogleda na sebe i svijet. Smatra se da su ti poremećaji posljedica kombinacije genetičkih i vanjskih čimbenika. Liječe se psihoterapijom, a ponekad farmakoterapijom. Poremećaji osobnosti postoje kad određene osobine postaju tako rigidne i

da ometaju normalno funkcioniranje. Javlja se frustracija, nezadovoljstvo svojim životom, poslom, obiteljskim stanjem... Poremećaji osobnosti se često istodobno javljaju s poremećajima o kojima smo već nešto rekli. Neki od poremećaja osobnosti ima gotovo svaki deseti stanovnik Zemlje.

Razlikujemo deset poremećaja osobnosti koje su podijeljene u tri skupine: (i) neobični / ekscentrični poremećaji; (ii) dramatični / nestalni poremećaji, te (iii) anksiozni / ustrašeni poremećaji. Osobe iz skupine (i) su nepovjerljive, distancirane. Prema klasifikacijama (usp. DSM-V, 2013: 645), u ovu skupinu spadaju *paranoidne osobnosti* (hladnoća, udaljenost u vezama, potreba za nadzorom), *shizoidne osobnosti* (povučenost, emocionalna hladnoća, izolacija, sanjarenje) i *shizotipne osobnosti* (društveno povlačenje, neobične misli, drugačija percepcija i čudnovata komunikacija, paranoidne misli). Osobe iz skupine (ii) su emocionalno nestabilni, impulzivni i žestoki. Ovdje ubrajamo *granične osobnosti* (nestalna slika o sebi, promjenjivo raspoloženje, iznimna osjetljivost i kompleksi), *antisocijalne osobnosti* (bezosjećajno zanemarivanje prava i osjećaja drugih osoba, izrabljivanje, zlostavljanje), *narcisoidne osobnosti* (tobožnja veličina, prenaplašeni osjećaj superiornosti) i *histrionske* ili *histerične osobnosti* (značajno traženje pozornosti). U treću skupinu (iii), koju karakteriziraju nervozni, pasivni ili ukočeni i zabrinuti ljudi, ubrajamo *ovisnu osobnost* (predaja odgovornosti drugima), *izbjegavajuću osobnost* (odbijanje i strah od veza iz straha od neuspjeha ili razočarenja), *opsesivno-kompulzivnu osobnost* (savjesnost, urednost i pouzdanost, no nefleksibilnost im često onemogućuje da se prilagode promjeni). Naposljetku, skupinu nekvalificiranih osobnosti čine *pasivno-agresivna (negativistička) osobnost* (dojam nesposobnosti ili pasivnosti, no ti su dojmovi u stvari stvoreni kako bi se izbjegla odgovornost ili nadzor ili kako bi se kaznilo druge osobe), *ciklotimična osobnost* (promjene između dobrog raspoloženja i lošeg raspoloženja s pesimizmom) i *depresivna (mazohistička) osobnost* (kronična mrzovolja, zabrinutost, samosvijest) (MSD-10, 2010; Begić i ost., 2015: 259-269; Davison i Neale, 2002: 305-332; Atkinson i Hilgard, 2007: 556-560).

Kad čitamo sve te osobine i njihove kratke opise u zgradama (jasno, to su najkraći mogući opisi; svaki od ovih poremećaja sustavno je obrađen u literaturi), ne možemo se ne oteti dojmu da sami sebe ne prepoznamo u nekima od njih. Gotovo svaka osoba na svijetu ima barem jednu od navedenih osobina. No intenzitet i vrijeme trajanja takvog poremećaja ili ekscesa je prekratak da bi se nekog označilo kao osobu kojoj je potrebna stručna pomoć. Gledajući primjerice naše vodeće političare na televiziji, kao da gledamo primjere osobnosti iz naše gornje opisne tablice. No to je druga i malo opasnija tema, pa nećemo sada ovdje o njoj.

Uzroci ovih poremećaja mogu biti toliko široki, da ih je teško liječiti lijekovima. Cilj je ublažavanje anksioznosti ili depresije, uz pomoć psihoterapije, podrške obitelji i prijatelja te, iznimno, određenih lijekova. Grupne terapije također su vrlo popularne, no ovakav tip poremećaja prava je poslastica za strpljivog i mudrog psihoterapeuta.



Slika 4. Individualna psihoterapija

2.7. SHIZOFRENIJA I SRODNI POREMEĆAJI

Shizofrenija ili *šizofrenija* jedna je od najspominjanijih termina u psihijatriji uopće. Gotovo možemo reći da shizofrenija ima kulturni status među psihičkim poremećajima, odnosno bolestima. „Ak' nisi im'o šizofreniju, nisi ni bil bolestan“, kaže jedna uzrečica. Kod nekih drugih možemo čuti u nekim trenucima srdžbe na nekoga, da se taj netko tako-i-tako ponaša jer je shizofrenik. Ta je imenica toliko ušla u svakodnevni govor, da smo pomalo zaboravili da se radi o vrlo, vrlo ozbiljnom poremećaju. Takvom poremećaju kojem moramo u ovom radu posvetiti posebnu pozornost. Na *Google Scholaru*, ispod sintagme „schizophrenia diagnosis“, postoji oko 1,690,000 znanstvenih i stručnih članaka povezanih s ovom bolešću. Na tri do četiri stranice ćemo opisati najvažnije vrste shizofrenije, moguću etiologiju i liječenje, te posljedice bolesti. U opisu stanja poslužit će nam i usporedni prikaz skeniranog mozga zdrave osobe i osobe s dijagnosticiranom shizofrenijom.

Postoji *shizofrenija* s jedne strane kao posebna dijagnoza („popularni“ *F20*), te *srodni shizofreni poremećaji* s druge strane. U srodne poremećaje spadaju *kratkotrajni psihotični poremećaji*, *deluzijski poremećaji*, *shizoafektivni poremećaji*, *shizofreniformni poremećaji* i *psihotični poremećaji izazvani različitim tvarima*). Bolest je obilježena psihotičnim simptomima u koje spadaju iluzije, halucinacije, neorganizirano mišljenje i govor, te neobično i neodgovarajuće ponašanje (MSD-10, 2010; Begić i ost., 2015: 142-159; Davison i Neale, 2002: 451-488; Atkinson i Hilgard, 2007: 549-556).

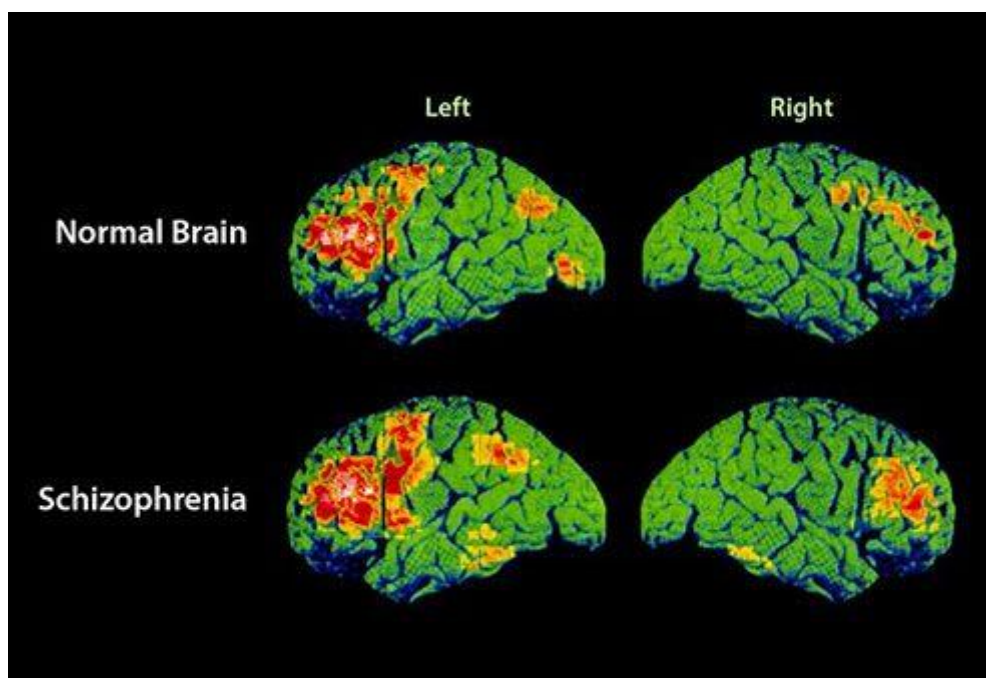
Prvo ćemo se pozabaviti srodnim shizofrenim poremećajima. *Kratkotrajni psihotični poremećaj* je relativno rijedak, a sastoji se od iluzija, halucinacija ili drugih psihotičnih simptoma koji traju barem jedan dan. Često osoba istodobno pati od takvog psihotičnog poremećaja i određenih poremećaja osobnosti. Uzrok poremećaja može biti jaki stresor. Razlikovanje kratkotrajnog psihotičnog poremećaja i shizofrenije zasniva se na trajanju simptoma (ako je trajanje dulje od jednog mjeseca, osoba više ne zadovoljava mjerila za postavljanje dijagnoze kratkotrajnog psihotičnog poremećaja).

Deluzijski (lat. *delusio* = bolesna ideja) su *poremećaji* obilježeni iluzijama ili lažnim uvjerenjima koja traju već neko vrijeme. Iluzije obično nisu neobične i uključuju situacije koje bi se mogle dogoditi, poput praćenja, trovanja, zaraze, obožavanja iz daljine ili prijevare od strane bračnog druga ili ljubavnika. Za razliku od shizofrenije, deluzijski je poremećaj relativno rijedak. Do početka obično dolazi u srednjoj ili kasnoj odrasloj dobi. Ponekad se u starijih bolesnika javlja deluzija s demencijom. Osoba ima trajno nepovjerenje u ljude oko sebe, sumnja u druge i njihove motive, i sl. Ono započinje u ranoj odrasloj dobi i traje čitav život. Rani simptomi mogu uključivati osjećaj iskorištavanosti, zaokupljenost lojalnošću i povjerenjem prijatelja, sklonost da se bezazlenim primjedbama i zbivanjima pridaje prijeteće značenje, trajno zlopamćenje i sklonost odgovora na opažene beznačajnosti. Glavni podtipovi deluzijskih poremećaja su erotomanija, grandioznost, ljubomora, proganjajući podtip i somatski podtip. I ovdje moramo spomenuti mnogobrojne primjere iz vlastitog okruženja koje bi spadale u neki od ovih podtipova, a koji vjerojatno nisu ni svjesni postojanja dijagnoze za njihovo stanje.

Shizoafektivni poremećaji obilježeni su značajnim simptomima raspoloženja, psihozom i drugim simptomima shizofrenije. Ovdje psihotični bolesnik pokazuje simptome depresivnog ili pak maničnog raspoloženja u duljem vremenskom rasponu. Na žalost, takve osobe su uglavnom dugotrajno nesposobne za rad; naime, dugo se liječe, piju lijekove, pohađaju psihoterapiju...

Dalje, *shizofreniformni poremećaji* su obilježeni simptomima koji su jednaki simptomima shizofrenije, no dijagnoza se postavlja prema trajanju bolesti (primjerice, ako je poremećaj kraćeg vijeka, do šest mjeseci, liječimo ga drugim sredstvima nego shizofreniju).

Prije elaboracije same shizofrenije, potrebno je spomenuti *psihotične poremećaje izazvane različitim tvarima*, poput marihuane, alkohola, kokaina, ljepila, sedativa, amfetamina... Poremećaj se javlja u obliku halucinacija, iluzija, prispodoba. Vidimo na ovom primjeru preklapanje dijagnoze s nekim drugim dijagnozama, opisanim u gornjim primjerima. I to je jedan od razloga česte promjene klasifikacije različitih podtipova, o čemu smo već pisali.



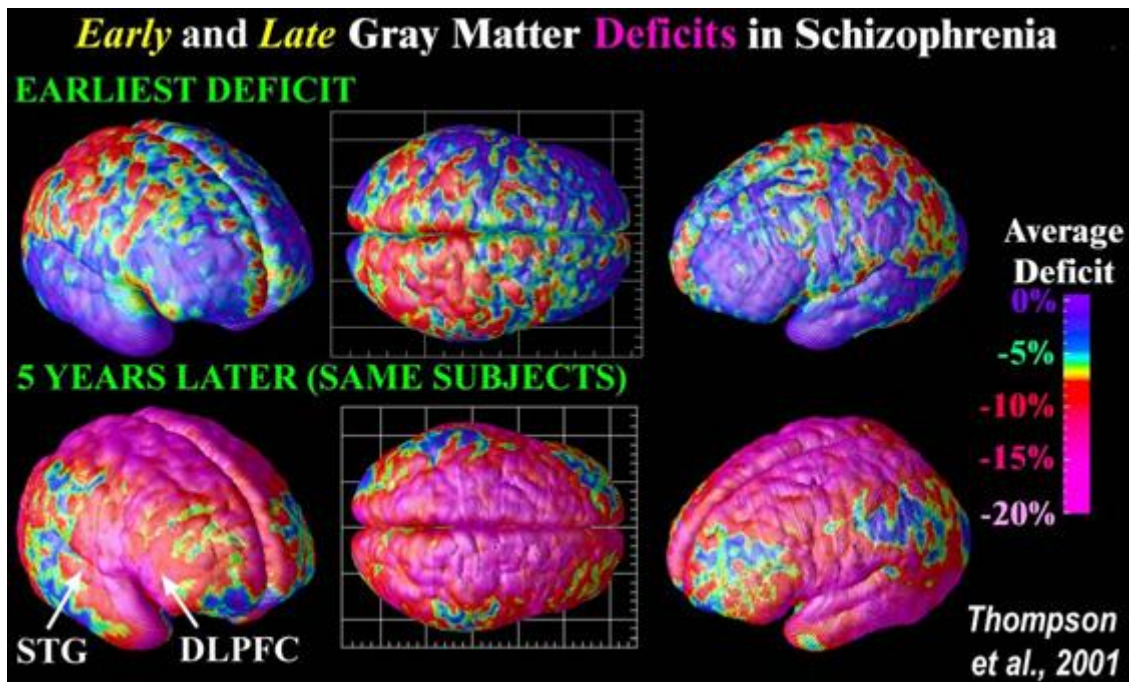
Slika 5. Mozak zdrave odrasle osobe i mozak bolesnika sa shizofrenijom

A sada *shizofrenija*. Gotovo svaki stoti stanovnik svijeta pati od nekog (blažeg ili snažnijeg) oblika shizofrenije. To je poremećaj (bolest) koji karakterizira, najopćenitije rečeno, gubitak dodira s realitetom. Javlja se halucinacije, iluzije, neobičan govor (glasani), čudno ponašanje, osjećajna tupost, spoznajni ispadi (poremećeno zaključivanje i rješavanje problema), socijalna neuklopljenost, radna disfunkcionalnost. Kad govorimo o mogućim uzrocima ovakva poremećaja (zapravo, cijelog niza povezanih i nepovezanih mentalnih bolesti), još uvijek se psiholozi i psihijatri u potpunosti ne slažu oko toga. Ono što je ipak dokazano je genetičko naslijeđe. Bolest se javlja uglavnom u adolescenciji, a traje cijelog

života. Liječenje je uglavnom medikamentima, psihoterapijama, dugogodišnjim praćenjem i rehabilitacijom. Dokazana je biološka osnova bolesti. Malo više je prikazan mozak shizofreničara i mozak zdrave osobe. Naime, osoba s ovakvim poremećajem ima proširene moždane komore i smanjen hipokampus. Vidljive su i druge promjene na mozgu, kao i promjene neurotransmitera (osobito promijenjene aktivnosti dopamina i glutamata). Moguće je da se shizofrenija javlja u osoba s neurorazvojnim podložnostima, te da početak, remisije i recidivi simptoma predstavljaju rezultat međudjelovanja između tih trajnih slabosti i stresora iz okoliša (MSD10, 2010; Begić i ost., 2015: 144). Nadalje, određeni stresni momenti (stresori iz okoliša) mogu potaknuti pojavu ili recidiv simptoma u podložnih osoba. Stresori mogu biti u prvom redu biokemijski (primjerice, droga i alkohol) ili socijalni (nezaposlenost, siromaštvo, odlazak na školovanje, prekid ljubavne veze, gubitak roditelja ili bliskog prijatelja). Zanimljivo je da je dokazano kako nabrojani stresori ipak nisu fundamentalni uzročnici shizofrenije.

Shizofrenija je klasificirana kao kronična bolest. Početak bolesti može biti iznenadan ili spor (tijekom više godina). Simptomi se svrstavaju u pozitivne (pretjerane ili izmijenjene normalne funkcije), dezorganizirane (nered u mislima i neobično ponašanje), negativne (smanjenje ili gubitak normalnih funkcija) i spoznajne (ispadi u obradi podataka i rješavanju zadataka). Klasificirano je pet tipova shizofrenije: *paranoidna shizofrenija* (deluzije, halucinacije), *dezorganizirana shizofrenija* (dezorganiziran govor, osjećajna tupost), *katatona shizofrenija* (bizarna tjelesna aktivnost), *rezidualna shizofrenija* (jasna anamneza shizofrenije s izraženijim simptomima nakon kojih slijede dugotrajnija razdoblja s blagim negativnim simptomima) i *nediferencirana shizofrenija* (miješani simptomi). Postoje još neke podjele, no zadržat ćemo se na ovima (MSD-10, 2010; Begić i ost., 2015: 150/151; Davison i Neale, 2002: 451-488; Atkinson i Hilgard, 2007: 549-556).

Osobe sa shizofrenijom, na žalost, često pribjegavaju suicidu. Dio njih može biti nasilnog ponašanja. Liječi se antipsihoticima, psihoterapijom, uključivanjem u zajednicu. Shizofrenija je jedna od najpropulzivnijih psihičkih poremećaja uopće, te svatko od nas, tko ima u svojoj blizini takvu osobu, mora imati puno razumijevanja, ali i znanja, o toj bolesti, kako bi se osobi moglo pomoći.



Slika 6. Razina sive tvari u mozgu u shizofreničara prije i polije pet godina (prema: Thompson et al., 2001)

2.8. POREMEĆAJI SPOLNOSTI

Kod odraslih možemo još spomenuti poremećaje spolnosti. Radi se o osjetljivoj temi, pa čak i političkoj. Primjerice, homoseksualnost je danas prihvaćenija nego prije, te se više ne uvrštava u poremećaje. Promiskuitet se smatra nedoličnim, no ni to nije bolest. Među poremećaje spolnosti ubrajamo poremećaj spolnog identiteta, transeksualnost, parafilije, fetišizam, ekshibicionizam, voajerizam, mazohizam, sadizam i pedofiliju. Neki od ovih poremećaja kazneno se gone. Većina se ovakvih poremećaja liječi psihoterapijom, a neki i lijekovima. Izvor ovakvih poremećaja mogu biti emocionalne prirode, kompleksa u ranom djetinjstvu ili biološki (MSD 2010; Begić i ost., 2015: 241-248, 275-284; Davison i Neale, 2002: 385 i d.).

2.9. SOMATOFORMNI I UMIŠLJENI POREMEĆAJI

Ovakvi poremećaji se iskazuju u vidu tjelesnih simptoma, a izvor je psiha. Obilježeni su tjelesnim simptomima ili umišljenim poremećajima izgleda. Znaju biti uznemirujući i često

ometaju društvenu, profesionalnu ili drugu djelatnost. Mogu obuhvatiti tjelesni dismorfni poremećaj, konverzijski poremećaj, hipohondriju, bolni poremećaj, somatizacijski poremećaj, nediferencirani somatizacijski poremećaj, itd. Primjerice, umišljeni poremećaji obuhvaćaju svjesno i voljno oponašanje simptoma bez poticaja vanjskim čimbenicima. U ovu skupinu poremećaja spada „popularni“ *Münchhausenov sindrom* (preuveličavanje vlastitih tegoba: „boli me prst, neću ići u školu!“) (MSD 2010; Begić i ost., 2015: 221, 249 i d.; Davison i Neale, 2002: 191 i d.).

3. POREMEĆAJI PONAŠANJA ODRASLIH U UŽEM SMISLU

U poremećaja ponašanja isključivo odrasle populacije spadaju *poremećaj s prkošenjem i suprotstavljanjem*, *intermitentni eksplozivni poremećaj*, *patološko kockanje*, *piromanija*, *kleptomanija* i *trihotilomanija*. Ove poremećaje ujedinjuje poremećaj kontrole impulsa, otežana samokontrola emocija, sukobi. Prema klasifikacijama, ovi poremećaji spadaju u poremećaje koje smo već spominjali (primjerice, u poremećaje osobnosti, anksiozne poremećaje...), no možda je potrebno posebno se osvrnuti upravo na gornje dijagnoze (Medved, 2015: 270-274).

Poremećaj s prkošenjem i suprotstavljanjem. Osoba je ljuta, razdražljiva, uvredljiva. Obično je takva osoba „jaka na riječima“ samo kod kuće, a u društvu je blaga, pitoma, pristojna. Etiologija se nalazi vjerojatno u djetinjstvu, a liječenje se provodi razgovorom.

Intermitentni eksplozivni poremećaj. Povremeni ispadi eksplozivnog i agresivnog ponašanja, fizički ispadi, gubitak kontrole. Uzroci se nalaze u djetinjstvu, ali i u disfunkciji transmisije serotonina u mozgu (biološka osnova). Za razliku od poremećaja s prkošenjem, ovaj se poremećaj – uz psihoterapiju – liječi prema potrebi i psihofarmacima.

Patološko kockanje. Na svakom su uglu danas kladionice, kasina, igre na sreću, a novaca je sve manje. Na žalost, mnogi se odvažuju zaraditi za život na taj način, bivajući nesvjesni da to vodi u sigurnu propast. Radi se o jednoj od najtežih ovisnosti, a uzroke treba tražiti u slabijem odgoju, vrednovanju materijalnih stvari, ali i različitom stupnju obrazovanja (među kockarima dobar dio njih je visokoobrazovan i inteligentan). Posljedice patološkog kockanja su financijski slom, gubitak posla i obitelji, problemi sa zakonom. Liječenje je lijekovima i psihoterapijom.

Piromanija. Eh, vatra... Dakle, piromanija je višestruko namjerno izazivanje požara koja osobi koja potpaljuje vatru izaziva ugodu i uzbuđenje. Poremećaj se veže za alkohol, poremećaj osobnosti, zlostavljanje. Dobar dio požara na Jadranu tijekom ljetnih mjeseci posljedica je piromanstva!

Kleptomanija. Radi se o kompulzivnoj krađi. Krade se radi uzbuđenja, a ne radi egzistencije. Često se kleptomanija javlja s depresijom, bulimijom, drogama... Postoje dokazi da su kleptomani osobe sa smanjenom količinom serotonina. Kad krađu, dopamin raste, a osoba je sretnija.

Trihotilomanija. Namjerno čupanje kose. Bol oslobađa napetost, te se osoba osjeća zadovoljnije.

Među poremećaje odraslih koji se samo uzgredno spominju, ili nisu uvršteni (još) u katalog mentalnih oboljenja, možemo spomenuti, primjerice, ovisnost o video-igricama, ovisnost o društvenim mrežama (*Facebook, Instagram*), neorganske poremećaje spavanja i druge. U ovakav prikaz nisu uvršteni organski duševni poremećaji, poput *Alzheimerove bolesti*, demencije, fiziološka oboljenja koja se odražavaju i na psihu, i sl.

Na kraju, ne smijemo zaobići PTSP – posttraumatski stresni poremećaj. Ovakav stres naročito se pojavio za vrijeme i nakon Domovinskog rata u našoj zemlji. Radi se o poremećaju koji je tek prije četrdesetak godina uvršten u katalog mentalnih poremećaja. Vlado Jukić (Begić i ost., 2015: 201) spominje kako je „u drugoj polovini devedesetih godina prošloga i u prvom desetljeću ovoga stoljeća [bilo hospitalizirano od PTSP-a toliko pacijenata da su zauzimali] oko deset posto psihijatrijskih kapaciteta“. Uzrok oboljenju je stresni događaj (rat, elementarna nepogoda, seksualni napad), a poremećaj može imati akutni ili kronični oblik.

ZAKLJUČAK

U ovom seminarskom radu pisali smo o psihičkim i psihofizičkim poremećajima koji se javljaju u odrasloj dobi. S obzirom da sve navedene tegobe (bolesti) imaju reperkusije i na ponašanje osoba koje su subjekt određene dijagnoze, smatrali smo da na taj način trebamo raširiti temu.

Psihički se poremećaj svakome od nas može dogoditi. Možemo čak hrabro reći – tko se nije prepoznao barem u jednoj dijagnozi gore navedenoj, taj nije normalan! Tko od nas nije bio barem jednom u životu ljutit, frustriran, pun srdžbe ili pak sanjarski raspoložen, tko se barem jednom nije, hm, napio, pojeo previše, odlutao s mislima i bio smeten... Dakako, da to stanje traje nešto dulje, šest mjeseci ili godinu dana, tad bismo mogli govoriti o poremećaju, a ne tek o kratkotrajnom ekscesu. No što je zapravo ludost? Atkinson i Hilgard (2007: 562/563) zanimljivo primjećuju da je koncept ludila u suvremenom svijetu zapravo kontroverzan. Naime, pitaju se može li osoba koja počini neko kazneno djelo, a dokaže se na sudu da je poremećena, biti za to odgovorna. Ovdje zalazimo u jedno fantastično novo područje bihevioralne etike.

Također je jedna od zanimljivih tema koja proizlazi iz promišljanja o poremećajima ponašanja ona koja govori o rehabilitaciji takvih osoba, te novim i modernijim, zapravo humanijim, konceptima „borbe“ protiv poremećaja. Već od ranije se izbjegavalo, koliko je to moguće, prekomjerno korištenje medikamenata u liječenju psiho-poremećaja. Popularna je radna terapija, rekreacija, te ostale vrste psihosocijalnih metoda (Brečić i ost., 2013). U novije se vrijeme sve više u liječenju i oporavku pacijenata koristi metoda *art terapije* (Škrbina, 2013), a u najnovije vrijeme uporaba prirodnih lijekova i duhovne terapije (Barbarić i Vasilj, 2020). Ako smo svjesni da su mnogi poremećaji zapravo odraz našeg duhovnog stanja, onda su – između ostaloga – upravo *duhovna terapija*, zdrav pogled na život i umjereni optimizam, najbolja prevencija psihičkih oboljenja.

POPIS LITERATURE

1. Arbanas, G. (2014). Dijagnostički i statistički priručnik za psihičke poremećaje, peto izdanje (DSM5) - novosti i tendencije // *Knjiga sažetaka 6. psihijatrijskog kongresa s međunarodnim sudjelovanjem Hrvatska psihijatrija u kontekstu etičko-pravnih i društvenih propitivanja* / Jukić, Vlado (ur.). Zagreb: Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 93.
2. Atkinson, R. L., Hilgard, E. (2007). *Uvod u psihologiju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
3. Barbarić, R., Vasilj, I. (2020). Komplementarna medicina u psihijatriji. *Zdravstveni glasnik*, 6 (2), 76-87. <https://doi.org/10.47960/2303-8616.2020.12.76> (7.2.2022.)
4. Brečić, P., Ostojić, D., Stijačić, D. i Jukić, V. (2013). Od radne terapije i rekreacije do psihosocijalnih metoda liječenja i rehabilitacije psihijatrijskih bolesnika u bolnici „Vrapče“. *Socijalna psihijatrija*, 41 (3), 174-181. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/111281> (6.2.2022.)
5. Bucci, P. (2016). Beta verzija MKB-11 poglavlja o mentalnim i ponašajnim poremećajima. *Socijalna psihijatrija*, 44 (1), 86-88. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/159047> (2.2.2022.)
6. Davison, G. C., Neale J. M. (2002). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Stručna redakcija 2. hrv. izd. Mirjana Krizmanić. Jastrebarsko: Naklada Slap.
7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5. (2013). American Psychiatric Association. Fifth edition. Washington D. C., London, England: American Psychiatric Publishing. Dostupno na: <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20%20DSM-5%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf> (2.2.2022.)
8. First, M. B., Westen, D. (2007). Classification for clinical practice: How to make ICD and DSM better able to serve clinicians. *International Review of Psychiatry*, 19:5, 473-481. DOI: 10.1080/09540260701563429 (28.1.2022.)
9. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). Mediatly. MKB-10. Dostupno na: <https://mediately.co/hr/icd> (2.2.2022.)
10. Lebowitz, M. S., Appelbaum, P. S. (2019). Biomedical Explanations of Psychopathology and Their Implications for Attitudes and Beliefs About Mental Disorders. *Annual review of clinical psychology*, 15, 555–577. Dostupno na: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095416> (30.1.2022.)

11. Medved, V. (2015). „Poremećaji ponašanja odraslih“, u: Psihijatrija. (2015). Begić, D., Jukić, V., Medved, V. (ur.). Zagreb: Medicinska naklada; Čakovec: Zrinski, 270-274.
12. MSD priručnik dijagnostike i terapije. (2010). Glavni urednik hrv. izd. Željko Ivančević. 2. hrv. izd. Split: Placebo. Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija> (28.1.2022.)
13. Psihijatrija. (2015). Begić, D., Jukić, V., Medved, V. (ur.). Zagreb: Medicinska naklada; Čakovec: Zrinski.
14. Škrbina, D. (2013). ART terapija i kreativnost: [multidimenzionalni pristup u odgoju, obrazovanju, dijagnostici i terapiji]. Zagreb: Veble commerce.

POPIS SLIKA

Slika 1. Ilustracija hipija kako puši marihuanu iz rekreacije. URL izvor:

<https://www.shutterstock.com/image-vector/old-hippie-smokes-marijuana-shows-peace-115062265>

Slika 2. Mogući učinci pušenja marihuane na pluća. URL izvor:

<https://www.verywellhealth.com/does-smoking-marijuana-cause-lung-cancer-2248991>

Slika 3. Žene normalne težine često vide sebe u potpuno iskrivljenom svjetlu. URL izvor:

<https://www.abc-doctors.com/anoreksija-nervoza-i-bulimija>

Slika 4. Individualna psihoterapija. URL izvor: https://www.freepik.com/premium-vector/psychotherapy-concept-woman-psychotherapy-session-with-psychotherapist-vector-illustration_9542882.htm

Slika 5. Mozak zdrave odrasle osobe i mozak bolesnika sa shizofrenijom. URL izvor:

<https://hr.orthopaedie-innsbruck.at/brain-nervous-system-1622>

Slika 6. Razina sive tvari u mozgu u shizofreničara prije i polije pet godina (prema:

Thompson et al., 2001). URL izvor: <http://www.schizophrenia.com/disease.htm>